



11. February 2021

Sag

Titel: Lovforslag L 134: ny epidemilov
Sagsbehandler: Frederik Rechenback Enelund, DEPFRE
Sagsnummer: 2007933
Oprettet: 2020-06-03T00:00:00
Opdateret: 2021-02-11T00:00:00

Sagparter

Dokumenter

Titel	Tilstand	Type	Aktnr.
Fra SST: generelle smitteforebyggende tiltag	ARK, Arkiveret	I, Indgående	40
fagligt oplæg strategi bæredygtig strukturel smitteforebyggelse_080620	ARK, Arkiveret	I, Indgående	0
Fra SST: Bidrag fra Sundhedsstyrelsen - Epidemilov	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Sundhedsstyrelsens bidrag, Epidemilov, National rådgivende epidemikommission 01_07_2020	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Sundhedsstyrelsens bidrag, Epidemilov, National rådgivende epidemikommission 01_07_2020	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Sundhedsstyrelsens bidrag, Epidemilov, Ordliste vedr. sygdomsbegreber 01_07_2020	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Sundhedsstyrelsens bidrag, Epidemilov, Ordliste vedr. sygdomsbegreber 01_07_2020	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Kommissorium Sundhedsstyrelsens Epidemigruppe	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST: Opdaterede bemærkninger til smitstof-bestemmelse	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST: Bemærkninger til bestemmelse om obduktion, smitstof og biologisk kampstof	UL, Låst dokument	I, Indgående	0

Obduktion + indførsel mv. af smitstof + rensning for biologisk kampstof (D1388179)	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
669 1920	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
B20200022005	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Epidemiloven_SST svarbidrag til §49 - 53_200929	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Bidrag fra Sundhedsstyrelsen vedr. bl.a. vaccination og sygdomskategorier	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Epidemiloven_SST svarbidrag_230920	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Forslag til § 30 og § 32 med bemærkninger - til brug for præhøring_SST kommentarer	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Til SST Afsnit til lovens sygdomme m.v._SST kommentarer	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra Sundhedstyrelsen. Bidrag vedr. vaccination	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST: Faglige bemærkninger til lov om epidemier	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
SST bemærkninger til forslag til ny epidemilov_201113	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST: sygdomsdefinitioner i ny epidemilov	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
epilov_sygdomskategorier_310820	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Lov om vern mot smittsomme sygdommer [smittevernloven]	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Revision af Det Internationale Sundhedsregulativ	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Smittskyddslag (2004_168)	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Det internationale sundhedsregulativ å€" gennemfÅ,rt i struktur og praktik i dansk beredskab	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Bilagsdel Det internationale sundhedsregulativ å€" gennemfÅ,rt i struktur og praktik i dansk beredskab	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
del-1-smittskydd-samhalle-och-individ	UL, Låst dokument	I, Indgående	0

del-2	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
del-3	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
prop_2003_04_158	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
FRA SST: Anmodning om supplerende bemærkninger på baggrund af SST's faglige bemærkninger til lov om epidemier: Frist torsdag den 19. november	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST: Præhøring fra SST	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Epidemiloven_SST svarbidrag_200930	UL, Låst dokument	I, Indgående	0
Fra SST: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.	UL, Låst dokument	I, Indgående	0

From: Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>
Sent: 16-06-2020 17:30:33 (UTC +01)
To: Mette Touborg Heydenreich <mhe@sum.dk>; Sven Erik Bukholt <seb@sum.DK>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.DK>; Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>; Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>; Camilla Rosengaard Villumsen <crv@sum.dk>; Katrine Bisballe <KATB@SUM.DK>
Subject: VS: generelle smitteforebyggende tiltag

Kære alle

Som nævnte i mandags har SST sendt dette oplæg om strukturel smitteforebyggelse, som evt kunne inspirere os ift organisatorisk ansvar i kommunerne.

Mvh. Dorthe

Fra: Søren Brostrøm
Sendt: 8. juni 2020 15:09
Til: Dorthe Eberhardt Søndergaard ; Lene Brøndum Jensen
Cc: Helene Bilsted Probst ; Dan Brun Petersen ; Niels Sandø Pedersen
Emne: SV: generelle smitteforebyggende tiltag

Kære Dorthe og Lene,

Vedhæftet en skitse til drøftelse i morgen.

Mange hilsner,
Søren

Fra: Søren Brostrøm
Sendt: 4. juni 2020 13:35
Til: Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Lene Brøndum Jensen <lbj@sum.dk>
Cc: Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Niels Sandø Pedersen <NSA@SST.DK>
Emne: generelle smitteforebyggende tiltag

Kære Dorthe og Lene,

Vi har ved flere lejligheder drøftet behovet for – på baggrund af de aktuelle erfaringer med smitteforebyggende tiltag under COVID-19 – at drøfte hvordan vi kan etablere nogle mere faste rammer om strukturelle og forebyggende tiltag ift. smittespredning. Senest blev det også drøftet på møde i STM i går.

Som aftalt vil vi gerne mødes med jer, se separat Outlook-booking, send videre hvis I skal have flere med. Herfra deltager vi med ut., Helene, Niels og Dan. I er i øvrigt meget velkomne til at kigge over til os ved et fysisk møde – med kaffe, afstand og håndsprit!

Fra vores side tænker vi meget ift. tiltag, der er bæredygtige/langtidsholdbare. Både ind i den kommende efterårs/vintersæson 2020/21, hvor vi må forvente genoplussen af både COVID-19 og øvrige luftvejsinfektioner. Men også på længere sigt ift. generel forebyggelse af andre smitsomme luftvejssygdomme end COVID-19, som også giver stor sygdomsbyrde m.v. Tænk blot på hvor meget

forebyggelig sygelighed, dødelighed, sygefravær, barns-sygedag, produktionstab m.v. som vi har i Danmark i vintersæsoner på grund af potentialet forebyggelige smitsomme sygdomme (ikke kun virus, men også bakterier, mider, svampe og andet kravl).

Ifm. med vores gennemgang og opdatering af generelle anbefalinger (vedhæftet) anførte vi at grundelementer i forebyggelse af smittespredning i prioriteret rækkefølge er:

1. Isolation af personer med symptomer fx i eget hjem eller på sygehus
2. Hygiejne med fokus på hostetikette, håndhygiejne og kontaktpunkter
3. Kontaktreduktion med fokus på afstand, hyppighed, varighed og barrierer

Ud fra denne overordnede prioritering, og på baggrund af de gode erfaringer med smitteforebyggelse under COVID-19, er det vores vurdering, at der kan være et ganske betydeligt forebyggelsespotentiale i at styrke og fastholde en række generelle tiltag, som bl.a. kan være:

- a/ man bliver hjemme når man er syg,
- b/ beskytter de særligt sårbare,
- c/ man hoster ikke andre ind i hovedet, eller ned i egen hånd,
- d/ håndhygiejne,
- e/ kontaktfrie løsninger,
- f/ rengøring med fokus på kontaktpunkter
- g/ undgå fysisk kontakt som håndtryk, kram m.v.
- h/ fysisk afstand > 1-2 meter.

Indsatser under a/ - f/ kan styrkes og permanentgøres med strukturelle tiltag som vi kender fra øvrigt forebyggelsesarbejde: oplysning, nudging, regulering, incitamenter, evt. sanktionering, herunder f.eks. påbud om skiltning på offentlige områder, besøgsrestriktioner, påbud om adgang til håndsprit/håndvask, påbud om mærkning og rengøring af fælles kontaktpunkter, fremme af kontaktfrie løsninger, muliggøre hjemmearbejde ved symptomer f.eks. via incitamenter og kulturskifte, national udarbejdelse af bindende faglige standarder for rengøring, hygiejneindsatser m.v.

Indsatser under g/ - h/ kan måske fremmes og permanentgøres på mere 'blød' facon f.eks. ved kulturelle og strukturelle tiltag, der gør det legitimt ikke at give hånd og/eller sidde lidt på afstand osv når man er forkølet. Men det er nok ikke langtidsholdbart at have generelt 'håndtryksforbud' og afstandskrav.

Vi har gjort os nogle indledende overvejelser om både hvilke tiltag, der kan være relevante og effektive, og hvordan tiltag kan understøttes gennem f.eks. handleplaner, lovgivning, information m.v. Vi skriver på et baggrundsnotat, som vi regner med at sende til jer forud for mødet.

Mange hilsner,
Søren

Skitse til strategi for bæredygtig, strukturel smitteforebyggelse

Sammenfatning

Under COVID-19 epidemien har der været iværksat en lang række tiltag for at undgå smitte i samfundet i Danmark. Nogle af tiltagene kan kun iværksættes i en begrænset periode, fordi de har store negative konsekvenser for samfundet, og de kan derfor ikke anvendes i en langsigtet strategi til håndtering af epidemien. Da størstedelen af befolkningen fortsat mangler immunitet for COVID-19 er det vigtigt at fastholde og udvikle tiltag, der kan bevares over længere tid og indgå i en bæredygtig strategi.

Sundhedsstyrelsen har i retningslinjer om ”Forebyggelse af smittespredning” af 10. maj¹ samlet en række generelle anbefalinger, der kan fastholde kontrollen over epidemien, også over længere tid, og dermed være med til at beskytte sårbare grupper.

Samtidigt kan erfaringerne fra COVID-19 også bruges til at fremme generelle og strukturelle tiltag til smitteforebyggelse, som ikke kun er effektive til forebyggelse af COVID-19, men som – hvis de kan fastholdes på langt sigt - også kan forebygge epidemier med f.eks. influenza og en lang række andre infektioner som f.eks. meningitis, der hvert år forårsager både stor sygelighed og dødelighed og som samtidigt koster samfundet store summer i sygefraværsrelaterede udgifter og produktionstab. En fastholdelse af bæredygtige smitteforebyggende tiltag vil samtidig kunne ruste Danmark godt til at imødegå fremtidige større epidemier og pandemier.

Sundhedsstyrelsen præsenterer hermed et fagligt oplæg til en strategi for bæredygtig, strukturel smitteforebyggelse, der kan omsætte alle de gode erfaringer og tværsektorielle samarbejder fra håndteringen af COVID-19 epidemien til langsigtede, tværsektorielle tiltag, der i hele samfundet lægger et permanent højt niveau for beskyttelse af borgere mod smitte. Danmark har hermed mulighed for at blive et foregangsland indenfor smitteforebyggelse, og det vil endvidere være i tråd med tilgangen i FN’s verdensmål for bæredygtig udvikling og WHO’s framework for ”health in all policies”.

Tiltagene vil skulle implementeres gradvist, hvorfor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der f.eks. kan udarbejdes en fire-årig strategi, hvoraf den første del bør iværksættes allerede i 3. kvartal 2020, da det er dog afgørende, at nogle af tiltagene allerede implementeres i forbindelse med genåbningens fase 4 for at forhindre ikke blot genopblussen af COVID-19 i efterår/vinter 2020, men også for at forbygge andre udbredte luftvejsinfektioner, som kan udfordre håndtering af COVID-19-epidemien i en situation med manglende befolkningsimmunitet.

¹ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Forebyggelse-af-smittespredning>

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at Danmark med de foreslåede tiltag både vil være særdeles godt forberedt til at imødegå fremtidige større epidemier og pandemier og vil være i stand til også under daglige forhold at undgå væsentlige tab af menneskeliv og samfundsomkostninger relateret til almindeligt forekommende infektioner.

Indledning

Under COVID-19 epidemien har der været iværksat en lang række tiltag for at undgå smitte i samfundet i Danmark. Nogle af tiltagene kan kun iværksættes i en begrænset periode, fordi de har store negative konsekvenser for samfundet og de kan derfor ikke anvendes i en langsigtet strategi til håndtering af epidemien. Andre tiltag kan bevares over længere tid, fordi de ikke i samme grad har afledte konsekvenser, og de kan derfor bedre indgå i en bæredygtig strategi.

Tiltagene forventes gradvist at lempes over de kommende måneder. At dømme ud fra foreløbige antistofundersøgelser må det antages, at kun en meget lille del af den danske befolkning har været smittet med COVID-19 og kan antages at have en vis immunitet, som måske endda ikke er længerevarende. Samtidig er der endnu ikke godkendte og markedsførte vacciner, som kan muliggøre omfattende vaccination af befolkningsgrupper. Dermed må langt størstedelen af befolkningen forventes i et stykke tid fortsat at være modtagelige for smitte. Der kan derfor være risiko for øget smittespredning, når fx forsamlingsrestriktioner og lukning af uddannelsesinstitutioner, natklubber mv. som forventet lempes efter sommeren, og især henover efteråret og i vinterhalvåret, når folk opholder sig mere indendørs.

Samtidig vil mange personer blive ramt af andre infektioner som sæsoninfluenza og andre luftvejsinfektioner, der både kan medføre indlæggelse (medfølgende risiko for overbelastning af sundhedsvæsenet) og unødigt isolation i hjemmet pga. forveksling med COVID-19, selvom personen har milde symptomer og i øvrigt er arbejdsdygtig, hvilket i et vist omfang vil kan forventes at medføre sygefraværsrelaterede udgifter og produktionstab.

En fastholdelse af visse af de smitteforebyggende tiltag er derfor nødvendig så længe der fortsat er risiko for ukontrolleret smittespredning med COVID-19. Da det er ikke sikkert, at der udvikles en effektiv forebyggende behandling eller opstår længerevarende befolkningsimmunitet mod COVID-19, kan dette vise sig nødvendigt endog langt ud i fremtiden. Selv hvis COVID-19 ophører med at være et problem for den brede befolkning vil en fastholdelse af nogle af tiltagene også kunne forebygge andre sygdomme, fx almindeligt forekommende infektioner som sæsoninfluenza, der forårsager gennemsnitligt 600 dødsfald om året, samt de kommende pandemiske sygdomme, der uvægerligt vil opstå før eller siden.

Infektioner er en stor belastning for den enkelte borger, der smittes, men rammer også samfundet i form af sygefravær og tabt arbejdsevne samt udgifter til behandling og pleje. Særligt for borgere, der i forvejen er syge og svækkede, kan smittespredning have alvorlige konsekvenser. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale ved at undgå smittespredning generelt i befolkningen.

Afgrænsning

Oplæggets fokus er infektioner, der spredes ved almindelig social kontakt i samfundet samt ved almindelige plejeopgaver i sundheds- og plejesektoren. Der er navnlig tale om luftvejsinfektioner, der spredes ved person-til-person smitte gennem dråber fra luftvejene og via forurening af overflader med luftvejssekreter, samt om mave/tarminfektioner, der kan spredes via forurening af overflader efter toiletbesøg.

Der er tale om sygdomme med stor udbredelse i samfundet, der ofte smitter i tidlig fase og ved milde symptomer og dermed mens de smittede er mobile, på arbejde og socialt aktive og dermed i stand til at smitte mange kontakter. De har oftest ikke et alvorligt forløb hos raske og yngre personer, men kan have det hos ældre og kronisk syge eller svækkede. De kan medføre udgifter for samfundet og erhvervslivet i form af sygefraværsrelaterede ydelser og produktionsstab. De samlede omkostninger på samfundsniveau er dermed betydelige.

Oplægget omhandler forebyggende tiltag, og således ikke håndtering ved konkrete udbrud (smitte-/kontaktopsporing mv.). Oplægget omhandler ikke forebyggelse af fødevarer- eller vandbårne infektioner, som vurderes at være tilstrækkeligt dækket af anden lovgivning, eller af seksuelt overførbare infektioner, der kræver andre indsatser end de her beskrevne. Endelig vil oplægget heller ikke omhandle farmakologisk forebyggelse (fx vacciner eller antivirale lægemidler), da strategier herfor beskrives i anden sammenhæng.

Infektionsrelateret sygelighed, dødelighed og omkostninger for samfundet

Omfang af sygelighed og dødelighed

Omkring 1.900 personer dør hvert år på grund af nedre luftvejsinfektioner som influenza, lungebetændelse og akut bronkitis. Der er tale om sygdomme som kan forårsages af både virus og bakterier. Nedre luftvejsinfektioner resulterer desuden hvert år i 1.800 tabte leveår for mænd og 970 tabte leveår for kvinder og er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder. Der registreres årligt 22.000 indlæggelser blandt mænd og 20.000 indlæggelser blandt kvinder samt 16.000 ambulante hospitalsbesøg med nedre luftvejsinfektioner som influenza, lungebetændelse eller akut bronkitis².

Hvert år i vintermånederne rammes op mod 5-10 procent af befolkningen typisk af influenza, og hvert andet til tredje år op mod 20 procent af befolkningen. Influenzasæsonen 2017/2018 medførte over 7.600 indlæggelser og over 1.600 dødsfald. Langt fra alle bliver så syge, at det medfører indlæggelse eller død, men der sker alligevel belastning af hospitalskapacitet og et stort antal kontakter til praktiserende læge/vagtlæge, hvortil kommer et større sygefraværsrelateret produktionstab.

En række øvrige smitsomme sygdomme, både almindeligt og mere sjældent forekommende, vil have smitteveje tilsvarende COVID-19, influenza m.v., og som derfor kan forebygges med de samme tiltag som kan forebygge COVID-19 og influenza. Det gælder bl.a. alvorlige sygdomme som meningokok-sygdom (med en dødelighed på omkring 10%) eller tuberkulose, men også potentielt alvorlige sygdomme som f.eks. mononukleose eller MRSA, samt en lang række meget almindeligt forekommende øvre luftvejsinfektioner, som kan give symptomer som forkølelse, øjenbetændelse, bihulebetændelse, halsbetændelse, mellemørebetændelse m.v., der selvom de ikke i sig selv er alvorlige, dog samlet set kan give stort sygefravær m.v.

Social ulighed

Der er en social ulighed i forekomsten af smitsomme sygdomme, hvor børn af familier med lav socioøkonomisk position har flere sygdomsepisoder end børn af familier med høj socio-

² Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2015

økonomisk position. Nedre luftvejsinfektioner er årsag til flere dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg blandt personer med grundskole og kort uddannelse end blandt personer med en mellemlang og lang uddannelse³.

Multiresistente infektioner

Den øgede forekomst af multiresistente infektioner udgør en særlig problemstilling, da der er risiko for, at det i fremtiden bliver vanskeligt at behandle mange almindeligt forekommende infektioner, som der i dag findes effektiv behandling for.

Økonomiske omkostninger

Hvert år koster nedre luftvejsinfektioner 1.820 mio. kr. i hospitalsbehandling og 280 mio. kr. på grund af tabt produktion⁴. Det er skønnet, at alene korrekt håndhygiejne i daginstitutionerne ville kunne spare samfundet for ca. 445 millioner kr. i produktionstab pga. fravær hos forældre, der skal passe syge børn⁵. En forkølelsepisode hos voksne resulterer i gennemsnitligt 8,7 tabte arbejdstimer, både pga. egentligt sygefravær, nedsat ydeevne på arbejdet samt pasning af egne børn, der er blevet smittet af forkølelsen. Ved infektion eller bærertilstand med MRSA hos en borger i hjemmepleje viser et eksempel fra Køge Kommune en øget omkostning på 440 kr. pr. dag pr. borger⁶.

Smitteforebyggende tiltag

Den 10. maj udgav Sundhedsstyrelsen nye generelle smitteforebyggende anbefalinger. I formuleringen af de generelle anbefalinger har der været stort fokus på at sikre, at anbefalinger og krav er bæredygtige, dvs. om der er tale om tiltag der kan opretholdes med tilstrækkelig stor tilslutning, over længere tid, og uden uhensigtsmæssige omkostninger og skadevirkninger. Der har derfor særligt været lagt vægt på, hvilke tiltag, der har størst smitteforebyggende effekt, samt om der er et rimeligt forhold (proportionalitet) i mellem forventet effekt, mulige skadevirkninger og ressourceforbrug, herunder om evt. alternative tiltag kunne være mere hensigtsmæssige.

Sundhedsstyrelsen har stort fokus på at formidle vigtigheden af de langtidsholdbare tiltag og på, at de kan omsættes til handling i dagligdagen. Nogle af de iværksatte tiltag skal vi forsøge at integrere i den måde vi indretter vores samfund på, således at det giver værdi samtidig med, at det er let for befolkningen at følge. For et samlet overblik over og vurdering af de forskellige tiltag der har været anvendt under epidemien, se bilag.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at navnlig de følgende tiltag – i prioriteret rækkefølge – er relevante at videreføre i et vist omfang i en langsigtet smitteforebyggelsesstrategi. Der henvises til anbefalingerne af 10. maj samt bilaget for uddybende overvejelser:

1. Isolation i hjemmet når man er syg

Dansk beskæftigelseslovgivning understøtter allerede, at man kan blive hjemme ved sygdom. Alligevel kan nogle personer opleve et pres fra arbejdsgiver/kolleger om at møde på arbejde, selvom man ikke føler sig rask nok. Navnlig kan forældre opleve et pres for at sende børn i

³ Ibid.

⁴ Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2015

⁵ Pedersen KM. Giv hygiejnen en hånd. Rent i Danmark. 2007;34(5):10-13

⁶ Jakobsen M, Bækø Skovgaard CM, Lundsby Jensen M, Trap Wolf R, Reindahl Rasmussen S. Omkostninger ved husdyr-MRSA for sundhedsvæsenet i Danmark. KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2015

institution/skole, selvom de er syge, pga. utilstrækkelige muligheder for barns sygedage. Under COVID-19 epidemien har der været større fokus på vigtigheden af at holde sig hjemme ved sygdom, hvilket med fordel kan fastholdes fremover, både af hensyn til den enkelte med sygdom og til kolleger på arbejdspladsen eller øvrige børn i institution/skole.

2. *Hjemmearbejde/omplacering eller andre foranstaltninger ved milde symptomer, men bevaret arbejdsdygtighed*

Udgangspunktet i lov om sygedagpenge m.v. er at man er uarbejdsdygtig pga. sygdom. Der er derfor som udgangspunkt ikke grundlag for sygemelding ved sygdom med milde symptomer, der ikke medfører uarbejdsdygtighed. I sådanne tilfælde kan man om muligt arbejde hjemmefra, hvilket har været anvendt i højere grad under COVID-19 epidemien og også med fordel kan fastholdes fremover af hensyn til smitterisiko på arbejdspladsen. I tilfælde hvor hjemmearbejde ikke er muligt, kan man overveje muligheder for omplacering til funktioner, hvor man ikke udgør en smitterisiko, eller for andre foranstaltninger (fx brug af maske eller andre barrierer, placering i særskilte rum). Tilsvarende kan overvejes mere udstrakt brug af hjemmeundervisning for børn, unge og studerende med milde symptomer.

3. *Beskyttelse af personer i særlig risiko*

Under COVID-19 epidemien har der med dette formål bl.a. været vidtgående besøgsrestriktioner på plejecentre, institutioner og hospitaler, hvilket ikke i længden kan opretholdes pga. alvorlige afledte konsekvenser. Der har dog også været øget opmærksomhed på infektionshygiejniske forholdsregler på plejecentre og institutioner samt øget opmærksomhed i befolkningen på at tage særlige hensyn, fx holde afstand, hjælpe med indkøb, øget fokus på ikke at mødes ved sygdom mv. Nogle af disse tiltag bør videreføres på forskellig vis, især har der været tydeliggjort et behov for styrkelse af viden og kompetencer vedrørende smitteforebyggelse hos personale på alle niveauer i sundheds- og plejesektoren.

4. *God håndhygiejne*

Dette er den bedst dokumenterede metode til forebyggelse af smittespredning. Det gælder både til personen selv og til andre. Der er god dokumentation for, at håndhygiejne kan reducere sygefravær relateret til mave-tarminfektioner og øvre luftvejsinfektioner både blandt skolebørn og på arbejdspladser.

Den øgede fokus på håndhygiejne bør fastholdes fremover ved løsninger, der gør det lettere at udføre håndhygiejne på arbejdspladser og offentlige steder, ved skiltning på toiletter mv. om korrekt udførelse af håndhygiejne og ved større fokus på undervisning af børn i korrekt håndhygiejne.

Det er navnlig vigtigt at sikre et fortsat stort fokus på håndhygiejne i sundheds- og plejesektoren. Rigsrevisionens beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner fra 2017 viste, at hospitalerne i perioden 2013-2016 i 54 % af kontroller for håndhygiejne ikke levede op til retningslinjerne⁷.

5. *Hoste-etikette*

Dette har længe været et generelt hygiejneråd, og kan fremmes yderligere fx i undervisning af børn om smitteforebyggelse.

⁷ <https://www.rigsrevisionen.dk/publikationer/2017/52017/>

6. *Kontaktfrie løsninger*

Fælles kontaktpunkter, dvs. steder hvor mange mennesker rører med hænder/fingre (fx håndtag, kontakter, trykknapper, redskaber, vandhaner) udgør en særlig risiko for smittespredning og kan med fordel søges elimineret ved mere udbredt brug af kontaktfrie løsninger eller fx albuebetjente håndtag.

7. *Grundig rengøring*

Det aktuelle skærpede fokus på rengøring kan i nogle sammenhænge være hensigtsmæssigt at fastholde, især det øgede fokus på rengøring af kontaktpunkter. Der har været et potentiale for forbedret rengøringsstandard i flere sektorer, bl.a. i skoler og daginstitutioner, men også i sundheds- og plejesektoren. Rigsrevisionens beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner fra 2017 viste, at hospitalerne i perioden 2013-2016 i 29 % af rengøringskontrollerne ikke levede op til retningslinjerne.

8. *Reduktion af fysisk kontakt*

Når der opnås enten naturlig eller induceret immunitet mod COVID-19 vil det være svært eller umuligt fortsat generelt at fraråde fysisk kontakt som f.eks. håndtryk og kram. Men det kan med fordel ved fx både kulturelle tiltag og regulering gøres mere acceptabelt at afvise at give hånd eller kramme hvis man er syg eller bekymret for at blive det.

9. *Fysisk afstand*

At sikre, at personer kan holde fysisk afstand på 1- 2 meter fra hinanden vurderes at kunne forebygge de fleste tilfælde af dråbeoverført smitte. Fysisk afstand kan fx sikres ved adgangsbegrænsning, forskudte åbnings- og mødetider samt ruminddeling, ”afstandstape” og andre adfærdsregulerende (”nudging-”) tiltag. Dråbeoverført smitte kan, hvor muligt, også forebygges ved fysiske barrierer mellem personale og kunder/klienter/patienter. Dette kan være skærme af plastic eller glas, fx ved en betalingsdisk eller hvor der skal gives tæt vejledning eller behandling som f.eks. instruktion i brug af hjælpemidler, neglebehandling m.v.

Når der opnås enten naturlig eller induceret immunitet mod CO-VID-19 vil det ikke være proportionalt fortsat at have generelle anbefalinger og krav om afstand udover 1 meter, men det kan være hensigtsmæssigt at videreføre mindre indgribende tiltag som brug af barrierer og andre afskærmninger, samt gennem både adfærdsregulerende tiltag og regulering (f.eks. arealkrav) sikre reduktion af trængsel i offentlige institutioner, offentligt tilgængelige lokaler og mødesteder, transportmidler m.v.. Det kan også være hensigtsmæssigt at videreføre normer om at holde afstand til syge og ældre, holde afstand til andre hvis man selv er syg o.lign.

Gældende lovgivning

En strukturel fastholdelse af en række af de foreslåede smitteforebyggende tiltag vurderes at kunne gennemføres gennem præcisering eller tilføjelser til allerede gældende lovgivning, der således kan indgå i en samlet national strategi for smitteforebyggelse i samfundet. Det er vurderingen, at det vil lette implementeringen og overblikket for de involverede parter, hvis de foreslåede tiltag så vidt som muligt tilføjes til eksisterende relevant lovgivning, fx tilføjning af en udvidelse af mulighederne for hjemmearbejdsplads til Arbejds miljølovgivningen.

Nedenfor er oplyst gældende lovgivning, der vurderes at være relevante for de foreslåede tiltag, samt overvejelser om, hvorvidt der er behov for supplerende lovgivning. Der er ikke foretaget en systematisk gennemgang, hvorfor det er muligt, at der er yderligere lovgivning på andre myndighedsområder, der ligeledes vil være relevant at inddrage.

Sundhedsområdet

Smitteforebyggelse er (potentielt) indeholdt i enkelte dele af sundhedslovgivningen. Det er dog Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er et betydeligt potentiale for at udspecificere krav til og ansvar for smitteforebyggelse, herunder krav til kompetencer særligt i kommunerne. Endvidere har lovgivningen et snævert fokus på sundheds- og plejesektoren.

- Sundhedslovens § 119 vedr. kommunens forebyggelsesindsats og §§ 120-126 vedr. forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (smitteforebyggelse er dog ikke nævnt specifikt)
- Sundhedslovens kapitel 66 vedr. Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med kommunale institutioner som plejehjem, hjemmepleje, bosteder mv., herunder § 220 om tilsyn med bl.a. hygiejniske forhold på dag- og døgninstitutioner. Styrelsen for Patientsikkerhed kan i medfør af § 220, stk. 7 fastsætte nærmere regler om de sundhedsmæssige forhold på dag- og døgninstitutioner, men hjemlen er ikke udmøntet.
- Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge § 17 (BEK nr. 1344 af 03/12/2010) vedr. at bistanden fra den kommunale sundhedstjeneste skal omfatte generel rådgivning om børn og unges sundhed og trivsel, vejledning om og tilsyn med sundhedsforholdene på institutionen, herunder oplysning om hygiejne.
- Epidemiloven har jf. § 1 til formål at hindre udbredelsen af visse infektioner, men omhandler dels kun de specifikke sygdomme, der fremgår af loven, dels kun bestemmelser om forholdsregler i tilfælde af sygdom og har således ikke et generelt forebyggende sigte.

Følgende vejledninger og anbefalinger er ligeledes relevante for den smitteforebyggende indsats i sundheds- og plejesektoren; de er dog ikke i sig selv af bindende karakter og nogle omhandler enkelte specifikke infektioner og i højere grad forholdsregler ved tilfælde af sygdom end generel forebyggelse:

- Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren⁸
- Vejledning om smitsomme sygdomme hos børn og unge⁹
- Vejledninger om forebyggelse af spredning af MRSA¹⁰ og CPO¹¹
- Vejledning om hiv (human immundefekt virus) og hepatitis B og C virus¹². Forebyggelse af blodbåren smitte, diagnostik og håndtering i sundhedsvæsenet og på andre arbejdspladser
- Vejledning om forebyggelse af hepatitis A¹³
- Håndbog om hygiejne og miljø i dagtilbud¹⁴
- Forebyggelsespakke om hygiejne¹⁵

⁸ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/vejledning-om-arbejdsdragt-inden-for-sundheds--og-plejesektoren>

⁹ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/smitsomme-sygdomme-hos-boern-og-unge---vejledning-om-forebyggelse-i-daginstitutioner-skoler-m-v>

¹⁰ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Vejledning-om-forebyggelse-af-spredning-af-MRSA-3.-d.-.-ud-gave.ashx?la=da&hash=EF2A0366E2F370E88C5DFE61A181B0A0EAE171AC>

¹¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/CPO/Vejledning-om-forebyggelse-af-spredning-af-CPO.ashx?la=da&hash=060943943A71EA7E2AA6B51C229577B87E5937A3>

¹² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2013/Publ2013/Vejledning-om-HIV-hepatitis-B-og-C-virus.ashx>

¹³ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/vejledning-om-forebyggelse-af-hepatitis-a>

¹⁴ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/hygiejne-i-daginstitutioner>

¹⁵ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-hygiejne>

Arbejdsmiljøområdet

Arbejdsmiljøloven¹⁶ indeholder flere bestemmelser om forebyggelse af arbejdsrelateret sygdom, men der er i hovedsagen tale om arbejdsulykker og eksponering for konkrete, arbejdspladsspecifikke helbredsrisici fx kemikalier. Da smitte kan ramme alle arbejdspladser, er der et potentiale for at beskrive smitteforebyggelse som en særlig, men integreret del af den forebyggende indsats på arbejdspladser.

- Iht. kap. 5-6 skal arbejdet udføres og arbejdsstedet indrettes således, at det sikkerheds- og sundhedsmæssigt er fuldt forsvarligt, og ”anerkendte normer og standarder, som har sikkerheds- eller sundhedsmæssig betydning, skal følges”. Beskæftigelsesministeren kan ved bemyndigelse i medfør af § 43. stille krav til arbejdsstedets indretning, herunder toiletter og vaske- og badrum. Herunder kunne indsættes fx skærpede krav til faciliteter til håndhygiejne og opsætning af smitteforebyggende skærme i storrums-kontorer.
- Kap. 4 indeholder bestemmelser om arbejdsgiveres pligter til at sikre de sundhedsmæssige forhold på arbejdspladsen, herunder krav til arbejdspladsvurdering, instrukser og tilsyn med arbejdets udførelse. Der kan med fordel udspecificeres krav om retningslinjer for smitteforebyggelse. Sådanne krav kan også lægges til grund for opnåelse af arbejdsmiljøcertifikat efter kap. 11a.
- Arbejdspladser er forpligtet til at søge eksternt rådgivning, hvis de ikke har den nødvendige internt (§ 12), hvilket krav kan udspecificeres for smitteforebyggelse. Der kan endvidere skabes mulighed for vejledning om smitteforebyggelse gennem de eksisterende branchefællesskaber (kap. 3), hvor der kan søges inspiration i de sektorpartnerskaber, der er oprettet ifm. COVID-19.
- Arbejdsmiljølovgivningen gælder som hovedregel også, når den ansatte udfører arbejde hjemme¹⁷. Det betyder, at arbejdsgiveren skal sørge for, og den ansatte skal medvirke til, at arbejdsforholdene i hjemmet er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarlige, hvilket har betydning for opretning af hjemmearbejdspladser.

Bygningsreglementet

Bygningsreglementet¹⁸ indeholder flere bestemmelser der skal sikre de helbredsmæssige forhold i bygninger, men også her er der potentiale for at behandle smitteforebyggelse som et særligt fokusområde:

- Pladsfordelingsplaner og belægningsplaner (§6h)
- §§ 196-241 Bygningens indretning, inkl. offentligt tilgængelige bygning, bygninger med arbejdspladser, normklasserum (kvm pr. barn)
- § 386: I rum, hvor personer opholder sig i længere tid, skal det sikres, at der under den tilsigtede brug og aktivitet kan opretholdes et sundheds- og komfortmæssigt tilfredsstillende termisk indeklima.
- § 396 Kommunalbestyrelsen kan i byggetilladelsen fastsætte en frist for indretning og etablering af opholdsarealer og legeområder efter ibrugtagning af bebyggelsen.
- §§ 420 og 428 Ventilation: ventilationssystemer skal være udformet og installeret, så de ikke tilfører de ventilerede rum stoffer, herunder mikroorganismer, som giver sundhedsmæssigt utilfredsstillende indeklimaforhold.
- Det bemærkes, at krav for byggetilladelse ikke nødvendigvis skal fremgå af bygningsreglementet, da kommunalbestyrelsen iht. § 35 skal undersøge, om byggearbejdet er i

¹⁶ <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/674>

¹⁷ <https://at.dk/regler/at-vejledninger/hjemmearbejde-d-2-9/>

¹⁸ <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1399>

strid med anden lovgivning, og krav i byggetilladelsen, der er fastsat i medfør af anden lovgivning, skal fremgå særskilt af tilladelsen.

- Kommunalbestyrelsen skal iht. § 187 foretage en helhedsvurdering, såfremt der er forhold ved et byggeri, der hverken helt eller delvist er reguleret af eller opfylder bestemmelserne om byggeretten i §§ 168-186. De generelle kriterier, som skal indgå i kommunalbestyrelsens helhedsvurdering (§ 188), kunne med fordel suppleres med kriterier vedr. smitteforebyggelse.

Yderligere muligt relevante områder

Lovgivning/overenskomster vedr. sygefravær

- Lovgivningen giver ret til understøttelse ved eget sygefravær, men kun begrænset ret til understøttelse ved barns sygdom, hvilket vanskeliggør muligheden for at holde syge småbørn hjemme fra institution/skole. Mindre børn bidrager væsentligt til smittespredning af en række almindeligt forekommende infektioner.

Lovgivning vedr. skoler og uddannelsesinstitutioner

- Det kan overvejes at indføre permanent pligt til at tilbyde hjemmeundervisning af elever med milde symptomer på sygdom.

Regler vedr. maksimalbelægning af lokaler

- Det kan overvejes, om nugældende krav til maksimalt antal personer pr. kvadratmeter i lokaler, der hidtil har haft brandsikring som øjemed, bør justeres permanent af hensyn til smitteforebyggelse.

Forslag til indsatser

Der er behov for en langsigtet videreførelse af en række af de tiltag nævnt i afsnittet om ”smitteforebyggende tiltag”. Det er i første omgang afgørende i forbindelse med genåbningens fase 4, hvor der er behov for tiltag til afløsning af forsamlingsforbud og påbud om lukning af diverse virksomheder og institutioner. Herved kan det forebygges, at der igen opstår ukontrolleret smittespredning der nødvendiggør omfattende nye nedlukninger af samfundet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at de mest relevante tiltag i denne forbindelse vil være:

- Fortsat opfordring til hjemmearbejde i både offentlig og privat sektor, især ved milde sygdomssymptomer, men også i muligt omfang generelt (hvilket vil mindske risiko for smittespredning både på arbejdspladser og i offentlig transport)
- Fortsat beskyttelse af personer i særlig risiko gennem hjemmearbejde/omplacering, evt. fraværsmelding, skærpet fokus på hygiejne i sundheds- og plejesektoren
- Fortsat anbefalinger om at holde afstand hvor muligt og skærpet fokus på håndhygiejne og rengøring i alle sektorer
- Fortsat oplysningsindsats til befolkningen, herunder i traditionelle og sociale medier samt skiltning offentlige steder med anbefalinger om afstand, håndhygiejne mv.
- Fortsat adfærdsregulerende tiltag såsom afstandsmærkning

For at sikre bæredygtigheden og langtidsholdbarheden er der dog også behov for strukturelle og tværsektorielle tiltag, der fastholder og styrker smitteforebyggelsen på permanent vis gennem indarbejdelse i bl.a. lovgivningsmæssige krav, standarder for arbejdsmiljø, rengøring og bygningsindretning mv. og incitamenter via tilskud/afgifter/fradrag. Herunder er der et udtalt behov for større robusthed i organiseringen, øget samarbejde mellem aktører og tilførsel af kompetencer og ressourcer til kommuner og regioner. Det bør også overvejes, om der er behov for en mere hensigtsmæssig ansvarsfordeling. Strukturelle tiltag kan medvirke til en mere bæredygtig smitteforebyggende indsats i direkte forlængelse af genåbningen af samfundet,

hvor der ellers kan være en bekymring for, at indsatsen nedprioriteres pga. af andre økonomiske prioriteringer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der udarbejdes en tværsektoriel strategi med et fire-årigt sigte, hvor tiltagene beskrives nærmere i handleplaner, som Sundhedsstyrelsen gerne vil bidrage til udformningen af. Tiltagene kan implementeres gradvist, men det er afgørende, at nogle tiltag som beskrevet ovenfor implementeres fra efteråret 2020, så de kan imødegå risikoen for øget smittespredning med COVID-19 og andre luftvejsinfektioner.

Sådanne tiltag vil sikre, at der i hele samfundet lægges et permanent højt niveau for beskyttelse af borgere mod smitte mod både nye alvorlige og almindelige infektioner. Sundhedsstyrelsen har ikke umiddelbart været i stand til at identificere andre lande med sådanne tværsektorielle smitteforebyggelsesstrategier, og Danmark har hermed mulighed for at være et foregangsland indenfor smitteforebyggelse. Det vil endvidere være i tråd med tilgangen i FN's verdensmål for bæredygtig udvikling og WHO's framework for "health in all policies"¹⁹.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at Danmark med de foreslåede tiltag både vil være særdeles godt forberedt til at imødegå fremtidige større epidemier og pandemier og vil være i stand til også under daglige forhold at undgå væsentlige tab af menneskeliv og samfundsomkostninger relateret til almindeligt forekommende infektioner.

Der kan ikke her gives et komplet katalog af indsatser, men eksempler på områder, hvor strukturelle tiltag vil være hensigtsmæssige, kan være:

- Smitteforebyggelse på arbejdspladser – ved at sikre, at personer der er arbejdsduelige, men er syge med milde symptomer, ikke smitter andre på arbejdspladsen – bør i fremtiden ses som en naturlig del af den forebyggende indsats mod arbejdsrelateret sygdom og behandles som sådan i arbejdsmiljølovgivningen, Arbejdstilsynets vejledninger og lokale arbejdsmiljøpolitikker. Der kan endvidere skabes incitament, fx tilskud til etablering af hjemmearbejdspladser.
- Smitteforebyggende tiltag bør ses som et naturligt og væsentligt element i krav til/standarder for opførelse/renovering af bygninger, fx gennem mere udbredte krav til kontaktfrie løsninger i bygningsreglementet, ligesom der er krav til fx etablering af handicapadgange.
- Kommunernes forpligtelse (evt. i fælleskommunalt samarbejde) til at yde rådgivning om smitteforebyggelse bør skærpes – både overfor kommunale og private plejecentre, botilbud, skoler og daginstitutioner; evt. bør forpligtelsen udvides til andre sektorer. Samtidig bør der etableres mere forpligtende samarbejde mellem kommunale og regionale hygiejneorganisationer.
- Der bør være mere konkrete krav til, at standarder for rengøring og hygiejne i øvrigt efterleves. Dette gælder både i den regionale og kommunale sundheds- og plejesektor, hvor de mest sårbare grupper befinder sig, herunder også institutioner indenfor socialområdet, hvor der opholder sig personer i særlig risiko. Dette kan fx sikres gennem mere forpligtende krav til efterlevelse af nationale mål for sundhedsvæsenet, kompe-

¹⁹ Health in all policies: Helsinki Statement: Framework for country action (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1)

tenceudvikling af personale og øget uddannelse af ressourcepersoner (hygiejnesygeplejersker o.lign.). Det er dog også vigtigt at sikre fortsat høj fokus på rengøring og hygiejne i andre sektorer, særligt hvor der er stor risiko for smittespredning pga. mange mennesker på lidt plads (fx daginstitutioner og skoler, offentlig transport).

Iværksat og ophævet	Antaget effekt og negative konsekvenser	Rationale	Langsigtet perspektiv og justeringer	Faglige perspektiver og erfaringer ift. effekt	Samlet vurdering		
Sundhedsstyrelsens generelle befolkningsrettede råd							
Anbefaling vedr. håndhygiejne i samfundet (Håndvask og hånddesinfektion)	Iværksat og gældende	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	God effekt, også på andre smitsomme sygdomme og infektioner, der skyldes dårlig håndhygiejne.	Formålet er at mindske kontaktsmitte ved at bedre den generelle håndhygiejne. Håndvask med vand og flydende sæbe medfører, at snavs og mikroorganismer løsnes og fjernes fra huden, hvilket fremmes af den mekaniske bearbejdelse af hænder samt skylning med vand. Korrekt udført håndvask tager ca. 45-60 sekunder. Hånddesinfektion er påføring af et desinfektionsmiddel, som inaktiverer mikroorganismer.	Bør opretholdes under hele epidemien og opbyggede vaner bør søges vedligeholdt på befolkningsniveau. Bør særligt styrkes hos personer i øget risiko Opmærksomhed på dette kan skærpes ved gentagne fokus på budskabet.	Der er et solidt evidens-grundlag for anbefalingen om håndhygiejne jf SST evidensgennemgang d. 30 april.	Et generelt øget fokus på håndhygiejne i samfundet er et simpelt ikke-ressourcekrævende tiltag, der bør fastholdes igennem hele epidemien. Fastholdelsen kan bedres ved mulighed for håndvask og brug af håndsprit i det offentlige rum, institutioner mv.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Kan give hudirritationer, særligt ved ikke-korrekt håndvask. Sundhedsstyrelsen har anbefalinger til korrekt håndvask og brug af hudcreme. Kan desuden fremme tvangssymptomer, særligt hos personer, der i forvejen lider af dette.				
Anbefalinger vedr. fysisk distancering (hold afstand og undgå tæt fysisk kontakt)	Iværksat og gældende	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Formentligt en god effekt særligt i synergi med anbefalingen om, at syge/symptomatiske personer selv-isolerer sig.	Ved fysisk distancering forstås en generel opfordring til at holde afstand til andre mennesker i det offentlige rum, hvorved man er mindre udsat for at blive smittet via dråber fra smittebærere, der hoster, nyser mv. samt undgår kontaktsmitte i forbindelse med håndtryk, kys, kram mv. Ved at udføre fysisk distancering nedsættes antallet af nære kontakter nødvendigvis.	Efterlevelsen af rådene om fysisk distancering vil blandt andet afhænge af befolkningens forståelse af rådene, tillid til myndigheder samt alvoren af situationen. Kommunikation er derfor centralt for at sikre en langsigtet efterlevelse af rådene. Opmærksomhed på dette kan skærpes ved gentagne fokus på budskabet.	Det er svært at undersøge, om fysisk afstand har en effekt, derfor er der begrænset evidens for effekten. Der er dog internationalt enighed om at afstand er væsentligt. De generelle anbefalinger om fysisk distancering er i overensstemmelse med bla. ECDC og CDC og udvalgte andre lande, men er ikke baseret på studie med specifik dokumentation for den maksimale distance for dråbetransmission af COVID-19. Internationalt varierer anbefalingerne om afstand mellem 1 og 2 meter.	Fysisk distancering er et ikke-ressourcekrævende og formentligt effektivt tiltag, der bør opfordres til gennem hele epidemien. Det vurderes, at efterlevelsen vil hænge sammen med den generelle bekymring for at blive smittet. Tydelig kommunikation om formålet samt nudging, fx linjer til afstand i køer, vil derfor være nødvendigt for at opretholde efterlevelse over lang tid.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Brud på normale sociale vaner for mange mennesker fx i forhold til at give hånd/kramme ved hilsen samt i forbindelse med afstand under samtale. Efterlevelse kan medføre isolering og ensomhed, hvilket kan have konsekvenser for det mentale helbred.				
Anbefaling vedr. rengøring i hjem, arbejdspladser, offentlig transport, institutioner mv.	Iværksat og gældende	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Antaget god. Almindelig rengøring med vand og sæbe kan have en reducerende effekt over for mikroorganismer, hvorved potentiel kontaktsmitte reduceres.	Hyppig rengøring af særligt kontaktpunkter med vand og flydende sæbe fjerner snavs og mikroorganismer fra overflader, hvorved kontaktsmitte reduceres. Rengøring og håndhygiejne er derved tæt forbundet i forhold til at begrænse kontaktsmitte. Rengøring kan suppleres med desinfektion	Der bør opretholdes et højt rengøringsniveau, og opmærksomhed på dette kan skærpes ved gentagne fokus på budskabet. Intensiviteten af rengøring i institutioner mv. kan justeres afhængigt af smittetryk lokalt,	Der er international konsensus om, at rengøring er et vigtigt tiltag for at mindske risikoen for smitte. CEI vurderer, at ved rengøring sammen med god håndhygiejne er risikoen for smitte lille.	Øget rengøring er et lavpraktisk tiltag, der vurderes at have en effekt på smittespredning. Fokus bør opretholdes under hele epidemien dog med varierende grader af intensitet afhængigt af lokalt smittetryk. Etablering af kontaktløse ordninger, fx til betaling, vandhane og åbning af døre. Kan etableres nu i forbindelse
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Det er ressourcekrævende at opretholde et øget rengøringsniveau i fx skoler, arbejdspladser plejehjem e.l. over længere tid.				

							med epidemien og vil have varig effekt, formentlig også på spredning af anden smitte.
Hosteetikette	<i>Iværksat og gældende</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	God.	Host og nys i engangslømmetørklæde eller ærmet for at hindre dråber ud i rummet eller på hænderne, og dermed undgå dråbe og kontaktsmitte.	Bør opretholdes under hele epidemien og opbyggede vaner bør søges vedligeholdt på befolkningsniveau	ECDC vurderer at det kan nedsætte risikoen for dråbesmitte i det omgivne miljø. ECDC, WHO og CDC anbefaler alle host og nys lømmetørklæde eller albue.	Bør opretholdes, idet der ikke er umiddelbare negative konsekvenser forbundet med opretholdelse.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Ingen				
Sundhedsstyrelsens retningslinjer							
Test af asymptomatiske nære kontakter	<i>Iværksat og gældende</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Kan formentligt have en effekt	Tidlig opsporing og brud på smittekæder ved at teste asymptomatiske nære kontakter. Smittede personer identificeres og kan forholde sig herefter, isolation mv.	Kræver kapacitet og formentligt, at adgangen til test er tæt på borgeren for at sikre compliance.	OECD anbefaler, hvis det er muligt at udvide testning til at omfatte asymptomatiske og præsymptomatiske cases blandt andet nære kontakter, for at opnå en stor grad af smitteinddæmning.	Det vurderes, at den systematiske test af asymptomatiske nære kontakter er en mere langtidsholdbar strategi på længere sigt end 14 dages karantænesætning af nære kontakter uden symptomer. Tiltaget er en central del af den langsigte plan om at undertrykke og bryde smittekæder.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Ressourcekrævende, tidsforbrugende for borgeren. Risiko for falsk negativt resultat				
Karantænesætning af nære kontakter uden at have kendskab til COVID-19 status hos dem	<i>Ophævet 11.marts ifm. udbredt samfundssmitte og overgang til afbødningsstrategi</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Kan sammen med opsporing og isolation af smittede have en effekt.	Ved at sætte potentielt smittede personer i karantæne mindsker risikoen for, at disse bringer smitte videre mens de er præsymptomatiske eller asymptomatiske	Vil være ekstremt ressourcekrævende og med meget store afledte konsekvenser på individniveau og for arbejdsmarkedet under en langvarig epidemi, og vil formentligt være svært at efterleve for personer, der føler sig raske.	Der er studier, der undersøger og finder en effekt af karantænesætning ift. smittespredning. De vurderes dog at have lav videnskabelig kvalitet. Et rapid review af negative konsekvenser af karantænesætning finder overordnet negative psykologiske effekter karantænesætning	Det vurderes på nuværende tidspunkt, at det i end dansk kontekst er mere langtidsholdbart og bæredygtigt at tilbyde aktiv smitteopsporing blandt nære kontakter end karantænesætning.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Er meget ressourcekrævende, og kan have store konsekvenser for arbejdskraft, særligt i sundhedssektor. Kan desuden have negative psykologiske effekter.				
Isolation af syge, enten i eget hjem eller i isolationsfaciliteter	<i>Iværksat og gældende</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Antages at have stor effekt.	Hindre smittespredning til familiemedlemmer kolleger mv.	Indsatsen bør løbende vurderes i forhold til ny viden om sygdommen smittemønstre inden for og uden for familier samt videnskabelig vurderet effekt af tiltaget.	Indirekte evidens peger på, at isolation af syge er effektivt, og det vurderes, at der er robust grundlag for at anbefale isolation af syge.	Tiltaget er en central del af den langsigte plan om at undertrykke og bryde smittekæder. For at tiltaget skal have fuld effekt vurderes det, at det kræver, at personen motiveres via vished om diagnosen samt får rådgivning og evt. hjælp til at opretholde isolationen
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Betydeligt indgreb i individets liv og udfoldelsesmulighed, særligt ved let eller asymptomatisk sygdom.				
Tiltag mod smittespredning ved at mindske antallet af kontakter i befolkningen							

Lukning af dagtilbud, skoler, ungdomsud-dannelser, videregående uddannelser mv.	<i>Iværksat ophævet for dagtilbud og yngre klasse-trin med virkning fra 15.april.</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Formentligt en effekt, særligt når der er udbredt samfundssmitte.	Tiltag der alle har til formål at hindre kontakthypigheden i samfundet blandt grupper, der typisk ikke bliver syge, mens som grundet mange kontakter kan betyde meget for smittespredningen.	Under åbning kan der være en række tiltag, der mindsker risikoen for smittespredning (mindre klasser, bedre håndhygiejne, generelle anbefalinger	Evidensen for effekt af skolelukninger eller andre tiltag ved influenza epidemier/pandemier er meget lav. Jf. WHO influenza non pharmaceutical public health measures.	Fra et sundhedsperspektiv rettet mod børn og familiers helbred og trivsel er genåbninger af dagtilbud og skoler vigtigt for den generelle samfundsudvikling.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Potentielt store negative effekter for læring, børns trivsel og arbejdsmarkedet.				
Lukning af en række liberale erhverv, hvor der er tæt kontakt.	<i>Iværksat 18.marts 2020 Ophævet med virkning fra d. 20.april</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Formentligt en effekt, særligt når der er udbredt samfundssmitte.	Reducerer antallet af tætte kontakter i samfundet, og derved mindsker situationer, hvor der kan ske smitteoverføring. Kan bruges til at få kontrol over smittespredningen. Rationalet følger anbefalingen om fysisk distancering.	Kan ikke opretholdes langsigtet. Genåbnes med smitteforebyggende tiltag. Ulemperne stiger med varigheden af lukningen.	Svært at undersøge effekten af virksomhedslukninger eller andre tiltag i virksomheder ved influenza epidemier/pandemier er meget lav. Jf. WHO influenza non pharmaceutical public health measures.	Kan bruges til at få kontrol over smittespredning, når der er stor smittespredning i samfundet og når inficerede individer ikke er identificeret. Har store negative konsekvenser. Bør genåbnes med smitteforebyggende tiltag, når smitten er mindsket.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Potentielt store negative effekter for økonomien - både på samfunds- og individniveau.				
Lukning af offentlige arbejdspladser , kulturinstitutioner, restauranter, barer, indendørs sport og fritidsaktiviteter mv.	<i>Iværksat 13. og 18. marts 2020 Gældende med visse undtagelser</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Formentligt en effekt, særligt når der er udbredt samfundssmitte.	Reducerer antallet af tætte kontakter i samfundet, og derved mindsker situationer, hvor der kan ske smitteoverføring. Kan bruges til at få kontrol over smittespredningen. Rationalet følger anbefalingen om fysisk distancering.	Kan ikke opretholdes langsigtet. Genåbnes med smitteforebyggende tiltag. Ulemperne stiger med varigheden af lukningen.	Svært at undersøge effekten, derfor ingen evidens, men effekten antages at følge effekten af fysisk distancering.	Kan bruges til at få kontrol over smittespredning, når der er stor smittespredning i samfundet og når inficerede individer ikke er identificeret. Har store negative konsekvenser. Bør genåbnes med smitteforebyggende tiltag, når smitten er mindsket.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Potentielt store negative effekter for økonomien - både på samfunds og individniveau, kan have negative konsekvenser ud fra et folkesundhedsperspektiv, og forenings- og på kulturlivet.			Evidensen for effekt af virksomhedslukninger eller andre tiltag i virksomheder ved influenza epidemier/pandemier er meget lav. Jf. WHO influenza non pharmaceutical public health measures.	
Forsamlingsforbud mere end 10 personer	<i>Iværksat 18.marts 2020 Gældende med visse undtagelser</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Formentligt en effekt, særligt når der er udbredt samfundssmitte.	Reducerer antallet af tætte kontakter i samfundet, og derved mindsker situationer, hvor der kan ske smitteoverføring. Kan bruges til at få kontrol over smittespredningen. Rationalet følger anbefalingen om fysisk distancering.	Ved mulighed for at flere kan forsamles bør der vurderes relevans af evt. øgede indsatser vedr. fysisk afstand ved større forsamlinger.	Der er meget lav evidens for effekten af tiltag der mindsker "crowding" ved influenzapandemier	Kan bruges til at få kontrol over smittespredning, når der er stor smittespredning i samfundet og når inficerede individer ikke er identificeret. Bør lempes, når smitten er mindsket.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Har store konsekvenser for offentlige, kulturelle og private arrangementer.				
Brug af barrierer i det offentlige rum eller blandt	<i>Iværksat og gældende</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Effekten vil formentligt afhænge af omfanget af smittespredning i samfundet samt i hvilket omfang, personer med symptomer opholder sig i det offentlige rum.	Reducere smitteoverførsel via spyt eller kontakt, ved at skabe en barrierer.	På længere sigt kan det overvejes at vurdere fordele og ulemper ved øget brug af barriere i det offentlige rum.	Der kan ikke konkluderes noget om effekten. Faglige overvejsler kan tale både for og imod brug af mundbind. Ingen evidens kan	Barrierer kan i nogle situationer fx ved højt smittetryk og ved langvarig eller tæt kontakt bruges ud fra

personer uden symptomer (Mundbind, skærme, visir, handsker)		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Falsk tryghed, ukorrekt brug. Risiko for at brugen kan skabe mangelsituation i sundhedsvæsenet.	ECDC angiver, at mundbind måske kan minimere spredningen af spytdråber fra personer fra personer, der ikke ved, at de er inficerede, hvorfor en generel brug af mundbind kan anses som en forlængelse af anbefalingen om brug af mundbind hos symptomatiske personer.		underbygge brug af visir eller skærme. Ved en GRADE tiltag er der evidens af moderat kvalitet, der tilsiger, at mundbind ikke er effektive i forhold til at hindre smittespredning ved influenza (WHO influenza).	et forsigtighedsprincip og for at mindske bekymring. 'Må ikke erstatte god hygiejne, hosteetikette og forsøg på at afstand. ECDC anbefaler brug af mundbind i offentlig transport, hvis den fysiske afstand ikke kan opretholdes.
Tiltag til målrettet beskyttelse af personer i øget risiko							
Besøgsrestriktioner og – forbud på plejehjem og sygehuse mv.	<i>Iværksat 18.marts 2020</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Har formentlig en betyvende effekt i forhold til at minimere udbrud på plejehjem, sygehuse mv.	Målrettet tiltag, der mindsker kontakthypighed mellem sårbare/indlagte og andre, og derved mindsker smittespredning på sygehus, plejehjem eller institution.	WHO anbefaler, at man sikrer langsigtede løsninger i forhold til plejehjem, der medtager betragtninger om borgernes mentale sundhed og sociale liv. På længere sigt kan det overvejes at vurdere fordele og ulemper ved øget fokus på besøgs politik på sygehuse og plejehjem herunder fokus på hygiejne. Dette kan være særligt relevant under sæsoninfluenza.	Sundhedsstyrelsen har fra starten af epidemien vurderet, at begrænsning af besøg på plejehjem og sygehuse ved eksempelvis besøgstider og fokus på styrket hygiejne ved besøg er essentielt for at beskytte sårbare ældre grupper. I tilfælde, hvor der ikke er besøgsforbud, bør der foreligge på konkrete og lokale vejledninger for besøgs politik.	Det er vurderingen, at der under hele epidemien bør være et fokus på, at mindske smittespredning på sygehuse og plejehjem særligt i tilfælde af udbredt smittespredning. Rammerne bør dog justeres, så de sårbares helbred, socialliv mv. tages i betragtning. Der bør altid være mulighed for at afvige for forbuddet ud fra en konkret vurdering
	<i>Gældende med visse undtagelser</i>	<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Potentielt alvorlige sociale konsekvenser for sårbare og gamle mennesker. Negative konsekvenser for de patienter, borgere og pårørende, der rammes.				
Tiltag til at hindre importerede tilfælde							
Grænsekontrol med indrejseforbud	<i>Iværksat og gældende med visse undtagelser</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Antages at kunne have effekt ved øer.	Undgå smittespredning over grænsen, import af smitte fra personer, der har rejst i områder med udbredt smitte.	Bør justeres i forhold til udbredelsen af smitte i samfundet, idet tiltaget ikke vil have effekt i det tilfælde, hvor der allerede er udbredt samfundssmitte.	Der er ikke evidens eller fagligt belæg for at grænselukning har effekt på smittespredning. WHO anbefaler ikke tiltag, der begrænser rejse og handel.	Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, at grænselukningen fra en sundhedsfaglig betragtning kan anbefales.
		<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Økonomiske konsekvenser. Begrænser fri bevægelighed. Ressource tung				
Opfordring til 14 dages	<i>Iværksat og gældende</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Antages at kunne have effekt, når der ikke er udbredt smitte i samfundet	Undgå import af smitte fra andre lande, ved at personer, der rejser ind i landet opholder sig i eget hjem	Bør justeres i forhold til udbredelsen af smitte i samfundet og landet der rejses til. Bør ikke	Effekten har formentlig været minimal fra der blev konstateret smitte i samfundet.	Må justeres efter smittespredning i landet, og der bør sikres ensretning med

karantæne efter rejse	<i>med visse undtagelser</i>	<i>Antaget afledte negative konsekvenser</i>	Negative konsekvenser for den enkelte og omgivelser, fx arbejdskraft	indtil evt. smitterisiko antages at være overstået	kollidere med udmeldinger om test og anvisninger ift. testvar.		udmeldinger om testmuligheder og anvisninger ift. til testsvar. Kan erstattet med information om smitteforebyggende adfærd på rejse og opmærksomhed på symptomer.
Frarådning af ikke nødvendige rejser	<i>Iværksat og gældende indtil 31. maj</i>	<i>Antaget effekt for at hindre smittespredning</i>	Antages at kunne have effekt, når der ikke er udbredt smitte i samfundet	Undgå import af smitte fra personer, der har rejst i områder med udbredt smitte.	Bør justeres i forhold til udbredelsen af smitte i samfundet og landet der rejses til.	Effekten har formentlig været minimal fra der blev konstateret smitte i samfundet.	Må justeres efter smittespredning i landet, og der bør sikres ensretning med udmeldinger om testmuligheder og anvisninger ift. til testsvar. Kan erstattet med information om smitteforebyggende adfærd på rejse og opmærksomhed på symptomer

From: Hanne Vibjerg <havi@SST.DK>
Sent: 01-07-2020 10:09:10 (UTC +01)
To: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>
Cc: Dorte Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Mette Touborg Heydenreich <mhe@sum.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>
Subject: Bidrag fra Sundhedsstyrelsen - Epidemilov

Kære Frederik,

Hermed de aftalte notater fra Sundhedsstyrelsen vedr. hhv. "Ordlister vedr. sygdomsbegreber" og "National rådgivende epidemikommission". Vi har ligeledes til jeres orientering vedhæftet kommissorium for Sundhedsstyrelsens nuværende "Epidemigruppe", da denne gruppe omtales i notatet.

Med venlig hilsen – Sincerely

Hanne Vibjerg

Specialkonsulent - Specialist Advisor
T (dir.) +45 7222 7808
havi@sst.dk

Sundhedsstyrelsen – Danish Health Authority
Enhed for forebyggelse - Health Promotion
T +45 7222 7400
sst@sst.dk

Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens bidrag til opdatering af ”Epidemilov” 2020

- *Mulige rammer for national rådgivning og styring*

Sundhedsstyrelsen er ved møde den 22. juni 2020 af Sundheds- og Ældreministeriet blevet anmodet om at bidrage til udarbejdelse af en opdatering af ”Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love” (m.fl.).

På mødet er det aftalt med ministeriet, at der ønskes et bidrag fra Sundhedsstyrelsen indeholdende: *Beskrivelse af mulige rammer for national styring og rådgivning herunder rolle for rådgivende epidemikommission m.v.*

Sagsnr. 03-0000-19

Reference HAVI

T 7222 7400

E sst

Sundhedsstyrelsen skal i den anledning bemærke følgende:

Mulige rammer for national rådgivning og styring

Baggrund

I gældende lov har de lokale ’epidemikommissioner’ en væsentlig rolle. Epidemikommissionerne kan genfindes helt tilbage i ’Lov om foranstaltninger imod udbredelse af smitsomme sygdomme’ af 30. marts 1892, og formentlig også i endnu ældre forordninger. Sammensætningen er i al væsentlighed uforandret fra 1892-loven, herunder politidirektørens formandskab, embedslægens udførende rolle og 3 lokale folkevalgte medlemmer. Det er dog tydeligt i 1892-loven, at kommissionerne udspringer af de meget lokale sundhedskommissioner, der skulle sikre et kendskab til lokale sundhedsforhold og en meget lokal myndighedsforankring og -planlægning. De til loven tilhørende regulativer om desinfektion, behandling af lig m.v. viser en tid før den moderne lægevidenskabs gennembrud. Det var desuden en tid, hvor der ikke var etableret nationale sundhedsmyndigheder såsom sundhedsministerium og tilhørende styrelser.

Med den nuværende indretning af det danske sundhedsvæsen med en anden balance mellem national og lokal styring og planlægning, andre myndighedsroller samt andre teknologier og metoder til sygdomsbekæmpelse, synes det rimeligt at anlægge en mere national ramme for styring og rådgivning. På baggrund heraf forslår Sundhedsstyrelsen, at den nationale rådgivning styrkes ved etablering af en national struktur med involvering af de rette aktører og organisationer og med relevant samarbejde med decentrale myndigheder. I den forbindelse vil de fem regionale epidemikommissioner kunne nedlægges.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Mulige fremtidige rammer

Det er nødvendig, at der kan handles hurtigt ved konkret situation med mulig smitte, udbrud mv. De konkrete myndighedsbeføjelser efter loven, f.eks. vedr. udstedelse af påbud om undersøgelse, isolation, adgangskontrol til institutioner m.v., kan tillægges Styrelsen for Patientsikkerhed. Beføjelser, der indebærer frihedsberøvelse, må kræve Politiets medvirken

De mere generelle sundhedsfaglige beføjelser efter loven, f.eks. vedr. udstedelse af faglige retningslinjer for forebyggelse, håndtering, kategorisering, anmeldelse m.v., kan tillægges Sundhedsstyrelsen, der samtidig også kan tillægges beføjelser ift. at træffe beslutning om, eller indstille til politisk beslutning, i hvilket omfang både nye og eksisterende sygdomme skal være omfattet af loven.

For at sikre både bred faglig rådgivning og bredt tværsektorielt samarbejde i indsatserne kan der nedsættes en national rådgivende epidemikommission, som Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariat for. Efter gældende lovs § 3 stk. 3 har Sundhedsstyrelsen i dag nedsat en 'Epidemigruppe' (kommissorium vedlagt). Sammensætningen af den nuværende Epidemigruppe vurderes imidlertid for bred og ikke tilstrækkelig-fokuseret til at kunne udfylde en rådgivende rolle. Derudover ligger en række koordinerende opgaver (f.eks. i relation til Told, Forsvar, Politi m.v.) i dag i regi af NOST.

National rådgivende epidemikommission

Der foreslås derfor en national rådgivende struktur, der kan benævnes 'National rådgivende epidemikommission' eller alternativt 'Rådgivende udvalg for håndtering af smitsomme sygdomme', og skrives ind i en ny epidemilov på samme vis som f.eks. SL § 207 eller AL § 33. Det foreslås samtidig, at rammerne for dette udvalg fastlægges i en bekendtgørelse, herunder pligt til at myndighederne indhenter rådgivning i særlige situationer, f.eks. ved indplacering af ny sygdom osv. Det bør dog understreges, at udvalget ikke tillægges selvstændige myndighedsbeføjelser, men at udvalget udøver sin rådgivning via Sundhedsstyrelsen.

Sammensætningen af det foreslåede rådgivende udvalg bør i lovteksten beskrives lidt mere generelt end i gældende lovs § 3 stk. 3. Dette kunne f.eks. være, at udvalget skal bestå af sundhedsfaglig sagkundskab med ekspertise inden for smitsomme sygdomme, herunder epidemiologi, mikrobiologi, diagnose, behandling, pleje m.v. samt af beredskabsmyndigheder m.v.

Konkret kunne et udvalg bestå af repræsentanter for:

- Sundhedsstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Statens Serum Institut
- Lægemiddelstyrelsen

- Sundheds- og Ældreministeriet
- Selskaber for hhv. mikrobiologi, infektionsmedicin, pædiatri, almen medicin, hygiejnesygeplejersker, samt eventuelt anæstesiologi og akutmedicin
- Fødevarestyrelsen
- De fem regioner
- Danske Regioner
- KL
- Særlige sagkyndige udpeget af Sundhedsstyrelsen m.v.

Der skal udarbejdes et egentligt kommissorium, som går på, at arbejdet i udvalget både får dels et generelt forebyggende og planlæggende sigte, dels mandat til at handle operativt ifm. udbrudshåndtering m.v.

Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens bidrag til opdatering af ”Epidemilov” 2020

- *Mulige rammer for national rådgivning og styring*

Sundhedsstyrelsen er ved møde den 22. juni 2020 af Sundheds- og Ældreministeriet blevet anmodet om at bidrage til udarbejdelse af en opdatering af ”Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love” (m.fl.).

På mødet er det aftalt med ministeriet, at der ønskes et bidrag fra Sundhedsstyrelsen indeholdende: *Beskrivelse af mulige rammer for national styring og rådgivning herunder rolle for rådgivende epidemikommission m.v.*

Sagsnr. 03-0000-19

Reference HAVI

T 7222 7400

E sst@sst.dk

Sundhedsstyrelsen skal i den anledning bemærke følgende:

Mulige rammer for national rådgivning og styring

Baggrund

I gældende lov har de lokale ’epidemikommissioner’ en væsentlig rolle. Epidemikommissionerne kan genfindes helt tilbage i ’Lov om foranstaltninger imod udbredelse af smitsomme sygdomme’ af 30. marts 1892, og formentlig også i endnu ældre forordninger. Sammensætningen er i al væsentlighed uforandret fra 1892-loven, herunder politidirektørens formandskab, embedslægens udførende rolle og 3 lokale folkevalgte medlemmer. Det er dog tydeligt i 1892-loven, at kommissionerne udspringer af de meget lokale sundhedskommissioner, der skulle sikre et kendskab til lokale sundhedsforhold og en meget lokal myndighedsforankring og -planlægning. De til loven tilhørende regulativer om desinfektion, behandling af lig m.v. viser en tid før den moderne lægevidenskabs gennembrud. Det var desuden en tid, hvor der ikke var etableret nationale sundhedsmyndigheder såsom sundhedsministerium og tilhørende styrelser.

Med den nuværende indretning af det danske sundhedsvæsen med en anden balance mellem national og lokal styring og planlægning, andre myndighedsroller samt andre teknologier og metoder til sygdomsbekæmpelse, synes det rimeligt at anlægge en mere national ramme for styring og rådgivning. På baggrund heraf forslår Sundhedsstyrelsen, at den nationale rådgivning styrkes ved etablering af en national struktur med involvering af de rette aktører og organisationer og med relevant samarbejde med decentrale myndigheder. I den forbindelse vil de fem regionale epidemikommissioner kunne nedlægges.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00

E sst@sst.dk

www.sst.dk

Mulige fremtidige rammer

Det er nødvendig, at der kan handles hurtigt ved konkret situation med mulig smitte, udbrud mv. De konkrete myndighedsbeføjelser efter loven, f.eks. vedr. udstedelse af påbud om undersøgelse, isolation, adgangskontrol til institutioner m.v., kan tillægges Styrelsen for Patientsikkerhed. Beføjelser, der indebærer frihedsberøvelse, må kræve Politiets medvirken

De mere generelle sundhedsfaglige beføjelser efter loven, f.eks. vedr. udstedelse af faglige retningslinjer for forebyggelse, håndtering, kategorisering, anmeldelse m.v., kan tillægges Sundhedsstyrelsen, der samtidig også kan tillægges beføjelser ift. at træffe beslutning om, eller indstille til politisk beslutning, i hvilket omfang både nye og eksisterende sygdomme skal være omfattet af loven.

For at sikre både bred faglig rådgivning og bredt tværsektorielt samarbejde i indsatserne kan der nedsættes en national rådgivende epidemikommission, som Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariat for. Efter gældende lovs § 3 stk. 3 har Sundhedsstyrelsen i dag nedsat en 'Epidemigruppe' (kommissorium vedlagt). Sammensætningen af den nuværende Epidemigruppe vurderes imidlertid for bred og ikke tilstrækkelig-fokuseret til at kunne udfylde en rådgivende rolle. Derudover ligger en række koordinerende opgaver (f.eks. i relation til Told, Forsvar, Politi m.v.) i dag i regi af NOST.

National rådgivende epidemikommission

Der foreslås derfor en national rådgivende struktur, der kan benævnes 'National rådgivende epidemikommission' eller alternativt 'Rådgivende udvalg for håndtering af smitsomme sygdomme', og skrives ind i en ny epidemilov på samme vis som f.eks. SL § 207 eller AL § 33. Det foreslås samtidig, at rammerne for dette udvalg fastlægges i en bekendtgørelse, herunder pligt til at myndighederne indhenter rådgivning i særlige situationer, f.eks. ved indplacering af ny sygdom osv. Det bør dog understreges, at udvalget ikke tillægges selvstændige myndighedsbeføjelser, men at udvalget udøver sin rådgivning via Sundhedsstyrelsen.

Sammensætningen af det foreslåede rådgivende udvalg bør i lovteksten beskrives lidt mere generelt end i gældende lovs § 3 stk. 3. Dette kunne f.eks. være, at udvalget skal bestå af sundhedsfaglig sagkundskab med ekspertise inden for smitsomme sygdomme, herunder epidemiologi, mikrobiologi, diagnose, behandling, pleje m.v. samt af beredskabsmyndigheder m.v.

Konkret kunne et udvalg bestå af repræsentanter for:

- Sundhedsstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Statens Serum Institut
- Lægemiddelstyrelsen

- Sundheds- og Ældreministeriet
- Selskaber for hhv. mikrobiologi, infektionsmedicin, pædiatri, almen medicin, hygiejnesygeplejersker, samt eventuelt anæstesiologi og akutmedicin
- Fødevarestyrelsen
- De fem regioner
- Danske Regioner
- KL
- Særlige sagkyndige udpeget af Sundhedsstyrelsen m.v.

Der skal udarbejdes et egentligt kommissorium, som går på, at arbejdet i udvalget både får dels et generelt forebyggende og planlæggende sigte, dels mandat til at handle operativt ifm. udbrudshåndtering m.v.

Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens bidrag til opdatering af "Epidemilov" 2020

- *Ordlister vedr. sygdomsbegreber*

Sundhedsstyrelsen er ved møde den 22. juni 2020 af Sundheds- og Ældreministeriet blevet anmodet om at bidrage til udarbejdelse af en opdatering af "Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love" (m.fl.).

På mødet er det aftalt med ministeriet, at der ønskes et bidrag fra Sundhedsstyrelsen indeholdende: *En 'ordliste' vedr. sygdomsbegreber*

Sundhedsstyrelsen skal i den anledning bemærke følgende:

ORDLISTE

Smitsom sygdom: *En sygdom eller tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.*

Med 'tilstand' menes, at den smittede person kan være bærer af smitte uden at have egentlige symptomer og tegn på sygdom.

'Mikroorganismer' er en samlebetegnelse for organismer, der består af en eller få celler, som ikke kan ses med de blotte øje, og som bl.a. omfatter virus, bakterier, parasitter og svampe.

'Andre smittestoffer' hentyder til, at smitte og sygdom kan overføres uden at der er tale om egentlige mikroorganismer; det bedste eksempel er nok prioner, som er en infektiøs partikel, der udelukkende består af et proteinmolekyle, og derfor ikke er en organisme. Visse parasitter (f.eks. fnat) er ikke mikroorganismer, da de kan ses med det blotte øje.

På engelsk skelnes nogle gange mellem 'communicable' (overførbar) og 'infectious' (forårsager smitsom sygdom, dvs. kun en delmængde af 'communicable'), men begreberne anvendes oftere synonymt.

At smitte kan overføres 'fra, til og imellem' mennesker betegner, at der er alene defineres sygdom eller tilstand hos mennesker, men at smitten kan overføres fra et andet menneske, fra et dyr (zoonose) eller fra det omgivende miljø.

Sagsnr. 03-0000-19

Reference HAVI

T 7222 7400

E sst@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

I gældende lov anvendes betegnelsen 'smitsomme og andre overførbare sygdomme', men det vil være fagligt entydigt blot at anvende begrebet 'smitsom', og så definere begrebet som omfattende andet smitstof end mikroorganismer.

Seksuelt overført sygdom: *En smitsom sygdom, der overføres ved kønslig omgang*

Det foreslås, at man forlader gældende lovs § 2 stk. 3, og dermed igen lader de seksuelt overførte sygdomme være omfattet

Smittet person: *En person der har fået påvist en smitsom sygdom eller tilstand, eller som må antages at have en smitsom sygdom eller tilstand.*

Smitte hos en konkret person kan være mistænkt eller bekræftet. For nye smitsomme sygdomme vil kriterier for mistanke hhv. bekræftelse typisk være beskrevet i en 'case definition' i Sundhedsstyrelsens retningslinje for håndtering af den nye sygdom.

Med 'mistanke' menes en sundhedsfagligt begrundet overvejelse af den pågældende smitsomme sygdom eller tilstand som mulig forklaring på symptomer, tegn, undersøgelsesfund m.v. hos en konkret patient. For praktiske formål vil det typisk betyde, at der er foretaget en lægelig undersøgelse og opstillet en diagnose.

Formuleringer i gældende lov, som f.eks. '*der lider af en alment farlig sygdom, eller som må antages at være smittet med en sådan*' kan give anledning til uklarhed, og kan derfor med fordel erstattes med begreberne 'mistænkt eller bekræftet', og hvor det i lovbemærkningerne præciseres, at mistanke bør følge opstillede 'case definitioner', beror på konkret lægefagligt skøn osv.

Alment farlig smitsom sygdom

En smitsom sygdom, der enten:

- er særligt smitsom, eller
- forekommer hyppigt, eller
- har en høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader

og som enten:

- kan medføre langvarig behandling, evt. indlæggelse på sygehus, langvarigt sygefravær eller langvarigt rehabiliteringsforløb, eller
- kan få så stor udbredelse at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller
- kan give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling

Samfundsfarlig smitsom sygdom: *En alment farlig smitsom sygdom, med risiko for så omfattende samfundssmitte at det medfører, eller kan medføre, alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner, og som derfor kan kræve ekstraordinære smitteforebyggende tiltag som f.eks. begrænsning af forsamlinger, rejseaktivitet, erhverv m.v.*

Med ovenstående nye definitioner forlades den gældende lovs skelnen mellem 'alment farlige' og 'øvrige' og dermed dens skelnen mellem liste A og B. Der er i dag reelt ingen vejledning i loven ift. kriterier for at anføre sygdomme på hhv. liste A og liste B. Der kan indirekte findes retning i den sidste sætning i §10: *når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning.* Denne sætning synes at pege på kriterier for at 'løfte' en sygdom mod liste A, men som ikke er særligt præcise.

Ved forekomst af nye smitsomme sygdomme vil man reelt ofte blot være overladt til at lave analogier ift. de sygdomme, der allerede er anført på liste A og B.

Med disse nye definitioner skelnes der mellem tre niveauer:

- 1) Alle 'smitsomme sygdomme', hvor det hverken vil være muligt eller hensigtsmæssigt, at disse oplistes i lovform, men hvor en række almene bestemmelser en ny lov kan være gældende f.eks. vedr. indberetning af data m.v.
- 2) De 'alment farlige smitsomme sygdomme', som er en delmængde af 1), og som kan oplistes f.eks. ved, at der i ny lov gives hjemmel til, at Sundhedsstyrelsen kan bekendtgøre, og som efter ovennævnte definition formentlig vil svare til nuværende A+B, og for hvilke der kan gives specifikke bestemmelser, f.eks. ift. at give beføjelser til at en sundhedsfaglig myndighed kan give påbud om isolation, undersøgelse m.v.
- 3) De 'samfundsfarlige smitsomme sygdomme', som er en delmængde af 2), som kan oplistes, som efter ovennævnte definition formentlig blot vil omfatte ganske få sygdomme, som SARS, kopper, viral hæmorhagisk feber, pest og COVID-19, og for hvilke der kan gives særlige og specifikke bestemmelser, der f.eks. giver sundheds- og ældreministeren beføjelser.

Udbrud: *En ophobning eller pludselig stigning i forekomsten af en sygdom, som er begrænset i tid og sted.*

Et udbrud kan være alt fra en lokal smittekæde med enkelte smittede personer, f.eks. et udbrud af meningokok-sygdom, til en stor epidemi.

Et udbrud kan initialt vise sig uden, at årsagen er afklaret, som det var tilfældet i december 2019 med ophobede tilfælde af svær lungebetændelse i Wuhan. Af og til kan det være uklart, om et udbrud skyldes smittestof eller anden sygdomsfremkaldende mekanismer. Sådanne udbrud kan kræve håndtering, som der skal være hjemmel til i ny lov. Dette er baggrunden for tilføjelse fodnote til liste B 'ophobning af alvorlig sygdom af ukendt årsag', men det vil være mere rimeligt at beskrive direkte i lovtekst.

Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens bidrag til opdatering af Epidemilov” 2020

- *Ordlister vedr. sygdomsbegreber*

Sundhedsstyrelsen er ved møde den 22. juni 2020 af Sundheds- og Ældreministeriet blevet anmodet om at bidrage til udarbejdelse af en opdatering af ”Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love” (m.fl.).

På mødet er det aftalt med ministeriet, at der ønskes et bidrag fra Sundhedsstyrelsen indeholdende: *En ’ordliste’ vedr. sygdomsbegreber*

Sundhedsstyrelsen skal i den anledning bemærke følgende:

ORDLISTE

Smitsom sygdom: *En sygdom eller tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.*

Med ’tilstand’ menes, at den smittede person kan være bærer af smitte uden at have egentlige symptomer og tegn på sygdom.

’Mikroorganismer’ er en samlebetegnelse for organismer, der består af en eller få celler, som ikke kan ses med de blotte øje, og som bl.a. omfatter virus, bakterier, parasitter og svampe.

’Andre smittestoffer’ hentyder til, at smitte og sygdom kan overføres uden at der er tale om egentlige mikroorganismer; det bedste eksempel er nok prioner, som er en infektiøs partikel, der udelukkende består af et proteinmolekyle, og derfor ikke er en organisme. Visse parasitter (f.eks. fnat) er ikke mikroorganismer, da de kan ses med det blotte øje.

På engelsk skelnes nogle gange mellem ’communicable’ (overførbart) og ’infectious’ (forårsager smitsom sygdom, dvs. kun en delmængde af ’communicable’), men begreberne anvendes oftere synonymt.

At smitte kan overføres ’fra, til og imellem’ mennesker betegner, at der er alene defineres sygdom eller tilstand hos mennesker, men at smitten kan overføres fra et andet menneske, fra et dyr (zoonose) eller fra det omgivende miljø.

Sagsnr. 03-0000-19

Reference HAVI

T 7222 7400

E sst@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00

E sst@sst.dk

www.sst.dk

I gældende lov anvendes betegnelsen 'smitsomme og andre overførbare sygdomme', men det vil være fagligt entydigt blot at anvende begrebet 'smitsom', og så definere begrebet som omfattende andet smitstof end mikroorganismer.

Seksuelt overført sygdom: *En smitsom sygdom, der overføres ved kønslig omgang*

Det foreslås, at man forlader gældende lovs § 2 stk. 3, og dermed igen lader de seksuelt overførte sygdomme være omfattet

Smittet person: *En person der har fået påvist en smitsom sygdom eller tilstand, eller som må antages at have en smitsom sygdom eller tilstand.*

Smitte hos en konkret person kan være mistænkt eller bekræftet. For nye smitsomme sygdomme vil kriterier for mistanke hhv. bekræftelse typisk være beskrevet i en 'case definition' i Sundhedsstyrelsens retningslinje for håndtering af den nye sygdom.

Med 'mistanke' menes en sundhedsfagligt begrundet overvejelse af den pågældende smitsomme sygdom eller tilstand som mulig forklaring på symptomer, tegn, undersøgelsesfund m.v. hos en konkret patient. For praktiske formål vil det typisk betyde, at der er foretaget en lægelig undersøgelse og opstillet en diagnose.

Formuleringer i gældende lov, som f.eks. 'der lider af en alment farlig sygdom, eller som må antages at være smittet med en sådan' kan give anledning til uklarhed, og kan derfor med fordel erstattes med begreberne 'mistænkt eller bekræftet', og hvor det i lovbemærkningerne præciseres, at mistanke bør følge opstillede 'case definitioner', beror på konkret lægefagligt skøn osv.

Alment farlig smitsom sygdom

En smitsom sygdom, der enten:

- er særligt smitsom, eller
- forekommer hyppigt, eller
- har en høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader

og som enten:

- kan medføre langvarig behandling, evt. indlæggelse på sygehus, langvarigt sygefravær eller langvarigt rehabiliteringsforløb, eller
- kan få så stor udbredelse at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller
- kan give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling

Samfundsfarlig smitsom sygdom: *En alment farlig smitsom sygdom, med risiko for så omfattende samfundssmitte at det medfører, eller kan medføre, alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner, og som derfor kan kræve ekstraordinære smitteforebyggende tiltag som f.eks. begrænsning af forsamlinger, rejseaktivitet, erhverv m.v.*

Med ovenstående nye definitioner forlades den gældende lovs skelnen mellem 'alment farlige' og 'øvrige' og dermed dens skelnen mellem liste A og B. Der er i dag reelt ingen vejledning i loven ift. kriterier for at anføre sygdomme på hhv. liste A og liste B. Der kan indirekte findes retning i den sidste sætning i §10: *når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning.* Denne sætning synes at pege på kriterier for at 'løfte' en sygdom mod liste A, men som ikke er særligt præcise.

Ved forekomst af nye smitsomme sygdomme vil man reelt ofte blot være overladt til at lave analogier ift. de sygdomme, der allerede er anført på liste A og B.

Med disse nye definitioner skelnes der mellem tre niveauer:

- 1) Alle 'smitsomme sygdomme', hvor det hverken vil være muligt eller hensigtsmæssigt, at disse oplistes i lovform, men hvor en række almene bestemmelser en ny lov kan være gældende f.eks. vedr. indberetning af data m.v.
- 2) De 'alment farlige smitsomme sygdomme', som er en delmængde af 1), og som kan oplistes f.eks. ved, at der i ny lov gives hjemmel til, at Sundhedsstyrelsen kan bekendtgøre, og som efter ovennævnte definition formentlig vil svare til nuværende A+B, og for hvilke der kan gives specifikke bestemmelser, f.eks. ift. at give beføjelser til at en sundhedsfaglig myndighed kan give påbud om isolation, undersøgelse m.v.
- 3) De 'samfundsfarlige smitsomme sygdomme', som er en delmængde af 2), som kan oplistes, som efter ovennævnte definition formentlig blot vil omfatte ganske få sygdomme, som SARS, kopper, viral hæmorhagisk feber, pest og COVID-19, og for hvilke der kan gives særlige og specifikke bestemmelser, der f.eks. giver sundheds- og ældreministeren beføjelser.

Udbrud: *En ophobning eller pludselig stigning i forekomsten af en sygdom, som er begrænset i tid og sted.*

Et udbrud kan være alt fra en lokal smittekæde med enkelte smittede personer, f.eks. et udbrud af meningokok-sygdom, til en stor epidemi.

Et udbrud kan initialt vise sig uden, at årsagen er afklaret, som det var tilfældet i december 2019 med ophobede tilfælde af svær lungebetændelse i Wuhan. Af og til kan det være uklart, om et udbrud skyldes smittestof eller anden sygdomsfremkaldende mekanismer. Sådanne udbrud kan kræve håndtering, som der skal være hjemmel til i ny lov. Dette er baggrunden for tilføjelse fodnote til liste B 'ophobning af alvorlig sygdom af ukendt årsag', men det vil være mere rimeligt at beskrive direkte i lovtekst.



Kommissorium – Sundhedsstyrelsens Epidemigruppe

Baggrund

Til at rådgive og bistå Sundhedsstyrelsen skal der i henhold til Epidemiloven (LBK nr. 814 af 27. august 2009 med ændringer i LOV nr. 656 af 8. juni 2016, § 5) udpeges en gruppe bestående af en række myndigheder og organisationer. Nærværende dokument beskriver denne gruppes kommissorium. Gruppen benævnes Sundhedsstyrelsens Epidemigruppe.

Ifølge epidemiloven skal hver region nedsætte en epidemikommission med en politidirektør som formand, en læge med relevante faglige kvalifikationer, udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed, en dyrlæge udpeget af Fødevarestyrelsen, en repræsentant for told og skatteforvaltningen, en repræsentant for det regionale sygehusberedskab, en repræsentant for Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter, samt tre af regionsrådet udpegede medlemmer. Epidemikommissionens opgaver fremgår af epidemiloven. Sundhedsstyrelsen skal ifølge Epidemiloven i fornødent omfang vejlede Epidemikommissionerne.

Sundhedsstyrelsens Epidemigruppe nedsættes for at yde vejledning og rådgivning til Sundhedsstyrelsen indenfor epidemilovens rammer, dvs. for at hindre, at alment farlige sygdomme samt øvrige smitsomme og overførbare sygdomme jfr. Epidemilovens bilag A og B udbredes her i landet, og at smitte fra disse sygdomme føres ind i landet eller herfra til andre lande. Sundhedsstyrelsen vurderer behovet for at indkalde Epidemigruppen og vil i den forbindelse bl.a. lægge vægt på sygdommenes farlighed og smittepotentiale, hvorvidt der skønnes at være en folkesundhedsmæssig trussel i Danmark, og om der er behov for en tværsektoriel og koordineret indsats.

Epidemigruppen rådgiver således Sundhedsstyrelsen i forbindelse med forberedelserne før, under og efter udbrud/epidemier, samt i relation til vejledning af landets epidemikommissioner.

Formål

Epidemigruppens primære formål er løbende opdatering af Danmarks beredskab for og håndtering af smitsomme sygdomme som nævnt ovenfor. Formålet med Epidemigruppen er endvidere at etablere gode samarbejdsprocedurer mellem aktører, som kan blive involveret i håndtering af eller foranstaltninger mod smitsomme sygdomme.

Arbejdsopgaver

Gruppen mødes fast en gang om året og kan herudover indkaldes ad hoc af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med vurdering ved konkrete epidemier udbrud i ind- eller udland, eller når der er behov for opdatering af beredskabet, herunder evt. nye anbefalinger. Epidemigruppen er således ikke en operativ enhed og vil ikke være fast aktiveret under et udbrud af smitsom sygdom men må forvente at kunne blive indkaldt til møder med kort varsel.

Epidemigruppen kan endvidere inddrages i overvejelser vedrørende beredskabslogistik, forsyningsikkerhed og brug af vacciner og lægemidler mv.

Særligt vedrørende pressen:

Epidemigruppens medlemmer skal ikke informere offentligheden, herunder mediernes, i forbindelse med et udbrud/epidemi, men skal yde faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen.

Epidemigruppens medlemmer kan informere offentligheden på eget område i henhold til sektoransvaret og øvrige myndighedsroller.

Sundhedsstyrelsen er som sektoransvarlig myndighed, overordnet ansvarlig for krisekommunikation ved et konkret udbrud, og vil ved behov afholde møder med bl.a. pressen og andre relevante grupper, herunder myndigheder, arbejdstagerorganisationer og faglige organisationer, for dels at sikre entydig og god kommunikation til offentligheden, dels at sikre opretholdelsen af vitale samfundsfunktioner.

Epidemigruppens sammensætning

Ifølge Epidemiloven skal gruppen bestå af repræsentanter for følgende myndigheder, institutioner og organisationer:

- Sundhedsstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Lægemiddelstyrelsen
- Statens Serum Institut
- Rigspolitiet
- Transportministeriet
- Beredskabsstyrelsen
- Værnsfælles Forsvarskommando
- Fødevarestyrelsen
- Told- og skatteforvaltningen
- Miljøstyrelsen
- Arbejdstilsynet
- Region Nordjylland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Sjælland
- Region Hovedstaden
- Kommunernes Landsforening
- Falcks Redningskorps A/S
- PostNord Danmark

Derudover har Sundhedsstyrelsen vurderet, at der er behov for repræsentanter for følgende organisationer:

- Dansk Selskab for Infektionsmedicin
- Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi
- Lægeforeningen
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Sygeplejeråd

Sundhedsstyrelsen kan derudover udpege ad hoc-medlemmer ved behov for særlige faglige kompetencer.

Epidemigruppens organisering

- Gruppen nedsættes under Sundhedsstyrelsen. Formand er Sundhedsstyrelsens direktør.
- Sekretariatsfunktionen varetages af Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen indkalder til møder, udarbejder dagsorden og udsender referat fra mødet. Referater fra møderne offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside
- Sundheds- og Ældreministeriet er repræsenteret med en observatør under møderne
- Gruppen mødes fast en gang om året. Derudover kan Sundhedsstyrelsen indkalde til møder ad hoc ved behov.
- Der indhentes habilitetserklæringer fra Epidemigruppens medlemmer

From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 06-10-2020 14:57:41 (UTC +01)
To: Katrine Bisballe <KATB@SUM.DK>
Cc: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Subject: SV: Anmodning om bemærkninger til udkast til bestemmelse om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof (F 28/9)

Kære Katrine

Som anført i telefonen, er det vores (opdaterede) vurdering, at principperne i BEK 669/1920 (Bekendtgørelse angaaende Smitstof, der er farligt for Menneskers Sundhed) nu er dækket af BEK nr 981 af 15/10/2009 (Bekendtgørelse om sikring af visse biologiske stoffer, fremføringsmidler og relateret materiale.).

Det er også vores vurdering, at BEK 669/1920 derfor bør ophæves/udgå.

Beklager sent svar.

Bh
Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent
T (dir) +45 30 71 73 65
sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Katrine Bisballe
Sendt: 2. oktober 2020 14:24
Til: Simon Feldbæk Peitersen
Emne: VS: Anmodning om bemærkninger til udkast til bestemmelse om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof (F 28/9)

Kære Simon,

Som aftalt pr. tlf. får du her en mail med en række uddybende spørgsmål til jeres bidrag vedr. den foreslåede bestemmelse om håndtering af smitstof:

I nævner, at bkg. 669/1920 bør opdateres, så den afspejler den nuværende organisering, beskrivelse af relevante inddragede myndigheder, anvendelsesområde m.v., og at der skal tages højde for internationale certificeringsbestemmelser, fx fra WHO om polioloratorier. Jeg forstår bidraget sådan, at det ikke vil være korrekt blot at videreføre bekendtgørelsen, men at regler udstedt i medfør af den foreslåede bestemmelse stadig skal kunne afspejle principperne i bekendtgørelsen.

Vil I derfor komme med et afsnit i bemærkningerne om, hvilke nærmere regler, bestemmelsen forventes at blive anvendt til, herunder, at der ved fastsættelse af regler efter bestemmelsen skal tages højde for internationale certificeringsbestemmelser (inkl. eksempler hvor det er muligt)?

Vi vil være meget taknemmelige, hvis I vil kunne nå at sende det uddybende bidrag senest ved udgangen af mandag den 5. oktober 2020.

Ring eller skriv endelig, hvis der er spørgsmål til bestillingen, og tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Katrine Bisballe
Fuldmægtig, Sundhedsjura

Dir. tlf. 72 26 95 72
Mob. 21 76 01 09

Mail: katb@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



Fra: Katrine Bisballe

Sendt: 23. september 2020 09:13

Til: Suzanne Camilla Lund Hansen <suha@stps.dk>; Helle Borg Larsen <hbr@stps.dk>; 'sifp@sst.dk' <sifp@sst.dk>

Cc: Charlotte Beierholm Olsen <cbo@sum.dk>; STPS <stps@stps.dk>; 'serum@ssi.dk' <serum@ssi.dk>; Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>

Emne: Anmodning om bemærkninger til udkast til bestemmelse om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof (F 28/9)

Kære alle,

Forud for præ- og alm. høring sender jeg hermed uddrag af SUM's foreløbige udkast til den nye epidemilovs bestemmelser om rensning af personer forurenede med smitstof eller biologisk kampstof (§ 53), obduktion (§ 51) og indførelse, bearbejdning, forhandling mv. af smitstof (§ 49). Ifm. bestemmelsen om håndtering af smitstof har jeg desuden vedhæftet 2 gældende bekendtgørelser ift. en kommentar i udkastet.

I må meget gerne sende bemærkninger til bestemmelserne senest mandag den **28. september 2020 kl. 10.**

Ved spørgsmål eller behov for at vende udkastet ift. håndtering af smitstof eller obduktion (§§ 49 og 51), er I velkomne til at ringe eller skrive til mig, og hvis det drejer sig om bestemmelsen om rensning for biologisk kampstof (§ 53), er I velkomne til at ringe eller skrive til Charlotte (cc).

Med venlig hilsen

Katrine Bisballe
Fuldmægtig, Sundhedsjura

Dir. tlf. 72 26 95 72
Mob. 21 76 01 09

Mail: katb@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 29-09-2020 19:33:16 (UTC +01)
To: Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>; Katrine Bisballe <KATB@SUM.DK>
Cc: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Marlene Øhrberg Krag <mahk@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; covidsundhed <covidsundhed@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Subject: VS: Anmodning om bemærkninger til udkast til bestemmelse om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof (F 28/9)

Kære Charlotte og Katrine

Hermed Sundhedsstyrelsens bemærkninger til udkast til bestemmelser om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof.

Se vedhæftede.

Bh
Simon

Simon Feldbæk Peitersen
Chefkonsulent
T (dir) +45 30 71 73 65
sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Katrine Bisballe
Sendt: 23. september 2020 09:13
Til: Suzanne Camilla Lund Hansen ; Helle Borg Larsen ; Simon Feldbæk Peitersen
Cc: Charlotte Beierholm Olsen ; STPS ; serum@ssi.dk; Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse
Emne: Anmodning om bemærkninger til udkast til bestemmelse om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof (F 28/9)

Kære alle,

Forud for præ- og alm. høring sender jeg hermed uddrag af SUM's foreløbige udkast til den nye epidemilovs bestemmelser om rensning af personer forurenet med smitstof eller biologisk kampstof (§ 53), obduktion (§ 51) og indførsel, bearbejdning, forhandling mv. af smitstof (§ 49). Ifm. bestemmelsen om håndtering af smitstof har jeg desuden vedhæftet 2 gældende bekendtgørelser ift. en kommentar i udkastet.

I må meget gerne sende bemærkninger til bestemmelserne senest mandag den **28. september 2020 kl. 10.**

Ved spørgsmål eller behov for at vende udkastet ift. håndtering af smitstof eller obduktion (§§ 49 og 51), er I velkomne til at ringe eller skrive til mig, og hvis det drejer sig om bestemmelsen om rensning for biologisk kampstof (§ 53), er I velkomne til at ringe eller skrive til Charlotte (cc).

Med venlig hilsen

Katrine Bisballe

Fuldmægtig, Sundhedsjura

Dir. tlf. 72 26 95 72

Mob. 21 76 01 09

Mail: katb@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



§ 49. Sundheds- og ældreministeren kan efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om indførsel, forhandling, udlevering, bearbejdning, opbevaring og udførsel af smitstof, der stammer fra en smitsom sygdom omfattet af lovens § 2.

Til § 49

Det følger af den gældende bestemmelse i epidemilovens § 23, at sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om indførsel, forhandling, udlevering, bearbejdning, opbevaring og udførsel af smitstof, der stammer fra en smitsom eller anden overførbart sygdom, som er omfattet af denne lov.

Det følger af lovbemærkningerne, jf. Folketingstidende 1978-79, Tillæg A, L 118, Sp. 2133, at bestemmelsen svarer til § 29, stk. 2, i epidemiloven fra 1915, jf. lov nr. 138 af 10. maj 1915 om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdommes Udbredelse, ifølge hvilken bekendtgørelse nr. 669 af 16. december 1920 angaaende Smitstof, der er farligt for Menneskers Sundhed, er udstedt.

Det følger blandt andet af denne bekendtgørelse, at eksperimentelt arbejde med en række nærmere bestemte smitsomme sygdomme, herunder pest og kopper, kun måtte foretages på blandt andet universiteternes patologisk-anatomiske institutter og Statens Serum Institut, og kun i dertil indrettede lokaler. Desuden fastsætter bekendtgørelsen nærmere regler om f.eks. emballering og transport af smitstof, samt om hvilke myndigheder og institutioner, der må forhandle samt foretage ind- og udførsel af smitstof, der er farligt for mennesker. Bekendtgørelse nr. 669 af 16. december 1920 er fortsat gældende, jf. § 21, nr. 4, i bekendtgørelse nr. 220 af 17. marts 2020 om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme på transportområdet.

Epidemilovens § 23 er endvidere udmøntet i bekendtgørelse nr. 220 af 17. marts 2020 om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme på transportområdet, der i kapitel 4 indeholder regler om foranstaltninger mod bagage, gods, post og andet løsøre. Det fremgår blandt andet af bekendtgørelsens § 10, at epidemikommissionen kan forbyde losning eller aflæsning, eller selv foranledige fjernelse eller eventuel destruktion af levnedsmidler, der er eller formodes at være smittet af en sygdom omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Bestemmelsens stk. 1 finder tilsvarende anvendelse på produkter, der anvendes til levnedsmidler. Epidemikommissionen kan endvidere i medfør af bekendtgørelsens § 11 bestemme, at bagage, gods og andet løsøre, der formodes at være smittebærende med smitstof omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, kan underkastes desinfektion.

Den gældende bestemmelse foreslås med lovforslagets § 49 videreført, således, at sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om indførsel, forhandling, udlevering, bearbejdning, opbevaring og udførsel af smitstof, der stammer fra en smitsom sygdom omfattet af lovens § 2.

Med bestemmelsen sikres, at det er muligt fortsat at kunne fastsætte regler, der forhindrer ukontrolleret indførsel og behandling af smitstof, der stammer fra smitsomme sygdomme, f.eks. bakteriekulturer, samt hindre misbrug af smitstof, der er nødvendigt at bearbejde, herunder analysere, i f.eks. forskningsøjemed.

Efter bestemmelsen tillægges sundheds- og ældreministeren kompetence til at fastsætte regler i medfør af bestemmelsen efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Dermed sikres både et fagligt og politisk led ved udstedelse af regler efter den foreslåede bestemmelse. I den forbindelse vurderes Sundhedsstyrelsen at besidde de relevante sundhedsfaglige kompetencer til at vurdere om og hvordan smitstof fra smitsomme sygdomme bør håndteres.

Efter bestemmelsen kan sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om den praktiske håndtering af smitstof, der stammer fra en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, med det formål, at hindre ukontrolleret indførsel og behandling af smitstof, f.eks. bakteriekulturer, eller misbrug af det pågældende smitstof.

Kommentar [KB1]: @SST: Ønskes bekendtgørelsen fra 1920 videreført? I må gerne komme med yderligere eksempler på, hvad bemyndigelsesbestemmelsen skal (kunne) anvendes til.

Bkg. 669/1920 og 220/2020 er vedlagt.

Sundheds- og ældreministeren vil blandt andet kunne videreføre gældende regler om, hvem der må ind- og udføre det pågældende smitstof til og fra Danmark, opbevare, udlevere forhandle og bearbejde – herunder foretage forsøg og analyser på – smitstof, der stammer fra smitsomme sygdomme.

Med bestemmelsen vil der f.eks. kunne indføres nærmere regler om forsvarlig emballering og transport af smitstoffer, om krav til indretning af lokaler og sikkerhedskrav i forbindelse med opbevaring og bearbejdning af smitstoffer.

§ 51. Styrelsen for Patientsikkerhed kan beslutte, at obduktion skal ske, når det formodes, at et dødsfald skyldes en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, og obduktion vurderes at være nødvendig for at fastslå, hvilken sygdom dødsfaldet er forårsaget af.

Stk. 2. Obduktion efter stk. 1 forudsætter ikke samtykke fra afdøde eller, hvor der er tale om en afdød person under 18 år, forældremyndighedens indehaver. De nærmeste pårørende, hvis opholdssted kendes, skal snarest muligt efter beslutningen om obduktion, og inden obduktion foretages, underrettes herom.

Til § 51

Efter § 9 i den gældende epidemilov kan sundheds- og ældreministeren efter forhandling med Sundhedsstyrelsen påbyde, at obduktion skal ske, når det formodes, at et dødsfald skyldes en alment farlig sygdom.

Bestemmelsen er indsat i epidemiloven i 1979, jf. lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme. Kompetencen til at udstede påbud var på daværende tidspunkt tillagt epidemikommissionen. Det følger af lovbemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 1978-79, Tillæg A, L 118, Sp. 2130, at bestemmelsen svarer til epidemilovens § 7, stk. 2, hvorefter epidemikommissionen, når omstændigheder gør det antageligt, at et dødsfald skyldes en sygdom, der er omfattet af epidemiloven, kan påbyde, at undersøgelse af enkelte dele af liget, eventuelt obduktion af samme, skal finde sted. Det fremgår videre af bemærkningerne, at en særskilt bestemmelse herom i epidemi- og karantænelovgivningen er påkrævet, idet lov nr. 277 af 21. maj 1976 om ligsyn m. v. ikke indeholder en bestemmelse, hvorefter obduktion kan foretages med henblik på at fastslå af hvilken sygdom, et dødsfald er forårsaget. Det fremgår desuden af bemærkningerne, at påbuddet skal gives efter forhandling med sundhedsstyrelsen.

Ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, blev kompetencen til at udstede påbud flyttet fra epidemikommissionen til sundheds- og ældreministeren, jf. lovens § 1, nr. 8.

Den nugældende bestemmelse har ikke været anvendt i praksis.

Efter sundhedslovens § 187 kan obduktion i lægevidenskabeligt øjemed, herunder udtagelse af væv og andet biologisk materiale, som udgangspunkt foretages med afdødes samtykke og/eller pårørendes accept.

Således må obduktion efter sundhedslovens § 187, stk. 2, 1. pkt., foretages, hvis afdøde efter sit fyldte 18. år skriftligt har givet sit samtykke til obduktion, eller – i tilfælde hvor afdødes samtykke til obduktion er afgivet under forudsætning af pårørendes accept – hvor pårørendes accept foreligger.

Obduktion må dog ifølge sundhedslovens § 187, stk. 2, 2. pkt., i andre tilfælde ikke finde sted, såfremt afdøde eller afdødes nærmeste har udtalt sig derimod eller indgrebet må antages at stride mod afdødes eller de nærmeste pårørendes livsopfattelse, eller såfremt særlige omstændigheder i øvrigt taler mod indgrebet.

Kommentar [KB2]: @STPS og SST: Er det korrekt, at bestemmelsen ikke har fundet anvendelse? Har den været anvendt må I gerne tilføje et eksempel, hvis det er muligt.

I medfør af § 187, stk. 3, skal afdødes nærmeste, hvis opholdssted kendes, uden for de i stk. 2 nævnte tilfælde, underrettes om den påtænkte obduktion med anmodning om at give tilladelse hertil. Obduktion må herefter foretages, såfremt afdødes nærmeste giver samtykke til indgrebet. Ønsker afdødes nærmeste ikke at tage stilling til det påtænkte indgreb, skal der oplyses om adgangen til at modsætte sig obduktion inden for 6 timer efter underretningen. Obduktion må tidligst foretages 6 timer efter denne underretning, medmindre afdødes nærmeste forinden har givet samtykke til obduktion.

Efter § 187, stk. 4, må obduktion kun foretages på afdøde personer under 18 år, hvis forældremyndighedens indehaver har samtykket hertil.

Det foreslås med lovforslagets § 51, stk. 1, af Styrelsen for Patientsikkerhed kan beslutte, at obduktion skal ske, når det formodes, at et dødsfald skyldes en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, og obduktionen vurderes at være nødvendig for at fastslå, af hvilken sygdom dødsfaldet er forårsaget af.

Med bestemmelsen sikres en klar hjemmel til at skabe adgang til via obduktion at konstatere, om en alment farlig eller samfundskritisk sygdom er årsag til et givent dødsfald i tilfælde, hvor der er en formodning herom. Ved afklaring af, at et givent dødsfald skyldes en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, kan oplysningen herom anvendes til at sikre relevant smitteopsporing og kan bidrage til at begrænse og forebygge yderligere smittespredning med den pågældende sygdom.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan i medfør af bestemmelsen rette henvendelse til et af landets retsmedicinske institutter for at få foretaget obduktion af en afdød person, hvis det efter en konkret vurdering formodes, at en alment farlig eller samfundskritisk sygdom er årsag til det pågældende dødsfald og obduktionen vurderes at være nødvendig for at fastslå, hvilken sygdom dødsfaldet er forårsaget af. Der henvises i den forbindelse til forslagens § 4, stk. 1, og bemærkningerne hertil.

Beslutningskompetencen er efter bestemmelsen tillagt Styrelsen for Patientsikkerhed, idet styrelsen vurderes at besidde de relevante sundhedsfaglige kompetencer til at vurdere, hvornår et konkret dødsfald må formodes at skyldes en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, og hvornår denne formodning medfører, at det er nødvendigt at foretage obduktion.

Det er en betingelse for anvendelse af bestemmelsen, at styrelsen efter en konkret vurdering har fundet det nødvendigt at foretage obduktion for at få afklaret dødsårsagen af hensyn til relevant smitteopsporing og smitteforebyggelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed vil kunne dele de oplysninger, som styrelsen bliver bekendt med ved obduktionen, med Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, som led i myndighedernes fælles opgavevaretagelse efter loven.

Det foreslås med lovforslagets § 51, stk. 2, at obduktion efter stk. 1 ikke forudsætter samtykke fra afdøde eller, hvor der er tale om en afdød person under 18 år, forældremyndighedens indehaver. De nærmeste pårørende, hvis opholdssted kendes, skal dog snarest muligt efter beslutningen om obduktion, og inden obduktion foretages, underrettes herom.

Med bestemmelsens 1. pkt. sikres, at obduktion med det formål at fastslå, om et dødsfald er forårsaget af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, kan foretages, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed formoder, at dødsfaldet skyldes en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, og i den forbindelse har vurderet, at obduktion er nødvendig. Dermed afhænger beslutningen om obduktion f.eks. ikke af afdødes eksplicite stillingtagen til obduktion eller afdødes livsopfattelse og pårørendes accept eller modstand, som det er tilfældet for lægevidenskabelig obduktion efter sundhedslovens regler. Det skyldes, at der i de efter stk. 1 omfattede tilfælde vil være en klar samfundsinteresse i at få afklaret dødsårsagen med henblik på f.eks. smitteopsporing og smitteforebyggelse.

Samtidig er det efter bestemmelsens 2. pkt. en betingelse, at de nærmeste pårørende, såfremt det er muligt for Styrelsen for Patientsikkerhed at finde frem til deres opholdssted, bliver underrettet om beslutningen om at foretage

Kommentar [KB3]: @STPS/SST/SSI: Er der behov for dataudveksling i disse situationer? Vil I i så fald kunne komme med eksempler på formål og oplysningstype? Der skal formentlig selvstændig hjemmel hertil.

obduktion inden obduktionen foretages. Dermed sikres, at de nærmeste pårørende bliver oplyst om styrelsens beslutning og får mulighed for at få afklaret eventuelle spørgsmål hertil.

§53. Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde, at der skal iværksættes rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof. Styrelsen for Patientsikkerhed kan også påbyde desinfektion af løsøre, fast ejendom og befordringsmidler m.v.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere iværksætte andre foranstaltninger efter dette kapitel for hindre udbredelsen af smitsomt eller biologisk kampstof.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof.

Kommentar [FRE4]: Eller skal det være STPS eller SUM?

Til § 53

Efter § 12, stk. 1, i den gældende epidemilov kan sundheds- og ældreministeren påbyde, at der skal iværksættes rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof. Ministeren kan også påbyde desinfektion af løsøre, fast ejendom og befordringsmidler m.v.

Efterkommes påbuddet i stk. 1, 1. pkt., ikke, kan politiet efter anmodning tilbageholde den formodet forurenede, indtil rensning har fundet sted, jf. stk. 2.

Efter stk. 3, fastsætter Sundhedsstyrelsen nærmere regler om rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof.

Kommentar [CBO5]: Ikke udmøntet?

Det foreslås med § 53, stk. 1, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde, at der skal iværksættes rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof. Styrelsen for Patientsikkerhed kan også påbyde desinfektion af løsøre, fast ejendom og befordringsmidler m.v.

Kommentar [CBO6]: CBB sondre mellem "kontaminerede" og "eksponerede" Denne sondring kan måske genbruges i epidemiloven?

Den foreslåede bestemmelse er med en række væsentlige ændringer en videreførelse af epidemilovens § 5, stk. 1, 3. pkt.

Med bestemmelsen kan Styrelsen for Patientsikkerhed opbyde, at der skal iværksættes rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof.

Ved rensning af personer forstås efter denne bestemmelse som udgangspunkt et grundigt bad og tøjskifte.

De fleste biologiske kampstoffer smitter ikke fra person til person, og ingen biologiske kampstoffer smitter i inkubationstiden, dvs. inden der fremkommer sygdomstegn. Det er derfor tilstrækkeligt at, inden man tager hjem fra et hændelsessted. Dette vil ske på stedet med redningsberedskabets bistand og efter anvisning fra Styrelsen for Patientsikkerhed

Ved forurenede smitstof forstås xx

Kommentar [CBO7]: @SSI, hvad er det?

Ved biologisk kampstof forstås særligt fremstillede og evt. forarbejdede bakterier, virus eller toksiner, der kan fremkalde sygdom og eventuel død. De fleste kampstoffer skader kun dem, der direkte bliver udsat for kampstoffet, men visse kampstoffer er i stand til at sprede sig videre fra menneske til menneske og derved starte en epidemi. Biologisk kampstof kan forekomme som pulver eller dråber, men der kan også være tale om et usynligt og lugtløst stof spredt i vand, mad eller via luften.

Kommentar [CBO8]: Fra Center for biosikring og bioberedskabs hjemmeside

En person vil formodes at være forurenede med biologisk kampstof hvis den pågældende har været så tæt på kampstoffet, at den pågældende selv har set stoffet og/eller har synligt materiale på beklædningen, eller har været

sammen med mennesker, som har set stoffet og/eller har haft synligt materiale på beklædningen. Der kan ligeledes være en formodning om smitte, hvis en person har opholdt sig på et område med konstateret smitte eller formodning om smitte.

Det foreslås med bestemmelsens stk. 2, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan iværksætte **andre foranstaltninger** efter dette kapitel for hindre udbredelsen af smitsomt eller biologisk kampstof.





Kommentar [CBO9]: @STPS/SST/SSI, hvilke foranstaltninger kunne dette være?

Det foreslås med bestemmelsens stk. 3, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof.

Efter bestemmelsen vil Sundhedsstyrelsen kunne fastsætte nærmere regler om rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof.

Bestemmelsen vil kunne anvendes til at fastsætte **nærmere regler om, xx**

Kommentar [CBO10]: @SST/SSI, hvilke regler kunne være relevante ift. bestemmelsen?

 Senere ændringer til forskriften	
 Lovgivning forskriften vedrører	✓
LBK nr 1026 af 01/10/2019	
 Ændrer i/ophæver	
 Yderligere dokumenter	✓
Alle cirkulærer, vejledninger m.v. til denne bekendtgørelse	>
Afgørelser truffet i henhold til denne retsforskrift	>
Beretninger fra ombudsmanden, der anvender denne retsforskrift	>

BEK nr 669 af 16/12/1920

Sundheds- og Ældreministeriet

[Yderligere oplysninger >](#)

Bekendtgørelse angaaende Smitstof, der er farligt for Menneskers Sundhed.

Justitsministeriet fastsætter herved følgende Bestemmelser angaaende Smitstof, der er farligt for Menneskers Sundhed, jfr. Lov om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdommes Udbredelse af 10de Maj 1915 § 29, 2det Stykke.

§ 1. Eksperimentelt Arbejde med:

Pest, Kolera, gul Feber, Plettyfus, Kopper, Hundegalskab, Børnelamhed, Recurrens-Spirochæter, de for Mennesker farlige Trypanosomer, Snive, Mund- og Klovsyge

maa kun foretages paa Universitetets Institut for almindelig Patologi, Universitetets patologisk-anatomiske Institut, Universitetets hygiejniske Institut, den kgl. Veterinær- og Landbohøjskoles Forsøgslaboratoriums bakteriologiske Afdeling og Serumlaboratorium samt paa Statens Seruminstitut og kun i dertil særlig indrettede Lokaler.

Andre Universitetsinstitutter og andre under den kgl. Veterinær- og Landbohøjskole hørende Institutter kan henholdsvis det lægevidenskabelige Fakultet og Undervisningsraadets Veterinærafdeling meddele Tilladelse til at foretage nærmere angivne eksperimentelle Undersøgelserækker med de ovennævnte Smitstoffer.

Til andre Institutter kan en lignende Tilladelse gives af Sundhedsstyrelsen.

§ 2. Eksperimentelt Arbejde med andre for Mennesker farlige Smitstoffer maa udenfor de i § 1 ommeldte Institutioner kun udføres af autoriserede Læger og Dyr læger, som er pligtige til at følge de Forskrifter, som maatte blive givne af Sundhedsstyrelsen.

Til andre Personer kan en lignende Tilladelse gives af Sundhedsstyrelsen.

§ 3. Ind- og Udførsel af Smitstof, der er farligt for Mennesker, er kun tilladt de i § 1, 1ste Stykke, ommeldte Institutioner.

For andre Institutioners og Personers Vedkommende kræves Tilladelse af Sundhedsstyrelsen.

Kokoppelymfe maa ind- og udføres af den kgl. Vaccinationsanstalt.

Smitstof, som sendes pr. Post, Jernbane eller paa anden Maade, skal være forsvarligt emballeret i Overensstemmelse med de til enhver Tid gældende Forskrifter.

§ 4. Forhandling af Smitstof, som er farligt for Mennesker, og som er bestemt til Behandling af Mennesker og Dyr, maa kun finde Sted gennem Statens Seruminstitut og den kgl. Veterinær- og Landbohøjskoles Serumlaboratorium.

Smitstoffer, der er bestemt til Udryddelse af Rotter, Mus o.l., og som tillige kan virke smittende paa Mennesker, maa kun forhandles med Sundhedsstyrelsens Tilladelse.

JUSTITSMINISTERIET, DEN 16DE DECEMBER 1920

SVENNING RYTTER

/Aage Svendsen

Officielle noter

Ingen

Om

Retsinformation.dk er indgangen til det fælles statslige retsinformationssystem, der giver adgang til alle gældende love, bekendtgørelser og cirkulærer m.v. Der er også adgang til Folketingets dokumenter og beretninger fra Folketingets Ombudsmand. På retsinformation.dk anvendes der ikke cookies.

[Om Retsinformation](#) | [Kontakt](#) | [FAQ](#) | [Om ELI](#)

Besøg også

Vælg site



Bekendtgørelse om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme på transportområdet

I medfør af § 1, stk. 2, § 13, stk. 3, § 14, stk. 1, § 15, § 18, § 23, § 24, og § 29, stk. 2, i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, jf. lovbekendtgørelse nr. 1026 af 1. oktober 2019, som ændret ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, efter forhandling med transportministeren og efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, fastsættes:

Kapitel 1

Anvendelsesområde

§ 1. Denne bekendtgørelse omfatter regler om oplysning om sundhedstilstand og tilladelse til frit samkvem for skibe og luftfartøjer, som ankommer fra udlandet, samt om de foranstaltninger, som sundheds- og ældreministeren eller den, ministeren har bemyndiget hertil, kan iværksætte overfor skibe, luftfartøjer, gods, bagage, post og løsøre som led i bekæmpelsen af de alment farlige sygdomme samt øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, herunder hygiejnecertifikater for skibe.

Kapitel 2

Definitioner

§ 2. Ved vektorer forstås i denne bekendtgørelse rotter eller andre gnavere samt insekter og mider, som ved overførsel af sygdom til mennesker kan udgøre en trussel mod folkesundheden.

Kapitel 3

Oplysning om sundhedstilstand og tilladelse til frit samkvem

§ 3. Ved et skibs ankomst fra udlandet skal føreren og en eventuel skibslæge underrette den stedlige epidemikommission eller den, som optræder på kommissionens vegne, såfremt der under rejsen eller på ankomsttidspunktet er forekommet sygdomstilfælde, som kan være af smitsom natur, eller såfremt andre forhold ombord indebærer fare for udbredelse af sygdom. I sådanne tilfælde må der ikke ske samkvem med personer i land, før epidemikommissionen eller den, kommissionen har bemyndiget hertil, har meddelt tilladelse til frit samkvem.

Stk. 2. Skibets fører og en eventuel skibslæge er i øvrigt forpligtet til at besvare alle forespørgsler fra epidemikommissionen om sundhedstilstanden om bord.

§ 4. Såfremt skibet kommer fra et område, der ifølge meddelelse fra Sundhedsstyrelsen må anses for smittet af en sygdom, omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, eller såfremt der under rejsen må formodes at være forekommet tilfælde af en af disse sygdomme, eller såfremt skibets besætning og passagerer under rejsen må formodes at kunne være smittet, kan den stedlige epidemikommission, eller den, som optræder på kommissionens vegne, ligeledes bestemme, at der ikke må ske samkvem med personer i land, før kommissionen har meddelt tilladelse til frit samkvem.

§ 5. Danske og fremmede orlogsfartøjer er fritaget for at afgive oplysninger om sundhedstilstanden ombord og for at erhverve tilladelse til frit samkvem, såfremt de iagttager sådanne forholdsregler, som måtte blive foreskrevet af Forsvarskommandoen.

§ 6. Ved et luftfartøjs ankomst fra udlandet skal føreren eller dennes befuldmægtigede forinden landingen via lufttrafiktjenesten underrette den stedlige epidemikommission, såfremt der under flyvningen er forekommet sygdomstilfælde, som kan være af smitsom natur, eller såfremt andre forhold ombord indebærer fare for udbredelse af sygdom. I sådanne tilfælde må besætning og passagerer ikke forlade lufthavnen, før epidemikommissionens tilladelse foreligger.

§ 7. Tilladelse til et luftfartøj til frit samkvem meddeles over radio før ankomsten eller mundtligt efter ankomsten af epidemikommissionen eller den, kommissionen har bemyndiget hertil.

§ 8. Luftfartøjer i rute- og charterflyvning er fritaget for at erhverve tilladelse til frit samkvem. Dette gælder dog ikke luftfartøjer, som

- 1) kommer fra eller har mellemlandet i områder, der ifølge meddelelse fra Sundhedsstyrelsen anses for smittet med en sygdom, omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, eller
- 2) tilhører, kommer fra eller har mellemlandet i lande, der ikke er medlem af verdenssundhedsorganisationen.

§ 9. Danske og fremmede militære luftfartøjer er fritaget for at afgive oplysninger om sundhedstilstanden ombord og for at erhverve tilladelse til frit samkvem, såfremt de iagttager sådanne forholdsregler, som måtte blive foreskrevet af Forsvarskommandoen.

Kapitel 4

Foranstaltninger mod bagage, gods, post og andet løsøre

§ 10. Epidemikommissionen kan forbyde losning eller aflæsning af eller selv foranledige fjernelse og eventuel destruktion af levnedsmidler, der er eller formodes at være smittet af en sygdom, omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme.

Stk. 2. Bestemmelsen i stk. 1 finder tilsvarende anvendelse på produkter, som anvendes til fremstilling af levnedsmidler.

§ 11. Epidemikommissionen kan bestemme, at bagage, gods, post og andet løsøre, der formodes at være smittebærende med smitstof, omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, kan underkastes desinfektion.

Kapitel 5

Hygiejncertifikater til skibe

§ 12. Skibe, der ankommer fra udlandet, og som er i besiddelse af gyldigt fritagelsescertifikat for hygiejnekontrol af skibe eller certifikat for hygiejnekontrol af skibe, skal ikke undersøges for rotter eller andre gnavere og vektorer, medmindre det direkte fremgår af certifikatet.

Stk. 2. For at være gyldige skal de pågældende certifikater være udstedt af epidemikommissionen eller den, kommissionen har bemyndiget hertil, i en af de i § 17 nævnte havne eller af tilsvarende myndighed i en udenlandsk, certifikatberettiget havn. Certifikaternes gyldighed er 6 måneder, men kan af epidemikommissionen forlænges med 1 måned, såfremt skibets fører godtgør, at skibet er på rejse til en havn, hvor undersøgelse for eller udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer lettere kan foretages, og hvis der ikke umiddelbart er mistanke om forekomst af smitstof ombord.

§ 13. Skibe, der ankommer fra udlandet, og som ikke er i besiddelse af gyldigt fritagelsescertifikat for hygiejnekontrol af skibe eller certifikat for hygiejnekontrol af skibe, skal undersøges for rotter eller andre gnavere og vektorer.

Stk. 2. Kommer epidemikommissionen efter undersøgelse af skibet til det resultat, at der ikke er rotter eller andre gnavere og vektorer om bord, eller at deres tilstedeværelse om bord er ubetydelig, udfærdiger epidemikommissionen bevis for fritagelse for udryddelse (fritagelsescertifikat for hygiejnekontrol af skibe). Sådant certifikat bør normalt kun udfærdiges, hvis undersøgelsen er foretaget, når lastrummene er tomme eller skibet alene indeholder ballast eller last, som ikke tiltrækker rotter eller andre gnavere og vektorer, og hvis beskaffenhed og placering muliggør en fuldstændig undersøgelse af lastrummene. Til tankskibe kan fritagelsescertifikat dog udfærdiges, selv om skibets tanke er fyldt ved undersøgelsen.

§ 14. Kommer epidemikommissionen efter undersøgelse af skibet til det resultat, at der skal foretages udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer, afgør kommissionen i hvert enkelt tilfælde, hvilken fremgangsmåde der i overensstemmelse med gældende vejledninger fra Naturstyrelsen og Sundhedsstyrelsen skal benyttes ved udryddelsen.

Stk. 2. Uagtet fremvisning af gyldigt fritagelsescertifikat for hygiejnekontrol af skibe eller certifikat for hygiejnekontrol af skibe skal der foretages udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer, såfremt der er konstateret sygdom om bord, som kan mistænkes overført af rotter eller andre gnavere og vektorer.

Stk. 3. Epidemikommissionen kan endvidere, når særlige grunde taler herfor, lade foretage udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer, selv om der foreligger et gyldigt fritagelsescertifikat for hygiejnekontrol af skibe eller certifikat for hygiejnekontrol af skibe, såfremt skibet kommer fra et område, der ifølge meddelelse fra Sundhedsstyrelsen er klassificeret som berørt af smitte eller forurening.

§ 15. De nærmere regler for undersøgelse af skibe med henblik på udstedelse af hygiejnecertifikat for skibe samt for hvilke nærmere krav, som de, der skal udføre de praktiske foranstaltninger, skal opfylde, fastsættes af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med By- og Landskabsstyrelsen.

§ 16. Udryddelse for rotter eller andre gnavere og vektorer skal foretages således, at beskadigelse af skib og ladning så vidt muligt undgås, og foranstaltningerne bør gennemføres hurtigst muligt.

Stk. 2. Udryddelsen skal så vidt muligt finde sted, når skibet har tomme lastrum. Udryddelsen kan dog foretages før losningen, hvis det skønnes, at det under hensyn til ladningens art og anbringelse er muligt fuldstændigt at udrydde de pågældende rotter eller andre gnavere og vektorer uden losning. I skibe uden last skal udryddelse ske før eventuelle varer lastes.

Stk. 3. Der kan foretages udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer i sådan vareindpakning, hvori disse må antages særlig at søge tilhold, og der skal drages omsorg for, at rotter eller andre gnavere og vektorer ikke sammen med varer, ad f.eks. fortøjningstrosser eller på anden måde overføres fra skibet til land eller omvendt. Epidemikommissionen kan i dette øjemed eksempelvis pålægge skibet om fornødent at opankre bort fra kaj.

Stk. 4. Døde rotter eller andre gnavere og vektorer må i intet tilfælde kastes i havnen, men skal afleveres på de af epidemikommissionen dertil anviste steder.

Stk. 5. Skibets fører og besætning er forpligtet til at yde al ønsket bistand ved udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer samt at følge epidemikommissionens anvisninger herom.

Stk. 6. Når udryddelsen er tilfredsstillende gennemført, udfærdiger epidemikommissionen dateret bevis for, at udryddelse er foretaget (certifikat for hygiejnekontrol af skibe).

Stk. 7. Hvis epidemikommissionen finder, at udryddelsen er udført under sådanne forhold, at et tilfredsstillende resultat ikke har kunnet opnås, skal den gøre bemærkning herom i skibets certifikat.

§ 17. Den i § 13 omhandlede undersøgelse af, om udryddelse for rotter eller andre gnavere og vektorer skal finde sted, samt den i henhold hertil påbudte udryddelse kan foretages i følgende havne: Esbjerg, Frederikshavn, Kalundborg, København, Nakskov, Odense, Rønne, Vejle, Åbenrå, Ålborg og Århus.

Stk. 2. Det påhviler epidemikkommissionen i de i stk. 1 nævnte havne at foranstalte undersøgelse for samt eventuel udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer. I de tilfælde, hvor epidemikkommissionen har pålagt en læge med relevante faglige kvalifikationer udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed, at bistå med undersøgelse for og udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer, skal lægen lade såvel undersøgelse som udryddelse udføre ved autoriseret rottebekæmper, der tillige kan udføre opgaven for så vidt angår vektorer, efter skibets valg.

Stk. 3. Hvis et skibs fører ønsker undersøgelse eller eventuel udryddelse for rotter eller andre gnavere og vektorer foretaget i en ikke certifikatberettiget havn, jf. stk. 1, skal skibets fører rette henvendelse til nærmeste certifikatberettigede epidemikkommission, der herefter kan give tilladelse til, at de ønskede foranstaltninger foretages i den pågældende havn. I de tilfælde, hvor epidemikkommissionen har pålagt en læge med relevante faglige kvalifikationer udpeget af Styrelsen for Patientsikkerhed, at bistå med undersøgelse for og eventuel udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer rettes henvendelse til autoriseret rottebekæmper, jf. stk. 2. Efter endt undersøgelse og eventuel udryddelse for rotter eller andre gnavere og vektorer udsteder epidemikkommissionen certifikat. Det anføres på certifikatet, at der er givet tilladelse til, at undersøgelse og eventuel udryddelse for rotter eller andre gnavere og vektorer er foregået i en anden end de i stk. 1 nævnte havne.

§ 18. Skibe, der ankommer fra udlandet, og som ikke i medfør af §§ 12 og 13 skal undersøges for rotter eller andre gnavere og vektorer eller underkastes udryddelse heraf, kan anmode om, at undersøgelse for eller udryddelse af rotter eller andre gnavere og vektorer foretages efter de foranstående regler.

§ 19. Bestemmelserne i §§ 12-18 finder ikke anvendelse på fiskefartøjer, lystbåde, bjergningsfartøjer, lodsbåde, fyrskibe, orlogsfartøjer, isbrydere, bugserbåde, færger, skoleskibe (der udelukkende anvendes til uddannelsesformål), samt fartøjer under 20 bruttoregistertons.

Kapitel 6

Straffe- og ikrafttrædelsesbestemmelser

§ 20. Medmindre højere straf er forskyldt efter anden lovgivning, straffes med bøde eller fængsel indtil 6 måneder den, der

- 1) overtræder § 3, stk. 1, § 4, § 6 og § 8, nr. 2, eller
- 2) overtræder forbud eller undlader at efterkomme påbud meddelt efter § 10, § 11, § 13, stk. 1, § 14, stk. 2, og § 16, stk. 3 og 4.

§ 21. Følgende bekendtgørelser opretholdes uændret:

- 1) Bekendtgørelse nr. 17 af 22. april 1955 om en i Stockholm den 19. marts 1955 undertegnet overenskomst om lempelser af den karantænemæssige kontrol med trafikken mellem Danmark, Norge og Sverige.
- 2) Bekendtgørelse nr. 64 af 30. november 1959 om en i Stockholm den 10. september 1959 undertegnet protokol angående Finlands tilslutning til den mellem Danmark, Norge og Sverige afsluttede overenskomst af 19. marts 1955 om lempelser af den karantænemæssige kontrol med trafikken mellem Danmark, Norge og Sverige.
- 3) Bekendtgørelse nr. 74 af 30. november 1960 af en den 20. september 1960 undertegnet protokol om udvidelse af nordisk overenskomst af 19. marts 1955 om lempelser af den karantænemæssige kontrol til også at omfatte Færøerne.
- 4) Bekendtgørelse nr. 669 af 16. december 1920 angående smitstof, der er farligt for menneskers sundhed.

§ 22. Bekendtgørelsen træder i kraft den 18. marts 2020 kl. 10.00.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 642 af 19. maj 2017 om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 17. marts 2020

MAGNUS HEUNICKE

/ Annette Baun Knudsen

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens kommentarer til fremsendte anmodninger vedr. epidemiloven § 49 - 53

28-09-2020

Hermed fremsendes Sundhedsstyrelsens kommentarer til de fremsendte spørgsmål fsva. epidemilovens §49 – §53. Sundhedsstyrelsens kommentarer vedrører alene de specifikke anmodninger.

Sagsnr. 05-0601-342
Reference SIFP

Vedr. § 49

- **Sundhedsstyrelsens anmodes om vurdering af, om bekendtgørelsen nr. 669 af 19/12/1920 bør videreføres?**

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at principperne i bekendtgørelsen bør videreføres. Det er samtidig Sundhedsstyrelsens vurdering, at bekendtgørelsen bør opdateres, således den afspejler nuværende organisering, beskrivelse af relevante involverede myndigheder, anvendelsesområde (smitstoffer) mv. I en opdatering bør der også tages højde for, at fx private virksomheder potentielt kan/skal håndtere smitstoffer som er anført i bekendtgørelsen. Derudover bør der tages højde for internationale certificeringsbestemmelser, som fx WHO's certificering af laboratorier, der arbejder med polio.

Vedr. § 51

- **Sundhedsstyrelsen anmodes om vurdering af, om bestemmelsen har fundet anvendelse, dvs. obduktion skal ske, når det formodes, at et dødsfald skyldes en alment farlig sygdom.**

Der henvises til Styrelsen for Patientsikkerhed for besvarelse af dette.

- **Sundhedsstyrelsen anmodes om en vurdering af, om der er behov for dataudveksling mellem Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut samt Styrelsen for Patientsikkerhed [efter obduktion]:**

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der kan være behov for at dele data på baggrund af en obduktion af person, som formodes at være død af en alment farlig sygdom. Be- eller afkræftning af dødsårsag kan være afgørende information ift. beslutning om evt. videre foranstaltninger, indsatser mv., ligesom der kan være behov for, at informationerne under visse forudsætninger og forpligtigelser skal videregives til internationale organisationer mv. I

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark
T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

den sammenhæng er videndeling på tværs af de nationale sundhedsmyndigheder afgørende.

§ 53

- **Sundhedsstyrelsen anmodes om vurdering af, om det er Sundhedsstyrelsen, der fastsætter nærmere regler om rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof**

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at det er Sundhedsstyrelsen, der fastsætter regler om rensning af personer, der formodes forurenede med smitstof eller biologisk kampstof. Dette adresseres dels i Bilag til Planlægning af sundhedsberedskab (hvori det fremgår, hvordan kontaminerede lig renses), mens reglerne også kan fastsættes i Sundhedsstyrelsens Epidemiplan. Det er samtidig Sundhedsstyrelsens vurdering, at konkret beslutning om iværksættelse af rensning vil blive taget af Styrelsen for Patientsikkerhed. Såfremt der er tale om biologisk kampstof gøres dette i samarbejde med Center for Biosikring og Beredskab.

- **Det foreslås med bestemmelsens stk. 2, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan iværksætte andre foranstaltninger efter dette kapitel for hindre udbredelsen af smitsomt eller biologisk kampstof. Hvilke foranstaltninger kan der være tale om?**

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at ud over rensning, desinfektion af løsøre, fast ejendom, befordringsmidler, som allerede fremgår af paragraffen, kan foranstaltninger omhandle fx brug af værnemidler/beskyttelsesudstyr, påbyde prøvetagning af muligt smittede/kontaminerede personer, analyse af prøver mv. Sundhedsstyrelsen har i Bilag til Planlægning af sundhedsberedskab ligeledes overordnet beskrevet håndtering af såkaldte CBRNE-hændelser, hvor B-hændelser bl.a. omhandler hændelser med smitstof eller biologisk kampstof.

From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 23-09-2020 20:06:08 (UTC +01)
To: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>; Annette Baun Knudsen <ANBK@sum.dk>; Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>
Cc: covid sundhed <covid sundhed@SST.DK>; Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Marlene Øhrberg Krag <mahk@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Subject: Sundhedsstyrelsens svarbidrag vedr. epidemiloven

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Hermed samlet besvarelse af fire anmodninger om svarbidrag vedr. epidemiloven.

Bidragene omhandler:

- bestemmelser om omfattede sygdomme
- bestemmelser i epidemilov vedr. restriktioner over for transportmidler og smitteforebyggende midler i det offentlige rum
- WHO's karantænerregulativ og epidemilovens § 15, stk. 3
- anmodning om bemærkninger til epidemilovens del om foranstaltninger mod enkeltpersoner

Se vedhæftede.

Med venlig hilsen

Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent
T (dir) +45 30 71 73 65
sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens kommentarer til fremsendte anmodninger vedr. epidemiloven

23-09-2020

Hermed fremsendes Sundhedsstyrelsens kommentarer til de fire fremsendte anmodninger vedr. epidemiloven:

Sagsnr. 05-0601-342
Reference SIFP

- Vedr. bestemmelser om omfattede sygdomme
- Vedr. bestemmelser i epidemilov vedr. restriktioner over for transportmidler og smitteforebyggende midler i det offentlige rum
- Vedr. WHO's karantæne regulativ og epidemilovens § 15, stk. 3
- Vedr. anmodning om bemærkninger til epidemilovens del om foranstaltninger mod enkeltpersoner

Anmodning om bidrag til bestemmelser om omfattede sygdomme

Sundhedsstyrelsens tekstmære tilføjelser er indsat i vedhæftede dokument.

Anmodning om bemærkning til bestemmelser i epidemilov vedr. restriktioner over for transportmidler og smitteforebyggende midler i det offentlige rum

Sundhedsstyrelsens tekstmære tilføjelser er indsat i vedhæftede dokument.

Anmodning om bidrag vedr. WHO's karantæne regulativ og epidemilovens § 15, stk. 3

Sundhedsstyrelsen er anmodet om bidrag til besvarelse af, *om § 15, stk. 3, efter Sundhedsstyrelsens opfattelse fortsat er relevant, herunder om I er bekendt med, om der er indgået aftaler i medfør af bestemmelsen om lempelser af den karantænemæssige kontrol eller tilsvarende aftaler.*

Sundhedsstyrelsen vurderer, at den pågældende bestemmelse fortsat er relevant. Sundhedsstyrelsen har dog ikke umiddelbart kendskab til indgåede aftaler i medfør af bestemmelsen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark
T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen tager dog forbehold for, at det anførte karantæneregulativ formodentlig er erstattet af WHO's International Health Regulations (2005), men det kræver yderligere arbejde at afdække, hvorvidt dette er gældende.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der kan opstå situationer, hvor det er nødvendigt at lempe karantænemæssige foranstaltninger, jf. beskrivelsen, mellem lande bl.a. med henblik på at sikre sammenhæng i Danmark. Det kan fx være i situationer, hvor der er indført foranstaltninger mellem Danmark og Sverige, men der behov for at sikre transport mellem det øvrige Danmark og Bornholm via landvejen over Sverige.

Et andet eksempel kunne være, at en epidemi kun er i udbud i det nordlige Sverige, men uden væsentlig smitte i de sydlige naboregioner til Danmark, hvorfor en differentieret geografisk tilgang til restriktioner kunne komme på tale og dermed lempelser mellem lande som f.eks. kan muliggøre fri bevægelighed af arbejdskraft, serviceydelser, kritiske funktioner som patienttransporter m.v.

Anmodning om bemærkninger til epidemilovens del om foranstaltninger mod enkeltpersoner, særligt omkring tvangsvaccination

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der i helt særlige tilfælde, med meget skærpede omstændigheder og overhængende fare for enten enkeltpersoner eller folkesundheden, kan være behov for at iværksætte foranstaltninger over for enkeltpersoner, så som tvangsvaccination. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at bestemmelse om tvangsvaccination fastholdes i epidemiloven.

Da de ganske skærpede omstændigheder forudsætter en konkret sundhedsfaglig vurdering, bør beslutning om iværksættelse af individuelle foranstaltninger, herunder tvangsvaccination, ske på baggrund af indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

På den baggrund kan Sundhedsstyrelsen, at bestemmelsen i §14 stk. 2 affattes som følger:

Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at inddæmme eller udrydde en alment farlig sygdom her i landet, og der at tale om særligt skærpende omstændigheder med overhængende fare eller trussel af folkesundheden, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om, at der skal iværksættes tvangsmæssig vaccination af nærmere bestemte risikogrupper.

I lovbemærkningerne kan det med fordel præciseres, at der skal anvendes et mindstemiddels princip, hvor øvrige tiltag er forsøgt eller vurderet uegnede.

En situation, hvor det vurderes nødvendigt at inddæmme og forebygge udbredelse af en alment farlig sygdom, og med iværksættelse af foranstaltning

ger mod enkeltpersoner i form af tvangsvaccination, kan fx være i en situation, hvor der forekommer udbrud af polio el. lignende sygdom i Danmark på et tidspunkt, hvor resten af verdenssamfundet arbejder på eradikation af sygdommen, og hvor sygdommen med succes er udryddet stort set alle andre steder i verden.

Man kan i en sådan konkret situation, hvor der er overhængende og konkret fare for folkesundheden, også i et globalt perspektiv, begrunde at tvangsvaccinerer personer eller grupper af personer, i tilslutning til det pågående udbrud, med henblik på at sikre udryddelse af en alment farlig sygdom. Der vil i sådanne tilfælde typisk blive vaccineret ud fra en såkaldt ringvaccinationsstrategi, som betyder, at man vaccinerer nære kontakter til personer, der er smittede med den pågældende sygdom.

En anden situation, hvor det vurderes nødvendigt at inddæmme og forebygge udbredelse af en alment farlig sygdom, og med iværksættelse af foranstaltninger mod enkeltpersoner som tvangsvaccination, kan være ved udbrud af en særlig alvorlig sygdom med meget høj dødelighed, og hvor det ud fra en konkret vurdering findes at en person er til fare for sig selv eller andre. Ofte vil andre bestemmelser i anden lovgivning, herunder sociallovgivning vedr. mindreårige eller psykiatriloven, dog kunne finde anvendelse.

Uddrag af lovforslagets kapitel 4 "Samfundsmæssige foranstaltninger", §§ 30 – 32 [foreløbig nummerering]

Lovtekst

Kapitel 4

...

Forbud mod adgang til og restriktioner på transportmidler

§ 30. Vedkommende minister kan efter forhandling med sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en samfundskritisk sygdom, fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om restriktioner for eller forbud mod adgang til transportmidler. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan fravige anden lovgivning.

..

Anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum

§ 32. Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum.

Almindelige bemærkninger

3.1.4.3. Restriktioner for og forbud mod adgangen til transportmidler [vedrørende lovforslagets § 30]

3.1.4.3.1. Gældende ret

Sundheds- og ældreministeren kan efter § 12 a, 1. pkt., i epidemiloven, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler, herunder om tilladt maksimalbelægning og om, at der fra skibe ikke må ske samkvem med personer i land. Efter bestemmelsens 2. pkt. kan reglerne fastsat i medfør af 1. pkt. fravige anden lovgivning.

Sundheds- og ældreministeren har anvendt bemyndigelsen til efter forhandling med transportministeren at fastsætte regler om maksimal tilladt belægning i fjernbusser som led i håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19), jf.

Kommentar [ABK1]: Nuværende paragrafnummer

Udkast af 17. september 2020

bekendtgørelse nr. 457 af 20. april 2020. Bekendtgørelsen blev ophævet den 18. maj 2020, jf. bekendtgørelse nr. 591 af 10. maj 2020. Reglerne var således været gældende i perioden fra den 21. april til den 18. maj 2020.

Det fremgik af bekendtgørelsen, at der i en bus, der anvendes til fjernbuskørsel, uanset tilladelser udstedt efter § 22 i lov om trafikelskaber, på intet tidspunkt måtte medtages mere end halvt så mange passagerer, som bussen havde siddepladser til. Det var endvidere fastsat, at tilladelsesindehaverens overtrædelse af § 1 ville føre til tilbagekaldelse af tilladelsen udstedt efter § 22 i lov om trafikelskaber, medmindre særlige forhold talte imod.

Bemyndigelsen er senest udmøntet ved bekendtgørelse nr. 1221 af 20. august 2020 om krav om mundbind m.v. i kollektiv trafik m.v. I bekendtgørelsen er der fastsat krav om anvendelse af mundbind eller visir ved benyttelse af en række former for kollektiv trafik for at forebygge og inddæmme udbredelsen af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).

Efter bekendtgørelsens § 1, stk. 1, skal rejsende på 12 år og derover have tildækket mund og næse ved brug af mundbind eller visir ved togtrafik, herunder privatbaner, letbaner og metro, buskørsel, dvs. både lokale og regionale busruter, skolebusser, x-busser, fjernbusser, turistbusser og anden kørsel i bus, der kræver tilladelse i henhold til lov om buskørsel, taxikørsel og anden erhvervmæssig persontransport, som kræver tilladelse i henhold til taxilov, og færgetrafik, herunder indenrigsfærger og færger, der sejler mellem Danmark og havne i udlandet.

Uberettiget undladelse af at bære mundbind eller visir efter stk. 1 kan efter bestemmelsens stk. 2 medføre bortvisning.

Efter § 2, stk. 1, skal personer på 12 år og derover, der befinder sig på en tog-, metro- eller busstation, et letbanestoppested, en letbanestation eller i en færgeterminal tildække mund og næse ved brug af mundbind eller visir.

Kravet efter stk. 1 finder efter bestemmelsens stk. 2 ikke anvendelse under ophold i butikker, cafeer m.v. beliggende på de pågældende lokaliteter.

Uberettiget undladelse af at bære mundbind eller visir efter stk. 1 kan efter bestemmelsens stk. 3 medføre bortvisning.

Efter §§ 3 og 4 gælder en række undtagelser til kravet om at anvende mundbind eller visir.

Efter § 3 gælder kravet om mundbind eller visir ikke personer med nedsat bevidsthedsniveau, fysiske eller mentale svækkelser eller andet, der gør, at de ikke er i stand til at bære mundbind eller visir.

Efter § 4 kan mundbind eller visir fjernes helt eller delvist, hvis der er en anerkendelsesværdig årsag til det. Det gælder under kortvarig indtagelse af mad og drikke, såfremt dette er tilladt i henhold til ordensregler for det pågældende transportmiddel, station m.v., under indtagelse af medicin, under ophold i eget køretøj under færgeoverfart, såfremt dette er tilladt i henhold til færgeselskabets ordensregler, under samtale med personer, der mundaf læser, hvis mundbindet eller visiret giver vejtrækningsbesvær eller kvælningss fornemmelser, eller hvis politiet skal foretage identifikation.

Ved mundbind forstås efter § 5, stk. 1, engangsmundbind eller stofmundbind, der dækker næse og mund, og som er fæstnet med snor, elastik eller lignende bag ørerne eller bag hovedet og er tætsluttende omkring ansigtet. Ved visir forstås efter § 5, stk. 2, skærme af plastik, der dækker øjne, næse og mund, men som ikke er tætsluttende omkring ansigtet.

I bekendtgørelsen §§ 6 og 7 er der desuden fastsat krav til transportvirksomheder m.v.

Efter § 6 skal jernbanevirksomheder, der udfører offentlig servicetrafik på kontrakt med staten, trafikelskaber og udmeldte økommuner, jf. lov om trafikelskaber, Metroselskabet I/S, færgeselskaber, kørselskontorer, bestillingskontorer, limousinevirksomheder, kommunalbestyrelser, regionsråd og busselskaber med tilladelse i henhold til lov om buskørsel, opfylde en række krav. Det gælder bl.a. krav om, at kravet om mundbind eller visir, samt

Udkast af 17. september 2020

muligheden for bortvisning af rejsende, som uberettiget undlader at bruge mundbind eller visir, skal fremgå af rejseregler, ordensregler eller lignende, ligesom det skal sikres, at der i transportmidler og på stationer m.v., opsættes skilte eller andet informationsmateriale om kravet om at bruge mundbind eller visir. Derudover følger det af bestemmelsen, at der skal ske håndhævelse af rejseregler, ordensregler eller lignende om mundbind eller visir i overensstemmelse med den sædvanlige håndhævelse af sådanne regler m.v.

Efter § 7, stk. 1, skal arbejdsgivere for ansatte i kollektiv trafik m.v. påse, at de ansatte i arbejdstiden har tildækket mund og næse ved brug af mundbind eller visir, så længe de ansatte befinder sig i transportmidlet eller på en station m.v., medmindre de ansatte opholder sig i et aflukket rum, hvortil det alene er ansatte, der har adgang. Dog kan mundbind eller visir fjernes midlertidigt, hvis der i en konkret færdselsituation opstår problemer med den ansattes mulighed for udsyn, jf. § 7, stk. 2.

Endelig er der i § 8 fastsat bødestraf for overtrædelse af reglerne i bekendtgørelsen. Således straffes med bøde den, der overtræder § 6 eller § 7, stk. 1, og den, der ikke forlader transportmidlet eller stationen m.v., efter at være blevet bortvist i forbindelse med den håndhævelse, som transportvirksomheder m.v. foretager af kravet om mundbind eller visir efter rejseregler, ordensregler eller lignende. Der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar.

3.1.4.3.2. Overvejelser og den foreslåede ordning

Det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at mulighederne for at fastsætte restriktioner for og forbud med adgang til transportmidler har vist sig at være vigtige og effektive værktøjer for myndighederne til at forebygge, inddæmme og bekæmpe visse smitsomme sygdomme.

Det er således Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at der også fremadrettet bør være mulighed for at fastsætte overordnede regler for hele eller dele af landet om restriktioner for og forbud med adgang til transportmidler. Henset til at transportområdet udgør en essentiel del af den danske infrastruktur, og at generelle regler for hele eller dele af landet om restriktioner for transportmidler vil kunne få stor betydning for og vidtgående indflydelse på et stort antal borgere og virksomheder, er det ud fra demokratiske overvejelser Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at regler herom bør fastsættes på baggrund af et politisk valg med et politisk ansvar via bekendtgørelse af den minister, der er ansvarlig for det pågældende område, f.eks. transportministeren eller erhvervsministeren.

Det er endvidere Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at sådanne generelle regler som udgangspunkt alene bør kunne fastsættes, hvis der er tale om en samfundskritisk sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner.

Det foreslås derfor, at vedkommende minister efter forhandling med sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en samfundskritisk sygdom, kan fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler.

Bemyndigelsen vil kunne anvendes til at fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om restriktioner for og forbud mod adgang til transportmidler. Der vil efter bestemmelsen kunne fastsættes regler om forbud mod eller restriktioner for adgangen til ethvert privat og offentligt transportmiddel, herunder blandt andet kollektiv trafik. Det gælder således bl.a. togtrafik, herunder privatbaner, letbaner, S-tog og metro, buskørsel, herunder både lokale og regionale busruter, skolebusser, x-busser, fjernbusser, turistbusser og anden kørsel i bus, taxikørsel og anden erhvervmæssig persontransport, færgetrafik, herunder indenrigsfærger og færger, der sejler mellem Danmark og havne i udlandet.

Restriktioner for transportmidlerne, herunder for adgangen dertil, vil bl.a. kunne omfatte regler om indretning, tilladt maksimalbelægning og krav om anvendelse af mundbind eller andre hygiejnetiltag.

Udkast af 17. september 2020

Der vil samtidigt kunne fastsættes regler om, at uberettiget undladelse af at overholde restriktioner, f.eks. krav om mundbind eller visir, kan medføre bortvisning fra transportmidlet eller straf i form af bøde.

Der vil desuden kunne fastsættes krav til transportørerne, transportselskaberne m.v. om at sikre, at de fastsatte regler efterleves, samt om, at transportørernes og transportselskabernes manglende opfyldelse af de fastsatte krav, vil kunne medføre straf i form af bøde. Juridiske personer vil efter forslaget kunne pålægges strafansvar.

Reglerne vil kunne fastsættes for hele landet eller geografisk afgrænses til f.eks. regioner eller kommuner. Det forudsættes, at fastsatte regler vil skulle have en tidsmæssigt afgrænset gyldighedsperiode.

Det foreslås, at regler fastsat i eller i medfør af anden lovgivning kan fraviges ved udmøntning af ovenstående bemyndigelser. Det betyder, at de regler, som vedkommende minister fastsætter efter forhandling sundheds- og ældreministeren om restriktioner eller forbud, vil kunne fravige rettigheder eller pligter, som borgere og myndighederne har efter anden lovgivning eller regler fastsat i medfør af anden lovgivning.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 30 og bemærkningerne dertil.

3.1.4.5. Anvendelse af personlige smitteforbyggende midler i det offentligt rum [vedr. lovforslagets § 32]

3.1.4.5.1. Gældende ret

Der er ikke efter gældende ret mulighed for at fastsætte regler om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum, herunder eksempelvis mundbind eller visir.

Regler herom kan derimod fastsættes for en række områder, hvor der i øvrigt efter den gældende epidemilov er mulighed for at fastsætte restriktioner. Der er således efter gældende ret bl.a. fastsat krav om anvendelse af mundbind eller visir ved anvendelse af visse transportmidler. Der henvises til afsnit xxx [gældende ret under transport og restriktioner for erhverv]

3.1.4.5.2. Overvejelser og den foreslåede ordning

Sundheds- og Ældreministeriet er opmærksomt på, at en række smitsomme sygdomme kan spredes via dråber, f.eks. gennem snyt. Det gælder blandt andet covid-19 og andre beslægtede luftvejsvira, f.eks. SARS og MERS.

Sundheds- og Ældreministeriet er desuden opmærksomt på, at anvendelse af personlige smitteforbyggende midler, herunder mundbind, kan have en vis smitteforebyggende effekt, særligt kombineret med andre smitteforebyggende tiltag, herunder opretholdelse af en vis afstand mellem personer.

I forbindelse med den igangværende covid-19-pandemi er Sundheds- og Ældreministeriet opmærksomt på, at både hjemlige og udenlandske sundhedsmyndigheder, herunder Sundhedsstyrelsen og blandt andre WHO, i visse tilfælde har anbefalet brugen af mundbind i det offentlige rum f.eks. offentlig transport, ved risiko for tæt ansigt-til-ansigt kontakt i f.eks. liberale erhverv, ved omsorg for personer i særlig risiko, når selvisolation brydes f.eks. for at bevæge sig til klinik eller sygehus osv.øsker.

Det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at et krav om anvendelse af personlige smitteforbyggende midler i det offentlige rum ikke blot vil kunne medvirke til at nedsætte risikoen for smitte fra sygdomme, særligt sygdomme som kan have asymptomatiske og præsymptomatiske bærere, dvs. personer, der enten ikke har symptomer, men vil ligeledes kunne medvirke til at reducere stigmatisering af personer, der ønsker at bruge mundbind. Et krav vil derudover kunne medvirke til at skabe større opmærksomhed om alvorligheden af en smitsom sygdom blandt befolkningen, derved at et krav kan fungere som en påmindelse om, at man skal efterleve også øvrige smitteforebyggende tiltag, herunder afstand, reducere kontakt, opretholde et højt niveau af hygiejne, rengøring m.v.

Kommentar [FRE2]: Paragrafnummer rykkes måske

Kommentar [FRE3]: @SST – vil i uddybe og beskrive anbefalingerne?

Udkast af 17. september 2020

Sundheds- og Ældreministeriet er dog samtidigt opmærksomt på de negative konsekvenser, der kan være forbundet med krav om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler. Det gælder bl.a. risikoen for øget kontaktsmitte, hvis det smitteforebyggende middel ikke håndteres og anvendes korrekt, f.eks. hvis det berøres under brug, eller hvis det tages af og på uden efterfølgende håndvask eller afsprøjtning. Der vil også kunne være øget risiko for smitte, hvis eksempelvis et mundbind ikke udskiftes, når det er fugtigt eller forurenet, da det kan påvirke filtreringsgraden og evnen til at beskytte bæreren. Derudover kan eksempelvis et mundbind for visse personer medføre gener i form af kvælningssornemmelse og åndedrætsbesvær.

Det er Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at der med henblik på at kunne håndtere epidemier fremadrettet og sikre befolkningens sundhed, særligt mod sygdomme, som smitter gennem dråber, bør kunne fastsættes regler om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum.

Det er dog samtidigt Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at det ved fastsættelse af regler herom skal vurderes, om der kan være situationer, der kan begrunde fravigelse af dette krav, for eksempel for visse personer eller i visse situationer.

Det er endvidere Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at regler om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum bør kunne fastsættes, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af både en alment farlig og en samfundskritisk sygdom.

Det foreslås derfor, sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af både en alment farlig eller en samfundskritisk sygdom, kan fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum.

Bemyndigelsen vil kunne anvendes til at fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum.

Reglerne vil kunne fastsættes, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af både en alment farlig og en samfundskritisk sygdom.

Ved det offentlige rum forstås områder, som enhver har adgang til, herunder eksempelvis veje, offentlige parker, strande, torve, pladser og skove. Der vil ikke kunne fastsættes regler for private hjem.

Med personlige smitteforebyggende midler forstås f.eks. mundbind og visir. Der vil samtidigt efter bestemmelsen kunne fastsættes regler om krav til de personlige smitteforebyggende midler, herunder medicinske standarder, CE-mærkning, og hvordan de pågældende midler skal bæres.

Det forudsættes, at der ved fastsættelse af regler samtidigt tages højde for og efter omstændighederne fastsættes undtagelser for situationer og persongrupper, som kan undtages fra kravet. Der vil eksempelvis kunne fastsættes regler om, at kravet ikke skal gælde i situationer, hvor der kortvarigt indtages mad eller drikke eller medicin, under samtale med personer, der mundaflæser, hvis det personlige smitteforebyggende middel giver vejtrækningsbesvær eller kvælningssornemmelser eller ved krav om identifikation fra eksempelvis politiet.

Der vil også kunne fastsættes regler om, at kravet ikke skal gælde for personer med nedsat bevidsthedsniveau, fysiske eller mentale svækkelser eller andet, der gør, at de ikke er i stand til at bære midler (f.eks. mundbind eller visir).

Det foreslås, at overtrædelse af regler med krav om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum straffes med bøde.

Udkast af 17. september 2020

Til § 30

Forbud mod adgang til og restriktioner på transportmidler

Efter § 12 a, 1. pkt., i epidemiloven kan sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler, herunder om tilladt maksimalbelægning og om, at der fra skibe ikke må ske samkvem med personer i land. Efter bestemmelsens 2. pkt. kan reglerne fastsat i medfør af 1. pkt. fravige anden lovgivning.

Bemyndigelsen er senest udmøntet ved bekendtgørelse nr. 1221 af 20. august 2020 om krav om mundbind m.v. i kollektiv trafik m.v. I bekendtgørelsen er der fastsat krav om anvendelse af mundbind eller visir ved benyttelse af en række former for kollektiv trafik, taxikørsel m.v. for at forebygge og inddæmme udbredelsen af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).

Det foreslås med § 30, stk. 1, 1. pkt., at vedkommende minister efter forhandling med sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en samfundskritisk sygdom, kan fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler.

Den foreslåede bestemmelse viderefører med en række ændringer § 12 a i den gældende epidemilov.

Med bestemmelsen vil vedkommende minister få bemyndigelse til efter forhandling med sundheds- og ældreministeren at fastsætte regler om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler, herunder om tilladt maksimalbelægning. Vedkommende minister vil være den minister, som er ansvarlig for det pågældende transportmiddel. Det vil eksempelvis betyde, at det vil være transportministeren, der efter forhandling med sundheds- og ældreministeren, kan fastsætte regler om restriktioner for tog og busser, mens det vil være erhvervsministeren, der efter forhandling med sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om restriktioner for skibe.

Kommentar [ABK4]: TRM/EM: Bemærkninge?r

Der vil efter bestemmelsen alene kunne fastsættes regler efter den foreslåede bestemmelse, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en samfundskritisk sygdom. Med bestemmelsen sikres det, at regler af betydning for kritisk infrastruktur som transportmidler, som kan have betydning for hele eller dele af landet og således for en betydelig del af samfundet, alene kan fastsættes i de tilfælde, hvor en sygdom, som samtidigt er alment farligt, medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner. Der kan således ikke udstedes generelle regler med forbud mod adgang eller restriktioner på transportmidler i forbindelse med forebyggelse eller inddæmning af sygdomme, som alene er alment farlige.

Bestemmelsen sikrer desuden, at vidtgående regler udstedes på baggrund af en faglig og politisk vurdering fra den ansvarlige minister for det pågældende område, som har det faglige kendskab til, hvilke restriktioner, der vil være nødvendige og effektive i forhold til det pågældende transportmiddel.

Der kan efter bestemmelsen fastsættes regler for hele eller dele af landet. Det betyder, at der kan udstedes regler, som gælder for hele landet, eller som geografisk er afgrænset til f.eks. regioner eller kommuner. Der vil også kunne fastsættes regler, der alene gælder for bestemte transportmidler. Der vil ud fra et proportionalitets- og mindstemiddelsprincip, jf. den foreslåede § 19, skulle foretages en vurdering af, om det er tilstrækkeligt at fastsætte regler for en geografisk mindre del af landet frem for hele landet, samt om det er tilstrækkeligt at fastsætte regler for nærmere bestemte transportmidler og ikke alle transportmidler.

Bemyndigelsesbestemmelsen kan alene anvendes til at fastsætte regler for transportmidler her i landet. Bemyndigelsesbestemmelsen kan således ikke anvendes til at fastsætte regler, som vedrører restriktioner over for

Udkast af 17. september 2020

transportmidler, der ankommer fra udlandet. Sådanne regler, herunder regler om at der skal gives tilladelse til frit samkvem med personer i land, kan fastsættes i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i § 38. Der henvises til bemærkningerne til denne bestemmelse.

Kommentar [ABK5]: Tjek paragrafnummer

Det er efter den foreslåede bestemmelse en betingelse, at regler udstedes for en bestemt periode. Det betyder, at de regler, som den pågældende minister fastsætter, skal fastsættes for en nærmere tidsafgrænset periode. Varigheden heraf vil afhænge af en konkret vurdering af de konkrete omstændigheder, men skal fastsættes for så kortvarig en periode som muligt og ophæves, når der ikke længere er grundlag derfor, jf. herved også den foreslåede § 19.

Der vil efter bestemmelsen kunne fastsættes regler om forbud mod eller restriktioner for adgangen til ethvert privat og offentligt transportmiddel, herunder kollektiv trafik. Det gælder således blandt andet togtrafik, herunder privatbaner, letbaner, S-tog og metro, buskørsel, herunder både lokale og regionale busruter, skolebusser, x-busser, fjernbusser, turistbusser og anden kørsel i bus, taxikørsel og anden erhvervmæssig persontransport, færgetrafik, herunder indenrigsfærger og færger, der sejler mellem Danmark og havne i udlandet, samt indenrigs lufttrafik.

Kommentar [FRE6]: @TRM/EM: Mangler der nogle transportmidler?

Restriktioner for de pågældende transportmidler vil bl.a. kunne omfatte regler om, at transportmidler skal indrettes på en bestemt måde, så det sikres, at der holdes behørig afstand til andre passagerer i transportmidlet, ligesom det vil kunne omfatte regler om betingelser for adgang til transportmidler, herunder krav om anvendelse af mundbind eller visir eller iagttagelse af andre hygiejnetiltag.

Der vil samtidigt kunne fastsættes regler om, at uberettiget undladelse af at overholde restriktioner, f.eks. krav om mundbind eller visir, kan medføre bortvisning fra transportmidlet eller straf i form af bøde. Der vil også kunne fastsættes krav til transportørerne, transportselskaberne m.v. om at sikre, at de fastsatte regler efterleves, samt om, at transportører og transportselskaber vil kunne ifalde straf i form af bøde, hvis de ikke opfylder de fastsatte krav. Der henvises i den forbindelse til bemærkningerne til den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i § xx, hvoraf det fremgår, at der i forskrifter, der udfærdiges efter loven, kan fastsættes straf af bøde eller fængsel indtil 6 måneder for overtrædelse af bestemmelserne i forskrifterne.

Kommentar [ABK7]: Tjek henvisning

Der vil ligeledes kunne fastsættes regler om maksimalbelægning, således at det f.eks. kan fastsættes, at visse transportmidler ikke må medtage flere passagerer end 1/4 af den maksimale kapacitet, eller at der ikke må medtages flere passagerer, end der er sæder til.

Endelig vil der kunne fastsætte krav til transportørerne, transportselskaberne m.v. om at sikre, at de fastsatte regler efterleves. Det er hensigten, at det i forbindelse med udmøntning af bestemmelsen vil blive fastsat, at undladelse af at efterkomme de regler, der fastsættes om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum straffes med bøde. Der henvises i den forbindelse til de bemærkningerne til den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i § xx, hvoraf det fremgår, at der i forskrifter, der udfærdiges efter loven, kan fastsættes straf af bøde eller fængsel indtil 6 måneder for overtrædelse af bestemmelserne i forskrifterne.

Kommentar [ABK8]: Tjek henvisning

Der vil også efter bestemmelsen kunne fastsættes forbud mod adgang til de pågældende transportmidler. Det kan ikke på forhånd udelukkes, at et forbud mod adgang til transportmidler efter omstændighederne vil kunne udgøre ekspropriation. Der henvises i den forbindelse til den foreslåede bestemmelse i epidemilovens § xx og bemærkningerne hertil.

Efter bestemmelsens 2. pkt. kan regler fastsat i medfør af 1. pkt. fravige regler fastsat i eller i medfør af anden lovgivning.

Bestemmelsen betyder, at de regler, som vedkommende minister fastsætter efter forhandling sundheds- og ældreministeren om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler, kan fravige rettigheder eller pligter, som borgere, myndigheder og virksomheder måtte have efter anden lovgivning eller regler fastsat i medfør af anden lovgivning.

Til § 32

Anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum

Der er ikke efter gældende ret mulighed for at stille krav om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler, herunder eksempelvis mundbind eller visir, i det offentlige rum. Regler herom kan derimod fastsættes for en række områder, hvor der i øvrigt efter den gældende epidemilov er mulighed for at fastsætte restriktioner. Det gælder eksempelvis epidemilovens § 12 a, hvorefter sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler.

Med § 32 foreslås det, at sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, kan fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum.

Med bestemmelsen vil sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, kunne fastsætte regler for hele eller dele af landet for en bestemt periode om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum, herunder regler som fastsætter krav om anvendelse af det pågældende smitteforebyggende midler.

Med personlige smitteforebyggende midler forstås f.eks. mundbind og ansigtsvisir.

Der vil efter bestemmelsen kunne fastsættes regler for det offentlige rum. Herved forstås områder, som enhver har adgang til, herunder eksempelvis veje, offentlige parker, strande, torve, plader og skove. Der vil ikke kunne fastsættes regler for private hjem.

Det bemærkes, at der efter en række af de øvrige foreslåede bestemmelser i epidemiloven også vil kunne fastsættes regler om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler, herunder også for områder, som ikke hører til det offentlige rum.

Der vil samtidigt efter bestemmelsens kunne fastsættes regler om krav til de personlige smitteforebyggende midler, herunder medicinske standarder, CE-mærkning, og hvordan de pågældende midler skal bæres.

Det forudsættes, at der ved fastsættelse af regler samtidigt tages højde for og efter omstændighederne fastsættes undtagelser for situationer og persongrupper, som kan undtages fra kravet. Der vil eksempelvis kunne fastsættes regler om, at kravet ikke skal gælde i situationer, hvor der kortvarigt indtages mad eller drikke eller medicin, under samtale med personer, der mundaflæser, hvis det personlige smitteforebyggende middel giver vejtrækningsbesvær eller kvælningss fornemmelser eller ved krav om identifikation fra eksempelvis politiet.

Der vil også kunne fastsættes regler om, at kravet ikke skal gælde for personer med nedsat bevidsthedsniveau, fysiske eller mentale svækkelser eller andet, der gør, at de ikke er i stand til at bære personligt smitteforebyggende midler, f.eks. mundbind eller visir.

Det foreslås, at der kan fastsættes regler om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af både en alment farlig eller samfundskritisk sygdom.

Kommentar [KFH9]: @SST: Vil I uddybe med andre eksempler på smitteforebyggende midler?

Udkast af 17. september 2020

Bemyndigelsen vil blive udmøntet til at fastsætte regler om bødestraf for at undlade at efterkomme krav om anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum straffes Der henvises i den forbindelse til bemærkningerne til det foreslåede § 59, stk. 3, hvoraf det fremgår, at der i forskrifter, der udfærdiges efter loven, kan fastsættes straf af bøde eller fængsel indtil 6 måneder for overtrædelse af bestemmelserne i forskrifterne.

Kommentar [ABK10]: Tjek henvisning

§ 1. Formålet med loven er at beskytte samfundet og personer mod de sygdomme, der er nævnt i § 2, ved at forebygge, forhindre og begrænse udbredelsen og indførelsen her i landet.

§ 2. Loven omfatter smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme.

Stk. 2. Ved en smitsom sygdom forstås en sygdom eller en tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.

Stk. 3. Ved en alment farlig sygdom forstås en smitsom sygdom, der er særligt smitsom, forekommer hyppigt, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og som enten kan:

- 1) Medføre langvarig behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb.
- 2) Få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden.
- 3) Give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling.

Stk. 4. Ved en samfundskritisk sygdom forstås en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner.

Stk. 5. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler, om hvilke sygdomme der omfattes af stk. 2-3. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke sygdomme der omfattes af stk. 4.

Almindelige bemærkninger

3.1. Lovens anvendelsesområde

3.1.1 Gældende ret

Håndteringen af epidemier og andre smitsomme og overførbare sygdomme reguleres efter gældende ret af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven).

Epidemiloven omfatter efter § 2, stk. 1, de alment farlige sygdomme samt de øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, der er optaget på liste A og B som bilag til loven. Liste A – de alment farlige sygdomme – omfatter blandt andet kopper, SARS og pest, mens Liste B blandt andet omfatter kolera, tuberkulose, salmonellainfektioner og miltbrand.

Efter § 2, stk. 2, kan sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen foretage ændringer i de i stk. 1 nævnte lister samt opstille nye lister. Ved bekendtgørelse nr. 157 af 27. februar 2020 om ændring af liste B til lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme blev Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) optaget på liste B med virkning fra den 29. februar 2020.

Sondringen mellem alment farlige sygdomme og øvrige smitsomme sygdomme har betydning for, hvilke af lovens foranstaltninger, der kan bringes i anvendelse. Således vil en række foranstaltninger i almindelighed kun kunne finde anvendelse over for de alment farlige sygdomme, jf. dog § 10.

Efter epidemilovens § 10 kan sundheds- og ældreministeren efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen bestemme, at de foranstaltninger, der alene kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, jf. den gældende lovs §§ 5-9 og 12 a-12 f, også kan iværksættes over for øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning.

Bestemmelsen er senest anvendt i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19). På baggrund af Sundhedsstyrelsens rådgivning herom bestemte sundheds- og ældreministeren den 17. marts 2020, at epidemilovens §§ 5-7 og §§ 12 a-12 f også omfatter Coronavirussygdom 2019 (COVID-19), jf. bekendtgørelse 213 af 17. marts 2020 om udvidelse af §§ 5-7 og §§ 12 a-12 f i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme til at omfatte Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).

Den gældende lov omfatter ikke kønssygdomme.

3.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Den gældende epidemilov bygger i dag på en kategorisering af de omfattede sygdomme, der stammer fra lovens vedtagelse i 1979.

Sundheds- og Ældreministeriet er opmærksomt på, at et moderne, globaliseret samfund kan risikere at blive mødt med både kendte og ukendte sygdomme, som kan være livstruende og forbundet med høj dødelighed eller forårsage betydelige forstyrrelse af samfundet og vigtige samfundsinstitutioner.

Det er Sundheds- og Ældreministeriet vurdering, at den gældende kategorisering med alment farlige sygdomme og andre smitsomme og overførbare sygdomme ikke på tilstrækkelig vis afspejler, at samfundet netop kan stå over for trusler og risici fra de samfundsforstyrrende sygdomme.

Det er således Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at kategoriseringen af de sygdomme, der er omfattet af loven med fordel kan moderniseres i den nye epidemilov.

Det foreslås derfor, at det i loven fastsættes, at loven omfatter smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme.

Med en smitsom sygdom forstås en sygdom eller tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.

Ved en alment farlig sygdom forstås en smitsom sygdom, der er særligt smitsom, forekommer hyppigt, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og som enten kan medføre langvarig behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb, få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling.

Ved en samfundskritisk sygdom forstås en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner.

Med den foreslåede kategorisering vil smitsomme sygdomme være den overordnede kategori, som både alment farlige og samfundskritiske sygdomme vil være underkategorier til. En sygdom kan kategoriseres som en smitsom sygdom alene, uden at den samtidigt hører til kategorien alment farlige eller samfundskritiske sygdomme, mens en alment farlig eller samfundskritisk sygdom altid vil være en smitsom sygdom.

Af eksempler på smitsomme sygdomme, der ikke på nuværende tidspunkt samtidigt vil skulle høre til kategorien alment farlige og samfundskritiske sygdomme kan bl.a. nævnes: [\[...\]fnat \(scabies\), blærebetændelse forårsaget af kolibakterier, halsbetændelse forårsaget af streptokokker, lungebetændelse forårsaget af pneumokokker, svamp i huden, klamydia, syfilis, gonoré, sæson-influenza, samt diaré forårsaget af noro-, rota- eller adenovirus.](#)

Kommentar [FRE1]: SST: Vil I folde ud?

En alment farlig sygdom kan være – men er ikke nødvendigvis – samtidigt en samfundskritisk sygdom. Dette vil afhænge af sygdommens udbredelse og betydning for samfundets kritiske og vigtige funktioner.

4) Som eksempler på alment farlige sygdomme kan nævnes ebola, kopper, svær akut respiratorisk syndrom (SARS) og pest. Aktuelt vil Coronavirussygdom (COVID-19) ligeledes høre til kategorien alment farlige sygdomme, [da den grundede manglende udbredt immunitet i befolkningen vil være meget smitsom, kan forekomme hyppigt og potentielt kan få så stor udbredelse, at epidemien bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden.](#)

.-:

En samfundskritisk sygdom er en alment farlig sygdom og en underkategori til de alment farlige sygdomme. En samfundskritisk sygdom er i modsætning til en sygdom, der alene er smitsom eller alment farlig, sværere at kategorisere

på forhånd, idet kategoriseringen ikke alene afhænger af sundhedsfaglige vurderinger af sygdommens dødelighed og konsekvenser for den enkelte men også af politiske vurderinger af sygdommens samfundsmæssige konsekvenser.

Som eksempel på en sygdom, som aktuelt vil blive betragtet som en samfundskritisk sygdom, kan nævnes Coronavirussygdom (COVID-19), da den manglende flokimmunitet og manglen på vaccine eller effektiv specifik behandling betyder, og hvor en epidemisk udbredelse derfor kan true opretholdelse af centrale samfundsfunktioner som f.eks. sundhedsvæsen, transport og politi grundet stort sygefravær, stor belastning m.v.

Idet kategoriseringen af smitsomme sygdomme og alment farlige sygdomme sker på baggrund af sundhedsfaglige vurderinger af bl.a. sygdommens dødelighed, smitsomme karakter m.v., jf. ovenfor, bør kompetencen til at fastsætte regler om, hvilke sygdomme der skal høre til disse kategorier, efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse placeres hos Sundhedsstyrelsen. Vurderingen af, hvorvidt en alment farlig sygdom derudover potentielt har negative konsekvenser for samfundet, som er forudsætningen for kategoriseringen som en samfundskritisk sygdom, er derimod efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse en politisk beslutning, der bør træffes af regeringen.

Det foreslås derfor, at Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om, hvilke sygdomme, der omfattes af kategorierne smitsomme sygdomme og alment farlige sygdomme. Det foreslås ligeledes, at sundheds- ældreministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke sygdomme der omfattes af kategorien samfundskritiske sygdomme.

Den foreslåede kategorisering vil have betydning for, hvilke af de foreslåede foranstaltninger, der kan bringes i anvendelse. For sygdomme, der alene hører til kategorien smitsomme sygdomme, foreslås det, at det alene er lovens regler om anmeldelsespligt, og regler om udveksling af oplysning mellem myndigheder og reglerne om foranstaltninger med smitsomme sygdomme indførelse i landet, der skal finde anvendelse, jf. afsnit xxx. For alment farlige sygdomme foreslås det, at reglerne om foranstaltninger med smitsomme sygdomme indførelse i landet, de individrettede foranstaltninger, jf. afsnit xxx, og visse af de samfundsmæssige foranstaltninger, jf. afsnit xxx, skal kunne finde anvendelse. Idet en alment farlig sygdom også med den foreslåede kategorisering er en smitsom sygdom, vil lovens regler om anmeldelsespligt ligeledes finde anvendelse for alment farlige sygdomme. For de samfundskritiske sygdomme foreslås det, at det enhver af de foreslåede foranstaltninger vil kunne bringes i anvendelse.

Kommentar [sbro2]: De forskellige bestemmelser i kapitel 5 vedr., skibsførers anmeldelse, pligt til at lade sig undersøge m.v. skal også kræve at der er tale om en 'alment farlig sygdom', ellers skal en skibsfører jo underrette myndighederne ved tilfælde af hudsvamp, blærebetændelse, fnat osv.! Og sådanne sygdomme kan heller ikke bære de individrettede foranstaltninger som pligt til at lade sig undersøge osv.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Efter § 1 i den gældende epidemilov kan sundheds- og ældreministeren iværksætte de foranstaltninger, der er nævnt i eller fastsat i medfør af reglerne i kapitel 3 og 4 henblik på at hindre, at de i § 2 nævnte smitsomme og andre overførbare sygdomme udbredes her i landet (nr. 1), og at smitte fra disse sygdomme føres ind i landet eller herfra til andre lande (nr. 2).

Med § foreslås det, at formålet med loven er at beskytte samfundet og personer mod de sygdomme, der er nævnt i § 2, ved at forebygge, forhindre og begrænse udbredelsen og indførelsen her i landet.

Med personer menes enhver person, som befinder sig eller vil rejse ind i landet. Loven finder således anvendelse på enhver, uanset opholdsstatus efter udlændingelovgivningen eller Folkeregistertilmelding efter CPR-loven.

Den foreslåede bestemmelse understreger indholdet af forpligtelserne i lovens øvrige bestemmelser men har ikke et yderligere selvstændigt forpligtende indhold.

Til § 2

Efter § 2, stk. 1, i den gældende epidemilov omfatter loven de alment farlige sygdomme samt de øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, der er optaget på liste A og B som bilag til loven.

Efter bestemmelsens stk. 2 kan sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen foretage ændringer i de i stk. 1 nævnte lister samt opstille nye lister.

Liste A omfatter med den seneste ændring, jf. bekendtgørelse nr. 156 af 27. marts 2020 om ændring af liste A til lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme, kopper, alvorlig coronavirusinfektion (Svær akut respiratorisk syndrom (SARS) og Middle East respiratorisk syndrom (MERS)), viral hæmorrhagisk feber (Ebola, Lassa og Marburg) og Krim-Congo hæmorrhagisk feber, pest, **difteri**, multiresistent tuberkulose (MDR-TB og XDR-TB) og Nipah-virus.

Liste B omfatter med den seneste ændring, jf. bekendtgørelse nr. 157 af 27. marts 2020 om ændring af liste B til lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme kolera, tyfus, paratyfus, shigellose, polio, meningokoksygdom, hepatitis A (smitsom leverbetændelse), salmonellainfektioner, tuberkulose, miltbrand, mæslinger, botulisme, influenza (præpandemisk alarmperiode, fugleinfluenza, Verocytotoksinproducerende E.coli (VTEC)-infektion og Coronavirus sygdom 2019 (COVID-19).

Kønssygdomme omfattes efter bestemmelsens stk. 3 ikke af loven.

Det foreslås med § 2, stk. 1, at loven omfatter smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme.

Med bestemmelsen fastsættes, hvilke sygdomme loven omfatter.

Med de foreslåede stk. 2-4 foreslås en nærmere definition af de tre sygdomskategorier.

Efter det foreslåede stk. 2 forstås ved en smitsom sygdom en sygdom eller en tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.

Forslaget vil betyde, at smitsomme sygdomme være den overordnede kategori, som de to andre kategorier – alment farlige og samfundskritiske sygdomme – vil være underkategorier til. En sygdom kan kategoriseres som en smitsom sygdom alene, uden at den samtidigt hører til kategorien alment farlige eller samfundskritiske sygdomme, mens en alment farlig eller samfundskritisk sygdom altid vil være en smitsom sygdom.

Forslaget vil også betyde, at seksuelt overført sygdomme omfattes af loven. Herved forstås en smitsom sygdom, der overføres ved kønslig omgang.

Med tilstand forstås, at den smittede person kan være bærer af smitte uden at have egentlige symptomer og tegn på sygdom.

Det er efter forslaget en forudsætning, at sygdommen eller tilstanden enten skyldes mikroorganismer eller andres smittestoffer. Ved mikroorganismer forstås en samlebetegnelse for organismer, der består af en eller få celler, som ikke kan ses med det blotte øje, og som blandet andet omfatter vira, bakterier, parasitter og svampe. Begrebet andre smittestoffer sikrer, at der også kan være tale om, at smitte og sygdom kan overføres uden at der er tale om egentlige mikroorganismer. Det kan f.eks. være, men også være, prioner, som er en infektiøs partikel, der udelukkende består af et proteinmolekyle, og således ikke er en organisme, men kan også være v- Visse parasitter (f.eks. fnat) der ikke er egentlige mikroorganismer, da de kan ses med det blotte øje, men som i kraft af sygdommens karakter, smittemåde m.v. bør ligestilles med øvrige smitsomme sygdomme, og derfor være omfattet af loven efter Sundhedsstyrelsens bestemmelse.

Kommentar [SUJ3]: Den må være havnet på liste A ved en fejl. Den hører til på liste B.

Kommentar [FRE4]: Betyder det, at fnat ikke omfattes af loven? Eller at det omfattes fordi det hører til "andre smittestoffer"?

At smitte kan overføres fra, til og imellem mennesker betyder, at det er en forudsætning for, at sygdommen omfattes af loven, at sygdommen kan ramme mennesker, men at smitten kan overføres fra et andet menneske til et andet menneske eller dyr, fra et dyr (zoonose) til et menneske eller fra det omgivende miljø til et menneske.

Af eksempler på smitsomme sygdomme, der ikke på nuværende tidspunkt samtidigt vil skulle høre til kategorien alment farlige og samfundskritiske sygdomme kan nævnes: [...]

Efter det foreslåede stk. 3 forstås ved en alment farlig sygdom en smitsom sygdom, der er særligt smitsom, forekommer hyppigt, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og som enten kan medføre langvarig behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb, få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling.

Den foreslåede bestemmelse betyder for det første, at en alment farlig sygdom samtidigt er en smitsom sygdom.

Bestemmelsen betyder for det andet, at skal være tale om, at den smitsomme sygdom er enten særlig smitsom, forekommer hyppigt, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader.

Derudover er det en betingelse, at sygdommen enten kan medføre langvarig behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb, få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller at den kan give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling.

En alment farlig sygdom kan være – men er ikke nødvendigvis – samtidigt en samfundskritisk sygdom. Dette vil afhænge af sygdommens udbredelse og betydning for samfundets kritiske og vigtige funktioner.

Som eksempler på alment farlige sygdomme kan nævnes [meningokoksygdom](#), [tuberkulose](#), [mæslinger](#), [HIV](#), [pest](#), [ebola](#), [kopper](#) og svær akut respiratorisk syndrom (SARS). Aktuelt vil Coronavirussygdom (COVID-19) ligeledes høre til kategorien alment farlige sygdomme.

Efter det foreslåede stk. 4 forstås ved en samfundskritisk sygdom en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner.

Bestemmelsen vil betyde, at en samfundskritisk sygdom vil være en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner. En samfundskritisk sygdom vil således efter forslaget være en underkategori til de alment farlige sygdomme.

En samfundskritisk sygdom er i modsætning til en sygdom, der alene er smitsom eller alment farlig, sværere at kategorisere på forhånd, idet kategoriseringen ikke alene afhænger af sundhedsfaglige vurderinger af sygdommens dødelighed og konsekvenser for den enkelte men også af politiske vurderinger af sygdommens samfundsmæssige konsekvenser og potentielle skadelige virkninger.

Som eksempel på en sygdom, som aktuelt vil blive betragtet som en samfundskritisk sygdom, kan nævnes [pest](#), [kopper](#), [SARS](#) og [Coronavirussygdom](#) (COVID-19).

Kategorisering vil have betydning for, hvilke af de foreslåede foranstaltninger, der kan bringes i anvendelse. For sygdomme, der alene hører til kategorien smitsomme sygdomme, foreslås det, at det alene er lovens regler om anmeldelsespligt, der skal finde anvendelse, jf. afsnit xxx. For alment farlige sygdomme foreslås det, at de individrettede foranstaltninger, jf. afsnit xxx, og visse af de samfundsmæssige foranstaltninger, jf. afsnit xxx, skal kunne finde anvendelse. Idet en alment farlig sygdom også med den foreslåede kategorisering er en smitsom sygdom, vil lovens regler om anmeldelsespligt ligeledes finde anvendelse for alment farlige sygdomme. For de samfundskritiske sygdomme foreslås det, at det enhver af de foreslåede foranstaltninger vil kunne bringes i anvendelse.

Kommentar [FRE5]: Seksuelt overførte og andre – eksempler...

Kommentar [sbro6]: Se ovenfor

Kommentar [sbro7R7]:

Det foreslås med *stk. 5*, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler, om hvilke sygdomme, der omfattes af *stk. 2-3*.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at Sundhedsstyrelsen vil skulle fastsætte regler om, hvilke sygdomme der omfattes af kategorien smittesomme sygdomme og kategorien alment farlige sygdomme.

Bestemmelsen sikrer, at kategoriseringen af smittesomme sygdomme og alment farlige sygdomme sker på baggrund af sundhedsfaglige vurderinger af bl.a. sygdommens dødelighed, smittesomme karakter m.v.

Kategoriseringen af sygdomme vil ikke være konstant men dynamisk. Det betyder, at Kategoriseringen vil kunne ændre sig løbende og i takt med eksempelvis sygdommens udvikling, forskning i sygdommen, udviklingen af forebyggende og behandelende metoder og midler, herunder den medicinske udvikling, omfanget af immunitet i befolkning m.v.

Kommentar [FRE8]: SST – folde ud?

Med *stk. 6* foreslås det, at sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke sygdomme der omfattes af *stk. 4*.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at sundheds- ældreministeren ved bekendtgørelse fastsætter den nærmere kategorisering og klassifikationen af samfundskritiske sygdomme.

Den foreslåede bestemmelse vil sikre, at beslutningen om hvorvidt en alment farlig sygdom skal kategoriseres som en samfundskritisk sygdom, skal træffes politisk af sundheds- og ældreministeren. Herved sikres det samtidigt, at ansvaret for vurderingen af sygdommens potentielt negative konsekvenser for samfundet, som er forudsætningen for, at en sygdom kategoriseres som en samfundskritisk sygdom, kan placeres politisk.

Det er efter bestemmelsen en forudsætning for, at sundheds- og ældreministeren kan kategorisere en sygdom som samfundskritisk, at den tillige af Sundhedsstyrelsen efter det foreslåede *stk. 5* er kategoriseret som alment farlig.

From: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>
Sent: 08-10-2020 11:59:13 (UTC +01)
To: Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>
Cc: Dorte Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>; Bolette Søbørg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>
Subject: VS: HASTER: Vaccination i epidemilov (FIRST tirsdag 6/10)

Kære Charlotte,

Beklager vi ikke fik svaret i går. Som svar på jeres bestilling af 5. oktober, og i forlængelse af vores tidligere bidrag af 30. september, kan vi anføre følgende:

I forbindelse med forebyggelse og håndtering af udbrud af smitsomme sygdomme kan det være relevant at iværksætte tilbud om vaccination til bestemte befolkningsgrupper. Bestemmelserne i sundhedslovens §158 stk. 2 kan formentlig anvendes i den forbindelse, men det kan også være relevant at en ny epidemilov rummer bestemmelser om iværksættelse af vaccination, både som tilbud ud fra et frivillighedsprincip, men også med beskrivelse af omstændigheder hvor påbud og sanktion kan være relevant. Generelt finder vi, at det kun i helt særlige tilfælde, med meget skærpede omstændigheder og med overhængende fare for enten enkeltpersoner eller folkesundheden, at der kan være behov for at iværksætte foranstaltninger overfor enkeltpersoner i form af vaccination. Vi finder at sådanne ganske skærpede omstændigheder forudsætter en konkret sundhedsfaglig vurdering, og derfor bør iværksættes på baggrund af faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

I en ny epidemilov kan det derfor være relevant at lovbestemmelserne vedr. vaccination tydeliggør hvornår vaccination gives som enten tilbud eller påbud, og hvilke sanktioner der i givet fald kan være tale om hvis et påbud ikke følges. Disse bestemmelser vil kun være relevante for sygdomme, der er kategoriseret som alment farlige smitsomme sygdomme, men det er ikke relevant at de er kategoriseret som samfundsfarlige sygdomme, da formålet med vaccination er forebygge overhængende fare mod enkeltpersoner og folkesundheden, ikke samfundets funktion.

Ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil tilbud om vaccination have til formål at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom. Under særlige omstændigheder, når det er nødvendigt at inddæmme eller udrydde en alment farlig sygdom, og hvor der overhængende fare for individer og/eller som led i global udryddelse af en alment farlig sygdom, bør det med hjemmel i epidemiloven være muligt at beslutte et påbud om vaccination af nærmere bestemte risikogrupper. Hvis et påbud ikke efterkommes, og hvor der – ud fra et mindstemiddels princip – vurderes at alle øvrige tiltag er forsøgt eller fundet uegnede, så kan det ud fra en konkret vurdering være relevant at have bestemmelser om magtanvendelse.

Vi kan på den baggrund foreslå, at lovbestemmelserne affattes som følger:

§ 15. Sundheds- og ældreministeren kan, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, fastsætte nærmere regler om vederlagsfri vaccination mod alment farlige sygdomme, herunder hvilke persongrupper, der skal tilbydes vaccination.

Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren kan, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, når det er nødvendigt for at inddæmme eller udrydde en alment farlig sygdom, og der er tale om særligt skærpede omstændigheder med overhængende fare eller trussel af folkesundheden, fastsætte nærmere regler om, at der skal iværksættes vaccination af bestemte persongrupper.

Stk. 3. Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde personer, som ikke overholder regler udstedt i medfør af stk. 2, at lade sig vaccinere.

Bestemmelser i §16 skal således henvisne til §15 stk. 3.

Mange hilsner,
Søren

Søren Brostrøm
Direktør



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>

Sendt: 5. oktober 2020 15:02

Til: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>; Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>

Emne: HASTER: Vaccination i epidemilov (FIRST tirsdag 6/10)

Kære Simon

Med henvisning til jeres bidrag af 23. september 2020 til bestemmelsen om bl.a. vaccination i den nye epidemilov, jf. vedlagte, kan jeg oplyse, at SUM indtil videre har udarbejdet følgende bestemmelser:

Vaccination

§ 15. Sundheds- og ældreministeren kan efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om vaccination af nærmere bestemte grupper for at udrydde eller hindre udbredelse af en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, hvis udbredelse kan udgøre en trussel mod folkesundheden.

Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren kan, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en samfundskritisk sygdom her i landet, eller med henblik på at nedbringe antallet af øvrige patienter i sundhedsvæsenet fastsætte, regler om, at der skal iværksættes vaccination af nærmere bestemte risikogrupper med henblik på at minimere udbredelsen af øvrige sygdomme i befolkningen.

Stk. 3. Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde personer, som ikke overholder regler udstedt i medfør af stk. 1 og 2, at lade sig vaccinere.

Magtanvendelse med henblik på at gennemføre foranstaltninger

§ 16. Styrelsen for Patientsikkerhed kan efter anmodning fra myndigheden eller ejeren af den institution, som styrelsen efter § 8, stk. 3, har anmodet om at gennemføre en foranstaltning efter §§ 9-11 § 14 og § 15, **stk. 1**, træffe afgørelse om at tillade, at der med henblik på at gennemføre og opretholde en sådan foranstaltning anvendes følgende former for magtanvendelse over for den person, som foranstaltningen retter sig mod:

- 1) Fysisk fastholdelse, tilbageholdelse og tilbageførsel af den pågældende.
- 2) Aflåsning af lokaler, hvori den pågældende befinder sig.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed kan træffe afgørelse om at tillade anvendelse af magt som nævnt i stk. 1, nr. 1 og 2, hvis en person ikke efterkommer et påbud udstedt i medfør § 15, stk. 3.

I forhold til § 15 og formålet hermed, har jeg følgende spørgsmål:

- Er formålet med § 15, stk. 1, alene at udrydde eller hindre en smitsom sygdom på verdensplan, eller er det hensigten, at også en smitsom sygdom nationalt skal kunne udryddes/hindres?
- Har Danmarks internationale forpligtelser ift at udrydde smitsomme sygdomme?
- Hvad forstås ved formuleringen "*en trussel mod befolkningssundheden*", jf. § 15, stk. 1?
- Vil nogle af de smitsomme sygdomme, som vi i dag har vaccinationsprogrammer for, potentielt kunne falde ind under § 15, stk. 1?

Pga. den pressede lovproces skal jeg venligst bede om svar inden udgangen af i morgen, tirsdag. Du er meget velkommen til at ringe, hvis du har spørgsmål til ovenstående.

Vh. Charlotte

Charlotte Beierholm Olsen
Specialkonsulent, Sundhedsjura

Direkte tlf. 72269332
Mobil 21998548
Mail: cbo@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 13-11-2020 10:49:22 (UTC +01)
To: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>
Cc: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Line Raahauge Hvass <LRM@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Jacob Tornø Iversen <JTIV@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Subject: Faglige bemærkninger til lov om epidemier

Kære Frederik

Hermed fremsendes supplerende faglige bemærkninger til lov om epidemier.

Med venlig hilsen

Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent
T (dir) +45 30 71 73 65
sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Beredskab og Smitsomme sygdomme
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 13-11-2020

Sagsnr. 05-0601-342

Sundhedsstyrelsens bemærkninger til forslag til lov om epidemier mv.

Vi har ifm. tidligere præhøring i det lovforberedende arbejde fremsendt bidrag til delelementer. I det følgende har vi gennemgået det samlede høringsudkast, hvorfor vi i det følgende kommer med en række supplerende bemærkninger til tidligere oversendte bidrag. Vi henviser her især til vores bidrag af 30. september 2020. I det følgende er der endvidere henvist specifikt til tidligere bidrag, hvor disse stadig er relevante,

1. Definitionen af alment farlige sygdomme (§ 2)

I forhold til definitionen af alment farlige sygdomme har Sundhedsstyrelsen foretaget en fornyet gennemgang af de eksempler på alment farlige sygdomme, der nævnes i lovbemærkningerne. På den baggrund finder Sundhedsstyrelsen, at sygdommene tuberkulose, mæslinger og hiv bør fjernes fra opstillingen af eksempler på alment farlige sygdomme (i de særlige bemærkninger til § 2, stk. 3, på side 147). Baggrunden herfor er, at de nævnte sygdomme ikke opfylder de kriterier, som opstilles i § 2, stk. 3. I stedet bør disse sygdomme fremgå af bemærkningerne, som eksempler på sygdomme, der ikke opfylder kriterierne.

Vedrørende de nævnte sygdomme bemærkes følgende korte forklaringer, som med fordel kan medtages i lovbemærkninger, således at der også fremstår eksempler på sygdomme, der ikke vurderes at være 'alment farlige'. Vi finder i den forbindelse, at klassifikation af sygdomme bør inddrage den aktuelle kontekst, herunder også muligheder for forebyggelse eller behandling i det danske sundhedsvæsen. I den kontekst vil en sygdom som COVID-19 også senere skulle nedklassificeres såfremt der opnås udbredt immunitet i befolkningen, enten gennem vaccination eller ved immunitet efter overstået infektion.

- Tuberkulose medfører - såfremt sygdommen behandles - ikke høj dødelighed eller alvorlige eller varige skader. Tuberkulose kan derfor generelt nævnes som en sygdom, der ikke skal klassificeres som alment farlig, men det kan fremhæves at fsva. multiresistent tuberkulose (MDR-TB) så vil der typisk være tale om mere alvorlige forløb, hvorfor MDR-TB kan nævnes som eksempel på en alment farlig sygdom.
- Mæslinger kan medføre alvorlige og varige skader, men i den aktuelle danske kontekst, hvor vi har en meget høj tilslutning til vaccinationsprogram som gør, at større udbrud og epidemier ikke kan forekomme, hvorfor sygdommen kan nævnes som et eksempel på en sygdom, der ikke kan klassificeres som alment farlig i denne kontekst.
- HIV medfører - såfremt sygdommen behandles - ikke høj dødelighed eller alvorlige eller varige skader. I den aktuelle danske kontekst, hvor Danmark som et af ganske få landet i verden opfylder WHO's '90-90-90'-mål, og formentlig har verdens bedste hiv-behandlingsindsats, må hiv anses hiv i højere grad som en kronisk medicinsk behandlet sygdom grundet de mulige behandlinger.

Ovenstående er i overensstemmelse med den opstilling af eksempler på alment farlige sygdomme, der findes på side 24 i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Generelt bemærker Sundhedsstyrelsen, at vurderingen af specifikke sygdomme efter § 2, stk. 3 vil kunne ændre sig over tid. Vurderingen vil således afhænge af forhold som fx udviklingen i Danmark vedrørende tilgængelige behandlingsmuligheder og immunitet.

I lovforslagets § 2, stk. 3 skal vi foreslå at ”forekommer hyppigt,” slettes, da det forhold allerede er omfattet af 2) og ikke bør være obligatorisk, men supplerende kriterium, idet fx pest og ebola, der i bemærkningerne nævnes som eksempler på alment farlige sygdomme, vanskeligt kan betragtes som hyppigt forekommende.

2. Ophør af bemyndigelse til at fastsætte regler for sundhedspersoners medvirken til bekæmpelse af smitsomme sygdomme

Den hidtidige lovs § 26 bemyndiger Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler for lægers og andre autoriserede sundhedspersoners medvirken til bekæmpelse af smitsomme sygdomme. Bestemmelsen udgår og afløses af en udvidelse og præcisering af bemyndigelsen til at fastsætte regler for anmeldelse af smitsomme sygdomme.

§ 26 omhandler imidlertid ikke kun anmeldelse. Med hjemmel i § 26 har Sundhedsstyrelsen bl.a. udstedt bekendtgørelse om håndtering af infektioner ([BEK nr 266 af 15/03/2017](#)), der sætter rammen for sundhedsvæsenets indsats for at hindre spredning af smitsomme sygdomme generelt (ikke kun alment farlige sygdomme eller sygdomme omfattet af epidemi-loven). Denne bekendtgørelse står således til at miste sit hjemmelsgrundlag.

Til bekendtgørelsen er knyttet en række vejledninger vedrørende håndtering af specifikke (ikke alment farlige) sygdomme, herunder meningokoksygdom og de multiresistente organismer MRSA og CPO, hvoraf fremgår hvordan sundhedspersoner skal agere ift. bl.a. isolation, værnemidler, diagnostiske test og forebyggende behandling.

Der er derfor Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er behov for, at en tilsvarende bestemmelse videreføres, f.eks. ved tilføjelser eller præcisering af §3. Det kan endvidere være hensigtsmæssigt at udvide bemyndigelsen til at omfatte ikke blot individuelle sundhedspersoner, men også offentlige og private behandlingssteder, for at tydeliggøre, at ansvaret for indsatsen påhviler ledelsen snarere end individuelle sundhedspersoner.

3. Ophør af bemyndigelse til at fastsætte regler for skolers og daginstitutioners forhold i tilfælde af smitsomme sygdomme

Før lovændringen af 17. marts 2020 bemyndigede lovens § 22 Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler for skolers og daginstitutioners forhold i tilfælde af smitsomme sygdomme. Det var udtrykkeligt anført, at bemyndigelsen også omfattede sygdomme, der ikke var omfattet af epidemi-loven. Med hjemmel i § 22 har Sundhedsstyrelsen udstedt bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner ([BEK nr 77 af 12/01/2018](#)), der regulerer hvordan skoler og daginstitutioner skal agere ved forekomst af smitsomme sygdomme generelt, herunder at børn med tegn på smitsom sygdom ikke må møde/skal hjemsendes, at øvrige forældre skal orienteres om tilfældet og at Styrelsen for Patientsikkerhed ved behov kan give påbud om foranstaltninger. Sundhedsstyrelsen har endvidere udarbejdet en [vejledning](#), der beskriver håndteringen i detaljer, herunder forhold ved en række nærmere bestemte (ikke alment farlige) sygdomme hos børn/elever.

Bestemmelsen i § 22 videreføres ikke i lovforslaget, og ovennævnte bekendtgørelse står således til at miste sit hjemmelsgrundlag. Lovforslaget giver Styrelsen for Patientsikkerhed en række beføjelser om foranstaltninger i skoler og daginstitutioner, men de er begrænset til kun at gælde alment farlige sygdomme. Der er imidlertid mange sygdomme, der ikke nu eller fremover vil kunne klassificeres som alment farlige, som der kan være behov for foranstaltninger for i skoler og daginstitutioner.

Vi finder således behov for, at den tidligere § 22 eller tilsvarende bestemmelse videreføres, for at der er bemyndigelse til at fastsætte regler for den dagligdags håndtering af smitsomme sygdomme generelt i skoler og daginstitutioner, og ikke blot særlige foranstaltninger i tilfælde af alment farlige sygdomme.

4. Test for alment farlige sygdomme (§ 3, stk. 2)

Vi fastholder vores tidligere bemærkninger jfr. Sundhedsstyrelsens tidligere bidrag af 30. september 2020 (side 2).

5. Epidemikommissionen (§ 4)

Vi fastholder vores tidligere bemærkninger jfr. Sundhedsstyrelsens tidligere bidrag af 30. september 2020 (side 5-6).

6. Kommuners og regioners forpligtelser (§ 7)

Vi fastholder vores tidligere bemærkninger jfr. Sundhedsstyrelsens tidligere bidrag af 30. september 2020 (side 2, bemærkninger til § 6 i tidligere udkast).

7. Nødvendighedsbetragtning ang. tvangsindgreb (§ 8 og § 19)

I den hidtidige lov er rationalet for tvangsindgreb ved alment farlige sygdomme, fx tvangsisolering og -behandling, afspærring af områder mv. begrundet i sygdommens almene alvorlighed. Da en sygdom som fx ebolavirus sygdom almindeligvis har et alvorligt forløb, er det åbenbart nødvendigt i alle tilfælde at sikre mod, at sygdommen spreder sig.

Såfremt begrebet ”alment farlig” i fremtiden kommer til at omfatte sygdomme, der ikke almindeligvis vil medføre et alvorligt forløb, men primært hos bestemte persongrupper, vil nødvendigheden af tvangsindgreb, jf. § 8, stk. 4 og § 19, stk. 3, ikke altid være åbenbar. Det kan foreslås, at der angives nærmere kriterier for, hvornår tvangsindgreb vil være nødvendige, fx når der er behov for beskyttelse af personer i risikogrupper eller når smittespredningen når et omfang i et lokalområde eller nationalt, der frembyder risiko for ukontrolleret smittespredning eller overbelastning af sundhedsvæsenet.

8. Bemyndigelse til at fastsætte regler for tvangsforanstaltninger for grupper af personer (§ 8, stk. 5)

Styrelsen for Patientsikkerhed bemyndiges til at fastsætte regler for tvangsforanstaltninger for grupper af enkeltpersoner. Det fremgår af bemærkningerne, at dette sigter mod tilfælde hvor det er umuligt eller uforholdsmæssigt vanskeligt at identificere enkeltpersoner i en større gruppe, der er (muligt) smittede - fx personer der har rejst i et bestemt land eller været til et bestemt arrangement. Det må forudsættes, at hver enkelt enkeltperson i sådanne grupper er omfattet af retten til domstolsprøvelse af tvangsforanstaltninger, jf. § 55, hvilket under alle omstændigheder må forudsætte en konkret og individuel vurdering af, om betingelserne for tvangsforanstaltningerne er til stede, jf. § 8, stk. 4. Umiddelbart kan det derfor ikke ses, hvilken forskel sådanne regler skal kunne gøre for gennemførelse af tvangsforanstaltninger.

9. Påbud om undersøgelse, indlæggelse mv. (§§ 9-11 og 14)

Vi fastholder vores tidligere bemærkninger jfr. Sundhedsstyrelsens tidligere bidrag af 30. september 2020 (side 3, bemærkninger til § 9, 10 og 13 i tidligere udkast).

10. Vaccination (§ 15)

Det synes ikke at fremgå tydeligt af § 15, om der er tale om bemyndigelse til at fastsætte regler om påbud om vaccination, samt om der er mulighed for domstolsprøvelse af et evt. sådant påbud (jf. også pkt. 15 nedenfor).

11. Afgrænsning af fareområde og eksponerede ved biologiske hændelser (§ 16)

Det fremgår af § 16, stk. 2 at ”Ansvaret for at afgrænse det biologiske fareområde og de eksponerede personer påhviler Statens Serums Institut.” (underforstået Center for Biosikring og Bioberedskab, CBB). Dette er ikke i overensstemmelse med nationalt fastsatte regler om beredskabsmæssige indsatser og der henvises til Sundhedsstyrelsens bemærkninger af 8. okt. 2020, som er yderligere uddybet nedenfor.

Efter beredskabslovens § 1 er det redningsberedskabets opgave at forebygge, begrænse og afhjælpe skader på personer, ejendom og miljøet ved ulykker og katastrofer, herunder terror- og krigshandlinger, eller ved overhængende fare herfor. Ifølge de nationale [Retningslinjer for Indsatsledelse](#) fra Beredskabsstyrelsen, der regulerer det tværsektorielle samarbejde ved beredskabshændelser, er det det kommunale beredskab, der varetager den tekniske ledelse af indsatsen på et skadested under hele indsatsforløbet. De statslige ekspertberedskaber for CBRNE-hændelser, hvorunder CBB i denne sammenhæng hører, kan bistå med rådgivning og analysekapacitet. Ekspertberedskaberne har derimod ikke myndighedsmæssigt ansvar på skadestedet.

Det er således indsatslederen for det kommunale beredskab, der har *ansvaret* for at afgrænse fareområdet ved en biologisk hændelse. Indsatslederen kan gøre brug af *bistand og rådgivning* fra CBB. Styrelsen for Patientsikkerhed har til opgave at rådgive indsatsledelsen og andre lokale myndigheder om sundhedsmæssige risici og forholdsregler for udsatte personer på og ved et skadested og omkringboende samt at informere de pågældende. Dette gøres ligeledes med bistand fra CBB hvor relevant. Styrelsen for Patientsikkerhed har således også en rådgivende funktion, men endvidere en myndighedsmæssig forpligtelse til at informere offentligheden og de konkrete udsatte personer om forholdsregler.

Sundhedsstyrelsen finder, som koordinerende sektoransvarlig myndighed for sundhedsberedskabet, det meget væsentligt, at lovteksten tydeligt afspejler denne vedtagne ansvarsfordeling, af hensyn til, at det tværsektorielle samarbejde ved beredskabshændelser foregår hensigtsmæssigt og uden tvivl om de enkelte aktørers ansvar og roller.

12. Politiets beslutninger om tvangsforanstaltninger (§ 21)

Med de regionale epidemikommissioner sikredes tidligere en systematisk involvering af sundhedsmyndighederne ved alle beslutninger om tvangsforanstaltninger og dermed, at der forelå det rette sundhedsfaglige grundlag. Med lovforslagets § 21 lægges op til, at politiet kan nedlægge opholdsforbud uden rådføring med sundhedsmyndighederne. Det synes hensigtsmæssigt at sikre, at sådanne beslutninger træffes på baggrund af sundhedsmyndighedernes faglige rådgivning og indstilling.

13. Sikring af patienters/institutionsbeboeres tarv ved besøgsrestriktioner (§ 24)

Besøgsrestriktioner på hospitaler, plejecentre mv. er meget indgribende for patienter/beboere og den medførende sociale isolation indebærer i sig selv en væsentlig helbredsmæssig risiko og kan have betydelige negative konsekvenser både for deres mentale og fysiske helbred. Det synes hensigtsmæssigt at sikre, at der ved påbud om restriktioner tages videst muligt hensyn til at mindske denne risiko.

I den nuværende bekendtgørelse om besøgsrestriktioner på plejehjem mv. i forbindelse med håndtering af COVID-19 (BEK nr 1030 af 27/06/2020) er anført, at besøgsrestriktioner ikke omfatter ”kritiske situationer”, hvorved forstås ”et uopsætteligt besøg fra en nær pårørende til en kritisk syg eller døende person eller forældres eller andre nære pårørendes besøg hos et barn under 18 år”. Denne formulering genfindes i bemærkningerne til lovforslaget, men det fremgår ikke, at det også omfatter ”forældres eller andre nære pårørendes besøg hos en voksen med en sådan kognitiv funktionsnedsættelse, at personen mangler evnen til at forstå og acceptere formålet med besøgsrestriktionerne og dermed har et helt særligt behov for besøg”. Det foreslås, at dette tilføjes bemærkningerne.

Sundhedsstyrelsen henviser i øvrigt til vores tidligere bidrag af 30. september 2020 (side 4, bemærkninger til § 21 i tidligere udkast).

14. Kriterier for restriktioner for indrejse og frit samvær fra skibe og fly (§§ 34-35)

Lovforslaget bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om restriktioner for indrejse og frit samvær fra skibe og fly fra områder hvor der er risiko for indførsel af alment farlige sygdomme. Det fremgår ikke nærmere, hvornår dette vil være relevant. Det skal bemærkes, at dette område er reguleret ved internationale aftaler, herunder det internationale sundhedsregulativ (IHR). Eventuelle restriktioner skal således tage hensyn til IHR, hvor det bl.a. fastsættes, at stater ved indførelse af indrejserestriktioner skal give oplysninger til WHO om det sundhedsfaglige grundlag.

I den nugældende bekendtgørelse om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme ([BEK nr 220 af 17/03/2020](#)) fremgår, at der kan nægtes frit samkvem fra skibe og fly, når disse ankommer fra et område, der ifølge meddelelse fra Sundhedsstyrelsen må anses for smittet af en sygdom, omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Det kan foreslås, at det på lignende vis indføres, at regler for restriktioner mod indrejse sker på baggrund af vurdering/indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

15. Mulighed for domstolsprøvelse af tvangsforanstaltninger (§ 55)

Sundheds- og Ældreministeriet skal efter § 55 på begæring indbringes beslutninger om tvangsforanstaltninger efter §§ 9, 10, 17 og 22, der har karakter af frihedsberøvelse, for domstolene. §§ 11-12, der omhandler tvangsmæssig isolation, synes overset i denne sammenhæng, da dette også vil have karakter af frihedsberøvelse.

Der synes ikke at være angivet mulighed for at indbringe beslutninger om tvangsmæssig behandling og vaccination for domstolene, uagtet at dette efter omstændighederne kan være endnu mere indgribende end frihedsberøvelse. Der er hermed manglende parallelitet med lov om tvang i psykiatrien samt lov om tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, hvor der er fastsat bestemmelser om ret til indbringelse af beslutninger om tvangsbehandling for særlige nævn.

Det kan i øvrigt foreslås, at der ifm. tvangsforanstaltninger efter loven generelt i relevant omfang sikres parallelitet med lov om tvang i psykiatrien samt lov om tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. Der kan eksempelvis stilles krav om udarbejdelse af tvangsprotokol, om hyppig revurdering af tilstanden og om specifikke midler til og betingelser for fastholdelse og tilbageholdelse.

Der er endvidere ikke angivet mulighed for, at pårørende til afdøde kan indbringe beslutninger om obduktion, jf. § 41, for domstolene, som det ellers er muligt i andre tilfælde, hvor der fx er mistanke om et strafferetsligt forhold jf. sundhedslovens § 186.

From: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>
Sent: 31-08-2020 19:12:51 (UTC +01)
To: Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>
Cc: Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>; Annette Baun Knudsen <ANBK@sum.dk>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Tyra Grove Krause <TGV@ssi.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>; Mette Touborg Heydenreich <mhe@sum.dk>
Subject: sygdomsdefinitioner i ny epidemilov

Kære Dorthe,

Vi lovede et skriv på sygdomsdefinitioner, se vedhæftede, beklager vi ikke fik sendt det i sidste uge, sig endelig til hvis der er spørgsmål.

Mange hilsner,
Søren

Søren Brostrøm
Direktør



SUNDHEDSSTYRELSEN

Til:
Sundheds- og Ældreministeriet

Vedr. bidrag til ny epidemilov

I forlængelse af tidligere fremsendt notat af 1. juli, og som drøftet på mødet d. 17. august, hermed præcisering og uddybning af de foreslåede sygdomskategorier:

Som nævnt, så finder vi ikke at gældende lovs skelnen mellem 'alment farlige' og 'øvrige' sygdomme er særlig hensigtsmæssig. Ift. indplacering af nye sygdomme, eller omplacering af eksisterende sygdomme, så er bestemmelsen i gældende lovs §10 "... når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning" ikke særligt operationel eller retningsgivende. Vi er derfor typisk overladt til at lave analogier til de sygdomme, der allerede er anført på liste A og B. Begrebet 'ondartet' bør forlades, da det ikke er særligt fagligt meningsfuldt ift. smitsomme sygdomme.

Sagsnr. 03-0000-19
31. august 2020

Vi foreslår derfor, at der i ny lovgivning kan skelnes mellem tre niveauer:

- 1) Smitsomme sygdomme, hvor det hverken vil være muligt eller hensigtsmæssigt, at disse oplistes i lovform, men hvor en række almene bestemmelser i en ny lov kan være hensigtsmæssige f.eks. vedr. indberetning af data m.v.
- 2) Alment farlige (smitsomme) sygdomme, som er en delmængde af 1), og for hvilke der kan gives specifikke beføjelser til sundhedsfaglige myndigheder ift. at sikre overvågning og forebyggelse af smitte.
- 3) Samfundskritiske (smitsomme) sygdomme, som er en delmængde af 2), og for hvilke der kan gives specifikke beføjelser til minister ift. helt særlige tiltag til forebyggelse af udbredt samfundssmitte.

Vi skal desuden foreslå, at der enten i lovtekst eller lovbemærkninger angives definition på de tre kategorier, eller at loven giver hjemmel til at Sundhedsstyrelsen udsteder bekendtgørelse med definition, ligesom vi får hjemmel til at indplacere nye, eller omplacere eksisterende, sygdomme i mellem kategorier. Det vil formentlig kun være relevant, f.eks. i bekendtgørelsesform, at vedligeholde lister over 2/ og 3/, da 1/ er meget bred og svær at opliste udtømmende.

Vi kan i den forbindelse foreslå følgende definitioner:

En smitsom sygdom kan defineres som en sygdom eller tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark
T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Med denne definition omfattes både sygdomme, der smitter fra menneske til menneske, fra dyr til menneske, fra menneske til dyr, fra miljøet til mennesker osv. Centralt i definitionen er dog, at smitten kan forårsage sygdom hos mennesker, og således vil f.eks. bakterier, der er den del af den normale tarmflora, eller bakterier og gærkulturer, der indgår i fødevarer, ikke være omfattet.

Når der i definitionen indgår begrebet tilstand vil også bærertilstande af potentielt sygdomsfremkaldende mikroorganismer være omfattet, også selvom bæreren ikke selv har egentlige symptomer og tegn på sygdom, eller måske ikke selv er i risiko for at blive syg.

Mikroorganismer er en samlebetegnelse for organismer, der består af en eller få celler, som ikke kan ses med de blotte øje, og som bl.a. omfatter virus, bakterier, parasitter og svampe. Andre smittestoffer hentyder til, at smitte og sygdom kan overføres uden at der er tale om egentlige mikroorganismer; det bedste eksempel er nok prioner, som er en infektiøs partikel, der udelukkende består af et proteinmolekyle, og derfor ikke er en organisme. Omvendt kan visse parasitter (f.eks. fnat) ikke kaldes mikroorganismer, da de kan ses med det blotte øje, men der er stadig tale om en smitsom sygdom.

I gældende lov anvendes betegnelsen 'smitsomme og andre overførbare sygdomme', men det vil være fagligt entydigt blot at anvende begrebet 'smitsom', og så definere begrebet som omfattende andet smitstof end mikroorganismer.

Ved at give en generel definition af smitsomme sygdomme, uden at disse oplystes i lovform, bør der samtidig sikres lovhjemmel til at der kan ske relevant indberetning af data til myndigheder og centrale registre, behandling af personoplysninger m.v., uden at de pågældende sygdomme behøver at blive klassificeret som alment farlige.

En alment farlig (smitsom) sygdom kan defineres som en delmængde af ovenstående, dvs. en sygdom som opfylder definitionen af 'smitsom', og som samtidigt opfylder følgende kriterier:

er særligt smitsom og/eller hyppigt forekommende,

og enten

har en høj dødelighed og/eller kan give alvorlige eller varige skader, i hele eller del af befolkningen, hvilket sædvanligvis medfører at syge har behov for langvarig behandling, evt. indlæggelse på sygehus, langvarigt sygefravær eller langvarigt rehabiliteringsforløb,

eller

kan få så stor udbredelse i befolkningen, at selvom sygdommen ikke er alvorlig hos de fleste, så kan smittespredning blive en væsentlig trussel mod folkesundheden, og kan give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling

Med denne definition gives kriterier, som er betydeligt mere fagligt meningsfulde, og hvor bestemmelsen samtidig er væsentlig mere operationel og retningssigende end i gældende lov. Det bemærkes samtidigt, at denne definition er bredere end gældende lovs begreb 'alment farlig sygdom', og reelt vil omfatte gældende lovs liste A ('alment farlige') samt en række, men ikke alle, sygdomme opført på gældende lovs liste B ('øvrige').

Som eksempel vil en sygdom som finat (scabies) ikke være omfattet, på trods af at den både er smitsom og hyppigt forekommende, endda med stigende resistens, men sygdommen medfører ikke langvarige behandlingsforløb, truer ikke folkesundheden eller giver stor sygdomsbyrde.

Omvendt vil en sygdom som ebolavirus sygdom være omfattet, på trods af at den aldrig er set i Danmark, at risikoen for importerede tilfælde er meget lille og at der ikke vil være risiko for egentlige udbrud i Danmark. Men sygdommen har en meget høj dødelighed, og den vil altid medføre indlæggelse på sygehus.

En sygdom som kopper (variola) vil også være omfattet, selvom sygdommen blev udryddet i 1980, og selvom der findes effektiv vaccine, da der findes lagre af koppevirus, og sygdommen er yderst smitsom, med stor sygelighed og dødelighed, og da vaccinen ikke tåles af alle.

Meningokoksygdom vil være omfattet da sygdommen altid skal medføre indlæggelse, har en høj dødelighed og mange overlevende kan få senfølger, også på trods af at der findes effektiv behandling. Tuberkulose vil også være omfattet, da den både er smitsom, kan have stor sygdomsbyrde og medfører langvarigt behandlingsforløb.

Omvendt vil almindelige og hyppigt forekommende bakterie- og virussygdomme som f.eks. kolibakterier eller stafylokokker ikke være omfattede, da der findes effektiv behandling, og langt de fleste tilfælde ikke kræver sygehusindlæggelse, også selvom de i sjældne tilfælde kan medføre alvorlig sygdom og død f.eks. ved blodforgiftning. Visse særlige typer som f.eks. VTEC kan dog være omfattede, da de kan give særlig alvorligt sygdomsforløb, mens en type som MRSA ikke vil være omfattet, da sygdommen ikke er særlig smitsom og da langt de fleste tilfælde af smitte ikke giver alvorlig sygdom.

Seksuelt overførbare sygdomme som f.eks. klamydia, syfilis eller gonoré vil ikke være omfattede, da der findes effektiv og simpel behandling, mens en sygdom som HIV kan være omfattet, da det medfører livslang behandling.

En børnesygdom som mæslinger vil være omfattet, også selvom der findes effektiv forebyggende vaccine, da sygdommen er meget smitsom og kan give varige men og har en høj dødelighed.

Nye sygdomme, typisk zoonoser (dvs. smitte fra menneske til dyr), med stort smittepotentiale og ringe eller ingen immunitet hos mennesker, vil typisk være omfattede. Det vil f.eks. være sygdomme som pandemisk influenza, SARS, MERS og COVID-19. Sådanne sygdomme vil dog typisk blive nedklassificerede, i takt med at der opnås udbredt immunitet i befolkningen, enten naturligt eller induceret (ved vaccine).

En samfundskritisk smitsom sygdom kan defineres som en delmængde af ovenstående, dvs. en sygdom som både opfylder definitionen af 'smitsom' og 'alment farlig smitsom sygdom', og hvor der samtidig er risiko for så omfattende samfundssmitte at det medfører, eller kan medføre, alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner, og som derfor kan kræve ekstraordinære smitteforebyggende tiltag som f.eks. begrænsning af forsamlinger, rejseaktivitet, erhverv m.v.

Eksempler på samfundskritiske smitsomme sygdom kan være kopper, COVID-19 eller pandemisk influenza, fordi disse sygdomme har stort epidemisk potential, med omfattende udbredelse af sygdom med en ganske betydelig trussel mod folkesundheden, og som afhængigt af sygdomsbillede og risikogrupper kan give varierende grad af trussel ift. opretholdelse af centrale samfundsfunktioner som f.eks. sundhedsvæsen, transport og politi grundet stort sygefravær, stor belastning m.v.

From: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>
Sent: 22-06-2020 19:09:06 (UTC +01)
To: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>
Cc: Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Mette Touborg Heydenreich <mhe@sum.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Hanne Vibjerg <havi@SST.DK>; mawm@ssi.dk <mawm@ssi.dk>; tgv@ssi.dk <tgv@ssi.dk>; Anette Lykke Petri <alp@stps.dk>; Anne Hempel-Jørgensen <ahj@stps.dk>
Subject: SV: Yderligere materiale til møde om epidemilov i SUM

Kære Frederik,

Som lovet hermed lidt baggrundsmateriale:

- Den norske 'Smittevernslov' og den svenske 'Smittskyddslag' – begge skulle være opdaterede med aktuelle ændringer under COVID-19
- Det internationale sundhedsregulativ (IHR) fra 2005, i dansk oversættelse
- Vores rapport fra 2012 vedr. IHR-implementering
- Den svenske udredning (SOU 1999:51), der udgjorde en væsentlig del af grundlagte for den omfattende revision af den svenske lovgivning i 2004. Vedhæfter også lovforslagsmaterialet fra 2003.

Sig endelig til hvis der er mere vi skal bidrage med. Som lovet på mødet vil vi herfra Sundhedsstyrelsen inden ugens udgang sende: 1/ skitse til 'ordliste' vedr. sygdomsbegreber, 2/ skitse til mulig national governance omkring rådgivende epidemikommission m.v.

Mange hilsner,
Søren

Søren Brostrøm
Direktør



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Frederik Rechenback Enelund

Sendt: 22. juni 2020 10:41

Til: Søren Brostrøm ; mawm@ssi.dk; tgv@ssi.dk; Anette Lykke Petri ; Anne Hempel-Jørgensen ; Hanne Vibjerg ; Helene Bilsted Probst

Cc: Dorthe Eberhardt Søndergaard ; Mette Touborg Heydenreich

Emne: Yderligere materiale til møde om epidemilov i SUM

Kære alle

Til brug for mødet senere i dag om en ny epidemilov får i her beretningen til beslutningsforslag B 178. I har derudover netop modtaget en sammenskrevet version af loven og en rapport fra blandt andet Institut for Menneskerettigheder.

Beslutningsforslaget gik ud på at fremrykke solnedgangsklausulen i epidemiloven fra 1. marts 2021 til 1. august 2020. For en ordens skyld skal jeg understrege, at beslutningsforslaget *ikke* blev vedtaget. Beretningen indeholder de politiske tilkendegivelser fra Folketingets partier om selve forslaget, men også ønsker til proces frem mod en ny epidemilov og til selve indholdet, f.eks. epidemikommissioner.

I forhold til den videre proces er ambitionen, at lovforslaget skal fremsættes i sidste del af november i år. Dette blev tilkendegivet i forbindelse med folketingsbehandlingen af L 133. Det betyder, at lovforslaget skal 4 ugers offentlig høring i løbet af september. Vi har således de næste par uger og nogle uger i august til at færdiggøre lovforslaget.

Vi ses senere i dag.

Vh
Frederik

Med venlig hilsen

Frederik Rechenback Enelund

Specialkonsulent
Sundhedsjura

Mobil: 20 22 03 91

Mail: fre@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk





Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]

Dato	LOV-1994-08-05-55
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Sist endret	LOV-2020-06-19-80
Publisert	Avd I 1994 Nr. 16
Ikrafttredelse	01.01.1995
Korttittel	Smittevernloven – smvl

Kapitteleversikt:

- Kap. 1. Innledende bestemmelser (§§ 1-1 - 1-5)
- Kap. 2. Informasjon til smittede personer, unntak fra taushetsplikt, meldinger og varsler (§§ 2-1 - 2-3)
- Kap. 3. Undersøkelser og vaksinasjoner (§§ 3-1 - 3-9)
- Kap. 4. Andre smitteverntiltak (§§ 4-1 - 4-10)
- Kap. 5. Plikter for smittede personer – tvangstiltak (§§ 5-1 - 5-9)
- Kap. 6. Rett til smittevernhjelp m.m. (§§ 6-1 - 6-2)
- Kap. 7. Administrative organer og deres ansvar (§§ 7-1 - 7-12)
- Kap. 8. Straff, erstatning, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser (§§ 8-1 - 8-8)

Jf. tidligere lover 16 mai 1860, 8 mai 1900, 5 juli 1946 nr. 1, 12 des 1947 nr. 4, 12 des 1947 nr. 15, 12 des 1947 nr. 16, 19 des 1952 nr. 1, 26 nov 1954 nr. 2.

Kap. 1. Innledende bestemmelser

§ 1-1. Lovens formål

Denne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.

§ 1-2. *Lovens virkeområde*

Lovens bestemmelser om tjenester og tiltak gjelder for enhver som oppholder seg i Norge.

Departementet kan gi forskrifter som begrenser anvendelsen av loven overfor personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bosted i Norge. Departementet kan også gi forskrifter om at loven skal gjelde for personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til Norge.

Departementet kan gi forskrifter om anvendelse av loven på Svalbard, Jan Mayen og kontinentalsokkelen, og på norske fartøy og luftfartøy hvor de enn befinner seg.

Lovens bestemmelser gjelder med de begrensninger som er anerkjent i folkeretten eller følger av overenskomst med fremmed stat.

Kongen kan gi regler til gjennomføring av avtale med fremmed stat om forhold som omfattes av denne loven.

§ 1-3. *Definisjoner*

Med følgende uttrykk i loven her forstås:

1. smittsom sykdom: en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker.
2. smittet person: en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom.
3. allmennfarlig smittsom sykdom: en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som
 - a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
 - b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller
 - c) utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.
4. alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom: et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak. Helsedirektoratet kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 1-4. *Forskrifter om allmennfarlige smittsomme sykdommer*

Departementet fastsetter i forskrift hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer.

0 Tilføyd ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 1-5. *Grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak*

Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder.

Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.

0 Tilføyd ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

Kap. 2. Informasjon til smittede personer, unntak fra taushetsplikt, meldinger og varsler

§ 2-1. Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer.

Den undersøkende eller behandlende legen skal snarest mulig gi en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom informasjon og personlig smittevernveiledning om

- a) sykdommen, sykdommens smittsomhet og smittemåter, og hva den smittede selv kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, og
- b) rettigheter og plikter en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har, herunder etter smittevernloven kapittel 5 og 6.

Er den smittede under 12 år eller en person over 16 år som på grunn av sinnslidelse, andre psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemming eller legemlig funksjonshemming ikke kan ivareta sine anliggender når det gjelder smittefaren, har både den smittede og uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt også de som har omsorgen for den smittede, krav på informasjon og personlig smittevernveiledning etter første ledd.

Er den smittede mellom 12 og 16 år, har både den smittede og uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt også de som har omsorgen for den smittede, krav på informasjon og personlig smittevernveiledning. Opplysninger må likevel ikke gis til dem som har omsorgen, hvis den smittede eller andre som kjenner den smittedes situasjon har innvendinger mot at dette blir gjort og legen mener at innvendingene bør respekteres.

Dersom legen har grunn til å anta at en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette kommunelegen hvis hensynet til smittevernet krever det. Kommunelegen skal da overta den videre smittevernveiledningen av personen.

Hovedinnholdet av den informasjon og den personlige smittevernveiledning som legen gir til den smittede, skal føres inn i pasientens journal.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 2-2. Unntak fra taushetsplikt

Legen skal så langt råd er søke å oppnå samtykke fra en smittet person når det av hensyn til smittevernet er behov for å gi videre opplysninger underlagt taushetsplikt og det er overveiende sannsynlig at det er eller har vært fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Er det ikke mulig å oppnå samtykke fra den smittede, kan det gis opplysninger om smittestatus og andre nødvendige opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Legen kan gi opplysningene til

- a) helsepersonell som har ansvar for oppfølging av pasienten eller som har ansvar for at annet personell, andre pasienter eller besøkende ikke smittes, når det er overveiende sannsynlig at helsepersonellet, pasientene eller de besøkende er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,
- b) den som med overveiende sannsynlighet er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,
- c) den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom, når opplysningene kan motvirke at sykdommen blir overført til andre, eller er avgjørende for å kunne begynne medisinsk behandling av den smitteutsatte, eller
- d) den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom fordi den smittede har opptrådt klanderverdig.

Dersom det er åpenbar fare for overføring etter annet ledd bokstav b, skal opplysningene gis, med mindre legen vet at en annen lege gir opplysningene.

Er legen i tvil om opplysninger bør gis etter andre ledd, kan legen forelegge spørsmålet for kommunelegen til uttalelse. Nekter legen å gi opplysninger, kan den som ønsker opplysninger etter andre ledd, eller kommunelegen forelegge spørsmålet for fylkesmannen, som kan bestemme at opplysningene skal gis.

Når opplysninger gis med hjemmel i andre ledd, skal legen informere den smittede skriftlig om at opplysningene er gitt.

Når vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan en tannlege, jordmor eller sykepleier gi nødvendige opplysninger til den smittede personens lege eller til kommunelegen.

Helsepersonell som mottar opplysninger etter denne paragrafen, har samme taushetsplikt som den som gir opplysningene.

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.

- 0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 24 juni 2011 nr. 29 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 24 juni 2011 nr. 637), 22 juni 2012 nr. 46, 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 3 mars 2017 nr. 8 (ikr. 3 mars 2017 iflg. res. 3 mars 2017 nr. 242), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 2-3. Meldingsplikt for leger. Varslingsplikt for sykepleiere og jordmødre

En lege som oppdager en smittet person, har meldingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. En lege, sykepleier, jordmor eller tannlege som i sin virksomhet oppdager en smittet person har varslingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Den som etter første ledd mottar opplysninger undergitt taushetsplikt, har samme taushetsplikt som dem som gir opplysningene.

Når helsepersonell nevnt i bestemmelsen i første ledd, gir en melding eller varsel som identifiserer en person, skal det gis informasjon til den opplysningene angår, om hvem som er mottaker og hva opplysningene skal brukes til.

Kongen i Statsråd kan gi forskrifter om behandling av helseopplysninger, herunder om bruk av navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn i samsvar med helseregisterloven. Forskriftene skal angi formålet med behandlingen av opplysningene, og hvilke smittsomme sykdommer som skal meldes eller varsles. Kongen i Statsråd kan også gi forskrifter om meldingsplikt for bivirkninger av forebyggende tiltak, og om undersøkelse, behandling og andre tiltak etter loven. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om hvem som skal melde eller varsle, og om formkrav, meldingsskjemaer og frister for meldingene og varslene, herunder om hvem som kan eller skal motta meldinger og varsler.

Uten samtykke fra departementet kan verken private eller offentlige sette i verk meldingsordninger for smittsomme sykdommer hos mennesker. Dette gjelder ikke interne systemer.

Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, eller når det er fare for slikt utbrudd, og når det er nødvendig av hensyn til smittevernet, kan Helsedirektoratet med øyeblikkelig virkning pålegge personer som nevnt i første ledd midlertidige meldings- og varslingsplikter som fraviker fra forskrifter etter fjerde ledd uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

- 0 Endret ved lover 23 juni 2000 nr. 56 (ikr. 1 juli 2001 iflg. res. 22 juni 2001 nr. 698), 18 mai 2001 nr. 24 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 18 mai 2001 nr. 502), 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

Kap. 3. Undersøkelser og vaksinasjoner

§ 3-1. Forskrifter om undersøkelse av befolkningen

Dersom det er avgjørende for å kunne bedømme hvilke forebyggende tiltak eller undersøkelses-, behandlings- eller pleietiltak som er nødvendige for å forebygge en smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan departementet i forskrift fastsette plikt for befolkningen eller grupper av den til å gjennomgå blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare.

Er den smittede under 16 år eller en person over 16 år som på grunn av sinnslidelse, andre psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemming eller legemlig funksjonshemming ikke kan ivareta sine anliggender, skal den som har omsorgen for den smittede, medvirke til at vedkommende oppfyller pliktene etter første ledd.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 3-2. Forhåndsundersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv.

Departementet kan, når hensynet til smittevernet krever det, og dersom smittede personer kan utgjøre alvorlig fare for overføring av smittsom sykdom i sitt arbeid eller virke, gi forskrift om plikt til å gjennomgå undersøkelse som nevnt i § 3-1 for

- a) arbeids- eller utdanningssøkere før ansettelse eller opptak,
- b) arbeidstakere, innleide arbeidstakere, oppdragstakere, skoleelever eller studenter, og
- c) personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling, frivillig arbeid eller lignende.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 3-3. Forhåndsundersøkelse av pasienter

En helseinstitusjon kan kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie. En slik undersøkelse kan ikke fastsettes som rutine for alle pasienter og kan ikke omfatte endoskopi, biopsi, spinalpunksjon eller andre lignende undersøkelser/inngrep.

Forhåndsundersøkelse kan kreves bare når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyggende tiltak av hensyn til faren for overføring til andre pasienter eller til personale, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for helse- og omsorgstjenesten.

Forhåndsundersøkelse etter første ledd må ikke føre til at behandlingen av pasienten blir alvorlig forsinket, eller til at han eller hun blir utsatt for fare eller urimelig ulempe.

Vedtak om forhåndsundersøkelse kan påklages til fylkesmannen.

0 Endret ved lover 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

§ 3-4. Forskrifter om undersøkelse av gravide

Departementet kan gi forskrifter om plikt for gravide til å avgi blodprøve eller gjennomgå nødvendig undersøkelse som kan gjøres uten fare, når formålet med undersøkelsen er å fastslå om det er grunn til å sette i verk tiltak for å motvirke at en allmennfarlig smittsom sykdom blir overført til barna.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 3-5. Legens plikt til å foreta undersøkelse av smittede personer

Legen skal være særlig oppmerksom på muligheten for at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom. En lege som får mistanke om at en pasient har en allmennfarlig smittsom sykdom, skal etter samtykke fra pasienten foreta eller sette i verk de undersøkelser som er nødvendige for å bringe på det rene om det foreligger

en slik sykdom. I så fall skal legen straks og i samråd med den smittede pasienten gjøre sitt for å motvirke at sykdommen blir overført til andre.

Hvis det er tvil etter første ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt ta kontakt med kommunelegen. Tar legen kontakt med kommunelegen, skal kommunelegen overta den videre oppklaring og oppfølging når det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.

En lege plikter å undersøke en smittet person, ta blodprøve eller foreta andre nødvendige undersøkelser, når smittevernemnda har gjort vedtak etter § 5-2 og undersøkelsen kan gjennomføres uten fare.

§ 3-6. Legens plikt til å foreta smitteoppfølging.

En lege som har sikker kunnskap eller har mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes overføring av smitte fra en person til en annen, skal foreta smitteoppfølging dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det. Legen skal i så fall spørre den smittede om hvem smitten kan være overført fra, om når og på hvilken måte smitteoverføringen kan ha skjedd og om hvem han eller hun kan ha overført smitten til. Annen lege kan kontaktes i sammenheng med smitteoppfølging uten hinder av taushetsplikt.

Er vilkårene etter første ledd oppfylt skal legen, eventuelt gjennom den smittede, ta kontakt med dem som smitten kan være overført fra eller til og undersøke disse. Plikten bortfaller dersom den smittede pasienten eller de som han eller hun oppgir som smittekilder eller mulig smittet, godtgjør at aktuelle personer allerede er undersøkt eller får nødvendig behandling eller omsorg.

Dersom legen ikke ser seg i stand til å gjennomføre smitteoppfølging og oppfølging av de mulig smittede etter første og andre ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi underretning om dette til kommunelegen hvis hensynet til smittevernet krever det. Legen skal da også gi opplysning om smittekontakter. Legen skal alltid ta kontakt med kommunelegen når det er mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte, f.eks. en sykdom som skyldes overføring av smitte fra drikkevann, matvarer eller dyr.

Hvis en lege tar kontakt med kommunelegen etter tredje ledd, skal kommunelegen overta den videre oppklaring og oppfølging når det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.

Dersom kommunelegen får opplysninger om en smittet person som bor eller oppholder seg utenfor kommunen, skal kommunelegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi opplysningene til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor eller oppholder seg, hvis hensynet til smittevernet krever det.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 3-7. Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving

Tilgjengelig blod, serum og annet biologisk materiale fra mennesker kan ikke analyseres med henblikk på en smittsom sykdom for et ikke-diagnostisk formål uten samtykke fra de personene prøvene stammer fra.

Laboratorier/institusjoner kan likevel utføre kartleggingsundersøkelser ved bruk av tilgjengelig prøvemateriale som nevnt i første ledd uten samtykke fra de som har avgitt prøvene dersom formålet med undersøkelsen er å:

- overvåke utviklingen av en epidemi som sprer seg i befolkningen, eller
- belyse forekomsten av en smittsom sykdom i befolkningen eller en del av den, eller
- bedømme om og i tilfelle hvor godt befolkningen er beskyttet mot en smittsom sykdom som det vaksineres mot,

og undersøkelsens resultat er av betydning for smittevernarbeidet.

Laboratorier/institusjoner kan også utføre metodeutprøving ved bruk av tilgjengelig prøvemateriale som nevnt i første ledd uten samtykke fra de som har avgitt prøvene dersom formålet med utprøvingen er å utvikle ny metodikk eller forbedre eksisterende metodikk for påvisning og karakterisering av en smittsom sykdom.

Helsedirektoratet kan pålegge et laboratorium eller en institusjon å utføre kartleggingsundersøkelser som nevnt i andre ledd når dette anses påkrevd av hensyn til smittevernet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av undersøkelser etter denne paragraf, og om bruken av resultatene, herunder plikt for laboratorier/institusjoner til å gi melding om analysefunn uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 3-8. Vaksinerings og immunisering av befolkningen

Departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer. Kommunen skal tilby befolkningen dette programmet.

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert

- a) må oppholde seg innenfor bestemte områder,
- b) skal nektes deltakelse i organisert samvær med andre, f.eks. i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler,
- c) må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.

Når det ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Helsedirektoratet påby vaksinerings etter andre ledd og tiltak etter tredje ledd.

Kongen i Statsråd kan i forskrift fastsette at helsepersonell uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal gi nødvendige opplysninger for gjennomføring av et kontrollsystem basert på vaksinasjonsregistre, og gi regler for slike registre, jf. helseregisterloven.

0 Endret ved lover 18 mai 2001 nr. 24 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 18 mai 2001 nr. 502), 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 3-9. Forskrifter om undersøkelser og vaksinasjoner

Departementet kan gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av smitteverntiltak etter §§ 3-1, 3-2, 3-3, 3-4 og 3-8 andre og tredje ledd, herunder om

- a) hvilke grupper av befolkningen som tiltakene skal omfatte, og om fritak,
- b) hvem som kan gi fritak, og om tilsyn med gjennomføringen av tiltakene,
- c) at enkelte undersøkelser og vaksinasjoner bare må utføres av særskilt godkjent helsepersonell, hvem som kan gi godkjenning, og hvilken opplæring personellet må gjennomgå for å få slik godkjenning,
- d) plikt for helsepersonell til å foreta eller medvirke ved undersøkelser og vaksinasjoner,
- e) at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer, og at de må foretas av noen som Helsedirektoratet har godkjent,
- f) hvem som skal dekke utgiftene med tiltakene.

0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

Kap. 4. Andre smitteverntiltak

§ 4-1. Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesnering

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta

- a) forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,
- b) stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der,

- c) stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- d) isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,
- e) pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet.

Har kommunestyret eller Helsedirektoratet truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

Ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig. I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e.

0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 4-2. Forbud mot utførelse av arbeid m.m.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Ved nytt vedtak kan forbudet forlenges med opptil tre uker.

Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommunelegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen.

Fylkesmannen avgjør klage over vedtak. Når legene som skal gjøre vedtak etter andre ledd er uenige, skal fylkesmannen delta i avgjørelsen. Helsedirektoratet avgjør klagen når fylkesmannen har vært med i første instans. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak etter denne paragrafen.

Når smittede personer gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan departementet i forskrift fastsette at det skal være forbudt for smittede personer å utføre et bestemt arbeid eller deler av det eller delta i undervisning.

0 Endret ved lover 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 4-3. Forskrifter om karantenebestemmelser

Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karanteneiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer. I forskriftene kan Kongen også fastsette

nærmere krav til undersøkelser, smittesanering og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 4-4. Transport av smittefarlig materiale

Innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan overføre smitte til mennesker skal skje på en forsvarlig måte, slik at smittefaren blir så liten som mulig.

Departementet kan i forskrift fastsette begrensninger og andre nærmere bestemmelser om innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan bety en fare for overføring av smittsom sykdom til mennesker.

0 Endret ved lov 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524).

§ 4-5. Obduksjon

Kommunelegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført.

Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.

§ 4-6. Gravferd og transport av lik

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremes, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder.

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om transport av lik innenfor landet og fra og til utlandet, og fastsette hygieniske bestemmelser i forbindelse med gravferd, herunder minimums- og maksimumskrav til emballering og hvilke opplysninger som transportør, begravellesbyrå og andre kan kreve.

0 Endret ved lov 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524).

§ 4-7. Forskrifter om helsetjenesteassosierte infeksjoner

Departementet kan i forskrift fastsette bestemmelser om tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner. I forskriften kan det gis bestemmelser for helsepersonell og eiere av virksomheter som driver medisinsk undersøkelse, behandling eller pleie, for å forebygge eller motvirke at pasienter, ansatte eller andre blir påført infeksjoner. Det kan gis egne bestemmelser om smittevern for pasienter som har nedsatt immunforsvar, herunder at slike pasienter kan undersøkes, behandles eller pleies bare ved institusjoner som departementet har godkjent.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 4-8. Massemedier – informasjonsplikt

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet eller Helsedirektoratet pålegge ethvert innenlandsk massemedium å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den.

Den som har formidlet en melding etter bestemmelsen, har krav på vederlag.

En klage har ikke utsettende virkning for iverksetting av vedtaket.

0 Endret ved lover 23 juni 2000 nr. 56 (ikr. 1 juli 2001 iflg. res. 22 juni 2001 nr. 698), 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 4-9. *Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak*

Etter pålegg fra kommunestyret har helsepersonell ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.

Helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter § 7-10 om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.

0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

§ 4-10. *Informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter*

Ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De plikter å bistå med gjennomføringen og overholdelsen av bestemmelsene som er gitt i denne loven eller helse- og omsorgstjenesteloven, eller i medhold av disse lovene.

Ansatte etter første ledd skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette kommunelegen når de har en sterk mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom eller oppdager et tilfelle av en slik sykdom. Det samme gjelder når de blir oppmerksom på forhold som kan medføre en nærliggende fare for overføring av en slik sykdom og det åpenbart er nødvendig med hjelp eller tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. Hvis kommunelegen ikke er til stede, skal ansatte underrette Folkehelseinstituttet.

Mattilsynet skal straks underrette kommunelegen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker eller ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

I tillegg til pliktene etter første og andre ledd skal politiet etter anmodning bistå med gjennomføringen av tiltak etter §§ 4-1, 4-3, 5-2, 5-3 og 5-4.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere plikter for andre myndigheter, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

0 Endret ved lover 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 24 juni 2011 nr. 29 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 24 juni 2011 nr. 637), 3 mars 2017 nr. 8 (ikr. 3 mars 2017 iflg. res. 3 mars 2017 nr. 242), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

Kap. 5. Plikter for smittede personer – tvangstiltak

§ 5-1. *Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom*

Den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra. Dersom overføringen kan ha skjedd ved miljøsmitte, f.eks. drikkevann, matvarer eller dyr, har vedkommende også plikt til å opplyse om dette. Dessuten har vedkommende plikt til å opplyse hvem han eller hun selv kan ha overført smitten til. Opplysningene skal gis til den undersøkende legen eller til kommunelegen.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot og følge den personlige smittevernveiledningen som legen gir, jf. § 2-1 for å motvirke at sykdommen blir overført til andre og plikt til å la seg isolere dersom det er nødvendig.

0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 5-2. Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen eller eventuelt kommunelegen be en smittet person om å la seg undersøke av lege.

Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse etter første ledd, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre og såfremt undersøkelsen kan skje uten fare. Tvungen isolering kan vedtas for opptil sju dager.

Når det er forsvarlig å foreta legeundersøkelsen uten innleggelse i sykehus ut fra hensynet til den smittede eller dem som skal undersøke, kan undersøkelsen gjøres poliklinisk eller på et annet egnet sted.

Før det blir gjort vedtak om tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering, skal den smittede personen gis varsel slik at han eller hun får uttale seg om spørsmålet. Varsel kan sløyfes når det ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at undersøkelsen eller isoleringen ikke kan gjennomføres.

Vedtak etter andre og tredje ledd skal gjøres av smittevernemnda, se §§ 7-5, 7-6 og 7-8, etter reglene i §§ 5-5 til 5-7. Se likevel § 5-8 om hastevedtak. Det har ikke utsettende virkning dersom vedtaket bringes inn for tingretten.

0 Endret ved lover 14 des 2001 nr. 98 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1416), 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348).

§ 5-3. Tvungen isolering i sykehus

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen, eventuelt kommunelegen be en smittet person om å la seg isolere.

Dersom en smittet person motsetter seg isolering etter første ledd og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke vil føre frem, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til isolering. Slik tvungen isolering kan bare gjennomføres når dette etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet.

Vedtak etter denne bestemmelsen kan gjøres for opptil tre uker. Ved nytt vedtak kan isoleringstiden forlenges med opptil seks uker om gangen inntil ett år fra første vedtak. Dersom det er nødvendig å fullføre behandling av allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter for å forhindre smitteoverføring, kan vedtaket forlenges utover ett år.

I sammenheng med forlengelse av isoleringstiden kan det vedtas tvungen legemiddelbehandling når det kan redusere isoleringstiden vesentlig. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling kan bare fattes når behandlingen er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøre en smittet person smittefri. Påbegynt legemiddelbehandling må fullføres

dersom det er fare for tilbakefall, resistensutvikling eller andre tungtveiende smittevernhensyn tilsier det. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om legemiddelbehandlingen.

Vedtak om tvungen isolering i sykehus og legemiddelbehandling gjøres av smittevernnemnda, se §§ 7-5, 7-6 og 7-8, etter reglene i §§ 5-5 til 5-7. Tvangsvedtaket skal oppheves av avdelingens overlege så snart vilkårene for innleggelsen ikke lenger foreligger. Smittevernnemnda skal varsles så tidlig som mulig, og senest tre døgn før den smittede blir utskrevet.

- 0 Endret ved lover 14 des 2001 nr. 98 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1416), 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 5-4. Gjennomføring av isolering i sykehus

Innleggelse til tvungen undersøkelse og kortvarig isolering etter § 5-2 eller isolering etter § 5-3 skal skje i en egnet sykehusavdeling eller sengepost. Avdelingen eller sengeposten skal være spesielt lagt til rette for å motta smittede slik at de kan få det medisinske og pleiemessige behandlingstilbud som vil føre til så kortvarig isolering som mulig.

Under isoleringen kan det iverksettes pleiemessige og sikkerhetsmessige tiltak for å gjennomføre en effektiv isolering. Tiltakene skal være begrenset til det som er helt påkrevd i forhold til faren for smitteoverføring. Oppholdet skal så langt råd er gi muligheter for normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende.

Når særlige forhold krever det, kan smittede personer isoleres i andre institusjoner godkjent av Helsedirektoratet.

Departementet kan i forskrifter fastsette nærmere krav til de fysiske og faglige forholdene ved sykehus og andre institusjoner som nyttes til isolering.

- 0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 5-5. Forberedelse til tvangssak for smittevernnemnda

En sak om vedtak etter §§ 5-2 eller 5-3 innledes ved at kommunelegen utarbeider begjæring om tiltak etter den aktuelle paragrafen. I begjæringen skal det redegjøres for de omstendigheter kommunelegen legger til grunn for det tiltak som blir foreslått.

Begjæringen skal omgående sendes til smittevernnemnda med kopi til fylkesmannen.

Helsedirektoratet kan selv reise sak for nemnda.

- 0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 5-6. Oppnevning av fullmektig for den smittede m.m.

Smittevernnemnda skal sørge for at det blir oppnevnt advokat for de private parter. Advokaten skal omgående gjøres kjent med begjæring om tiltak med vedlagte dokumenter, og gis frist for tilsvar etter barnevernloven § 7-11.

De begrensninger i den smittedes rett til å se saksdokumentene som er fastsatt i forvaltningsloven § 19 første ledd bokstav d og de begrensninger i den smittedes rett til innsyn i sin journal med vedlegg som er fastsatt for innsynsretten, gjelder ikke når smittevernnemnda er anmodet om å gjøre vedtak etter loven.

- 0 Endret ved lover 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 5-7. Vedtak og begrunnelse

Smittevernemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen sju dager for å drøfte og fatte vedtak i saken. Til møtet i nemnda kan en representant for den som har begjært tvangsvedtaket og den smittedes fullmektig møte. Dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til vitneførsel og til å legge frem annet materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen.

Reglene i tvisteloven om dommers innhold og begrunnelse gjelder tilsvarende.

I meldingen om vedtaket skal det særskilt gjøres oppmerksom på overprøvingsadgangen etter § 5-9.

- 0 Endret ved lover 17 juni 2005 nr. 90 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 26 jan 2007 nr. 88) som endret ved lov 26 jan 2007 nr. 3, 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 5-8. Hastevedtak

Kommunelegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen kan sammen treffe hastevedtak etter § 5-2 og 5-3 hvis hensynet til smittevernet tilsier at vedtaket blir fattet. Det skal særlig legges vekt på åpenbar fare for smitteoverføring. Bestemmelsen i § 4-2 tredje ledd annet punktum gjelder tilsvarende. Vedtak om tvungen isolering gjelder frem til smittevernemnda har vurdert saken, men ikke utover sju dager.

Kopi av hastevedtak skal omgående sendes til smittevernemnda.

- 0 Endret ved lov 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 5-9. Overprøving av tvangsvedtak

Smittevernemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Dette gjelder også hastevedtak etter § 5-8.

Vedtaket om tvungen isolering i sykehus etter § 5-3 kan settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling etter § 5-3 skal ikke settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten.

Søksmål kan reises av den vedtaket retter seg mot eller vedkommendes nærmeste, av fylkesmannen eller Statens helsetilsyn. En mindreårig kan opptre som part og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom vedkommende er fylt 12 år og forstår hva saken gjelder.

- 0 Endret ved lover 14 des 2001 nr. 98 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1416), 17 juni 2005 nr. 90 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 26 jan 2007 nr. 88) som endret ved lov 26 jan 2007 nr. 3, 22 juni 2012 nr. 46, 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

Kap. 6. Rett til smittevern hjelp m.m.

§ 6-1. Rett til smittevern hjelp

Enhver har rett til nødvendig smittevern hjelp. Smittevern hjelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og annet ledd og § 2-1 b første og annet ledd.

Den som etter en faglig vurdering anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett til nødvendig smittevern hjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevern hjelp, herunder medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie.

Den som søker smittevern hjelp eller dens pårørende som mener denne bestemmelsen er brutt, kan klage til fylkesmannen i det fylket hvor vedkommende mener feil er begått. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Departementet kan gi forskrifter til utfylling av denne bestemmelsen.

- 0 Endret ved lover 2 juli 1999 nr. 61 (ikr. 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1196), 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 22 juni 2012 nr. 46, 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 6-2. Dekning av tjenester og tiltak

Departementet kan gi forskrift om at tjenester eller tiltak etter loven skal være uten kostnad for den som er smittet eller er i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom.

- 0 Endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

Kap. 7. Administrative organer og deres ansvar

- 0 Overskrift endret ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-1. Kommunen

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført.

Ved iverksetting av tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ.

- 0 Endret ved lover 25 juni 2004 nr. 48, 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 22 juni 2012 nr. 46, 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-2. Kommunelegen

Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommunelegen skal

- a) utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
- b) ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- c) utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- d) bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- e) gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- f) utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver, og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt organ, jf. § 7-1 sjette ledd, kan kommunestyret delegerer kommunelegens myndighet etter denne lov til en eller flere leger ansatt i dette organet.

- 0 Endret ved lover 25 juni 2004 nr. 48, 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-3. Det regionale helseforetaket

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.

Det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver.

- 0 Endret ved lover 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-4. Fylkesmannen

Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov.

- 0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-5. Smittevernnemnda

Gjennomføring av tiltak med tvang etter denne lovs §§ 5-2 og 5-3 avgjøres av smittevernnemnda. Smittevernnemnda er den av fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, jf. barnevernloven § 7-1, som departementet utpeker til denne oppgaven. Når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-3 nr. 4, kan flere fylkesnemnder utpekes til smittevernnemnder.

Reglene i barnevernloven kapittel 7 gjelder i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Departementet kan bestemme at smittevernnemnda også skal behandle andre saker etter loven her.

- 0 Endret ved lover 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-6. Smittevernnemndas sammensetning

Smittevernemnda settes sammen etter reglene i barnevernloven § 7-2.

Før det blir oppnevnt utvalg, jf. første ledd, skal det innhentes forslag fra fylkesmannen og de regionale helseforetakene.

Smittevernemndas medlemmer og sekretariat har taushetsplikt i samsvar med bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5.

- 0 Endret ved lover 20 juni 2003 nr. 45 (ikr. 1 juli 2003 iflg. res. 20 juni 2003 nr. 712), 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 17 juni 2005 nr. 65 (ikr. 1 jan 2006 iflg. res. 17 juni 2005 nr. 614), 1 des 2006 nr. 65 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 30 nov 2007 nr. 1348).

§ 7-7. (Opphevet ved lov 17 juni 2005 nr. 65.)

§ 7-8. Smittevernemndas sammensetning i den enkelte sak

I den enkelte sak skal smittevernemnda være sammensatt av lederen pluss to medlemmer som trekkes ut, ett fra hvert av de utvalg som er nevnt i § 7-6.

§ 7-9. Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Folkehelseinstituttet kan behandle helseopplysninger og andre personopplysninger som er nødvendig for å gjennomføre disse oppgavene.

Folkehelseinstituttet skal gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak. Dette skal gis i forbindelse med

- a) samordning, oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsom sykdom i og utenfor helseinstitusjoner,
- b) antimikrobiell resistensutvikling,
- c) relevante laboratorieundersøkelser,
- d) skadedyrbekjempelse og entomologi.

- 0 Endret ved lover 23 juni 2000 nr. 56 (ikr. 1 juli 2001 iflg. res. 22 juni 2001 nr. 698), 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 20 juni 2014 nr. 43 (ikr. 1 jan 2015 iflg. res. 19 des 2014 nr. 1732), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808), 19 juni 2020 nr. 80.

§ 7-10. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter denne loven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal innhente kunnskap fra Folkehelseinstituttet og legge denne kunnskapen til grunn for sine vurderinger.

Helsedirektoratet kan bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern.

På tilsvarende måte som etter foregående ledd kan Helsedirektoratet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

- 0 Endret ved lover 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016), 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 7-10 a. Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.

Statens helsetilsyn kan gi pålegg om retting eller stenging i samsvar med helsetilsynsloven.

Kommuneloven kapittel 30 gjelder når det føres tilsyn med kommuner.

- 0 Tilføyd ved lov 21 des 2001 nr. 119 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 21 des 2001 nr. 1524), endret ved lover 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808), 22 juni 2018 nr. 83 (ikr. 1 nov 2019 iflg. res. 25 juni 2019 nr. 879).

§ 7-11. Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Departementet kan bestemme at lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.

- 0 Endret ved lover 2 juli 1999 nr. 61 (ikr. 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1196), 18 mai 2001 nr. 24 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 18 mai 2001 nr. 502), 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

§ 7-12. Særlig fullmakt for Kongen

Når et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen, eller når det er fare for et slikt utbrudd og det på grunn av disse forhold er fare ved opphold, kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen. Om nødvendig kan Kongen gjøre avvik fra gjeldende lovgivning. Lov av 15. desember 1950 om særlige rådgjerder under krig, krigsfare og liknende forhold §§ 3 og 4 gjelder tilsvarende. Lov 15. desember 1950 nr. 7 om særlige rådgjerder under krig, krigsfare og liknende forhold § 3 andre ledd andre punktum og tredje ledd gjelder ikke for forskrifter som er fastsatt i forbindelse med utbruddet av Covid-19.¹

- 0 Endret ved lover 27 mars 2020 nr. 17, 24 april 2020 nr. 34 (nytt fjerde ledd gitt utvidet virketid). Endres ved lov 27 mars 2020 nr. 17 (ikr. 27 mai 2020 som endret ved lov 24 april 2020 nr. 34, nytt fjerde punktum oppheves).

- 1 Fjerde punktum er gitt utvidet virketid til 27 mai 2020 ved lov 24 april 2020 nr. 34.

Kap. 8. Straff, erstatning, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

§ 8-1. Straff

Med unntak av overtredelse av plikter etter § 5-1 eller plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen, straffes forsettlig eller uaktsom overtredelse av loven her eller vedtak gitt med hjemmel i loven med bot eller fengsel inntil 2 år. Dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge, er straffen bot eller fengsel inntil 4 år.

- 0 Endret ved lov 19 juni 2015 nr. 65 (ikr. 1 okt 2015).

§ 8-2. (Opphevet 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019).)

- 0 Paragrafen er opphevet for den offentlige helsetjenesten fra 1 jan 2003 ved lov 15 juni 2001 nr. 53 (iflg. res. 20 des 2002 nr. 1623). Privat helsetjeneste omfattes fra 1 jan 2009 av lov 15 juli 2001 nr. 53 (pasientskadeloven). Bestemmelsen er nå uten betydning, opphevet ved lov 21 juni 2019 nr. 46 (ikr. 1 juli 2019 iflg. res. 21 juni 2019 nr. 808).

§ 8-3. Klage over vedtak

Fylkesmannen avgjør klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven.

0 Endret ved lover 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 25 juni 2004 nr. 48.

§ 8-4. Gjennomføring og utfylling

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av denne loven.

§ 8-5. Forholdet til vedtak etter eldre lovgivning

Forskrifter eller enkeltvedtak med hjemmel i lovbestemmelser som blir opphevet etter § 8-7, står fortsatt ved lag inntil de blir endret eller opphevet i medhold av denne loven.

§ 8-6. Ikrafttredelse m.m.

Denne loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.¹ I forbindelse med lovens ikrafttredelse eller senere kan departementet sette en frist for alle eller enkelte kommuner eller fylkeskommuner til å oppfylle de forpliktelser som loven pålegger kommunene eller fylkeskommunene.

1 Fra 1 jan 1995 iflg. res. 5 aug 1994 nr. 790.

§ 8-7. Oppheving av andre lover.

Når denne lov trer i kraft, oppheves følgende lover – – –

§ 8-8. Endringer i andre lover

Når denne lov trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover: – – –

Revision af Det Internationale Sundhedsregulativ	2
Internationalt sundhedsregulativ (2005).....	5
Del I – Definitioner, formål og anvendelsesområde, principper og ansvarlige myndigheder.....	5
Del II – Information og folkesundhedsmæssig indsats.....	11
Del III – Henstillinger	15
Del IV – Indresepunkter	18
Del V – Folkesundhedsmæssige foranstaltninger.....	20
Kapitel I – Generelle bestemmelser.....	20
Kapitel II – Særlige bestemmelser for transportmidler og transportoperatører.....	21
Kapitel III – særlige bestemmelser for rejsende	24
Kapitel IV – Særlige bestemmelser for varer, containere og container læsseområder.....	25
Del VI – Sundhedsdokumenter.....	26
Del VII - Afgifter.....	28
Del VIII – Generelle bestemmelser.....	29
Del IX - IHR ekspertpanel, Kriseudvalget og Evalueringsudvalget.....	32
Kapitel I – IHR ekspertpanelet	32
Kapitel II- Kriseudvalget.....	32
Kapitel III – Evalueringsudvalget.....	34
Del X – Afsluttende bestemmelser.....	36
Bilag 1	42
A. Krav til kernekapacitet med henblik på overvågning og indsats	42
B. Krav til kernekapacitet for særligt udpegede lufthavne, havne og grænseovergange på landhjorden.....	44
Bilag 2 Beslutningsinstrument til vurdering og anmeldelse af begivenheder, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krise af international betydning	45
Eksempler på anvendelse af beslutningsinstrumentet til vurdering og anmeldelse af begivenheder som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning.....	46
Bilag 3 Model for Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe/Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe	49
Bilag til Model for Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe/Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe.....	51
Bilag 4 Tekniske krav til transportmidler og transportoperatører	52
Bilag 5 Særlige foranstaltninger vedrørende vektor-bårne sygdomme	53
Bilag 6 Vaccination, profylakse og hertil knyttede certifikater.....	55
Model for Internationalt Certifikat for Vaccination eller Profylakse	56
Bilag 7 Krav til vaccination eller profylakse for specifikke sygdomme	57
Bilag 8 Model for Sundhedserklæring for skibsfarten	59
Bilag til model for Sundhedserklæring for skibsfarten.....	61
Bilag 9 Dette dokument er en del af Aircraft General Declaration, udstedt af Den Internationale Organisation for Civil Luftfart (ICAO).....	62

Revision af Det Internationale Sundhedsregulativ

Den 58. Verdenssundhedsforsamling, som

har overvejet udkast til et revideret internationalt sundhedsregulativ¹,

er opmærksom på artiklerne 2(*k*), 21(*a*) og 22 i WHO's statutter,

minder om henvisninger til behovet for at revidere og ajourføre det internationale sundhedsregulativ i resolutionerne WHA48.7 om revidering og ajourføring af det internationale sundhedsregulativ, WHA54.14 om global sikkerhed på sundhedsområdet: epidemivarsling og indsats, WHA55.16 om global folkesundhedsmæssig indsats i relation til naturlige hændelser, utilsigtet frigivelse eller bevidst brug af biologiske og kemiske stoffer eller radioaktivt materiale med sundhedsmæssig indvirkning, WHA56.28 om revidering af det internationale sundhedsregulativ og WHA56.29 om svær akut respiratorisk syndrom (SARS) med henblik på at imødekomme behovet for at sikre folkesundheden globalt,

ser med tilfredshed på resolution 58/3 fra FN's generalforsamling om at øge kapacitetsudbygningen inden for den globale folkesundhed, som understreger betydningen af det internationale sundhedsregulativ og opfordrer til, at revidering heraf bliver prioriteret højt,

bekræfter den fortsatte betydning af WHO's rolle for den globale varsling af og reaktion på begivenheder med indvirkning på folkesundheden i overensstemmelse med organisationens mandat,

understreger den fortsatte betydning af det internationale sundhedsregulativ som det centrale globale instrument til beskyttelse mod international sygdomsspredning,

udtrykker sin værdsættelse af det positive udfald af arbejdet i den mellemstatslige gruppe, der har arbejdet med revidering af det internationale sundhedsregulativ,

¹ Jvf. dok A58/4

1. VEDTAGER det reviderede internationale sundhedsregulativ vedhæftet denne resolution, som herefter henvises til som "det internationale sundhedsregulativ (2005)",
2. OPFORDRER medlemsstaterne og generaldirektøren til fuldt ud at implementere det internationale sundhedsregulativ (2005) i overensstemmelse med det formål og anvendelsesområde, der er fastlagt i artikel 2 og de principper, der er indeholdt i artikel 3,
3. BESLUTTER, for så vidt angår artikel 54 stk. 1 i det internationale sundhedsregulativ (2005), at deltagerstaterne og Generaldirektøren skal forelægge deres første rapport for den 61. Verdenssundhedsforsamling, og at Verdenssundhedsforsamlingen ved den lejlighed skal overveje planen for fremlæggelse af yderligere sådanne rapporter og den første evaluering af reglernes funktion i medfør af artikel 54 stk. 2,
4. BESLUTTER DESUDEN, at for så vidt angår artikel 14 stk. 1 i det internationale sundhedsregulativ (2005), omfatter de øvrige kompetente mellemstatslige organisationer eller instanser, med hvem WHO forventes efter omstændighederne at samarbejde og koordinere sin aktiviteter følgende: FN, ILO, FAO, Det Internationale Atomenergi Agentur (IAEA), Den Internationale Organisation for Civil Luftfart (ICAO), Den Internationale Søfartsorganisation (IMO), Den Internationale Røde Kors Komite, Den Internationale Føderation af Røde Kors og Røde Halvmåne, Den Internationale Luftfartsorganisation (IATA), International Shipping Federation og *Office International des Epizooties*,
5. OPFORDRER medlemsstaterne til:
 - (1) at opbygge, styrke og fastholde den kapacitet, der kræves i medfør af det internationale sundhedsregulativ (2005) og at mobilisere de hertil krævede ressourcer,
 - (2) at samarbejde aktivt med hinanden og med WHO i overensstemmelse med de relevante bestemmelser i det internationale sundhedsregulativ (2005) med henblik på at sikre regulativets effektive implementering,
 - (3) at yde støtte til udviklingslande og lande med overgangsøkonomi, hvis de anmoder herom, med henblik på at opbygge, styrke og fastholde den folkesundhedsmæssige kapacitet, der kræves i medfør af det internationale sundhedsregulativ (2005),
 - (4) indtil det internationale sundhedsregulativ (2005) træder i kraft at træffe alle passende foranstaltninger for at fremme regulativets formål og senere implementering, herunder udvikling af den nødvendige kapacitet på folkesundhedsområdet samt retslige og administrative bestemmelser og især at igangsætte processen med at indføre brugen af det beslutningsinstrument, der er indeholdt i bilag 2,
6. ANMODER generaldirektøren om:
 - (1) uden tøven at bekendtgøre vedtagelsen af det internationale sundhedsregulativ (2005) i overensstemmelse med regulativets artikel 65 stk. 1,
 - (2) at informere andre kompetente internationale organisationer og internationale instanser om vedtagelsen af det internationale sundhedsregulativ (2005) og, når det er hensigtsmæssigt, at samarbejde med dem om ajourføringen af deres normer og standarder samt at koordinere WHO's aktiviteter i medfør af det internationale sundhedsregulativ (2005) med disse organisationer og instanser for at sikre anvendelsen

af passende foranstaltninger med henblik på beskyttelse af folkesundheden og styrkelse af den globale folkesundhedsmæssige indsats overfor international spredning af sygdom,

(3) at oversende de anbefalede ændringer i sundhedsdelen af Aircraft General Declaration¹ til ICAO og efter ICAO's færdiggørelse af revideringen af Aircraft General Declaration at informere Verdenssundhedsforsamlingen herom og erstatte bilag 9 i det internationale sundhedsregulativ (2005) med den af ICAO reviderede sundhedsdel af Aircraft General Declaration,

(4) at opbygge og styrke WHO's kapacitet til fuldt ud og effektivt at varetage de funktioner, organisationen tillægges i medfør af det internationale sundhedsregulativ (2005), især gennem strategiske sundhedsindsatser, som yder støtte til lande i forbindelse med påvisning og vurdering af samt reaktion på folkesundhedsmæssige krisesituationer,

(5) at samarbejde, når det er hensigtsmæssigt, med stater der deltager i det internationale sundhedsregulativ herunder gennem tilvejebringelse eller lettelse af teknisk samarbejde og logistisk støtte,

(6) at samarbejde med deltagerstater i muligt omfang med henblik på mobilisering af økonomiske ressourcer til at yde støtte til udviklingslande til at opbygge, styrke og fastholde den kapacitet, der kræves i medfør af det internationale sundhedsregulativ (2005),

(7) i samråd med medlemsstater at fastlægge retningslinier for sundhedsforanstaltninger ved grænseovergange på landjorden i overensstemmelse med artikel 29 i det internationale sundhedsregulativ (2005),

(8) at nedsætte Evalueringsudvalget til vurdering af det internationale sundhedsregulativ (2005) i overensstemmelse med regulativets artikel 50,

(9) omgående at tage skridt til at forberede retningslinier til implementering og evaluering af det beslutningsinstrument, der er indeholdt i det internationale sundhedsregulativ (2005), herunder udvikle en procedure til evaluering af regulativets funktion, som skal forelægges Verdenssundhedsforsamlingen til overvejelse i medfør af regulativets artikel 54 stk. 3,

(10) at tage skridt til at nedsætte et ekspertpanel under det internationale sundhedsregulativ og indkalde forslag til medlemskab heraf i medfør af artikel 47 i det internationale sundhedsregulativ (2005).

¹ Dokument A58/41 Add.2.

Internationalt sundhedsregulativ (2005)

Del I – Definitioner, formål og anvendelsesområde, principper og ansvarlige myndigheder

Artikel 1 Definitioner

1. I det internationale sundhedsregulativ (herefter ”sundhedsregulativet” eller ”regulativet”) betyder:

”berørt” at personer, bagage, last, containere, transportmidler, postforsendelser eller menneskelige efterladenskaber er inficeret eller kontamineret eller bærer kilder til infektion eller kontaminering, således at der herved foreligger en risiko for folkesundheden,

”berørt område” et specifikt geografisk sted, for hvilket WHO har anbefalet sundhedsmæssige foranstaltninger i medfør af regulativet,

”fly” et fly, som foretager en international rejse,

”lufthavn” enhver lufthavn, hvor internationale fly ankommer eller letter,

”ankomst” af et transportmiddel:

(a) for søgående fartøjer ankomst eller opankring i et udpeget område af en havn,

(b) for fly ankomst til en lufthavn,

(c) for et fartøj på indre vandveje, som foretager international rejse, ankomst til punkt for indrejse,

(d) for et tog eller motorkøretøj ankomst til et punkt for indrejse,

”bagage” en rejsendes personlige genstande,

”last” gods, der transporteres i et transportmiddel eller i en container,

”kompetent myndighed” en myndighed ansvarlig for implementering og iværksættelse af sundhedsforanstaltninger i medfør af regulativet,

”container” et stykke transportudstyr:

(a) som har en bestandig karakter og således er modstandsdygtigt nok til at være egnet til gentagen brug,

(b) som er specielt designet til at lette transport af gods med brug af en eller flere transportformer uden omlæsning,

(c) som er udstyret med anordninger, der muliggør umiddelbar håndtering, især overflytning fra en transportform til en anden, og

(d) som er specielt designet til nemt at kunne fyldes og tømmes.

"container læsseområde" et sted eller en indretning særligt beregnet til containere i international trafik,

"kontaminering" tilstedeværelsen af smitstof eller giftigt stof på et menneskes eller et dyrs overflade, i eller på et produkt, der er forarbejdet til konsum, eller på andre ikke-levende genstande herunder transportmidler, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko,

"transportmiddel" et fly, et skib, et tog, et køretøj eller andet transportmiddel, der foretager international rejse,

"transportoperatør" en fysisk eller juridisk person, der er ansvarlig for et transportmiddel, eller en agent for en sådan,

"besætning" personer ombord på et transportmiddel, som ikke er passagerer,

"dekontaminering" en procedure, hvorved der træffes sundhedsmæssige foranstaltninger med henblik på eliminering af smitstof eller giftigt stof på et menneskes eller et dyrs overflade, i eller på et produkt forarbejdet til konsum eller på andre livløse genstande herunder transportmidler, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko,

"afrejse" for personer, bagage, last, transportmidler eller varer at forlade et givet område,

"rottebekæmpelse" den procedure, hvorved der træffes sundhedsmæssige foranstaltninger med henblik på at kontrollere eller aflive gnavere, som er vektorer for menneskelige sygdomme, og som er til stede i bagage, last, transportmidler, udstyr, varer og postforsendelser ved punkt for indrejse,

"generaldirektør" Verdenssundhedsorganisationens generaldirektør,

"sygdom" en sygdom eller medicinsk lidelse uanset dennes kilde eller oprindelse, som indebærer eller kan indebære væsentlig skade for mennesker,

"desinfektion" den procedure, hvorved der træffes sundhedsmæssige foranstaltninger for at kontrollere eller aflive smitstof på et menneskes eller et dyrs krop eller i eller på bagage, last, containere, transportmidler, varer og postforsendelser ved direkte udsættelse for kemisk eller fysisk påvirkning,

"insektbekæmpelse" den procedure, hvorved der træffes sundhedsmæssige foranstaltninger for at kontrollere eller aflive insekter, som er vektorer for menneskelige sygdomme, og som er til stede i bagage, last, containere, transportmidler, varer og postforsendelser,

"begivenhed" forekomst af sygdom eller en hændelse, som skaber et potentiale for sygdom,

"*free pratique*" for et skib tilladelse til at anløbe en havn, ombordtage eller landsætte personer, losse eller laste last eller forsyninger, for et fly tilladelse til efter landing at ombordtage eller afsætte personer, losse eller laste last eller forsyninger samt for et tog eller køretøj tilladelse til efter ankomst at ombordtage eller afsætte personer samt losse eller laste last eller forsyninger,

"varer" fysiske genstande, herunder dyr og planter, som bliver transporteret på international rejse herunder med henblik på brug ombord på et transportmiddel,

"grænseovergang" et punkt for indrejse over landjorden i en deltagerstat, herunder et som benyttes af køretøjer og tog,

"køretøj" et motoriseret transportmiddel til transport på landjorden, som foretager international rejse, herunder tog, busser, lastvogne og biler,

"sundhedsmæssige foranstaltninger" procedurer, der iværksættes med henblik på at forebygge sygdomsspredning eller kontaminering. En sundhedsmæssig foranstaltning omfatter ikke retshåndhævelse og sikkerhedsmæssige foranstaltninger,

"syg person" en person, som lider af eller er berørt af en fysisk lidelse, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko,

"infektion" indtrængen og udvikling eller formering af et smitstof i et menneskes eller et dyrs krop, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko,

"inspektion" undersøgelse varetaget af den kompetente myndighed eller under dennes tilsyn af områder, bagage, containere, transportmidler, faciliteter, varer eller postforsendelser herunder relevante data og dokumentation med henblik på at afgøre, om der foreligger en folkesundhedsmæssig risiko,

"international trafik" bevægelse af personer, bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser over en international grænse herunder international handel,

"international rejse":

(a) for et transportmiddel en rejse mellem indrejsepunkter på mere end en stats territorium eller en rejse mellem indrejsepunkter på den samme stats territorium eller territorier, hvis transportmidlet har kontakt med en anden stats territorium på sin rejse, men kun med hensyn til disse kontakter,

(b) for en rejsende en rejse, der indebærer indrejse i en anden stat end den, hvor den pågældende rejsende påbegynder rejsen,

"påtrængende", at der muligvis gives anledning til ubehag gennem tæt eller intim kontakt eller udspørgning,

"invasiv" betyder at stikke hul på eller skære i huden eller at indsætte et instrument eller fremmed materiale i kroppen eller at undersøge et kropshulrum. Inden for rammerne af sundhedsregulativet skal lægelig undersøgelse af øre, næse og mund, temperaturmåling med brug af øre-, mund- eller hudtermometer, termografi, auskultation, ekstern palpering, retinoskopi, ekstern prøvetagning af urin, afføring eller sput, ekstern blodtryksmåling og elektrokardiografi anses for at være ikke-invasive,

"isolation" adskillelse af syge eller kontaminerede personer eller berørt bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser fra andre på en sådan måde, at spredning af infektion og kontaminering forebygges,

"lægelig undersøgelse" en foreløbig vurdering af en person af en autoriseret sundhedsarbejder eller af en person under direkte tilsyn af den kompetente myndighed for at klarlægge personens sundhedsmæssige status og potentielle folkesundhedsmæssig risiko for andre, og den kan omfatte undersøgelse af sundhedsdokumenter og en fysisk undersøgelse, når dette er berettiget på baggrund af omstændighederne i et givet tilfælde,

"Nationalt IHR kontaktcenter" det nationale center, der udpeges af hver deltagerstat, og som til enhver tid skal være tilgængeligt for kontakt med andre IHR kontaktcentre i henhold til sundhedsregulativet,

"Organisation" eller "WHO" Verdenssundhedsorganisationen,

"fast bopæl" det, som denne term betyder i den pågældende deltagerstats nationale lovgivning,

"personlige data" enhver information, der relaterer til en identificeret eller identificerbar fysisk person,

"indrejsepunkt" et punkt for international ind- eller udrejse af rejsende, bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser såvel som instanser og områder, der bistår med ydelser i forbindelse med ind- og udrejse,

"havn" en havn beliggende ved kysten eller i forbindelse med indre vandveje, hvor skibe på international rejse kommer til eller fra,

"postforsendelse" en adresseret genstand eller pakke, der transporteres internationalt af post- eller kurer-tjenester,

"folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning" en ekstraordinær begivenhed, som er fastslået som foreskrevet i sundhedsregulativet:

(i) idet den udgør en folkesundhedsmæssig risiko for andre stater gennem international sygdomsspredning, og

(ii) idet den potentielt kræver en koordineret international indsats,

"folkesundhedsmæssig observation" overvågning af en rejsendes sundhedstilstand over tid med henblik på at klarlægge risikoen for overførelse af sygdom,

"folkesundhedsmæssig risiko" en sandsynlighed for en begivenhed, som kan få en negativ sundhedsmæssig indvirkning på befolkningsgrupper, med vægt på sådanne, som kan spredes internationalt eller kan udgøre en alvorlig og direkte fare,

"karantæne" begrænsning af aktiviteter og/eller adskillelse fra andre af personer under mistanke, som ikke er syge, eller af bagage, containere, transportmidler eller varer under mistanke på en sådan måde, at mulig smittespredning eller kontaminering forebygges,

"henstilling" og "henstillet" midlertidige eller stående henstillinger udstedt i henhold til sundhedsregulativet,

"reservoir" et dyr, en plante eller et stof, i hvilket et smitstof almindeligvis lever, og hvis tilstedeværelse kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko,

"køretøj" et overfladetransportmiddel, som ikke er et tog,

"videnskabelig evidens" information, som indebærer et bevisniveau baseret på etablerede og accepterede videnskabelige metoder,

"videnskabelige principper" naturens grundlæggende og accepterede love og fakta kendt gennem videnskabens metoder,

"skib" et fartøj, som søgående eller på indre vandveje foretager international rejse,

"stående anbefaling" ikke-bindende råd udstedt af WHO vedrørende specifikke aktuelle folkesundhedsmæssige risici i henhold til artikel 16 om passende sundhedsforanstaltninger til rutinemæssig eller periodisk anvendelse, som er nødvendige for at forebygge eller begrænse international spredning af sygdom og minimere indgreb i international trafik,

"overvågning" systematisk vedvarende indsamling, systematisering og analyse af data med henblik på folkesundheden og den rettidige spredning af folkesundhedsmæssige informationer med henblik på vurdering og sundhedsmæssige foranstaltninger om nødvendigt,

"under mistanke", at personer, bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser af en deltagerstat anses for at have været udsat for eller muligvis udsat for en folkesundhedsmæssig risiko og for at udgøre en mulig kilde til sygdomsspredning,

"midlertidig henstilling" betyder ikke-bindende råd udstedt af WHO i henhold til artikel 15 med henblik på tidsbegrænset anvendelse i relation til en specifik risiko som reaktion på en folkesundhedsmæssig krisituation af international betydning med henblik på at forebygge eller begrænse international sygdomsspredning og minimere indgreb i international trafik,

"midlertidig bopæl" det, som denne term betyder i lovgivningen i den pågældende deltagerstat,

"rejsende" en fysisk person, som foretager international rejse,

"vektor" et insekt eller andet dyr, som almindeligvis bærer et smitstof, der udgør en folkesundhedsmæssig risiko,

"verificering" en deltagerstats tilvejebringelse information til WHO, som bekræfter status for en begivenhed på den pågældende deltagerstats territorium eller territorier,

"WHO IHR kontaktinstans" den enhed i WHO, som skal være tilgængelig til enhver tid for kommunikation med de nationale IHR kontaktcentre.

2. Medmindre andet er præciseret eller fremgår af konteksten, omfatter henvisninger til sundhedsregulativet de hertil knyttede bilag.

Artikel 2 Formål og anvendelsesområde

Formålet med og anvendelsesområdet for sundhedsregulativet er at forebygge, beskytte imod, kontrollere og sørge for folkesundhedsmæssig reaktion på international sygdomsspredning på en måde, som står i rimeligt forhold til og er begrænset til folkesundhedsmæssige risici, og som undgår unødvendige indgreb i international trafik og handel.

Artikel 3 Principper

1. Implementeringen af sundhedsregulativet skal ske med fuld respekt for personers værdighed, menneskerettigheder og grundlæggende friheder.
2. Implementeringen af sundhedsregulativet skal ske under hensyn til FN's Charter og WHO's statutter.
3. Implementeringen af sundhedsregulativet skal ske under hensyn til formålet med dettes generelle anvendelse til beskyttelse af alle mennesker i verden mod international sygdomsspredning.
4. I henhold til FN's Charter og principperne i international lovgivning har stater suveræn ret til at lovgive og gennemføre lovgivning i overensstemmelse med deres sundhedspolitik. I den forbindelse bør de efterleve formålet med sundhedsregulativet.

Artikel 4 Ansvarlige myndigheder

1. Hver deltagerstat skal udpege eller etablere et nationalt IHR kontaktcenter og en myndighedsinstans, som inden for dens jurisdiktion er ansvarlig for implementeringen af sundhedsforanstaltninger i henhold til sundhedsregulativet.
2. De nationale IHR kontaktcentre skal være tilgængelige til enhver tid for kommunikation med de WHO IHR kontaktinstanser, der er nævnt i stk. 3 i denne artikel. De nationale IHR kontaktcentres funktion skal omfatte:
 - (a) på vegne af den pågældende deltagerstat at sende hastemeddelelser til WHO IHR kontaktinstanser vedrørende implementeringen af sundhedsregulativet især i henhold til artiklerne 6 til 12, og
 - (b) at udbrede information til og konsolidere input fra relevante sektorer i den pågældende deltagerstats administration herunder de dele heraf, som er ansvarlige for overvågning og rapportering, indrejsepunkter, offentlige sundhedsydelse, klinikker og hospitaler og andre statslige myndigheder.
3. WHO skal udpege IHR kontaktinstanser, som skal være tilgængelige til enhver tid for kommunikation med de nationale IHR kontaktcentre. WHO IHR kontaktinstanser skal sende hastemeddelelser vedrørende implementeringen af sundhedsregulativet, især i henhold til artiklerne 6 til 12, til de nationale IHR kontaktcentre i de berørte deltagerstater. WHO IHR kontaktinstanser kan udpeges af WHO i hovedkvarteret eller på regionalt niveau i organisationen.
4. Deltagerstaterne skal give WHO kontaktoplysninger for deres nationale IHR kontaktcentre, og WHO skal give deltagerstaterne kontaktoplysninger vedrørende WHO IHR kontaktinstanser. Disse kontaktoplysninger skal fortløbende ajourføres og bekræftes årligt. WHO skal stille de kontaktoplysninger om nationale IHR kontaktcentre, som modtages i henhold til denne artikel, til rådighed for alle deltagerstater.

Del II – Information og folkesundhedsmæssig indsats

Artikel 5 Overvågning

1. Hver deltagerstat skal snarest, men ikke senere end fem år efter ikrafttræden af sundhedsregulativet for den pågældende deltagerstat udvikle, styrke og fastholde kapaciteten til at opdage, vurdere, anmelde og rapportere om begivenheder i henhold til sundhedsregulativet som specificeret i bilag 1.
2. Efter den vurdering, der henvises til i bilag 1, A, stk. 2, kan en deltagerstat rette henvendelse til WHO med henvisning til et berettiget behov og en implementeringsplan og herved opnå en forlængelse på to år med hensyn til opfyldelsen af forpligtelsen i stk. 1 i denne artikel. Under særlige omstændigheder og med henvisning til en ny implementeringsplan kan en deltagerstat anmode generaldirektøren om en yderligere forlængelse, der ikke overskrider to år. Generaldirektøren træffer beslutning herom under hensyntagen til teknisk rådgivning fra det udvalg, der etableres i henhold til artikel 50 (herefter "Evalueringsudvalget"). Efter den periode, der er nævnt i stk. 1 i denne artikel, skal den deltagerstat, der har opnået en forlængelse, rapportere årligt til WHO om fremskridt, der gøres henimod fuld implementering.
3. WHO skal efter anmodning bistå deltagerstater med at udvikle, styrke og fastholde den kapacitet, der henvises til i stk. 1 i denne artikel.
4. WHO skal indsamle oplysninger vedrørende begivenheder gennem sine overvågningsaktiviteter og vurdere disse begivenheders potentiale for at føre til international sygdomsspredning og mulig påvirkning af international trafik. Oplysninger, der modtages af WHO i henhold til denne bestemmelse, skal håndteres i overensstemmelse med artiklerne 11 og 45, når dette er relevant.

Artikel 6 Anmeldelse

1. Hver deltagerstat skal vurdere begivenheder, som sker på dens eget territorium, med benyttelse af beslutningsinstrumentet indeholdt i bilag 2. Hver deltagerstat skal med de mest effektive til rådighed værende kommunikationsmidler og inden for 24 timer efter vurdering af folkesundhedsmæssig information sikre anmeldelse til WHO af alle begivenheder inden for dens territorium, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning i henhold til beslutningsinstrumentet så vel som enhver sundhedsmæssig foranstaltning truffet som reaktion på pågældende begivenheder. Hvis anmeldelsen, der modtages af WHO, omfatter Det Internationale Atomenergi Agenturs (IAEA) kompetenceområde, skal WHO omgående sikre anmeldelse til IAEA.
2. Efter en anmeldelse skal en deltagerstat forsætte med at meddele WHO rettidige, præcise og tilstrækkelige folkesundhedsmæssige oplysninger, som foreligger vedrørende den anmeldte begivenhed, herunder, når det er muligt, kriterier for anmeldelse (case-definitions), laboratorieresultater, kilde til og type af risiko, antal tilfælde og dødsfald, betingelser, der vedrører sygdommens spredning, og de sundhedsmæssige foranstaltninger, der iværksættes. Når det er påkrævet, skal deltagerstaten desuden rapportere om de vanskeligheder, der optræder, og den støtte, der måtte være behov for, med henblik på indsatsen overfor en mulig folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning.

Artikel 7 Meddelelse af information under uventede eller usædvanlige folkesundhedsmæssige begivenheder

Hvis en deltagerstat er bekendt med tegn på en uventet eller usædvanlig folkesundhedsmæssig begivenhed på sit territorium uanset oprindelse eller kilde hertil, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig begivenhed af international betydning, skal den give WHO alle relevante sundhedsmæssige oplysninger. I sådanne tilfælde skal bestemmelserne i artikel 6 finde fuld anvendelse.

Artikel 8 Konsultation

I tilfælde hvor der indtræffer begivenheder på en deltagerstats territorium, der ikke kræver anmeldelse i henhold til artikel 6, og især når det gælder begivenheder, for hvilke der foreligger utilstrækkelige oplysninger til at udfylde beslutningsinstrumentet, kan en deltagerstat alligevel holde WHO orienteret herom via det nationale IHR kontaktcenter og konsultere WHO vedrørende passende sundhedsmæssige foranstaltninger. Sådanne meddelelser skal behandles i overensstemmelse med artikel 11, stk. 2 til stk. 4. Den deltagerstat, på hvis territorium begivenheden er indtruffet, kan anmode WHO om bistand til at vurdere epidemiologisk evidens, som denne deltagerstat har indsamlet.

Artikel 9 Andre rapporter

1. WHO kan tage hensyn til rapporter fra andre kilder end anmeldelser eller konsultationer og skal vurdere sådanne rapporter i overensstemmelse med etablerede epidemiologisk principper og derefter fremsende information om begivenheden til den deltagerstat, på hvis territorium begivenheden formodes at optræde. Før der træffes foranstaltninger baseret på sådanne rapporter, skal WHO konsultere og søge at indhente verificering fra den deltagerstat, på hvis territorium begivenheden formodes at optræde, i overensstemmelse med den procedure, der er fastlagt i artikel 10. Med henblik herpå skal WHO stille de modtagne oplysninger til rådighed for alle deltagerstater, og kun når det er berettiget, kan WHO fastholde kildens fortrolighed. Disse oplysninger vil blive brugt i overensstemmelse med den procedure, der er fastlagt i artikel 11.

2 Deltagerstater skal, når det er muligt, informere WHO inden for 24 timer efter, at der er modtaget evidens for en folkesundhedsmæssig risiko uden for deres territorium, som kan foranledige international sygdomsspredning, som kan komme til udtryk ved import eller eksport af:

- (a) menneskelige tilfælde
- (b) vektorer som overfører smitte eller kontaminering, eller
- (c) varer som er kontaminerede.

Artikel 10 Verificering

1. WHO skal i overensstemmelse med artikel 9 anmode om verificering fra en deltagerstat af rapporter fra kilder, som ikke omfatter anmeldelser eller konsultation, om begivenheder, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, som angiveligt optræder på den pågældende stats territorium. I sådanne tilfælde skal WHO informere den pågældende deltagerstat om de rapporter, der søges verificeret.

2. I henhold til stk.1 og artikel 9 skal hver deltagerstat på anmodning af WHO verificere og fremlægge:

- (a) inden for 24 timer en første reaktion på eller meddelelse om modtagelse af WHO's anmodning:
- (b) inden for 24 timer foreliggende sundhedsmæssig information om status for begivenheder, der henvises til i WHO's anmodning, og
- (c) information til WHO inden for rammerne af en vurdering i henhold til artikel 6 herunder relevante oplysninger, som anført i nævnte artikel.

3. Når WHO modtager oplysning om en begivenhed, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, skal organisationen tilbyde at samarbejde med pågældende deltagerstat om at vurdere risikoen for international sygdomsspredning, mulig indvirkning på international trafik og tilstrækkeligheden af kontrolforanstaltninger. Sådanne aktiviteter kan omfatte samarbejde med andre organisationer involveret i fastlæggelse af standarder samt tilbud om at mobilisere international bistand med henblik på støtte til de nationale myndigheder i forbindelse med varetagelse og koordinering af vurderinger på stedet. På anmodning fra deltagerstaten skal WHO stille information til rådighed som støtte for et sådant tilbud.

4. Hvis deltagerstaten ikke tager imod tilbuddet om samarbejde, kan WHO, når dette retfærdiggøres af omfanget af den folkesundhedsmæssige risiko, meddele andre deltagerstater de oplysninger, organisationen har til rådighed, mens WHO samtidig opfordrer den relevante deltagerstat til at acceptere WHO's tilbud om samarbejde, idet man tager hensyn til den pågældende deltagerstats synspunkter.

Artikel 11 WHO's meddelelse af oplysninger

1. Med forbehold for stk. 2 i denne artikel skal WHO så snart som muligt og med de meste effektive midler til rådighed samt i fortrolighed sende til alle deltagerstater og, når det er relevant, mellemstatslige organisationer folkesundhedsmæssig information, som WHO har modtaget i henhold til artiklerne 5 til 10 inklusive, og som er påkrævet for at sætte deltagerstater i stand til at imødegå en folkesundhedsmæssig risiko. WHO skal til andre deltagerstater meddele oplysninger, som kan hjælpe disse til at forebygge forekomsten af tilsvarende begivenheder.

2. WHO skal bruge oplysninger modtaget i medfør af artiklerne 6 og 8 og artikel 9 stk. 2 til verificering, vurdering og støtte i henhold til sundhedsregulativet og, medmindre andet er aftalt med de deltagerstater, der henvises til i nævnte bestemmelser, skal WHO ikke stille disse oplysninger almindeligt til rådighed for andre deltagerstater før:

(a) det er fastslået, at begivenheden udgør en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning i overensstemmelse med artikel 12, eller

(b) oplysninger, der indebærer evidens for international sygdomsspredning eller kontaminering, er blevet bekræftet af WHO i overensstemmelse med etablerede epidemiologiske principper, eller

(c) der foreligger evidens for, at:

(i) det ikke er sandsynligt, at kontrolforanstaltninger til at imødegå international spredning vil lykkes på grund af karakteren af kontamineringen, det sygdomsforårsagende stof, vektor eller reservoir, eller

(ii) deltagerstaten mangler tilstrækkelig operationel kapacitet til at gennemføre de nødvendige foranstaltninger til at forebygge yderligere spredning af sygdommen, eller

(d) karakteren og omfanget af international bevægelse af rejsende, bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser, som kan blive berørt af infektion eller kontaminering, kræver umiddelbar iværksættelse af internationale kontrolforanstaltninger.

3. WHO skal konsultere den deltagerstat, på hvis territorium begivenheden optræder, om sin hensigt om at stille information til rådighed i henhold til denne artikel.

4. Når oplysninger modtaget af WHO i henhold til stk. 2 i denne artikel stilles til rådighed for deltagerstater i overensstemmelse med sundhedsregulativet, kan WHO også meddele disse oplysninger til offentligheden, hvis

anden information om samme begivenhed allerede er offentlig tilgængelig, og der er behov for spredning af autoritativ og uafhængig information.

Artikel 12 Afgørelse vedrørende forekomsten af en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning

1. Generaldirektøren skal på grundlag af modtagen information, især fra den deltagerstat på hvis territorium en begivenhed indtræffer, afgøre, om en begivenhed udgør en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning i henhold til de kriterier og den procedure, der er fastlagt i sundhedsregulativet.
2. Hvis generaldirektøren på grundlag af en vurdering i henhold til sundhedsregulativet mener, at der foreligger en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, skal generaldirektøren konsultere den deltagerstat, på hvis territorium begivenheden opstår, vedrørende denne foreløbige afgørelse. Hvis generaldirektøren og deltagerstaten er enige om denne afgørelse, skal generaldirektøren i overensstemmelse med proceduren fastlagt i artikel 49 indhente synspunkter fra det udvalg, der er nedsat i henhold til artikel 48 (herefter 'Kriseudvalget') vedrørende passende midlertidige henstillinger.
3. Hvis generaldirektøren og deltagerstaten, på hvis territorium begivenheden finder sted, ikke efter konsultation bliver enige inden for 48 timer om, hvorvidt begivenheden udgør en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, skal der træffes en afgørelse i overensstemmelse med den procedure, der er fastlagt i artikel 49.
4. I forbindelse med afgørelsen af, om en begivenhed udgør en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, skal generaldirektøren overveje:
 - (a) oplysninger forelagt af deltagerstaten,
 - (b) beslutningsinstrumentet indeholdt i bilag 2,
 - (c) rådgivning fra Kriseudvalget,
 - (d) videnskabelige principper så vel som foreliggende videnskabelig evidens og anden relevant information, og
 - (e) en vurdering af risikoen for menneskers helbred, risikoen for international sygdomsspredning og risikoen for indvirkning på international trafik.
5. Hvis generaldirektøren efter konsultation med deltagerstaten, på hvis territorium en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning er indtruffet, vurderer, at en sådan krisesituation er afsluttet, skal generaldirektøren træffe beslutning i overensstemmelse med proceduren i artikel 49.

Artikel 13 Folkesundhedsmæssig indsats

1. Hver deltagerstat skal så snart som muligt, men ikke senere end fem år efter sundhedsregulativets ikrafttræden for pågældende deltagerstat udvikle, styrke og fastholde kapacitet til at reagere hurtigt og effektivt overfor folkesundhedsmæssige risici og folkesundhedsmæssige krisesituationer af international betydning som fastlagt i bilag 1. WHO skal i samråd med medlemsstaterne offentliggøre retningslinier med henblik på at støtte deltagerstaternes udvikling af kapacitet til folkesundhedsmæssig indsats.

2. Efter den vurdering, der henvises til i bilag 1, A, stk. 2, kan en deltagerstat rapportere til WHO på grundlag af et begrundet behov og en implementeringsplan og herved opnå en forlængelse på to år til at opfylde forpligtelsen i stk. 1 i denne artikel. Under særlige omstændigheder og med henvisning til en ny implementeringsplan kan deltagerstaten anmode generaldirektøren om en yderligere forlængelse, der ikke overskrider to år, idet generaldirektøren, som skal træffe beslutningen, tager hensyn til teknisk rådgivning fra Evalueringsudvalget. Efter den periode, der er nævnt i stk. 1 i denne artikel, skal den deltagerstat, som har opnået en forlængelse, rapportere årligt til WHO vedrørende fremskridt henimod fuld implementering.

3. På anmodning fra en deltagerstat skal WHO samarbejde om imødegåelse af folkesundhedsmæssige risici og andre begivenheder ved at stille teknisk vejledning og bistand til rådighed og ved at vurdere effektiviteten af eksisterende kontrolforanstaltninger herunder mobilisere internationale eksperthold til assistance på stedet hvis påkrævet.

4. Hvis WHO i samråd med de berørte deltagerstater som fastlagt i artikel 12 fastslår, at der foreligger en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, kan WHO ud over den støtte, der er nævnt i stk. 3 i denne artikel, yde yderligere bistand til deltagerstaten herunder en vurdering af alvoren af den internationale risiko og af, om kontrolforanstaltningerne er passende. Sådant samarbejde kan omfatte tilbud om at mobilisere international bistand med henblik på støtte til de nationale myndigheders gennemførelse og koordinering af vurderinger på stedet. På anmodning fra deltagerstaten skal WHO fremlægge oplysninger, som underbygger et sådant tilbud.

5. Efter anmodning fra WHO skal deltagerstaterne i muligt omfang yde støtte til indsatser koordineret af WHO.

6. Efter anmodning skal WHO yde passende vejledning og bistand til andre deltagerstater, som er berørt eller truet af en given folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning.

Artikel 14 WHO's samarbejde med mellemstatslige organisationer og internationale instanser

1. WHO skal samarbejde med og koordinere sine aktiviteter på hensigtsmæssig vis med andre kompetente mellemstatslige organisationer og internationale instanser i forbindelse med implementeringen af sundhedsregulativet herunder ved indgåelse af aftaler og tilsvarende ordninger.

2. I tilfælde hvor anmeldelse eller verificering eller imødegåelse af en begivenhed primært henhører under en anden mellemstatslig organisations eller international instans' kompetence, skal WHO koordinere sine aktiviteter med de pågældende organisationer eller instanser med henblik på at sikre iværksættelse af passende foranstaltninger til beskyttelsen af folkesundheden.

3. Uagtet ovenstående skal intet i sundhedsregulativet udelukke eller begrænse WHO's indsats med at stille rådgivning, støtte eller teknisk eller anden bistand til rådighed for folkesundhedsmæssige formål.

Del III – Henstillinger

Artikel 15 Midlertidige henstillinger

1. Hvis det er blevet fastslået i overensstemmelse med artikel 12, at der optræder en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, skal generaldirektøren udstede midlertidige henstillinger i overensstemmelse med proceduren i artikel 49. Sådanne midlertidige henstillinger kan

ændres eller udvides efter omstændighederne, herunder efter at det er fastslået, at en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning er slut, på hvilket tidspunkt andre midlertidige henstillinger kan udstedes, når det er nødvendigt for at forebygge eller omgående opdage en ny forekomst.

2. Midlertidige henstillinger kan omfatte sundhedsmæssige foranstaltninger, som skal implementeres af den deltagerstat, der er udsat for en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning eller af andre deltagerstater med hensyn til personer, bagage, last, containere, transportmidler, varer og/eller postforsendelser for at forebygge eller begrænse den internationale sygdomsspredning og undgå unødvendige indgreb i international trafik.

3. Midlertidige henstillinger kan afsluttes i overensstemmelse med proceduren i artikel 49 på et hvilket som helst tidspunkt og skal automatisk udløbe tre måneder efter deres udstedelse. De kan ændres eller forlænges i yderligere perioder på op til tre måneder. Midlertidige henstillinger kan ikke fortsætte efter den anden Verdenssundhedsforsamling efter konstateringen af den folkesundhedsmæssige krisesituation af international betydning, som de vedrører.

Artikel 16 Stående henstillinger

WHO kan udstede stående henstillinger om passende sundhedsmæssige foranstaltninger i overensstemmelse med artikel 53 til rutinemæssig eller periodisk anvendelse. Sådanne foranstaltninger kan anvendes af deltagerstater i relation til personer, bagage, last, containere, transportmidler, varer og/eller postforsendelser med henblik på specifikke aktuelle folkesundhedsmæssige risici for at forebygge eller begrænse international sygdomsspredning og undgå unødvendige indgreb i international trafik. WHO kan i overensstemmelse med artikel 53 efter omstændighederne ændre eller annullere sådanne henstillinger.

Artikel 17 Kriterier for henstillinger

I forbindelse med udstedelse, ændring eller annullering af midlertidige eller stående henstillinger skal generaldirektøren overveje:

- (a) de deltagerstaters synspunkter, som er direkte berørt,
- (b) råd fra Kriseudvalget eller Evalueringsudvalget efter omstændighederne,
- (c) videnskabelige principper så vel som videnskabelig evidens og information,
- (d) sundhedsmæssige foranstaltninger som på grundlag af en efter omstændighederne passende risikovurdering ikke er begrænsende for international trafik og handel og ikke er mere påtrængende overfor personer end rimeligt tilgængelige alternativer, som ville føre til et passende niveau for sundhedsmæssig beskyttelse,
- (e) relevante internationale standarder og instrumenter,
- (f) aktiviteter igangsat af andre relevante mellemstatslige organisationer og internationale instanser, og
- (g) andre relevante og specifikke oplysninger af relevans for begivenheden.

Med hensyn til midlertidige henstillinger kan generaldirektørens overvejelse af punkterne (e) og (f) i denne artikel være underkastet begrænsninger på grund af hastende omstændigheder.

Artikel 18 Henstillinger med hensyn til personer, bagage, last, containere, transportmidler, varer og postforsendelser

1. Henstillinger udstedt af WHO til deltagerstater med hensyn til personer kan omfatte følgende råd:

- ingen specifikke sundhedsmæssige foranstaltninger tilrådes,
- gennemgang af historisk rejseaktivitet i berørte områder,
- gennemgang af lægelige undersøgelser og laboratorieanalyser,
- krav om lægelig undersøgelse,
- gennemgang af dokumentation for vaccination eller anden profylakse,
- krav om vaccination eller anden profylakse,
- anbringelse af personer under mistanke under folkesundhedsmæssig observation,
- iværksættelse af karantæne eller andre sundhedsmæssige foranstaltninger for personer under mistanke,
- iværksættelse af isolation og behandling af berørte personer, når dette er nødvendigt,
- gennemførelse af sporing af kontakter for personer, som er berørt eller under mistanke,
- afvisning af indrejse af personer, som er berørt eller under mistanke,
- afvisning af indrejse af ikke-berørte personer til berørte områder, og
- iværksættelse af udrejsescreening og/eller restriktioner for personer fra berørte områder.

2. Henstillinger udstedt af WHO til deltagerstater med hensyn til bagage, last, containere, transportmidler, varer og postforsendelser kan omfatte følgende råd:

- ingen særlige sundhedsmæssige foranstaltninger tilrådes,
- gennemgang af ladningsfortegnelse og rute,
- gennemførelse af inspektioner,
- gennemgang af dokumentation for foranstaltninger truffet ved afrejse eller i transit for at eliminere infektion eller kontaminering,
- iværksættelse af behandling af bagage, last, containere, transportmidler, varer, postforsendelser eller menneskelige efterladenskaber for at fjerne infektion eller kontaminering, herunder vektorer og reservoirer,
- brug af specifikke sundhedsmæssige foranstaltninger for at sikre sikker håndtering og transport af menneskelige efterladenskaber,

- iværksættelse af isolation eller karantæne,
- beslaglæggelse og destruktion af inficeret eller kontamineret eller mistænkt bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser under kontrollerede betingelser, hvis ingen anden til rådighed værende behandling eller proces ellers ville lykkes, og
- afvisning af afrejse eller indrejse.

Del IV – Indrejsepunkter

Artikel 19 Generelle forpligtelser

Ud over de øvrige forpligtelser i henhold til sundhedsregulativet skal hver deltagerstat:

- (a) sikre, at den kapacitet, der er omhandlet i bilag 1 for udpegede indrejsepunkter, udvikles inden for den tidsramme, der er fastlagt i artikel 5 stk. 1 og artikel 13 stk. 1,
- (b) udpege de kompetente myndigheder ved hvert udpeget indrejsepunkt på dens territorium og
- (c) efter anmodning som reaktion på en specifik potentiel folkesundhedsmæssig risiko, når det er praktisk muligt, give WHO relevante data om kilder til infektion eller kontaminering, herunder vektorer og reservoirer ved landets indrejsepunkter, som kunne resultere i international sygdomsspredning.

Artikel 20 Lufthavne og havne

1. Deltagerstaterne skal udpege de lufthavne og havne, som skal udvikle den kapacitet, der er foreskrevet i bilag 1.
2. Deltagerstaterne skal sikre, at Undtagelsescertifikater for Hygiejnekontrol af Skibe og Certifikater for Hygiejnekontrol af Skibe udstedes i overensstemmelse med kravene i artikel 39 og den model, der er angivet i bilag 3.
3. Hver deltagerstat skal sende en liste til WHO over de havne, der er bemyndiget til:
 - (a) at tilbyde udstedelse af Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe samt de tjenesteydelser, der refereres til i bilag 1 og 3, eller
 - (b) kun at tilbyde udstedelse af Undtagelsescertifikater for Hygiejnekontrol af Skibe, og
 - (c) at tilbyde forlængelse af Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe for en periode på en måned, indtil skibet kommer til den havn, hvor det kan få certifikatet.

Hver deltagerstat skal oplyse WHO om ændringer, der måtte ske med hensyn til status for de oplyste havne. WHO skal offentliggøre de oplysninger, der modtages i henhold til denne bestemmelse.

4. På anmodning af den berørte deltagerstat kan WHO træffe foranstaltninger med henblik på at certificere, efter passende undersøgelse, at en lufthavn eller en havn på pågældende stats territorium lever op til de krav, der nævnes i stk. 1

og 3 i denne artikel. Disse certificeringer kan underkastes regelmæssig revision af WHO i samråd med pågældende deltagerstat.

5. I samarbejde med kompetente mellemstatslige organisationer og internationale instanser skal WHO udvikle og offentliggøre retningslinier for certificering af lufthavne og havne i henhold til denne artikel. WHO skal også offentliggøre en liste over certificerede lufthavne og havne.

Artikel 21 Grænseovergange på landjorden

1. Når det er berettiget af hensyn til folkesundheden, kan en deltagerstat udpege grænseovergange på landjorden, som skal udvikle den kapacitet, der er beskrevet i bilag 1, idet der tages hensyn til:

(a) omfanget og hyppigheden af de forskellige typer international trafik sammenholdt med andre indrejsepunkter blandt deltagerstatens grænseovergange på landjorden, som kunne udpeges, og,

(b) de folkesundhedsmæssige risici, der optræder i områder, hvorfra den internationale trafik oprinder, eller som den passerer igennem, forud for ankomst til en given grænseovergang.

2. Deltagerstater med fælles grænser bør overveje:

(a) indgåelse af bilaterale eller multilaterale aftaler eller ordninger vedrørende forebyggelse eller kontrol af international overførelse af sygdom ved grænseovergange i overensstemmelse med artikel 57, og

(b) fælles udpegelse af tilstødende grænseovergange med henblik på den kapacitet, der nævnes i bilag 1, i overensstemmelse med stk. 1 i denne artikel.

Artikel 22 De kompetente myndigheders rolle

1. De kompetente myndigheder skal:

(a) være ansvarlige for at overvåge bagage, last, containere, transportmidler, varer, postforsendelser og menneskelige efterladenskaber, som afsendes og kommer fra berørte områder således, at de bliver holdt i en sådan tilstand, at de er fri for kilder til infektion eller kontaminering herunder vektorer og reservoirer,

(b) i det omfang, det er praktisk muligt, sikre, at faciliteter, der benyttes af rejsende ved indrejsepunkter, vedligeholdes på hygiejnisk vis og holdes fri af kilder til infektion eller kontaminering, herunder vektorer og reservoirer,

(c) være ansvarlige for overvågning af rottebekæmpelse, desinfektion, insektbekæmpelse eller dekontaminering af bagage, last, containere, transportmidler, varer, postforsendelser og menneskelige efterladenskaber eller hygiejniske foranstaltninger for personer på passende vis i henhold til sundhedsregulativet,

(d) rådgive transportoperatører i så god tid som muligt om hensigt om at gennemføre kontrolforanstaltninger vedrørende et transportmiddel og forelægge skriftlig information, når denne er til rådighed, om de metoder, der vil blive anvendt,

(e) være ansvarlig for tilsyn med fjernelse og sikker bortskaffelse af kontamineret vand eller fødevarer, menneskelige eller dyriske dejecta, spildevand og andet kontamineret materiale fra et transportmiddel,
(f) træffe alle praktisk mulige foranstaltninger i overensstemmelse med sundhedsregulativet for at overvåge og kontrollere skibes bortskaffelse af spildevand, affald, ballastvand og andet potentielt sygdomsfremkaldende materiale, som kan kontaminere vandet i en havn, en flod, en kanal, et stræde, en sø eller anden international vandvej,

(g) være ansvarlige for overvågning af leverandører af tjenesteydelser vedrørende rejsende, bagage, last, containere, transportmidler, varer, postforsendelser og menneskelige efterladenskaber ved indrejsepunkter herunder gennemførelse af inspektioner og lægelige undersøgelser efter omstændighederne,

(h) have effektive beredskabsordninger til at håndtere en uventet folkesundhedsmæssig begivenhed, og

(i) kommunikere med det nationale IHR kontaktcenter vedrørende relevante folkesundhedsmæssige foranstaltninger truffet i henhold til sundhedsregulativet.

2. Sundhedsmæssige foranstaltninger anbefalet af WHO for rejsende, bagage, last, containere, transportmidler, varer, postforsendelser og menneskelige efterladenskaber, der ankommer fra et berørt område, kan iværksættes igen ved ankomst, hvis der er verificerbare indikationer og/eller evidens for, at de foranstaltninger, der er truffet ved afrejse fra det berørte område, ikke havde det tilsigtede udfald.

3. Insektbekæmpelse, rottebekæmpelse, desinfektion, dekontaminering og andre hygiejnemæssige procedurer skal gennemføres på en sådan måde, at man undgår skade på og så vidt muligt ubehag for personer eller skade på miljøet på en måde, som har indvirkning på folkesundheden, eller skade på bagage, last, containere, transportmidler, varer og postforsendelser.

Del V – Folkesundhedsmæssige foranstaltninger

Kapitel I – Generelle bestemmelser

Artikel 23 Sundhedsforanstaltninger ved afrejse og ankomst

1. Med forbehold for internationale aftaler og relevante artikler i sundhedsregulativet kan en deltagerstat af hensyn til folkesundheden ved ankomst eller afrejse kræve:

(a) med hensyn til rejsende

(i) oplysninger vedrørende den rejsendes bestemmelsessted således, at den rejsende kan kontaktes,

(ii) oplysninger om den rejsendes rute med henblik på at fastslå, om der er rejst i eller i nærheden af et berørt område, eller der foreligger andre mulige kontakter med infektion eller kontaminering forud for ankomst, så vel som en vurdering af den rejsendes sundhedsdokumenter, hvis sådanne kræves i medfør af sundhedsregulativet, og/eller

(i) en sådan ikke-invasiv lægelig undersøgelse, som er den mindst påtrængende undersøgelse, som vil opnå det folkesundhedsmæssige formål,

(b) inspektion af bagage, last, containere, transportmidler, varer, postforsendelser og menneskelige efterladenskaber.

2. På grundlag af evidens for en folkesundhedsmæssig risiko, som er tilvejebragt via foranstaltninger foreskrevet i stk. 1 i denne artikel eller på anden måde, kan en deltagerstat iværksætte andre sundhedsmæssige foranstaltninger i overensstemmelse med sundhedsregulativet, især, når det gælder en rejsende, som er under mistanke eller berørt, og med udgangspunkt i den enkelte sag den mindst påtrængende og invasive lægelige undersøgelse, som opfylder det folkesundhedsmæssige formål,

3. Ingen lægelig undersøgelse, vaccination, profylakse eller sundhedsforanstaltning i henhold til sundhedsregulativet må foretages på rejsende uden disses forudgående udtrykkelige samtykke eller deres forældres eller værges samtykke, med undtagelse af det i artikel 31 stk. 2 foreskrevne og i overensstemmelse med den pågældende deltagerstats lovgivning og internationale forpligtelser.

4. Rejsende, som skal vaccineres eller tilbydes profylakse i henhold til sundhedsregulativet eller deres forældre eller værge, skal oplyses om enhver risiko, der er forbundet med vaccination eller unkladelse heraf og med brug eller ikke-brug af profylakse i overensstemmelse med den pågældende deltagerstats lovgivning og internationale forpligtelser. Deltagerstater skal informere udøvere af lægegering om disse krav i overensstemmelse med den pågældende deltagerstats lovgivning.

5. Enhver lægelig undersøgelse, lægelig procedure, vaccination eller anden profylakse, som indebærer en risiko for sygdomsoverførsel, må kun udføres på eller gives til en rejsende i overensstemmelse med etablerede nationale eller internationale sikkerhedsmæssige retningslinier og standarder med henblik på at mindske en sådan risiko.

Kapitel II – Særlige bestemmelser for transportmidler og transportoperatører

Artikel 24 Transportoperatører

1. Deltagerstaterne skal træffe alle praktisk gennemførlige forholdsregler, som er i overensstemmelse med sundhedsregulativet, for at sikre, at transportoperatører:

(a) efterlever sundhedsmæssige foranstaltninger henstillet af WHO og vedtaget af deltagerstaten,

(b) oplyser rejsende om sundhedsforanstaltninger henstillet af WHO og vedtaget af deltagerstaten til anvendelse ombord, og

(c) til stadighed holder transportmidler, som de er ansvarlige for, fri for kilder til smitte og kontaminering herunder vektorer og reservoirer. Iværksættelse af foranstaltninger til at kontrollere kilder til infektion eller kontaminering kan kræves, hvis der foreligger evidens.

2. Særlige bestemmelser vedrørende transportmidler og transportoperatører i medfør af denne artikel er anført i bilag 4. Særlige foranstaltninger, der finder anvendelse for transportmidler og transportoperatører med hensyn til sygdomme overført ved vektorer, er anført i bilag 5.

Artikel 25 Skibe og fly i transit

Med forbehold for artiklerne 27 og 43 eller medmindre det er godkendt i medfør af internationale aftaler, må ingen sundhedsmæssige foranstaltninger iværksættes af en deltagerstat i relation til:

- (a) et skib, som ikke kommer fra et berørt område, og som passerer gennem en kanal eller vandvej inden for den pågældende deltagerstats territorium på vej til en havn i en anden stats territorium. Ethvert sådant skib skal tillades under tilsyn af den kompetente myndighed at ombordtage brændstof, vand, mad og forsyninger,
- (b) et skib, som passerer gennem farvand inden for deltagerstatens jurisdiktion uden at anløbe havn eller lægge ind til kysten, og
- (c) et fly i transit i en lufthavn inden for deltagerstatens jurisdiktion bortset fra, at flyets ophold kan begrænses til et særligt område i lufthavnen, uden at der afsættes og ombordtages personer eller læsses og losses. Under tilsyn af den kompetente myndighed, skal et sådant fly imidlertid tillades at ombordtage brændstof, vand, mad og forsyninger.

Artikel 26 Civile lastbiler, tog og busser i transit

Med forbehold for artiklerne 27 og 43 eller medmindre det er godkendt i medfør af internationale aftaler, må ingen sundhedsmæssige foranstaltninger iværksættes i relation til en civil lastbil, et civilt tog eller en civil bus, som ikke kommer fra et berørt område, og som passerer gennem et territorium uden at afsætte eller ombordtage personer og uden at læsse eller losse.

Artikel 27 Berørte transportmidler

Hvis der findes kliniske tegn eller symptomer på og oplysninger baseret på fakta eller evidens vedrørende en folkesundhedsmæssig risiko herunder kilder til infektion og kontaminering ombord på et transportmiddel, skal den kompetente myndighed anse det pågældende transportmiddel for berørt og kan:

- (a) desinficere eller dekontaminere transportmidlet eller foretage insektbekæmpelse eller rottebekæmpelse afhængigt af omstændighederne eller foranledige, at sådanne foranstaltninger udføres under myndighedens tilsyn, og
- (b) i hvert enkelt tilfælde beslutte hvilken fremgangsmåde, der skal anvendes for at sikre en passende kontrol af den foreliggende folkesundhedsmæssige risiko som foreskrevet i sundhedsregulativet. Når der foreligger metoder eller materialer anbefalet af WHO med henblik på disse procedurer, skal disse anvendes, medmindre den kompetente myndighed træffer afgørelse om, at andre metoder er tilsvarende sikre og pålidelige.

Den kompetente myndighed kan iværksætte yderligere sundhedsmæssige foranstaltninger herunder isolation af transportmidler, når dette er påkrævet for at forebygge sygdomsspredning. Sådanne yderligere foranstaltninger skal rapporteres til det nationale IHR kontaktcenter.

2. Hvis den for et givet indrejsepunkt kompetente myndighed ikke er i stand til at udføre de kontrolforanstaltninger, der foreskrives i denne artikel, kan det berørte transportmiddel alligevel få tilladelse til afrejse under følgende betingelser:

- (a) den kompetente myndighed skal ved afrejsetidspunktet informere den kompetente myndighed for det næste kendte indrejsepunkt om karakteren af den information, der henvises til under litra (b), og

(b) når det drejer sig om et skib, skal funden evidens og de påkrævede kontrolforanstaltninger noteres i Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe.

Ethvert sådant transportmiddel skal under tilsyn af den kompetente myndighed have mulighed for at ombordtage brændstof, vand, fødevarer og forsyninger.

3. Et transportmiddel, som er blevet anset for berørt, skal ikke længere anses herfor, når den kompetente myndighed finder det godtgjort, at:

(a) de i stk. 1 i denne artikel foreskrevne foranstaltninger er blevet effektivt gennemført, og

(b) der ikke er forhold ombord, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko.

Artikel 28 Skibe og fly ved indrejsepunkter

1. Med forbehold for artikel 43 eller som foreskrevet i gældende internationale aftaler skal et skib eller et fly ikke af folkesundhedsmæssige grunde hindres i at anløbe nogen havn, der fungerer som indrejsepunkt. Men hvis indrejsepunktet ikke er udstyret til at iværksætte sundhedsforanstaltninger under sundhedsregulativet, kan skibet eller flyet beordres til for egen risiko at fortsætte til det nærmeste passende indrejsepunkt, som er til rådighed, medmindre skibet eller flyet har et operationelt problem, som ville gøre denne omdirigering usikker.

2. Med forbehold for artikel 43 eller som foreskrevet i gældende internationale aftaler skal skibe eller fly ikke nægtes *free pratique* af deltagerstater af folkesundhedsmæssige grunde, og især skal de ikke hindres i at afsætte eller ombordtage personer samt laste og losse last eller forråd eller ombordtage brændstof, vand, fødevarer og forsyninger. Deltagerstater kan gøre tilståelsen af *free pratique* betinget af inspektion og, hvis der findes en kilde til infektion eller kontaminering ombord, udførelsen af den nødvendige desinfektion, dekontaminering, insektbekæmpelse, rottebekæmpelse eller andre foranstaltninger, som er nødvendige for at forebygge spredning af infektion eller kontaminering.

3. Når det er praktisk muligt og med forbehold for stk. 2 i denne artikel, skal en deltagerstat godkende tilståelsen af *free pratique* via radio eller andre kommunikationsmidler til et skib eller et fly, når deltagerstaten på grundlag af oplysninger modtaget fra skibet eller flyet forud for ankomst er af den opfattelse, at ankomsten af skibet eller flyet ikke vil føre til indførelse af eller spredning af sygdom.

3. Officerer, som har kommandoen over skibe eller piloter med kommando over fly eller disses agenter, skal så tidligt som muligt forud for ankomst gøre bestemmelsehavnen eller bestemmelseslufthavnen bekendt med ethvert tilfælde af sygdom, som indikerer en smitsom lidelse eller evidens for en folkesundhedsmæssig risiko ombord, så snart pågældende officer eller pilot bliver bekendt med sådanne sygdomme eller folkesundhedsmæssige risici. Disse oplysninger skal omgående videregives til den for havnen eller lufthavnen kompetente myndighed. I hastetilfælde skal sådanne oplysninger kommunikeret direkte af officerer eller piloter til den relevante havne- eller lufthavnsmyndighed.

5. Hvis et fly eller skib, som er berørt eller under mistanke, af grunde, som den for flyet ansvarshavende pilot eller den for skibet ansvarshavende officer ikke kan kontrollere, lander andre steder end i den lufthavn, hvor flyet var bestemt til at lande, henholdsvis lægger til andre steder end i den havn, hvor skibet var bestemt til at lægge til:

- (a) skal ansvarshavende pilot for et fly eller ansvarshavende officer for et skib eller en anden person, der har kommandoen, udfolde enhver bestræbelse på uden forsinkelse at kommunikere med den nærmeste kompetente myndighed,
- (b) så snart den kompetente myndighed er blevet informeret om landing eller anløb, kan den iværksætte sundhedsmæssige foranstaltninger anbefalet af WHO eller andre sundhedsmæssige foranstaltninger foreskrevet i sundhedsregulativet,
- (c) medmindre en krisesituation gør det nødvendigt eller med henblik på kommunikation med den kompetente myndighed, må ingen rejsende ombord på flyet eller skibet forlade dettes nærmeste omgivelser, og ingen last må fjernes fra de nærmeste omgivelser, medmindre dette er godkendt af den kompetente myndighed, og
- (d) når alle sundhedsmæssige foranstaltninger krævet af den kompetente myndighed er tilendebragt, kan skibet eller flyet, for så vidt angår sådanne sundhedsmæssige foranstaltninger, fortsætte enten til den lufthavn eller havn, som var bestemmelsesstedet eller, hvis dette af tekniske årsager ikke er muligt, til en lufthavn eller havn med en egnet placering.

6. Uanset bestemmelserne i denne artikel kan den officer, der har kommandoen over et skib eller den pilot, der har kommandoen over et fly, træffe sådanne nødforanstaltninger, som måtte være påkrævede af hensyn til ombordværende rejsendes sundhed og sikkerhed. Han eller hun skal informere den kompetente myndighed på et så tidligt tidspunkt som muligt om forholdsregler truffet i medfør af denne bestemmelse.

Artikel 29 Civile lastbiler, tog og busser ved indrejsepunkter

I samråd med deltagerstaterne skal WHO udvikle retningsgivende principper for anvendelsen af sundhedsmæssige foranstaltninger i relation til civile lastbiler, tog og busser ved indrejsepunkter og i forbindelse med gennemrejse af grænseovergange på landjorden.

Kapitel III – særlige bestemmelser for rejsende

Artikel 30 Rejsende under folkesundhedsmæssig observation

Med forbehold for artikel 43 eller som fastlagt i gældende internationale aftaler kan en rejsende under mistanke, som ved ankomsten bliver placeret under folkesundhedsmæssig observation, fortsætte en international rejse, hvis den rejsende ikke udgør en overhængende folkesundhedsmæssig risiko, og deltagerstaten informerer den myndighed, der er kompetent for det indrejsested, der er rejsens mål, såfremt dette er kendt, om den rejsendes forventede ankomst. Ved ankomsten skal den rejsende kontakte pågældende kompetente myndighed.

Artikel 31 Sundhedsforanstaltninger i relation til rejsendes indrejse

1. Invasiv lægelig undersøgelse, vaccination eller anden profylakse skal ikke stilles som betingelse for en rejsendes indrejse på en deltagerstats territorium, idet sundhedsregulativet dog, med forbehold for artiklerne 32, 42 og 45, ikke udelukker deltagerstater fra at kræve lægelig undersøgelse, vaccination eller anden profylakse eller dokumentation for vaccination eller anden profylakse:

- (a) når dette er nødvendigt for at afgøre, om der foreligger en folkesundhedsmæssig risiko,
- (b) som betingelse for indrejse af en rejsende, som søger midlertidigt eller varigt ophold,
- (c) som betingelse for indrejse for en rejsende i henhold til artikel 43 eller bilag 6 og 7, eller

(d) som kan udføres i henhold til artikel 23.

2. Hvis en rejsende, for hvem en deltagerstat kan kræve lægelig undersøgelse, vaccination eller anden profylakse i henhold til stk. 1 i denne artikel, ikke giver sit samtykke til en sådan forholdsregel eller afviser at fremlægge de oplysninger eller de dokumenter, der refereres til i artikel 23 stk. 1(a), kan deltagerstaten med forbehold for artiklerne 32, 42 og 45 afvise indrejse for pågældende rejsende. Hvis der er evidens for en overhængende folkesundhedsmæssig risiko, kan deltagerstaten i overensstemmelse med sin nationale lovgivning og i det omfang, det er nødvendigt for at kontrollere en sådan risiko, tvinge den rejsende til eller, i henhold til artikel 23 stk. 3, råde den rejsende til at gennemgå:

(a) den mindst invasive og påtrængende lægelige undersøgelse, som kan opfylde det folkesundhedsmæssige formål,

(b) vaccination eller anden profylakse, eller

(c) yderligere etablerede sundhedsmæssige foranstaltninger, som forebygger eller kontrollerer sygdomsspredning, herunder isolation, karantæne eller placering af den rejsende under folkesundhedsmæssig observation.

Artikel 32 Behandling af rejsende

I forbindelse med sundhedsmæssige foranstaltninger under sundhedsregulativet skal deltagerstater behandle rejsende med respekt for disses værdighed, menneskerettigheder og fundamentale friheder og minimere ethvert ubehag eller enhver lidelse forbundet med sådanne foranstaltninger, herunder ved at:

(a) behandle alle rejsende med høflighed og respekt,

(b) tage hensyn til rejsendes køn, sociokulturelle, etniske eller religiøse forhold, og

(c) sørge for eller sikre ordninger for passende mad og vand, passende indkvartering og beklædning, beskyttelse af bagage og andre ejendele, passende lægelig behandling, midler til nødvendig kommunikation om muligt på et sprog, som pågældende kan forstå, og anden passende bistand til rejsende som er i karantæne, isoleret eller underkastet lægelige undersøgelser eller andre procedurer af folkesundhedsmæssige årsager.

Kapitel IV – Særlige bestemmelser for varer, containere og container læsseområder

Artikel 33 Varer i transit

Med forbehold for artikel 43 eller medmindre det er fastlagt i gældende internationale aftaler, skal varer i transit, bortset fra levende dyr, som ikke omlæsses, ikke underkastes sundhedsmæssige foranstaltninger i henhold til sundhedsregulativet eller tilbageholdes af folkesundhedsmæssige årsager.

Artikel 34 Containere og container læsseområder

1. Deltagerstaterne skal så vidt muligt sikre, at containerspeditorer gør brug af containere til international trafik, som holdes fri af kilder til infektion eller kontaminering herunder vektorer og reservoirer, især i forbindelse med pakning.

2 Deltagerstaterne skal så vidt muligt sikre, at container læsseområder holdes fri for kilder til infektion eller kontaminering herunder vektorer og reservoirer.

3. Når som helst omfanget af international containertrafik efter en deltagerstats opfattelse har et tilstrækkeligt omfang, skal de kompetente myndigheder træffe alle praktisk gennemførlige forholdsregler i overensstemmelse med sundhedsregulativet herunder gennemføre inspektioner med henblik på at vurdere de hygiejniske betingelser i forbindelse med container læsseområder og containere for at sikre, at forpligtelserne i sundhedsregulativet er implementeret.

4. Faciliteter til inspektion og isolation af containere skal, i det omfang det er praktisk gennemførligt, være til rådighed ved container læsseområder.

5. Ladningsmodtagere og ladningsafsendere skal gøre deres yderste for at undgå krydskontaminering, når containere benyttes til transport af forskelligartet gods.

Del VI – Sundhedsdokumenter

Artikel 35 Generel regel

I international trafik skal der ikke kræves sundhedsdokumenter ud over dem, der foreskrives i sundhedsregulativet eller i henstillinger udstedt af WHO, men dog med det forbehold, at denne artikel ikke skal finde anvendelse for rejsende, som søger midlertidigt eller varigt ophold, ligesom den ikke skal finde anvendelse på dokumentationskrav vedrørende den folkesundhedsmæssige status for varer eller last i international handel i henhold til gældende internationale aftaler. Den kompetente myndighed kan anmode rejsende om at udfylde kontaktoplysningsformularer og spørgeskemaer vedrørende rejsendes sundhed, forudsat at disse dokumenter lever op til forskrifterne i artikel 23.

Artikel 36 Certifikater for vaccination eller anden profylakse

1. Vacciner og profylakse for rejsende givet i henhold til sundhedsregulativet eller i henhold til henstillinger og certifikater, der relaterer hertil, skal være i overensstemmelse med bestemmelserne i bilag 6 og, når det finder anvendelse, bilag 7 med hensyn til specifikke sygdomme.

2. En rejsende, der er i besiddelse af et certifikat for vaccination eller anden profylakse udstedt i overensstemmelse med bilag 6 og, når det finder anvendelse, bilag 7, skal ikke nægtes indrejse som konsekvens af den sygdom, som certifikatet henviser til, selvom vedkommende kommer fra et berørt område, medmindre den kompetente myndighed har verificerbare indikationer og/eller evidens for, at pågældende vaccination eller anden profylakse ikke har været effektiv.

Artikel 37 Sundhedserklæring for skibsfarten

1. Før et skib kommer til sin første anløbshavn på en deltagerstats territorium, skal skibsføreren forsikre sig om sundhedstilstanden ombord, og medmindre pågældende deltagerstat ikke kræver dette, skal skibsføreren ved ankomst eller forud for skibets ankomst, hvis skibet er udstyret hertil, og deltagerstaten kræver sådan forudgående oversendelse, udfylde og oversende en Sundhedserklæring for skibsfarten, som skal være medunderskrevet af skibets læge, hvis skibet medfører en sådan.

2. Skibsføreren eller skibets læge, hvis skibet har en sådan, skal bistå med alle oplysninger krævet af den kompetente myndighed vedrørende sundhedssituationen ombord under en international rejse.

3. En Sundhedserklæring for skibsfarten skal være i overensstemmelse med den model, der foreskrives i bilag 8.

4. En deltagerstat kan beslutte:

(a) at give fritagelse for forelæggelsen af en Sundhedserklæring for skibsfarten for alle ankommende skibe, eller

(b) at kræve forelæggelse af Sundhedserklæring for skibsfarten i henhold til en henstilling vedrørende skibe, der ankommer fra berørte områder eller at kræve Sundhedserklæring for skibsfarten af skibe, som i øvrigt kunne medføre infektion eller kontaminering.

Deltagerstaten skal informere rederier eller deres agenter om disse krav.

Artikel 38 Sundhedsdelen af Aircraft General Declaration

1. Den pilot, der har kommando over et fly, eller pilotens agent skal efter bedste evne under flyvningen eller ved landing i den første lufthavn på en deltagerstats territorium, medmindre pågældende deltagerstat ikke kræver dette, udfylde og aflevere sundhedsdelen af Aircraft General Declaration, som skal være i overensstemmelse med den model, der er foreskrevet i bilag 9.

2. Den pilot, der har kommandoen over et fly, eller dennes agent skal bidrage med alle oplysninger, som deltagerstaten anmoder om vedrørende sundhedstilstanden ombord under international rejse og vedrørende enhver sundhedsmæssig foranstaltning iværksat i relation til flyet.

3. En deltagerstat kan beslutte:

(a) at give fritagelse for forelæggelse af sundhedsdelen af Aircraft General Declaration for alle ankommende fly, eller

(b) at kræve forelæggelse af sundhedsdelen af Aircraft General Declaration i henhold til en henstilling vedrørende fly, der ankommer fra berørte områder, eller at kræve forelæggelse af sundhedsdelen af Aircraft General Declaration af fly, som i øvrigt kunne medføre infektion eller kontaminering.

Deltagerstaten skal oplyse flyselskaber eller disses agenter om disse krav.

Artikel 39 Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe

1. Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe og Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe skal gælde for en periode på højst 6 måneder. Denne periode kan forlænges med en måned, hvis den krævede inspektion eller de krævede kontrolforanstaltninger ikke kan gennemføres i havnen.

2. Hvis et gyldigt Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe eller Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe ikke fremlægges, eller hvis der findes evidens for en folkesundhedsmæssig risiko ombord på et skib, kan deltagerstaten forholde sig som foreskrevet i artikel 27 stk. 1.

3. De certifikater, der refereres til i denne artikel, skal være i overensstemmelse med modellen i bilag 3.

4. Når som helst det er muligt, skal kontrolforanstaltninger gennemføres, når skibet og lastrummene er tomme. I tilfælde af et skib, der sejler med ballast, skal kontrolforanstaltninger gennemføres før læsning.

5. Når kontrolforanstaltninger kræves og er blevet tilfredsstillende gennemført, skal den kompetente myndighed udstede et Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe og anføre den evidens, der er fundet, og de kontrolforanstaltninger, der er truffet.

6. Den kompetente myndighed kan udstede et Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe i enhver havn specificeret i henhold til artikel 20, hvis myndigheden finder det godtgjort, at skibet er frit for infektion og kontaminering herunder vektorer og reservoarer. Sådant et certifikat skal almindeligvis kun udstedes, hvis inspektion af skibet er foretaget, mens skibet og dets lastrum er tomme, eller når disse kun indeholder ballast eller andet materiale af en sådan karakter eller således anbragt, at det muliggør en gennemgribende inspektion af lastrummene.

7. Hvis den kompetente myndighed for den havn, hvor kontrolforanstaltninger er gennemført, mener, at de betingelser, under hvilke kontrolforanstaltningerne er gennemført, er sådanne, at et tilfredsstillende resultat ikke kan opnås, skal myndigheden anføre dette på Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe.

Del VII - Afgifter

Artikel 40 Afgifter for sundhedsforanstaltninger for rejsende

1. Med undtagelse af rejsende som søger midlertidigt eller varigt ophold og med forbehold for stk. 2 i denne artikel, skal der i henhold til sundhedsregulativet ikke betales afgift til en deltagerstat for følgende foranstaltninger til beskyttelse af folkesundheden:

(a) enhver lægelig undersøgelse foreskrevet i sundhedsregulativet eller enhver supplerende undersøgelse, som kræves af pågældende deltagerstat for at fastslå den undersøgte rejsendes sundhedstilstand,

(b) enhver vaccination eller anden profylakse, som gives en rejsende ved ankomst, og som ikke er et offentliggjort krav, eller som er et krav, der er offentliggjort mindre end 10 dage, før denne vaccination eller anden profylakse gives,

(c) passende krav om isolation af eller karantæne for rejsende,

(d) ethvert certifikat udstedt til den rejsende, som specificerer de foranstaltninger, der er truffet og datoen herfor, eller

(e) enhver sundhedsmæssig foranstaltning i relation til bagage, den rejsende medbringer.

2. Deltagerstater kan kræve afgift for andre sundhedsmæssige foranstaltninger end dem, der henvises til i stk. 1 i denne artikel herunder sådanne, som primært er til gavn for den rejsende.

3. Når der kræves afgifter for at iværksætte sådanne sundhedsmæssige foranstaltninger for rejsende i henhold til sundhedsregulativet, skal der i hver deltagerstat kun være én sats for sådanne afgifter, og hver afgift skal:

(a) være i overensstemmelse med denne sats,

(b) ikke overskride den faktiske omkostning ved ydelsen, og

(c) opkræves uden sontring med hensyn til den pågældende rejsendes nationalitet, hjemsted eller bopæl.

4. Satsen og enhver ændring heraf skal offentliggøres mindst 10 dage forud for enhver opkrævning.

5. Intet i dette regulativ skal udelukke deltagerstaterne fra at søge godtgørelse for udgifter i forbindelse med gennemførelse af de sundhedsforanstaltninger, der nævnes i stykke 1 i denne artikel:

(a) fra operatører eller ejere af transportmidler med hensyn til disses ansatte, eller

(b) fra relevante forsikringskilder

6. Under ingen omstændigheder skal rejsende eller transportoperatører nægtes adgang til at afrejse fra en deltagerstats territorium på grund af udestående betalinger af de afgifter, der refereres til i stk. 1 eller 2 i denne artikel.

Artikel 41 Afgifter for bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser

1. Når der opkræves afgifter for sundhedsforanstaltninger i relation til bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser i henhold til regulativet, skal der i hver deltagerstat kun være en sats for sådanne afgifter, og hver afgift skal:

(a) være i overensstemmelse med denne sats,

(b) ikke overskride de faktiske omkostninger ved den leverede ydelse, og

(c) opkræves uden sontring med hensyn til nationalitet, flag, registrering eller ejerskab af pågældende bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser. Især skal der ikke sondres mellem national og udenlandsk bagage, last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser.

2. Satsen og eventuelle ændringer heraf skal offentliggøres mindst 10 dage forud for opkrævning.

Del VIII – Generelle bestemmelser

Artikel 42 Gennemførelse af sundhedsmæssige foranstaltninger

Sundhedsmæssige foranstaltninger, der træffes i henhold til sundhedsregulativet, skal igangsættes og fuldt ud gennemføres uden forsinkelse og anvendes på en gennemsigtig og ikke-diskriminerende måde.

Artikel 43 Yderligere sundhedsmæssige foranstaltninger

1. Sundhedsregulativet skal ikke udelukke deltagerstaterne fra at gennemføre sundhedsmæssige foranstaltninger i overensstemmelse med relevant national lovgivning og relevante forpligtelser under international lovgivning som reaktion på specifikke folkesundhedsmæssige risici eller folkesundhedsmæssige krisesituationer af international betydning, som:

(a) resulterer i et tilsvarende eller højere sundhedsbeskyttelsesniveau end henstillinger fra WHO, eller

(b) i øvrigt er forbudt i henhold til artikel 25, artikel 26, artikel 28 stk. 1 og 2, artikel 30, artikel 31 stk. 1(c) og artikel 33,

under forudsætning af, at sådanne foranstaltninger i øvrigt er i overensstemmelse med sundhedsregulativet.

Sådanne foranstaltninger må ikke være mere restriktive i relation til international trafik og ikke mere invasive eller påtrængende i relation til personer end andre inden for rimelighedens grænser til rådighed værende alternativer, som kunne sikre det fornødne niveau af sundhedsmæssig beskyttelse.

2. I forbindelse med afgørelse af, om der skal gennemføres sundhedsforanstaltninger henvist til i stk. 1 i denne artikel eller yderligere sundhedsforanstaltninger i henhold til artikel 23 stk. 2, artikel 27 stk. 1, artikel 28 stk. 2 og artikel 31 stk. 2 (c), skal deltagerstaterne basere deres beslutninger på:

(a) videnskabelige principper,

(b) foreliggende videnskabelig evidens for en risiko for menneskers sundhed, eller, hvis sådan evidens er utilstrækkelig, foreliggende oplysninger fra WHO og andre relevante mellemstatslige organisationer og internationale instanser, og

(c) specifikke retningslinier eller råd fra WHO.

3. En deltagerstat, der gennemfører yderligere sundhedsmæssige foranstaltninger omtalt i stk. 1 i denne artikel, som væsentligt indvirker på international trafik, skal forelægge WHO de folkesundhedsmæssige vurderinger og relevante videnskabelige oplysninger, der ligger til grund. WHO skal meddele disse oplysninger til andre deltagerstater og skal meddele oplysninger om de gennemførte sundhedsmæssige foranstaltninger. Inden for rammerne af denne artikel betyder væsentlig indvirkning som udgangspunkt afvisning af indrejse eller afrejse for internationale rejsende, bagage, last, containere, transportmidler, varer og lignende eller forsinkelse heraf i mere end 24 timer.

4. Efter vurdering af oplysninger forelagt i henhold til stk. 3 og 5 i denne artikel og anden relevant information kan WHO anmode om, at den relevante deltagerstat genovervejer de trufne foranstaltninger.

5. En deltagerstat, som gennemfører yderligere sundhedsmæssige foranstaltninger som omtalt i stk. 1 og 2 i denne artikel, der væsentligt indvirker på international trafik, skal informere WHO inden for 48 timer efter gennemførelse om sådanne foranstaltninger og om den sundhedsmæssige vurdering, der ligger til grund, medmindre de pågældende foranstaltninger er dækket af en midlertidig eller en stående henstilling.

6. En deltagerstat, som gennemfører en sundhedsmæssig foranstaltning i henhold til stk. 1 eller 2 i denne artikel, skal inden for tre måneder evaluere en sådan foranstaltning, idet der tages hensyn til rådgivning fra WHO og kriterierne i stk. 2 i denne artikel.

7. Uden at det berører deltagerstatens rettigheder i henhold til artikel 56, kan enhver deltagerstat, der bliver påvirket af en foranstaltning truffet i henhold til stk. 1 og 2 i denne artikel, anmode den deltagerstat, som har truffet denne foranstaltning, om samråd. Formålet med et sådant samråd er at afklare den videnskabelige information og den folkesundhedsmæssige vurdering, der ligger til grund for foranstaltningen, og at finde frem til en gensidigt acceptabel løsning.

8. Bestemmelserne i denne artikel kan finde anvendelse på gennemførelse af foranstaltninger, der vedrører rejsende, som tager del i meget store forsamlinger.

Artikel 44 Samarbejde og assistance

1. Deltagerstaterne skal påtage sig i muligt omfang at samarbejde indbyrdes om:

- (a) afdækning og vurdering af og reaktion på begivenheder som foreskrevet i sundhedsregulativet,
- (b) ydelse eller lettelse af teknisk samarbejde og logistisk støtte, især med hensyn til udvikling, styrkelse og fastholdelse af den folkesundhedsmæssige kapacitet, der kræves i henhold til sundhedsregulativet,
- (c) mobilisering af økonomiske ressourcer til at lette gennemførelsen af deres forpligtelser i henhold til sundhedsregulativet, og
- (d) formulering af lovforslag og andre juridiske og administrative forskrifter med henblik på gennemførelsen af sundhedsregulativet.

2. WHO skal efter anmodning herom i muligt omfang samarbejde med deltagerstater om:

- (a) evaluering og vurdering af deres folkesundhedsmæssige kapacitet med henblik på at lette den effektive gennemførelse af sundhedsregulativet,
- (b) ydelse og lettelse af teknisk samarbejde og logistisk støtte til deltagerstater, og
- (c) mobilisering af økonomiske ressourcer til at støtte udviklingslande i at opbygge, styrke og fastholde den kapacitet, der er foreskrevet i bilag 1.

3. Samarbejde i henhold til denne artikel kan gennemføres gennem en flerhed af kanaler herunder bilateralt, via regionale netværk og WHO's regionalkontorer og via mellemstatslige organisationer og internationale instanser.

Artikel 45 Behandling af personlige oplysninger

1. Sundhedsoplysninger indsamlet eller modtaget af en deltagerstat i henhold til sundhedsregulativet fra en anden deltagerstat eller fra WHO, som henviser til en identificeret eller identificerbar person, skal holdes fortrolige og behandles anonymt som krævet i international lovgivning.

2. Uanset stk. 1 kan deltagerstater afsløre og behandle personlige oplysninger, når dette er afgørende med henblik på at vurdere og håndtere en folkesundhedsmæssig risiko, men deltagerstater, i overensstemmelse med international lovgivning, og WHO skal sikre, at sådanne personlige oplysninger:

- (a) bliver behandlet forsvarligt og forskriftsmæssigt og ikke bliver behandlet yderligere på en måde, der ikke er i overensstemmelse med nævnte formål,
- (b) er adækvate, relevante og ikke for vidtgående i relation til nævnte formål,
- (c) er præcise og, når dette er nødvendigt, bliver ajourført. Alle rimelige skridt skal tages for at sikre, at oplysninger, som er upræcise eller ufuldstændige, bliver slettet eller rettet, og
- (d) ikke bliver opbevaret længere end nødvendigt.

3. På anmodning skal WHO i muligt omfang forelægge en person de ham eller hende vedrørende personlige oplysninger henvist til i denne artikel i en forståelig form uden unødigt forsinkelse eller udgift samt om nødvendigt give mulighed for korrektion.

Artikel 46 Transport og håndtering af biologisk materiale, reagenser og materiale til diagnostiske formål

Med forbehold for international lov og idet der tages højde for relevante internationale retningslinier, skal deltagerstater lette transporten af, indrejse og udrejse for, forarbejdning og bortskaffelse af biologisk materiale og diagnostiske prøver, reagenser og andet diagnostisk materiale med henblik på verifikation og folkesundhedsmæssige formål i henhold til sundhedsregulativet.

Del IX - IHR ekspertpanel, Kriseudvalget og Evalueringsudvalget

Kapitel I – IHR ekspertpanelet

Artikel 47 Sammensætning

Generaldirektøren skal etablere et ekspertpanel sammensat af eksperter på alle relevante områder (Herefter benævnt "IHR ekspertpanelet"). Generaldirektøren skal udpege medlemmer af IHR ekspertpanelet i overensstemmelse med WHO's bestemmelser for rådgivende ekspertpaneler og udvalg (herefter benævnt "WHO regler for rådgivende paneler") medmindre andet er foreskrevet i sundhedsregulativet. Herudover skal generaldirektøren udpege et medlem på anmodning af hver deltagerstat og, efter omstændighederne, eksperter foreslået af relevante mellemstatslige og regionale økonomiske integrationsorganisationer. Interesserede deltagerstater skal informere generaldirektøren om kvalifikationer og ekspertise for hver ekspert, de foreslår som medlem. Generaldirektøren skal jævnligt informere deltagerstaterne og relevante mellemstatslige og regionale økonomiske integrationsorganisationer om sammensætningen af IHR ekspertpanelet.

Kapitel II- Kriseudvalget

Artikel 48 Mandat og sammensætning

1. Generaldirektøren skal nedsætte et kriseudvalg, som på generaldirektørens anmodning skal fremlægge sit syn på:

- (a) om en begivenhed udgør en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning,
- (b) afslutningen af en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, og
- (c) en foreslået udstedelse, ændring, udvidelse eller annullering af midlertidige henstillinger.

2. Kriseudvalget skal være sammensat af eksperter udvalgt af generaldirektøren fra IHR ekspertpanelet og efter omstændighederne andre rådgivende ekspertpaneler i WHO. Generaldirektøren skal afgøre varigheden af medlemskab med henblik på at sikre panelets kontinuitet i relation til en specifik begivenhed og dennes konsekvenser. Generaldirektøren skal udvælge medlemmer af Kriseudvalget på grundlag af den ekspertise og erfaring, der kræves til det enkelte møde, og med passende hensyn til principperne for ligelige geografisk repræsentation.

Mindst ét medlem af kriseudvalget skal være en ekspert udpeget af en deltagerstat, inden for hvis territorium en begivenhed indtræffer.

3. Generaldirektøren kan på eget initiativ eller efter anmodning fra kriseudvalget udpege en eller flere tekniske eksperter til at rådgive kriseudvalget.

Artikel 49 Procedurer

1. Generaldirektøren skal indkalde til møder i kriseudvalget ved at udvælge et antal blandt de eksperter, der henvises til i artikel 48 stk. 2 afhængigt af de ekspertiseområder og erfaringsområder, der er mest relevante for den specifikke begivenhed, der indtræffer. Inden for rammerne af denne artikel kan 'møder' i kriseudvalget omfatte telefonkonferencer, videokonferencer eller elektronisk kommunikation.

2. Generaldirektøren skal sørge for dagsorden til kriseudvalget samt relevant information om begivenheden forelagt af deltagerstaterne så vel som midlertidige henstillinger, som generaldirektøren foreslår udstedelse af.

3. Kriseudvalget vælger sin egen mødeleder og udarbejder efter hvert møde en kort rapport om sine drøftelser og forhandlinger herunder eventuelle råd og henstillinger.

4. Generaldirektøren skal opfordre den deltagerstat, på hvis territorium begivenheden indtræffer, om at forelægge sine synspunkter for kriseudvalget. Med henblik herpå skal generaldirektøren informere deltagerstaten om datoer og dagsorden for kriseudvalgets møde så lang tid i forvejen, som er påkrævet. Pågældende deltagerstat kan imidlertid ikke anmode om udsættelse af kriseudvalgets møde med henblik på at fremlægge sine synspunkter for udvalget.

5. Kriseudvalgets synspunkter skal fremsendes til generaldirektøren til overvejelse. Generaldirektøren skal træffe endelig afgørelse i disse spørgsmål.

6. Generaldirektøren skal informere deltagerstaterne om afgørelser vedrørende en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning og om afslutningen af en sådan, samt om sundhedsmæssige foranstaltninger truffet af pågældende deltagerstat, eventuelle midlertidige henstillinger herunder ændring, udvidelse og afslutning af sådanne henstillinger og om kriseudvalgets synspunkter. Generaldirektøren skal informere transportoperatører via deltagerstaterne og de relevante internationale instanser om sådanne midlertidige henstillinger herunder om ændring, udvidelse eller afslutning af disse. Generaldirektøren skal herefter gøre offentligheden bekendt med disse informationer og henstillinger.

7. Deltagerstater, på hvis territorier begivenheden er indtruffet, kan foreslå generaldirektøren at træffe afgørelse om afslutning af en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning og/eller afslutning af midlertidige henstillinger og kan fremsende oplæg til kriseudvalget med henblik herpå.

Kapitel III – Evalueringsudvalget

Artikel 50 Mandat og sammensætning

1. Generaldirektøren skal nedsætte et evalueringsudvalg, som skal varetage følgende funktioner:
 - (a) fremsætte tekniske henstillinger til generaldirektøren vedrørende ændringer af sundhedsregulativet,
 - (b) give generaldirektøren tekniske råd med hensyn til stående henstillinger og eventuelle ændringer af eller afslutning af sådanne,
 - (c) give generaldirektøren teknisk rådgivning vedrørende enhver sag, som generaldirektøren forelægger udvalget, med hensyn til hvordan sundhedsregulativet fungerer.
2. Evalueringsudvalget skal anses for at være et ekspertudvalg og skal omfattes af WHO's regelsæt for rådgivende paneler, medmindre andet foreskrives i denne artikel.
3. Medlemmerne af evalueringsudvalget skal udvælges og udpeges af generaldirektøren blandt de personer, der er med i IHR ekspertpanelet og efter omstændighederne andre rådgivende ekspertpaneler i WHO.
4. Generaldirektøren fastlægger antallet af medlemmer, der indkaldes til et møde i evalueringsudvalget, samt mødets dato og varighed og indkalder udvalget.
5. Generaldirektørens udpegelse af medlemmer af evalueringsudvalget gælder kun for varigheden af arbejdet i forbindelse med et givet møde.
6. Generaldirektøren udvælger medlemmer af evalueringsudvalget på grundlag af principperne om ligelig geografisk repræsentation, balance mellem kønnene, balance mellem eksperter fra udviklede lande og udviklingslande, repræsentation af forskellige videnskabelige opfattelser, tilgange og praktisk erfaring i forskellige dele af verden samt en passende tværfaglig balance.

Artikel 51 Arbejdets varetagelse

1. Evalueringsudvalgets beslutninger skal træffes af et flertal af de medlemmer, som er til stede, og som deltager i en afstemning.
2. Generaldirektøren opfordrer medlemsstater, FN og dets specialiserede organer og andre relevante mellemstatslige organisationer eller ngo'er med officielle kontakter til WHO om at udpege repræsentanter til at deltage i udvalgets møder. Sådanne repræsentanter kan forelægge memoranda og med mødelederens accept fremsætte udtalelser om de spørgsmål, der er til drøftelse. De har ikke stemmeret.

Artikel 52 Rapporter

1. Evalueringsudvalget skal for hvert møde lave en rapport, der præsenterer udvalgets synspunkter og råd. Denne rapport skal godkendes af evalueringsudvalget inden mødets afslutning.

Udvalgets synspunkter og råd forpligter ikke WHO og skal formuleres som råd til generaldirektøren. Rapportens tekst må ikke ændres uden udvalgets godkendelse.

2. Hvis evalueringsudvalget ikke er enige om sine resultater, har ethvert medlem ret til at give udtryk for vedkommendes afvigende professionelle synspunkter i en rapport, individuelt eller gruppevis, hvori der redegøres for, hvorfor der indtages et afvigende synspunkt, og som skal indgå som en del af udvalgets rapport.

3. Evalueringsudvalgets rapport skal forelægges generaldirektøren, som meddeler rapportens synspunkter og råd til Verdenssundhedsforsamlingen eller forretningsudvalget med henblik på disses overvejelse og foranstaltning.

Artikel 53 Procedurer og stående henstillinger

Når generaldirektøren vurderer, at en stående henstilling er påkrævet og passende i relation til en specifik folkesundhedsmæssig risiko, skal generaldirektøren indhente synspunkter fra evalueringsudvalget. Ud over de relevante bestemmelser i artiklerne 50 til 52 skal følgende bestemmelser finde anvendelse:

(a) forslag til stående henstillinger og ændring og afslutning af disse kan forelægges evalueringsudvalget af generaldirektøren eller af deltagerstater gennem generaldirektøren,

(b) enhver deltagerstat kan forelægge relevante oplysninger til overvejelse for evalueringsudvalget,

(c) generaldirektøren kan anmode enhver deltagerstat, mellemstatslig organisation eller ngo med officiel kontakt til WHO om at stille oplysninger til rådighed for evalueringsudvalget, som vedkommende instans måtte være i besiddelse af vedrørende genstanden for den foreslåede stående henstilling som præciseret af evalueringsudvalget,

(d) generaldirektøren kan på anmodning af evalueringsudvalget eller på eget initiativ udpege en eller flere tekniske eksperter til at rådgive evalueringsudvalget. Disse eksperter har ikke stemmeret,

(e) en rapport med evalueringsudvalgets synspunkter og råd vedrørende stående henstillinger skal fremsendes til generaldirektøren til overvejelse og beslutning. Generaldirektøren skal meddele evalueringsudvalgets synspunkter og råd til Verdenssundhedsforsamlingen,

(f) generaldirektøren skal oplyse deltagerstaterne om enhver stående henstilling så vel som ændringer eller afslutning af sådanne henstillinger samt om evalueringsudvalgets synspunkter,

(g) stående henstillinger skal af generaldirektøren forelægges næstfølgende Verdenssundhedsforsamling til overvejelse.

Del X – Afsluttende bestemmelser

Artikel 54 Rapportering og evaluering

1. Deltagerstaterne og generaldirektøren skal rapportere til Verdenssundhedsforsamlingen om gennemførelsen af sundhedsregulativet som vedtaget af Verdenssundhedsforsamlingen.
2. Verdenssundhedsforsamlingen skal jævnligt evaluere sundhedsregulativets funktion. Med henblik herpå kan den anmode om rådgivning fra evalueringsudvalget via generaldirektøren. Den første sådanne evaluering skal finde sted ikke senere end fem år efter sundhedsregulativets ikrafttræden.
3. WHO skal jævnligt gennemføre undersøgelser for at evaluere og vurdere, hvordan bilag 2 fungerer. Den første sådanne evaluering skal indledes ikke senere end et år efter sundhedsregulativets ikrafttræden. Resultatet af sådanne evalueringer skal efter omstændighederne forelægges Verdenssundhedsforsamlingen til overvejelse.

Artikel 55 Ændringer

1. Ændringer af sundhedsregulativet kan foreslås af enhver deltagerstat eller af generaldirektøren. Sådanne ændringsforslag skal forelægges Verdenssundhedsforsamlingen til overvejelse.
2. Teksten til et ændringsforslag skal fremsendes til alle deltagerstater af generaldirektøren mindst 4 måneder før den Verdenssundhedsforsamling, hvor de skal fremlægges til overvejelse.
3. Ændringer af sundhedsregulativet vedtaget af Verdenssundhedsforsamlingen i henhold til denne artikel skal træde i kraft for alle deltagerstater på samme betingelser og i henhold til de samme rettigheder og forpligtelser, som er foreskrevet i artikel 22 i WHO's statutter og artikel 59 til 64 i sundhedsregulativet.

Artikel 56 Tvistbilæggelse

1. I tilfælde af en tvist mellem to eller flere deltagerstater vedrørende fortolkning eller anvendelse af sundhedsregulativet skal de involverede deltagerstater i første omgang søge tvisten bilagt gennem forhandling eller ad anden fredelig vej efter eget valg, herunder venskabelig mellemkomst, mægling eller forsoning. Selvom der ikke nås til enighed, fritager dette ikke tvistens parter fra ansvaret for fortsat at søge tvisten bilagt.
2. I tilfælde af at tvisten ikke bilægges ved de midler, der er beskrevet i stk. 1 i denne artikel, kan de involverede deltagerstater blive enige om at henvise tvisten til generaldirektøren, som skal gøre sit yderste for at bilægge den.
3. En deltagerstat kan til enhver tid skriftligt erklære overfor generaldirektøren, at den accepterer tvungen voldgift med hensyn til alle tvister vedrørende fortolkning eller anvendelse af sundhedsregulativet, som den er part i, eller med hensyn til en specifik tvist i forhold til en anden deltagerstat, som accepterer den samme forpligtelse. Voldgiften skal gennemføres i overensstemmelse med de frivillige regler for tvistbilæggelse mellem stater under the Permanent Court of Arbitration, som er gældende på tidspunktet for anmodning om voldgift. De deltagerstater, der er blevet enige om at acceptere tvungen voldgift, skal acceptere voldgiftskendelsen som bindende og endelig. Generaldirektøren skal efter omstændighederne informere Verdenssundhedsforsamlingen om et sådant forløb.

4. Intet i sundhedsregulativet skal svække deltagerstaters ret til i henhold til nogen international aftale, som de er deltager i, at gøre brug af tvistbilæggelsesordninger etableret af andre mellemstatslige organisationer eller i henhold til en international aftale.

5. I tilfælde af en tvist mellem WHO og en eller flere deltagerstater vedrørende fortolkning eller anvendelse af sundhedsregulativet, skal sagen forelægges for Verdenssundhedsforsamlingen.

Artikel 57 Forhold med hensyn til andre internationale aftaler

1. Deltagerstaterne anerkender, at sundhedsregulativet og andre relevante internationale aftaler skal fortolkes således, at de er kompatible. Bestemmelserne i sundhedsregulativet skal ikke have indvirkning på nogen deltagerstats rettigheder eller pligter hidrørende fra andre internationale aftaler.

2. Med forbehold for stk. 1 i denne artikel skal intet i sundhedsregulativet forhindre deltagerstater, som har visse fælles interesser på grund af deres sundhedsmæssige, geografiske, sociale eller økonomiske betingelser, i at indgå særlige traktater eller ordninger med henblik på at lette anvendelse af sundhedsregulativet og især med hensyn til:

(a) direkte og hurtig udveksling af folkesundhedsmæssig information mellem nærtliggende territorier i adskilte stater,

(b) de sundhedsmæssige foranstaltninger, der skal anvendes i relation til international kystnær trafik og international trafik i farvand inden for deres jurisdiktion,

(c) de sundhedsmæssige foranstaltninger, der skal anvendes i tilgrænsende territorier i adskilte stater ved disses fælles grænse,

(d) ordninger med henblik på at transportere berørte personer og eller berørte menneskelige efterladenskaber på en måde, der er specielt tilpasset dette formål, og

(e) rottebekæmpelse, insektbekæmpelse, desinfektion, dekontaminering eller anden behandling beregnet på at gøre varer fri for sygdomsfremkaldende stof.

3. Uden at det berører deres forpligtelser i henhold til sundhedsregulativet, skal deltagerstater, som er medlemmer af en regional økonomisk integrationsorganisation, i deres indbyrdes relationer anvende de fælles regler, der gælder i den regionale økonomiske integrationsorganisation.

Artikel 58 Internationale aftaler og regler vedrørende hygiejne

1. Med forbehold for bestemmelser i artikel 62 og de i det følgende foreskrevne undtagelsestilfælde skal sundhedsregulativet mellem de stater, der er bundet af dem, og mellem disse stater og WHO erstatte bestemmelserne i følgende internationale aftaler og regler vedrørende hygiejne:

(a) International Sanitary Convention, underskrevet i Paris, 21. juni 1926,

(b) International Sanitary Convention for Aerial Navigation, underskrevet i Haag, 12. april 1933,

(c) International Agreement for dispensing with Bills of Health, underskrevet i Paris, 22. december 1934,

(d) International Agreement for dispensing with Consular Visas on Bills of Health, underskrevet i Paris, 22. december 1934,

(e) Convention modifying the International Sanitary Convention af 21. juni 1926, underskrevet i Paris, 31. oktober 1938,

- (f) International Sanitary Convention, 1944, modifying the International Sanitary Convention af 21. juni 1926, åbnet for underskrift i Washington, 15. december 1944,
- (g) International Sanitary Convention for Aerial Navigation, 1944, modifying the International Sanitary Convention af 12. april 1933, åbnet for underskrift i Washington, 15. december 1944,
- (h) Protokol af 23. april 1946 til forlængelse af International Sanitary Convention, 1944, underskrevet i Washington,
- (i) Protokol af 23. april 1946 til forlængelse af International Sanitary Convention for Aerial Navigation, 1944, underskrevet i Washington,
- (j) International Sanitary Regulations, 1951, and the Additional Regulations of 1955, 1956, 1960, 1963 og 1965, og
- (k) International Health Regulations af 1969 og ændringer heraf 1973 samt 1981.

2. The Pan American Sanitary Code, underskrevet i Havana, 14. november 1924, skal fortsat være gældende med undtagelse af artiklerne 2, 9, 10, 11, 16 til 53 inklusive, 61 og 62, for hvilke den relevante del af stk. 1 i denne artikel skal finde anvendelse.

Artikel 59 Ikrafttræden, tidsrammer for afvisning eller forbehold

1. Den periode, der er foreskrevet i medfør af artikel 22 i WHO's statutter for afvisning af eller forbehold overfor sundhedsregulativet eller en ændring heraf, skal være 18 måneder fra den dato generaldirektøren bekendtgør Verdenssundhedsforsamlingens vedtagelse af sundhedsregulativet eller af en ændring heraf. Enhver afvisning eller ethvert forbehold modtaget af generaldirektøren efter udløbet af den periode skal være uden gyldighed.
2. Sundhedsregulativet skal træde i kraft 24 måneder efter datoen for den bekendtgørelse, der henvises til i stk. 1 i denne artikel, undtagen for:
 - (a) en stat, som har afvist sundhedsregulativet eller en ændring heraf i overensstemmelse med artikel 61,
 - (b) en stat, som har fremsat et forbehold, for hvilken stat sundhedsregulativet skal træde i kraft som foreskrevet i artikel 62,

(c) en stat, som bliver medlem af WHO efter datoen for generaldirektørens bekendtgørelse henvist til i stk. 1 i denne artikel, og som ikke allerede er deltager i sundhedsregulativet, for hvilken stat sundhedsregulativet skal træde i kraft i henhold til artikel 60, og

(d) en stat, der ikke er medlem af WHO, og som accepterer sundhedsregulativet, for hvilken stat regulativet skal træde i kraft i overensstemmelse med artikel 64 stk. 1.

3. Hvis en stat ikke er i stand til at tilpasse sin nationale lovgivning og sine administrative ordninger fuldt ud til sundhedsregulativet inden for den periode, der er foreskrevet i stk. 2 i denne artikel, skal denne stat inden for den periode, der er præciseret i stk. 1 i denne artikel, fremsætte en erklæring til generaldirektøren vedrørende de udestående tilpasninger og gennemføre disse ikke senere end 12 måneder efter ikrafttræden af sundhedsregulativet for det pågældende land.

Artikel 60 Nye WHO medlemsstater

Enhver stat som bliver medlem af WHO efter datoen for generaldirektørens bekendtgørelse nævnt i artikel 59 stk. 1, og som ikke allerede er deltager i sundhedsregulativet, kan meddele sin afvisning eller eventuelle forbehold vedrørende sundhedsregulativet inden for en periode på 12 måneder fra datoen for generaldirektørens bekendtgørelse til staten, efter at den er blevet medlem af WHO. Medmindre det afvises, skal sundhedsregulativet træde i kraft for pågældende stat ved udløbet af denne periode med forbehold for artiklerne 62 og 63. Under ingen omstændigheder skal sundhedsregulativet træde i kraft for pågældende stat tidligere end 24 måneder efter den dato for bekendtgørelse, der henvises til i artikel 59 stk. 1.

Artikel 61 Afvisning

Hvis en stat til generaldirektøren meddeler sin afvisning af sundhedsregulativet eller af en ændring heraf inden for den periode, der er foreskrevet i artikel 59 stk. 1, skal sundhedsregulativet eller pågældende ændring heraf ikke træde i kraft for pågældende stat. Internationale hygiejneaftaler eller regelsæt nævnt i artikel 58, som en sådan stat allerede er deltager i, skal fortsat være gældende for pågældende stats vedkommende.

Artikel 62 Forbehold

1. Stater kan tage forbehold overfor sundhedsregulativet i overensstemmelse med denne artikel. Sådanne forbehold må ikke være uforenelige med hensigten og målet med sundhedsregulativet.

2. Forbehold overfor sundhedsregulativet skal anmeldes til generaldirektøren i overensstemmelse med artikel 59 stk. 1, artikel 60, artikel 63 stk. 1 eller artikel 64 stk. 1 efter omstændighederne. En stat, der ikke er medlem af WHO, skal meddele generaldirektøren eventuelle forbehold samtidig med sin bekendtgørelse af accept af sundhedsregulativet. Stater, der formulerer forbehold, skal forelægge generaldirektøren begrundelser herfor.

3. En delvis afvisning af sundhedsregulativet skal anses for et forbehold.

4. Generaldirektøren skal i overensstemmelse med artikel 65 stk. 2 udsende en bekendtgørelse af hvert forbehold modtaget i henhold til stk. 2 i denne artikel. Generaldirektøren skal:

(a) hvis forbeholdet blev fremsat inden sundhedsregulativets ikrafttræden, anmode de medlemsstater, der ikke har afvist sundhedsregulativet, om inden 6 måneder at anmelde en eventuel indvending mod forbeholdet til ham eller hende, eller

(b) hvis forbeholdet er fremsat efter sundhedsregulativets ikrafttræden, anmode deltagerstaterne om at anmelde indvendinger mod forbeholdet til ham eller hende inden 6 måneder.

Stater, der har indvendinger mod et forbehold, skal forelægge generaldirektøren begrundelser herfor.

5. Efter denne periode skal generaldirektøren bekendtgøre overfor alle deltagerstater, hvilke indvendinger han eller hun har modtaget med hensyn til forbehold. Medmindre et forbehold er blevet afvist af en tredjedel af de stater, der henvises til i stk. 4 i denne artikel ved udgangen 6 måneder fra datoen for den bekendtgørelse, der henvises til i stk. 4 i denne artikel, skal dette forbehold anses for at være accepteret, og sundhedsregulativet skal træde i kraft for den pågældende stat med det forbehold, der er fremsat.

6. Hvis mindst en tredjedel af de stater, der henvises til i stk. 4 i denne artikel, rejser indvendinger mod forbeholdet inden 6 måneder fra den dato for bekendtgørelse, der henvises til i stk. 4 i denne artikel, skal generaldirektøren rette henvendelse til den stat, der har fremsat forbehold, med henblik på at den skal overveje at ophæve sit forbehold inden 3 måneder fra datoen for generaldirektørens henvendelse.

7. Den stat, der har fremsat forbehold, skal fortsat efterleve de forpligtelser, der vedrører de forhold, der er forbeholdets genstand, og som pågældende stat har påtaget sig under en anden af de internationale hygiejneaftaler eller regelsæt, der er nævnt i artikel 58.

8. Hvis den stat, der har fremsat forbehold, ikke trækker forbeholdet tilbage inden 3 måneder fra datoen for den henvendelse fra generaldirektøren, der henvises til i stk. 6 i denne artikel, skal generaldirektøren indhente en vurdering fra Evalueringsudvalget, hvis den stat, der har fremsat forbehold, anmoder herom. Evalueringsudvalget skal så snart som muligt og i overensstemmelse med artikel 50 orientere generaldirektøren om forbeholdets praktiske betydning for sundhedsregulativets funktion.

9. Generaldirektøren skal forelægge forbeholdet og i givet fald Evalueringsudvalgets vurdering for Verdenssundhedsforsamlingen til overvejelse. Hvis flertallet af Verdenssundhedsforsamlingen ved en afstemning afviser forbeholdet med henvisning til, at det ikke er kompatibelt med hensigten og formålet med sundhedsregulativet, skal forbeholdet ikke accepteres, og sundhedsregulativet skal først træde i kraft for den stat, der har fremsat forbehold, efter at den har trukket sit forbehold tilbage i henhold til artikel 63. Hvis Verdenssundhedsforsamlingen accepterer forbeholdet, skal sundhedsregulativet træde i kraft for den pågældende stat med det fremsatte forbehold.

Artikel 63 Tilbagetrækning af afvisning og forbehold

1. En afvisning i henhold til artikel 61 kan når som helst trækkes tilbage af en stat gennem en meddelelse til generaldirektøren. I sådanne tilfælde skal sundhedsregulativet træde i kraft for den pågældende stat, når generaldirektøren modtager denne meddelelse, medmindre den pågældende stat fremsætter et forbehold, når den trækker sin afvisning tilbage, i hvilket tilfælde sundhedsregulativet skal træde i kraft som foreskrevet i artikel 62. Under ingen omstændigheder skal sundhedsregulativet træde i kraft for den pågældende stat tidligere end 24 måneder efter den bekendtgørelsesdato, der henvises til i artikel 59 stk. 1.

2. Et forbehold kan til enhver tid trækkes helt eller delvis tilbage af den relevante deltagerstat gennem en meddelelse herom til generaldirektøren. I sådanne tilfælde skal tilbagetrækningen have effekt fra den dato, generaldirektøren modtager meddelelsen.

Artikel 64 Stater der ikke er medlemmer af WHO

1. Enhver stat, der ikke er medlem af WHO, og som er deltager i en anden international hygiejneaftale eller regelsæt nævnt i artikel 58, eller til hvilken generaldirektøren har bekendtgjort Verdenssundhedsforsamlingens vedtagelse af sundhedsregulativet, kan blive deltager ved at meddele sin accept af sundhedsregulativet til generaldirektøren og med forbehold for bestemmelserne i artikel 62 skal denne accept træde i kraft på datoen for sundhedsregulativets ikrafttræden eller, hvis den pågældende meddelelse foreligger efter denne dato, tre måneder efter generaldirektørens modtagelse af meddelelsen om accept.

2. Enhver stat, der ikke er medlem af WHO, og som er blevet deltager i sundhedsregulativet, kan til enhver tid trække sin deltagelse i sundhedsregulativet tilbage ved en meddelelse stilet til generaldirektøren, som skal træde i kraft 6 måneder efter generaldirektørens modtagelse heraf. Den stat, der har trukket sig ud, skal fra nævnte dato genoptage anvendelsen af bestemmelserne i enhver af de internationale hygiejneaftaler eller regelsæt, som er nævnt i artikel 58, som pågældende stat tidligere var deltager i.

Artikel 65 Bekendtgørelser fra generaldirektøren

1. Generaldirektøren skal underrette alle WHO's medlemsstater og associerede stater og også alle andre deltagere i enhver af de internationale hygiejneaftaler eller regelsæt nævnt i artikel 58 om Verdenssundhedsforsamlingens vedtagelse af sundhedsregulativet.

2. Generaldirektøren skal også underrette disse stater og enhver anden stat, som er blevet deltager i sundhedsregulativet eller en ændring af sundhedsregulativet, om enhver meddelelse modtaget af WHO i henhold til artiklerne 60 til 64 såvel som om enhver anden beslutning truffet af Verdenssundhedsforsamlingen i henhold til artikel 62.

Artikel 66 Gyldige tekster

1. Den arabiske, kinesiske, engelske, franske, russiske og spanske udgave af sundhedsregulativet har lige gyldighed. De originale udgaver af sundhedsregulativet deponeres hos WHO.

2. Generaldirektøren skal med den bekendtgørelse, der er foreskrevet i artikel 59 stk. 1, sende bekræftede kopier af sundhedsregulativet til alle medlemmer og associerede medlemmer og også til andre deltagere i enhver af de internationale hygiejneaftaler eller regelsæt, der er nævnt i artikel 58.

3. Ved sundhedsregulativets ikrafttræden skal generaldirektøren fremsende bekræftede kopier heraf til FN med henblik på registrering i overensstemmelse med artikel 102 i FN's Charter.

Bilag 1

A. Krav til kernekapacitet med henblik på overvågning og indsats

1. Deltagerstaterne skal benytte eksisterende nationale strukturer og ressourcer til at imødekomme krav om kernekapacitet i henhold til sundhedsregulativet, herunder med hensyn til:

- (a) aktiviteter vedrørende overvågning, rapportering, anmeldelse, verificering og samarbejde, og
- (b) aktiviteter vedrørende udpegede lufthavne, havne og grænseovergange på landjorden.

2. Hver deltagerstat skal inden to år efter sundhedsregulativets ikrafttræden for pågældende stat vurdere eksisterende nationale strukturers og ressourcers evne til at leve op til de minimumskrav, der er beskrevet i dette bilag. Som resultat af sådan en vurdering skal deltagerstaterne udvikle og implementere handlingsplaner til at sikre, at denne kernekapacitet er til stede og fungerer på hele deres territorium som beskrevet i artikel 5 stk. 1 og artikel 13 stk. 1.

3. Deltagerstaterne og WHO skal støtte vurderinger samt planlægnings- og implementeringsprocesser i henhold til dette bilag.

4. På lokalt plan og/eller i den primære sundhedssektor

Kapacitet:

(a) til at påvise begivenheder der omfatter sygdom eller dødsfald over det forventede niveau på en given tid og et givet sted i alle områder inden for pågældende deltagerstats territorium, og

(b) til at rapportere alle til rådighed værende afgørende oplysninger umiddelbart til det rette niveau for sikringen af den sundhedsmæssige indsats. På lokalt plan skal rapportering ske til lokale sundhedsinstitutioner eller det relevante sundhedspersonale. Fra den primære sundhedssektor skal rapportering ske til det mellemliggende eller det nationale niveau afhængigt af organisatoriske strukturer. Inden for rammerne af dette bilag omfatter afgørende oplysninger følgende: kliniske beskrivelser, laboratorieresultater, kilder til og type af risiko, antallet af sygdomstilfælde og dødsfald, betingelser der indvirker på sygdommens spredning og anvendte sundhedsmæssige foranstaltninger, og

(c) til omgående iværksættelse af foreløbige kontrolforanstaltninger.

5. På det mellemliggende niveau for indsats på sundhedsområdet

Kapacitet:

(a) til at bekræfte status for rapporterede begivenheder og støtte eller iværksætte yderligere kontrolforanstaltninger, og

(b) til omgående at vurdere rapporterede begivenheder og, hvis det haster, at rapportere alle afgørende oplysninger til det nationale niveau. Inden for rammerne af dette bilag omfatter kriterierne for hastetilfælde

alvorlige indvirkninger på folkesundheden og/eller usædvanlige eller uventede forhold med stort potentiale for spredning.

6. På det nationale plan

Vurdering og anmeldelse. Kapacitet:

- (a) til at vurdere alle rapporter om begivenheder af hastende karakter inden for 48 timer, og
- (b) til omgående at sikre anmeldelse til WHO via det nationale IHR kontakcenter, hvis vurderingen indikerer, at begivenheden er anmeldelsespligtig i henhold til artikel 6 stk. 1 og bilag 2 og at give meddelelse til WHO i henhold til artikel 7 og artikel 9 stk. 2.

Folkesundhedsmæssig indsats. Kapacitet:

- (a) til hurtigt at fastlægge hvilke kontrolforanstaltninger, der er påkrævet med henblik på at forebygge spredning nationalt og internationalt,
- (b) til at yde støtte via specialister, laboratorieanalyser af prøver (i egne laboratorier eller gennem samarbejdscentre) og logistisk bistand (f.eks. udstyr, forsyninger og transport),
- (c) til efter behov at yde støtte på stedet for at supplere lokale undersøgelser,
- (d) til at sikre direkte operationel kontakt med højtplacerede medarbejdere i sundhedssektoren og andre embedsmænd med henblik på hurtig godkendelse af og gennemførelse af inddæmnings- og kontrolforanstaltninger,
- (e) til at sikre direkte kontakt med andre relevante instanser på ministerielt niveau,
- (f) til med brug af de meste effektive til rådighed værende kommunikationsmidler at sikre kontakt med hospitaler, klinikker, lufthavne, havne, grænseovergange på landjorden, laboratorier og andre operationelle nøgleområder med henblik på meddelelse af information og henstillinger modtaget fra WHO vedrørende begivenheder på deltagerstatens eget territorium og på andre deltagerstaters territorier,
- (g) til at etablere, varetage funktionen af og fastholde en national folkesundhedsmæssig kriseplan, herunder dannelse af tværfaglige/tværasektorielle grupper til indsats i relation til begivenheder, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, og
- (h) til at sikre ovenstående 24 timer i døgnet.

B. Krav til kernekapacitet for særligt udpegede lufthavne, havne og grænseovergange på landhjorden

1. Til enhver tid

Kapacitet:

- (a) til at sikre adgang til (i) passende lægetjeneste herunder diagnostiske faciliteter placeret således, at der er mulighed for omgående vurdering og pleje af syge rejsende, og (ii) passende bemanning, udstyr og faciliteter,
- (b) til at sikre adgang til udstyr og personale til transport af syge rejsende til en passende sundhedsinstitution,
- (c) til at sikre uddannet personale til inspektion af transportmidler,
- (d) til at sørge for et sikkert miljø for rejsende, der benytter pågældende indrejsepunkt, herunder drikkevandsforsyning, mulighed for at spise, catering til fly, offentlige toiletter, passende bortskaffelse af fast og flydende affald og andre potentielle risikoområder, ved at gennemføre inspektionsindsats efter omstændighederne, og
- (e) til så vidt muligt at sørge for en ordning for og uddannet personale til kontrol af vektorer og reservoirer ved og nær indrejsepunkter.

2. Med henblik på at reagere på begivenheder, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning

Kapacitet:

- (a) til at sørge for passende folkesundhedsmæssig kriseindsats ved at etablere og fastholde en beredskabsplan for folkesundheden, herunder udpegelse af en koordinator og kontaktpunkter for relevante indrejsepunkter, sundhedsmyndigheder og -institutioner samt andre instanser,
- (b) til at sørge for vurdering og pleje af berørte rejsende eller dyr ved at etablere ordninger med lokale sundhedstjenester og veterinære tjenester med henblik på isolation, behandling og anden støtteindsats, som måtte være påkrævet,
- (c) til at sørge for passende faciliteter, adskilt fra andre rejsende, til at interviewe personer, som er under mistanke eller berørte,
- (d) til at sørge for vurdering af og, hvis dette er påkrævet, karantæne af rejsende, som er under mistanke, fortrinsvis i faciliteter, som er på afstand af indrejsepunktet,
- (e) til at anvende anbefalede foranstaltninger til desinficering, rottebekæmpelse, insektbekæmpelse, dekontaminering eller anden behandling af last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser, herunder, når dette er fornødent, på steder som er særligt indrettet og udstyret til dette formål,
- (f) til at gennemføre indrejse- eller udrejsekontrol af ankommende og afrejsende, og
- (g) til at sørge for adgang til særligt indrettet udstyr og uddannet personale med passende værnemidler med henblik på overførelse af rejsende, som kan være bærere af infektion eller kontaminering.

Bilag 2

Beslutningsinstrument til vurdering og anmeldelse af begivenheder, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krise af international betydning

Begivenheder opdaget af det nationale overvågningssystem (se bilag 1)

Et tilfælde af følgende sygdomme er usædvanligt eller uventet og kan få alvorlig indvirkning på folkesundheden og skal derfor anmeldes ^{A, B}:

- Kopper
- Polio som skyldes poliovirus af vildtype
- Influenza hos mennesker forårsaget af en ny variant
- Svær akut åndedrætssymptom (SARS).

Eller

Enhver begivenhed, som kan være af betydning for folkesundheden internationalt herunder begivenheder med ukendt årsag og ukendt oprindelse og sådanne, som involverer andre begivenheder eller sygdomme end dem, der er nævnt i boksen til venstre og i boksen til højre, skal føre til brug af algoritmen.

Eller

En begivenhed, der involverer følgende sygdomme, skal altid føre til brug af algoritmen, fordi de har vist sig at kunne forårsage alvorlig indvirkning på folkesundheden og hurtigt at kunne spredes internationalt ^B:

- Kolera
- Lungepest
- Gul feber
- Viral hæmorrhagisk feber (Ebola, Lassa, Marburg)
- West Nile feber
- Andre sygdomme som udgør et særligt nationalt eller regionalt problem, f.eks. dengue-feber, Rift Valley feber, og meningokoksygdom

Er begivenhedens betydning for folkesundheden af alvorlig karakter?

Er begivenheden usædvanlig eller uventet?

Er der en betydelig risiko for international spredning?

Er der en betydelig risiko for restriktioner af international rejseaktivitet eller handel?

Ingen anmeldelse på dette stadium. Foretag nyvurdering, når der foreligger yderligere oplysninger.

Begivenheden skal anmeldes til WHO i henhold til det internationale sundhedsregulativ

^A I henhold til WHO's definitioner

^B Listen over sygdomme skal kun anvendes med henblik på sundhedsregulativet.

Eksempler på anvendelse af beslutningsinstrumentet til vurdering og anmeldelse af begivenheder som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning

De eksempler, der optræder i dette bilag, er ikke bindende og er indikative og vejledende med henblik på fortolkning af beslutningsinstrumentets kriterier.

Gør mindst to af følgende kriterier sig gældende for begivenheden?

I. Er begivenhedens betydning for folkesundheden af alvorlig karakter?

1. Er antallet af tilfælde og/eller dødsfald forårsaget af denne type begivenhed stor henset til pågældende sted, tid eller befolkning?

2. Indebærer begivenheden potentiale til at få stor indvirkning på folkesundheden?

Det følgende er eksempler på omstændigheder, som medvirker til omfattende folkesundhedsmæssig indvirkning:

Begivenhed forårsaget af patogen stof med stort potentiale for at forårsage epidemi (stoffets smittefarlighed, høj dødelighed, flere smitteveje eller sund smittebærer)

Indikationer på fejlslagen behandling (ny eller begyndende antibiotikaresistens, fejlslagen vaccination, resistens overfor eller virkningsløs modgift).

Begivenheden udgør en væsentlig folkesundhedsmæssig risiko, selvom ingen eller meget få menneskelige tilfælde endnu er konstateret.

Der er rapporteret om tilfælde blandt sundhedspersonale.

Den befolkningsgruppe, der er udsat for risiko, er særligt udsat (flygtninge, lav grad af immunisering, børn, ældre, ringe immunforsvar, underernæring og så videre).

Samtidigt optrædende faktorer som kan hindre eller forsinke den folkesundhedsmæssige indsats (naturkatastrofer, væbnede konflikter, ugunstige vejrforhold, flere forhold i fokus i deltagerstaten).

Begivenhed i et område med stor befolkningstæthed.

Spredning af giftigt, smitsomt eller på anden måde farligt materiale, som forekommer naturligt eller på anden måde, og som har kontamineret eller har potentiale til at kontaminere en befolkning og/eller et stort geografisk område.

3. Er der behov for ekstern bistand til at opspore, efterforske, imødegå og kontrollere den foreliggende begivenhed eller forebygge nye tilfælde?

Følgende er eksempler på situationer, som kan kræve assistance:

Utilstrækkelige menneskelige, økonomiske, materielle eller tekniske ressourcer – især:

- Utilstrækkelig laboratoriemæssig eller epidemiologisk kapacitet til at efterforske begivenheden (udstyr, personale, økonomiske ressourcer)
- Utilstrækkelig forsyning med antistoffer, medicin og/eller vaccine og/eller beskyttelsesudstyr, dekontamineringsudstyr eller støtteudstyr til at dække de skønnede behov
- Eksisterende overvågningssystem er utilstrækkeligt til rettidigt at opspore nye tilfælde.

Er begivenhedens betydning for folkesundheden af alvorlig karakter?

Svar ”ja”, hvis der er svaret ”ja” til spørgsmålene 1, 2 eller 3 ovenfor.

II. Er begivenheden usædvanlig eller uventet?

4. Er begivenheden usædvanlig?

Følgende er eksempler på usædvanlige begivenheder:

Begivenheden er forårsaget af et ukendt stof eller oprindelsen, smittebæreren eller overførselsvejen er usædvanlig eller ukendt.

Udviklingen af tilfælde er mere alvorlig end ventet (herunder sygelighed eller tilfælde med dødelig udgang), eller der optræder usædvanlige symptomer.

Forekomsten af begivenheden i sig selv er usædvanlig for pågældende område, årstid eller befolkning.

5. Er begivenheden uventet i et folkesundhedsmæssigt perspektiv?

Følgende er eksempler på uventede begivenheder:

Begivenhed forårsaget af en sygdom/et stof som allerede var elimineret eller udryddet i pågældende deltagerstat eller ikke tidligere har været rapporteret.

Er begivenheden usædvanlig eller uventet?

Svar ”ja”, hvis der er svaret ”ja” til spørgsmål 4 eller 5 ovenfor.

III. Er der en væsentlig risiko for international spredning?

6. Er der evidens for en epidemiologisk sammenhæng med tilsvarende begivenheder i andre stater?

7. Er der nogen faktor, der bør foranledige agtpågivenhed med henblik på potentialet for bevægelse over grænserne af et givet stof, en vektor eller en vært?

Følgende er eksempler på omstændigheder, der kan pege i retning af international spredning:

Hvor der er evidens for lokal spredning, en index case (eller andre sammenknyttede tilfælde) med et forløb inden for den foregående måned omfattende:

- international rejse (eller den tidsmæssige ækvivalent af inkubationsperioden, hvis patogenet er kendt)
- deltagelse i en international forsamling (pilgrimsfærd, sportsbegivenhed, konference osv.)
- tæt kontakt med en international rejsende eller en meget mobil befolkning.

Begivenhed forårsaget af miljømæssig kontaminering som har potentiale for spredning over internationale grænser.

Begivenhed i et område med intens international trafik med begrænset kapacitet til hygiejnekontrol eller miljømæssig opsporing eller dekontaminering.

Er der en væsentlig risiko for international spredning?

Svar ”ja”, hvis der er svaret ”ja” til spørgsmål 6 eller 7 ovenfor.

IV. Er der væsentlig risiko for restriktioner af international rejseaktivitet eller handel?

8. Har tilsvarende begivenheder tidligere ført til internationale restriktioner af handel og/eller rejseaktivitet?
9. Er kilden under mistanke eller kendt som fødevarer, vand eller andre varer, der kan være kontamineret, og som er eksporteret/importeret til/fra andre stater?
10. Er begivenheden indtruffet i forbindelse med en international forsamling eller i et område med megen international turisme?
11. Har begivenheden ført til anmodninger om information fra myndigheder i andre lande eller internationale medier?

Er der væsentlig risiko for restriktioner af international rejseaktivitet eller handel?

Svar ”ja”, hvis der er svaret ”ja” til spørgsmål 8, 9, 10 eller 11 overfor.

Deltagerstater, som svarer ”ja” til spørgsmålet om, hvorvidt begivenheden falder ind under to af de fire kriterier (I-IV) ovenfor, skal foretage anmeldelse til WHO i henhold til artikel 6 i det internationale sundhedsregulativ.

Bilag 3

Model for Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe/Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe

Havnen idato

Dette certifikat dokumenterer inspektion og 1) fritagelse for kontrol eller 2) trufne kontrolforanstaltninger

Fartøjets navn.....Flag.....Registrering/IMO Nr.

På tidspunktet for inspektionen var lastrummet tomt/lastet med.....tons.....

Navn og adresse på den myndighedsperson, der har foretaget inspektionen.....

Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe

Områder (systemer og funktioner) der er inspiceret, Funden evidens¹, Prøveresultater²,

Gennemgåede dokumenter

Kabys, Medicinsk logbog,

Pantry, Skibsjournal

Magasin, Andet

Lastrum/last,

Opholdsrum:

- besætning

-officerer

-passagerer

-dæk

Drikkevand

Spildevand

Ballasttanke

Fast og medicinsk affald

Maskinrum

Lægelige faciliteter

Andre specificerede områder – se vedhæftede

Anfør ikke-relevante områder med markeringen N/A ("not applicable")

Ingen kritisable forhold konstateret. Fartøjet fritages for kontrolforanstaltninger.

Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe

Gennemførte kontrolforanstaltninger, Dato for reinspektion,

¹ (a) Evidens for infektion eller kontaminering, herunder vektorer på alle vækststadier, animalske reservoirer, gnavere eller andre arter som kan være bærere af menneskelige sygdomme, mikrobiologiske, kemiske og andre risici for menneskers sundhed, tegn på utilstrækkelige hygiejnemæssige forholdsregler. (b) Oplysninger om menneskelige tilfælde (skal angives i Sundhedserklæring for skibsfarten).

² Resultater af prøver taget ombord. Analysen skal forelægges skibets kaptajn på den mest hensigtsmæssige måde, og hvis der er behov for yderligere inspektion, skal prøverne forelægges den næste anløbshavn, som falder sammen den dato for reinspektion, der er anført i dette certifikat.

Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe og Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe har gyldighed i maksimum 6 måneder, men gyldighedsperioden kan forlænges i en måned, hvis inspektionen ikke kan gennemføres i en given havn, og hvis der ikke er evidens for infektion eller kontaminering.

Kommentarer vedrørende konstaterede forhold

De angivne kontrolforanstaltninger blev gennemført på nedenstående dato

Navn og titel på udstedende myndighedsperson.....Underskrift og stempel.....Dato

Bilag til Model for Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe/Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe

Områder/faciliteter/systemer der er inspiceret, Funden evidens, Prøveresultater, Gennemgåede dokumenter, Anvendte kontrolforanstaltninger, Dato for reinspektion, Kommentarer vedrørende konstaterede forhold

Fødevarer

Oprindelse
Opbevaring
Tilberedning
Servering

Vand

Oprindelse
Opbevaring
Fordeling

Affald

Opbevaring
Behandling
Bortskaffelse

Swimming pool/spa

Udstyr
Drift

Sundhedsmæssige faciliteter

Udstyr og medicinske anordninger
Operation
Medicin

Andre områder som er inspiceret

Marker med N/A, ("not applicable"), når anførte områder ikke er relevante.

Bilag 4

Tekniske krav til transportmidler og transportoperatører

Afsnit A Transportoperatører

1. Transportoperatører skal lette:

- (a) inspektion af last, containere og transportmidler,
- (b) lægelig undersøgelse af personer ombord,
- (c) gennemførelse af andre sundhedsmæssige foranstaltninger i henhold til sundhedsregulativet, og
- (d) fremskaffelse af oplysninger med relevans for folkesundheden, som pågældende deltagerstat anmoder om.

2. Transportoperatører skal for den kompetente myndighed fremlægge et gyldigt Undtagelsescertifikat for Hygiejnekontrol af Skibe eller et Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe eller en Sundhedserklæring for skibsfarten eller sundhedsdelen af en Aircraft General Declaration som foreskrevet i sundhedsregulativet.

Afsnit B Transportmidler

1. Kontrolforanstaltninger iværksat i relation til bagage, last, containere, transportmidler og varer i henhold til sundhedsregulativet skal gennemføres således, at man så vidt muligt undgår eventuel skade på eller ubehag for personer eller skade på bagage, last, containere, transportmidler og varer. Når det er muligt og hensigtsmæssigt, skal kontrolforanstaltninger gennemføres, når transportmidlet og lastrum er tomme.

2. Deltagerstaterne skal skriftligt angive, hvilke foranstaltninger der er gennemført i relation til last, containere eller transportmidler, hvilke dele der er undersøgt, hvilke metoder der er anvendt og baggrunden herfor. Disse oplysninger skal forelægges skriftligt for den person, der er chef for et fly, og hvis det drejer sig om et skib, skal de anføres på Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe. For anden last, containere eller transportmidler skal deltagerstaterne forelægge sådanne oplysninger skriftligt til ladningsafsendere, ladningsmodtagere, speditører, transportselskab, personen der er ansvarlige for transportmidlet eller disses respektive agenter.

Bilag 5

Særlige foranstaltninger vedrørende vektor-bårne sygdomme

1. WHO skal regelmæssigt offentliggøre en liste over områder, hvor der henstilles insektbekæmpelse eller andre foranstaltninger til vektorkontrol for transportmidler, der kommer fra disse områder. Beslutning vedrørende disse områder skal efter omstændighederne træffes i henhold til procedurerne for midlertidige eller stående henstillinger.

2. Ethvert transportmiddel, der forlader et indrejsepunkt, der befinder sig i et område, hvor der anbefales kontrol med vektorer, skal gennemgå insektbekæmpelse og holdes fri for vektorer. Når WHO har udstedt anbefalinger vedrørende metoder og materiel til disse procedurer, skal organisationens anbefalinger følges. Forekomsten af vektorer i transportmidler og de kontrolforanstaltninger, der er anvendt til at udrydde disse, skal:

(a) når det gælder fly indgå i sundhedsdelen af Aircraft General Declaration, medmindre ankomstlufthavnens kompetente myndighed har dispenseret for denne del af dokumentet,

(b) når det gælder skibe fremgå af Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe, og

(c) når det gælder andre transportmidler fremgå af skriftlig dokumentation for behandling udstedt henholdsvis til ladningsafsender, ladningsmodtager, transportselskab eller den person, der er ansvarlig for transportmidlet, eller disses respektive agenter.

3. Deltagerstaterne skal acceptere insektbekæmpelse, rottebekæmpelse og andre kontrolforanstaltninger på og i transportmidler gennemført af andre stater, hvis de af WHO anbefalede metoder og materialer er blevet benyttet.

4. Deltagerstaterne skal etablere systemer til kontrol af vektorer, som kan sprede et smitstof, der udgør en folkesundhedsmæssig risiko til afstand af minimum 400 meter fra de områder af indrejsepunktet, der bliver benyttet af rejsende, transportmidler containere, last og postforsendelser. Denne minimumsafstand skal øges, hvis der forekommer vektorer med en større rækkevidde.

5. Hvis der er brug for opfølgende inspektion for at kontrollere resultatet af de anvendte kontrolforanstaltninger mod vektorer, skal de kompetente myndigheder for skibets henholdsvis flyets næste kendte havn eller lufthavn med kapacitet til at foretage en sådan kontrol forud informeres herom af den kompetente myndighed, der tilråder en sådan opfølgning. Når det gælder skibe, skal dette noteres på Certifikat for Hygiejnekontrol af Skibe.

6. Et transportmiddel skal anses for at være under mistanke og skal inspiceres med henblik på vektorer og reservoirer hvis,

(a) der er et muligt tilfælde af vektor-båren sygdom ombord,

(b) hvis der har været et muligt tilfælde af vektor-båren sygdom ombord under en international rejse, og

(c) transportmidlet har forladt et berørt område inden for en periode, som betyder, at vektorer ombord stadig kunne være bærere af smitte.

7. En deltagerstat skal ikke forbyde anløb af et skib eller landing af et fly på statens territorium, hvis de kontrolforanstaltninger, der er foreskrevet i stk. 3 i dette bilag, eller som i øvrigt er anbefalet af WHO, er blevet anvendt. Men fly eller skibe, der kommer fra et berørt område, kan anmodes om at lande i en lufthavn eller omdirigeres til en anden havn udpeget af deltagerstaten til dette formål.

8. En deltagerstat kan iværksætte kontrol af vektorer for et transportmiddel, der kommer fra et område berørt af en vektor-båren sygdom, hvis vektorerne for pågældende sygdom er til stede på statens territorium.

Bilag 6

Vaccination, profylakse og hertil knyttede certifikater

1. Vaccine eller anden profylakse som specificeret i bilag 7 eller anbefalet i henhold til sundhedsregulativet skal have en formålstjenlig kvalitet. Vaccine eller profylakse udpeget af WHO er underlagt forbehold for WHO's godkendelse. På anmodning skal en given deltagerstat forelægge WHO passende evidens for formålstjenligheden af vacciner og profylakse, der benyttes på deltagerstatens territorium i henhold til sundhedsregulativet.
2. Personer, der vaccineres eller undergår profylakse i henhold til sundhedsregulativet, skal have udstedt et internationalt certifikat for vaccination eller profylakse (herefter benævnt "certifikatet") af en form som angivet i dette bilag. Der må ikke ske afvigelse fra den model for certifikatet, der er specificeret i dette bilag.
3. Certifikater i henhold til dette bilag er kun gyldige, hvis den benyttede vaccine eller profylakse er godkendt af WHO.
4. Certifikatet skal underskrives af den kliniker, som skal være en læge eller en autoriseret sundhedsarbejder, som har tilsyn med vaccinationen eller profylaksen. Certifikatet skal også udstyres med det officielle stempel for det sundhedscenter, der varetager vaccination og profylakse, men dette stempel kan ikke erstatte underskriften.
5. Certifikater skal i deres helhed skrives på engelsk eller fransk. De kan også skrives på et andet sprog ud over engelsk eller fransk.
6. Enhver ændring af dette certifikat eller sletning eller mangelfuld udfyldelse af dele af det, kan gøre det ugyldigt.
7. Certifikater er individuelle og må under ingen omstændigheder benyttes kollektivt. Der skal udstedes særskilte certifikater for børn.
8. En forælder eller værge skal underskrive certifikatet for et barn, der ikke kan skrive. En analfabets underskrift skal angives på sædvanlig vis med pågældende persons mærke og en anden persons angivelse af, at det er pågældende persons mærke.
9. Hvis den ansvarlige kliniker vurderer, at der af lægelige grunde er kontraindikation for vaccination eller profylakse, skal den ansvarlige kliniker skriftligt forelægge pågældende person begrundelsen herfor på engelsk eller fransk og efter omstændighederne på yderligere et sprog ud over engelsk eller fransk, og ved ankomsten skal de kompetente myndigheder forholde sig hertil. Den tilsynsførende kliniker og de kompetente myndigheder skal oplyse sådanne personer om en eventuel risiko forbundet med ikke at blive vaccineret eller benytte profylakse i overensstemmelse med artikel 23 stk. 4.
10. Et tilsvarende dokument udstedt af de væbnede styrker til et aktivt medlem af de væbnede styrker skal accepteres i stedet for et internationalt certifikat med form som vist i dette bilag, forudsat:
 - (a) at det indeholder lægelig information, som i substansen er den samme, som kræves i certifikatet, og
 - (b) det indeholder en forklaring på engelsk eller fransk og efter omstændighederne et andet sprog ud over engelsk eller fransk, som angiver karakteren af og dato for vaccination eller profylakse og godtgør, at det er udstedt i overensstemmelse med disse bestemmelser.

Model for Internationalt Certifikat for Vaccination eller Profylakse

Det bekræftes hermed at (navn)..... fødselsdato.....køn.....
Nationalitet.....eventuelt national identitetsdokumentation..... underskrift.....
På den angivne dato er blevet vaccineret eller har modtaget profylakse mod:
(navn på sygdom eller lidelse).....
I overensstemmelse med det internationale sundhedsregulativ.

Vaccine eller profylakse	Dato	Den ansvarlige klinikers underskrift og titel	Vaccinens eller profylaksens fabrikant og batch nr.	Certifikatet har gyldighed fra..... til.....	Sundhedscenterets officielle stempel
1.					
2.					

Dette certifikat er kun gyldigt, hvis den anvendte vaccine eller profylakse er godkendt af WHO.

Certifikatet skal underskrives af den kliniker, som skal være en læge eller en autoriseret sundhedsarbejder, som har tilsyn med vaccinationen eller profylaksen. Certifikatet skal også udstyres med det officielle stempel for det sundhedscenter, der varetager vaccination og profylakse, men dette stempel kan ikke erstatte underskriften.

Enhver ændring af dette certifikat eller sletning eller mangelfuld udfyldelse af dele af det kan gøre det ugyldigt.

Dette certifikat er gyldigt indtil den dato, der er angivet for den specifikke vaccination eller profylakse. Certifikatet skal i sin helhed skrives på engelsk eller fransk. Certifikatet kan også skrives på et andet sprog i det samme dokument ud over enten engelsk eller fransk.

Bilag 7

Krav til vaccination eller profylakse for specifikke sygdomme

1. Ud over eventuelle henstillinger vedrørende vaccination eller profylakse er følgende sygdomme specifikt udpeget i henhold til sundhedsregulativet som sygdomme, for hvilke en deltagerstat som betingelse for indrejse kan kræve bevis for vaccination eller profylakse af en rejsende:

Vaccination mod gul feber.

2. Henstillinger og krav vedrørende vaccination mod gul feber:

(a) inden for rammerne af dette bilag gælder følgende:

(i) inkubationsperioden for gul feber er seks dage,

(ii) vacciner mod gul feber godkendt af WHO yder beskyttelse mod smitte fra 10 dage efter vaccinationen,

(iii) denne beskyttelse har en varighed på 10 år, og

(iv) et certifikat for vaccination mod gul feber skal have en gyldighedsperiode på 10 år fra 10 dage efter datoen for vaccination eller i tilfælde af revaccination inden for en sådan 10 års periode fra datoen for denne revaccination.

(b) Vaccination mod gul feber kan kræves af enhver rejsende, der forlader et område, hvor WHO har fastslået, at der er en risiko for smitte med gul feber.

(c) Hvis en rejsende er i besiddelse af et certifikat for vaccination mod gul feber, som endnu ikke er gyldigt, kan denne rejsende gives tilladelse til afrejse, men bestemmelserne i stk. 2 (h) i dette bilag kan anvendes ved ankomst.

(d) En rejsende, som har et gyldigt certifikat for vaccination mod gul feber, skal ikke behandles som værende under mistanke, selvom vedkommende kommer fra et område, hvor WHO har fastslået, at der er en risiko for smitte med gul feber.

(e) I overensstemmelse med bilag 6 stykke 1 skal den vaccine mod gul feber, som benyttes, være godkendt af WHO.

(f) Deltagerstaterne skal udpege særlige centre inden for deres territorier for vaccination mod gul feber med henblik på at sikre kvalitet og sikkerhed af de procedurer og materialer, der anvendes.

(g) Enhver person, der er ansat ved et indrejsepunkt i et område, hvor WHO har fastslået, at der er en risiko for smitte med gul feber og alle medlemmer af besætningen på et transportmiddel, der benytter et sådant indrejsepunkt, skal være i besiddelse af et gyldigt certifikat for vaccination mod gul feber.

(h) En deltagerstat, på hvis territorium der forekommer vektorer for gul feber, kan kræve, at en rejsende fra et område, hvor WHO har fastslået, at der er en risiko for smitte med gul feber, og som ikke er i stand til at fremvise et gyldigt certifikat for vaccination mod gul feber, skal sættes i karantæne, enten indtil certifikatet bliver gyldigt, hvis dette indtræder først, eller indtil der er forløbet en periode på ikke over seks dage regnet efter seneste mulige udsættelse for smitte.

(i) Rejsende, som har en fritagelse for vaccination mod gul feber underskrevet af en autoriseret person fra sundhedsmyndighederne eller af en autoriseret sundhedsarbejder, kan alligevel tillades indrejse med forbehold for ovenstående bestemmelse i dette bilag og forudsat, at vedkommende informeres om beskyttelse mod vektorer for gul feber. Hvis de rejsende ikke sættes i karantæne, kan det kræves, at de rapporterer feber eller andre symptomer til den kompetente myndighed, og at de placeres under overvågning.

Bilag 8 Model for Sundhedserklæring for skibsfarten

Udfyldes og forelægges den kompetente myndighed af skibsførere på skibe, som ankommer fra fremmede havne.

Forelagt i havnen i dato

Fartøjets navn.....Registrering/IMO nr.ankomst fra.....rejsens mål.....

(Nationalitet)(fartøjets flag).....Skibsførerens navn.....

Bruttotonnage (søgående fartøj)...

Tonnage (fartøj på indre vandveje).....

Medføres gyldigt undtagelsescertifikat for hygiejnekontrol/certifikat for hygiejnekontrol? ja...nej...

Er der krav om reinspektion? ja...nej...

Har fartøjet været i et berørt område udpeget som sådan af WHO? ja...nej....

Havn og dato.....

Nævn anløbshavne fra rejsens begyndelse og angiv dato for afrejse, eller inden for de seneste 30 dage hvis dette er kortere:

.....
Nævn efter anmodning af den kompetente myndighed i ankomsthavnen besætningsmedlemmer passagerer eller andre personer, som er kommet ombord på fartøjet siden den internationale rejse begyndte eller i de seneste 30 dage, hvis dette er kortere, herunder alle havne/lande der er besøgt i denne periode (tilføj yderligere navne på den vedhæftede formular):

(1) Navn.....ombord fra: (1).....(2).....(3).....

(2) Navn.....ombord fra: (1).....(2).....(3).....

(3) Navn.....ombord fra: (1).....(2).....(3).....

Antal besætningsmedlemmer ombord.....

Antal passagerer ombord.....

Sundhedsmæssige spørgsmål

(1) Er nogen personer afdøde ved døden under rejsen under andre omstændigheder end som resultat af en ulykke? Hvis ja, angiv detaljer på vedhæftede formular. Antal dødsfald i alt.....

(2) Er der ombord, eller har der under den internationale rejse været tilfælde af sygdom, som er under mistanke for at være smitsom? ja...nej....Hvis ja, angiv nærmere detaljer i vedhæftede formular.

(3) Har det totale antal af syge passagerer under rejsen været større end normalt/forventet? janej

(4) Er der nogen syge personer ombord nu? ja...nej.... Hvis ja, angiv nærmere detaljer i vedhæftede formular.

(5) Har der været søgt lægekonsultation? ja...nej... Hvis ja, angiv nærmere detaljer om lægelig behandling eller lægelige råd i vedhæftede formular.

(6) Er De bekendt med nogen forhold ombord, som kan føre til spredning af smitte eller sygdom? ja...nej... Hvis ja, angiv nærmere detaljer i vedhæftede formular.

(7) Har der været truffet nogen hygiejneforanstaltninger ombord (f.eks. karantæne, isolation, desinfektion eller dekontaminering)? ja...nej...Hvis ja, angiv type, tid og sted.....

(8) Er der fundet blinde passagerer ombord? ja...nej....Hvis ja, hvor kom disse ombord(såfremt dette vides).....

(9) Er der et sygt dyr eller kæledyr ombord? ja...nej...

Bemærk:

I fravær af en læge skal skibsføreren anse følgende symptomer for anledning til at nære mistanke om tilstedeværelse af en smitsom sygdom:

(a) feber der varer ved i flere dage, eller som er ledsaget af (i) svækkelse (ii) nedsat bevidsthedsniveau (iii) hævede kirtler (iv) gulsot (v) hoste eller åndedrætsbesvær (vi) usædvanlig blødning eller (vii) lammelse.

(b) med eller uden feber: (i) al akut udslæt eller eksem (ii) svær opkastning (bortset fra søsyge) (iii) svær diarré eller (iv) tilbagevendende krampeanfald.

Undertegnede erklærer hermed, at de anførte detaljer og svar på spørgsmålene i denne sundhedserklæring (herunder den vedhæftede formular) efter min bedste overbevisning er sande og korrekte.

Underskrift.....

Skibsfører

Medunderskriver.....

Skibslæge (hvis en sådan er ombord)

Dato

Bilag til model for Sundhedserklæring for skibsfarten

Navn	Klasse eller befarenhed	Køn	Alder	Nationalitet	Havn, dato for ombordstigning	Sygdommens karakter	Dato for symptomernes indtræden	Er der rapporteret til en sundhedsansvarlig?	Tilfældets forløb ¹	Medicin eller anden behandling givet til den syge	Kommentarer

¹ Angiv: (1) om den syge er kommet sig, stadig er syg eller er afgang ved døden (2) Om personen stadig er ombord, blev evakueret (angiv navn på havn eller lufthavn) eller blev bisat til havs.

Bilag 9

Dette dokument er en del af Aircraft General Declaration, udstedt af Den Internationale Organisation for Civil Luftfart (ICAO)¹

Sundhedsdel af Aircraft General Declaration

Sundhedserklæring

Personer ombord med sygdomme ud over flyvesyge eller med eftervirkninger af ulykker (herunder personer med symptomer eller tegn på sygdomme såsom udslæt, feber, forkølelse, diarré) og syge personer, der er steget af flyet under rejsen

Andre forhold ombord som kan føre til spredning af sygdom
.....

Detaljer vedrørende hvert tilfælde af insektbekæmpelse eller hygiejnemæssig foranstaltning (lokalitet, dato, tid, metode) under flyrejsen. Hvis der ikke er foretaget insektbekæmpelse under rejsen, anfør da detaljer for seneste insektbekæmpelse

.....

.....

Underskrift, hvis krævet.....

Pågældende medlem af besætningen

Ottende plenarmøde, 23. maj 2005
A58/VR/8

¹ En uformel arbejdsgruppe mødtes under det andet møde i den mellemstatslige arbejdsgruppe og anbefalede ændringer i dette dokument, som WHO vil fremsende til Den Internationale Organisation for Civil Luftfart til overvejelse.

[Start](#) / [Dokument & lagar](#) / Smittskyddslag (2004:168)

Smittskyddslag (2004:168)

t.o.m. SFS 2020:430

SFS nr: 2004:168

Departement/myndighet: Socialdepartementet

Utfärdad: 2004-04-07

Ändrad: t.o.m. SFS 2020:430

Ändringsregister: [SFSR \(Regeringskansliet\)](#)

Källa: [Fulltext \(Regeringskansliet\)](#)

Innehåll:

- [1 kap. Allmänna bestämmelser](#)
- [2 kap. Förebyggande åtgärder och anmälan av sjukdomsfall](#)
- [3 kap. Utredning av sjukdomsfall](#)
- [4 kap. Vissa smittskyddsåtgärder](#)
- [5 kap. Isolering](#)
- [6 kap. Smittskyddsläkaren](#)
- [7 kap. Ersättning](#)
- [8 kap. Överklagande m.m.](#)
- [9 kap. Övriga bestämmelser](#)
- [Övergångsbestämmelser](#)

1 kap. Allmänna bestämmelser

Smittskyddets mål

1 § Samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Lagens tillämpningsområde

2 § I denna lag ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658). *Lag (2006:831)*

Definitioner

3 § Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag.

Lag (2004:877).

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 § Smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa.

Åtgärderna skall vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

När åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds.

5 § Insatser inom smittskyddet skall vara av god kvalitet.

Den som är verksam inom smittskyddet skall ha kompetens och erfarenhet som är lämplig för uppgiften.

6 § Den som är verksam inom smittskyddet skall värna både om skyddet för osmittade och om dem som bär på en smittsam sjukdom. De smittade skall få det stöd och den vård som behövs från smittskyddssynpunkt.

Ansvaret för smittskyddet

7 § Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet. Folkhälsomyndigheten ska följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.
Lag (2014:1549).

8 § Varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av denna lag.

Det som sägs i denna lag om region gäller också en kommun som inte ingår i en region. *Lag (2019:915).*

9 § I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under nämnden.

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag. *Lag (2019:915).*

10 § Myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal skall samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar.

2 kap. Förebyggande åtgärder och anmälan av sjukdomsfall

Den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning

1 § Var och en skall genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

2 § Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk.

Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Information om förebyggande åtgärder

3 § Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.

Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom smittskyddet ska vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. *Lag (2019:915).*

Nationella vaccinationsprogram

3 a § Regionerna ska erbjuda vaccinationer mot smittsamma sjukdomar i syfte att förhindra spridning av dessa sjukdomar i befolkningen.

Detsamma gäller kommuner och andra huvudmän inom skolväsendet med ansvar för elevhälsa enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800), med undantag för huvudmän för elevhälsa i förskoleklass. *Lag (2019:915).*

3 b § Skyldigheten enligt 3 a § gäller för sådana nationella vaccinationsprogram som avses i 3 c-3 e §§.

Lag (2012:452).

3 c § Nationella vaccinationsprogram delas in i

1. allmänna vaccinationsprogram, och
2. särskilda vaccinationsprogram för personer som ingår i riskgrupper. *Lag (2012:452).*

3 d § En förutsättning för att en smittsam sjukdom ska kunna omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram är att det finns ett vaccin mot sjukdomen som kan

1. ges utan föregående diagnos av sjukdomen, och
2. ge mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. *Lag (2012:452).*

3 e § En smittsam sjukdom ska omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram, om vaccination med det vaccin mot sjukdomen som avses i 3 d § kan förväntas

1. effektivt förhindra spridning av smittsamma sjukdomar i befolkningen,
2. vara samhällsekonomiskt kostnadseffektivt, och
3. vara hållbart från etiska och humanitära utgångspunkter.

Lag (2012:452).

3 f § Den som omfattas av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska av regionen erbjudas vaccinationer mot smittsamma sjukdomar som ingår i nationella vaccinationsprogram.

Den som omfattas av elevhälsa enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800), med undantag för elever i förskoleklass, ska i stället erbjudas vaccinationer mot smittsamma sjukdomar som ingår i allmänna vaccinationsprogram av huvudmannen för elevens utbildning. *Lag (2019:915).*

Anmälan av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

4 § Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt.

5 § En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, ska utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälade läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även

beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Anmälningsskyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även

- läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik,
- den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, och
- läkare som utför obduktion. *Lag (2019:915).*

6 § En anmälan enligt 5 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning, och
5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

7 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter

1. om anmälan enligt 5 §,
2. om uppgifter som avses i 6 § 5,
3. om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
4. om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan ska göras,
5. om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan ska ske utan dröjsmål, och
6. om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom. *Lag (2014:1549).*

Veterinärs anmälningsskyldighet

7 a § En veterinär ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet. *Lag (2009:309).*

3 kap. Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

1 § Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspåringspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom skall skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs.

Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning skall läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren.

2 § Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger, får förvaltningsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning.

Beslut om sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Vid undersökningen får det inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Den läkare som utfört undersökningen skall omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

Lag (2009:840).

3 § Om den som undersökts för en allmänfarlig sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren om detta.

Smittspårning

4 § Om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Den enskilde patienten är skyldig att lämna de upplysningar som han eller hon förmår lämna.

Om den som enligt första stycket ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats skall han eller hon se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare.

5 § Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen, skall han eller hon underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får överta smittspårningsärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Sådant övertagande eller överlämnande får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.

Har smittspårningsärendet tagits över av smittskyddsläkaren skall den enskilde patienten lämna sådana upplysningar som avses i 4 § första stycket till honom eller henne.

6 § Om en person som har underrättats enligt 4 § andra stycket om misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, skall den som enligt 4 § första stycket ansvarar för smittspårningen utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Innehållet i anmälan

7 § En anmälan enligt 1 § tredje stycket eller 6 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

En sådan anmälan skall alltid innehålla en redogörelse för de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om att en person bär på en allmänfarlig sjukdom.

Extraordinära smittskyddsåtgärder

8 § Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra styckena får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut enligt andra stycket. *Lag (2014:1549).*

9 § Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får smittskyddsläkaren i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök. *Lag (2004:877).*

10 § Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Folkhälsomyndigheten i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning. *Lag (2014:1549).*

11 § Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket skall hållas i karantän att beslutet inte längre skall gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan.

Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärrning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket eller 10 § första stycket skall beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet. *Lag (2004:877)*.

12 § Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,
2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,
3. skall hållas i karantän enligt 9 §, eller
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §

får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon skall dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren skall underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning. *Lag (2006:1571)*.

4 kap. Vissa smittskyddsåtgärder

Råd och stöd

1 § Den behandlande läkaren skall ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk.

Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.

Förhållningsregler

2 § Den behandlande läkaren skall besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse

1. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
2. förbud mot att donera blod och organ,
3. förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
4. skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap,

5. skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
6. skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning,
7. skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, eller
8. skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsreglerna skall meddelas skriftligt så snart det är möjligt samt tas in i den undersöktes patientjournal. Läkaren skall så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

3 § Om patienten begär det skall smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsregler enligt 2 §. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra förhållningsreglerna på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut skall meddelas den behandlande läkaren och av denne tas in i patientjournalen.

Patienten skall av den behandlande läkaren informeras om möjligheten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.

4 § Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att han eller hon själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende.

5 § Om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, skall den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården där underrättas av den behandlande läkaren, när denne får kännedom om intagningen, om smittan och om de förhållningsregler som meddelats den intagne.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, skall den ansvarige läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Vård och behandling

6 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom skall av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende skall detta också erbjudas den enskilde.

7 § Om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

Underrättelse till närstående

8 § Om en behandlande läkare får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen och läkaren bedömer att den närstående löper påtaglig risk att smittas skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Smittskyddsläkaren skall, om han eller hon gör samma bedömning som den behandlande läkaren, underrätta den närstående om smittrisen och hur den kan förebyggas.

Innehållet i anmälan

9 § I en anmälan enligt 4 §, 7 § eller 8 § första stycket skall den behandlande läkaren ange

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

5 kap. Isolering

Förutsättningar för isolering

1 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om

1. det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning, eller
2. det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats.

Beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

2 § Förvaltningsrätten beslutar i fråga om isolering enligt 1 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Till ansökan skall smittskyddsläkaren foga en utredning om den enskildes situation och behov samt om vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen skall också innehålla en individuell vårdplan som visar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och på vilket sätt sådana insatser kan tillhandahållas.

Lag (2009:840).

3 § Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten.

Tillfällig isolering som fastställts av förvaltningsrätten får bestå i högst två veckor, räknat från den dag beslutet verkställdes. *Lag (2009:840).*

4 § Isolering enligt 1 eller 3 § ska ske på en vårdinrättning som drivs av en region. *Lag (2019:915).*

5 § Isolering enligt 1 § får bestå i högst tre månader, räknat från den dag beslutet verkställdes. I denna tid inräknas inte tillfällig isolering.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren får förvaltningsrätten, om det finns särskilda skäl, besluta om fortsatt isolering. Sådant beslut får avse högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

Sådan ansökan skall ha kommit in till rätten innan tiden för gällande beslut om isolering har löpt ut. Isoleringen skall fortsätta i avvaktan på att rätten beslutar med anledning av ansökan. *Lag (2009:840)*.

6 § Har beslut fattats om isolering enligt 1 § ska smittskyddsläkaren genast underrätta den region eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade behöver. Smittskyddsläkaren ska lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

Regionen eller kommunen ska i samråd med smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov när isoleringen upphör. *Lag (2019:915)*.

7 § Begär den isolerade att isoleringen skall upphöra är smittskyddsläkaren skyldig att utan dröjsmål pröva den isolerades begäran.

8 § Finns inte längre skäl för isolering enligt 1 eller 3 § skall smittskyddsläkaren omedelbart besluta att isoleringen skall upphöra. Frågan om isoleringens upphörande skall övervägas fortlöpande.

Isoleringens innehåll

9 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § skall tas väl om hand. Nödvändiga förberedelser skall göras för att den enskilde efter isoleringen skall få den vård eller det stöd han eller hon behöver för att minska risken för smittspridning. Han eller hon skall även under isoleringen få det stöd och den hjälp som behövs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller minskas så långt som möjligt.

Den isolerade skall ges möjlighet till sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans eller hennes ålder och hälsotillstånd.

Den isolerade skall ges möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder mot detta.

10 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § har rätt att föra telefonsamtal och ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på vårdinrättningen. Besök kan förbjudas, om ändamålet med isoleringen annars skulle motverkas.

Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § har rätt att sända och ta emot brev och andra försändelser.

11 § Beslut i frågor som avses i 9 § andra och tredje styckena samt 10 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med smittskyddsläkaren.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

12 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för isoleringen. Rörelsefriheten får också inskränkas när det behövs av hänsyn till den isolerades egen eller andras säkerhet.

13 § Från den som isolerats enligt 1 eller 3 § får omhändertas

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,
2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,
3. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,
4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika, eller
5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för ordningen på vårdinrättningen.

14 § Om det är nödvändigt får den som skall isoleras enligt 1 eller 3 § kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas när han eller hon kommer till vårdinrättningen, för kontroll av att den isolerade inte bär på sig egendom som avses i 13 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom kommer att påträffas hos den isolerade.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara när åtgärden utförs.

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

15 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till den som isolerats enligt 1 eller 3 § får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 13 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom får den omhändertas.

16 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 13 eller 15 § eller har sådan egendom påträffats där någon är isolerad enligt 1 eller 3 § utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Lag (2019:362).

Vistelse utanför vårdinrättningen

17 § Den som är isolerad enligt 1 § får ges tillstånd att under viss kort tid vistas utanför vårdinrättningens område, om det är påkallat av särskilda skäl som gäller den isolerade själv eller hans eller hennes närstående eller utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den isolerade.

Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

18 § Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 17 § beslutas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Smittskyddsläkaren får överlåta åt chefsöverläkaren att pröva frågor om tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukhusets område.

Stödperson

19 § Chefsöverläkaren skall se till att den som har isolerats enligt 1 § upplyses om sin rätt att få en stödperson.

När den isolerade begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om den isolerade inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå den isolerade i personliga frågor så länge denne är isolerad enligt denna lag och, om den isolerade och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att isoleringen har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka den isolerade under förutsättning att besöket kan genomföras på sådant sätt att det inte finns någon risk för smittspridning. Stödpersonen får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om den isolerades hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

20 § Stödpersonen utses av en patientnämnd enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner tillämpas, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (2017:900):

- 10 § om partsinsyn,
- 11 § om åtgärder om handläggningen försenas,
- 23 § första och tredje styckena om utredningsansvaret,
- 24 § om när man får lämna uppgifter muntligt,
- 25 § om kommunikation,
- 27 § om dokumentation av uppgifter,
- 31 § om dokumentation av beslut,
- 32 § om motivering av beslut,
- 33 och 34 §§ om underrättelse om innehållet i beslut och hur ett överklagande går till, och
- 36-39 §§ om rättelse och ändring av beslut.

Lag (2018:816).

21 § Chefsöverläkaren skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 20 § första stycket när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange den isolerades inställning till att få en stödperson. Om den isolerade inte har uttryckt en klar uppfattning skall nämnden kontakta den isolerade eller vårdpersonal med kännedom om denne för att få besked om den isolerade vill ha en stödperson.

När isoleringen upphör för den som har en stödperson skall nämnden underrättas om detta samt om huruvida stödpersonens uppdrag fortsätter därefter.

22 § Om den isolerade önskar att stödpersonens uppdrag ska övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 b § socialtjänstlagen (2001:453) när isoleringen upphört och stödpersonen samtycker till det, ska den nämnd som avses i 20 § första stycket underrätta socialnämnden i den kommun där den isolerade är folkbokförd om hans eller hennes önskemål.

Lag (2012:781).

23 § Om det finns särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller till den nämnd som avses i 20 § första stycket.

Särskilt förordnande att fullgöra chefsöverläkares uppgifter

24 § Regionen får förordna någon inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att i chefsöverläkares ställe fullgöra de uppgifter som chefsöverläkaren har enligt 9-23 §§ vid isolering enligt 1 eller 3 §.

Det som sägs i denna lag om chefsöverläkaren gäller också den som förordnats enligt första stycket. *Lag (2019:915).*

6 kap. Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens ansvar

1 § Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar enligt 1 kap. 9 §. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

2 § I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att

1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,
3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,
4. stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,
5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk

samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,

6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen,

7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt

8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Lag (2006:194).

3 § Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 1 § tredje stycket eller 3 kap. 6 § skall smittskyddsläkaren utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad, om en sådan läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen skall det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

4 § Efter att ha fått en anmälan enligt 4 kap. 4 § första stycket, 4 kap. 5 § andra stycket eller 4 kap. 7 § första stycket skall smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen skall det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

5 § Om smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet skall han eller hon påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.

6 § Smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.

7 § Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta de myndigheter eller den kommun, som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur eller objekt som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom, om iakttagelser som är av betydelse för det objektrinriktade smittskyddet.

Smittskyddsläkaren skall på begäran få fortlöpande information om de beslut som fattas och de andra åtgärder som vidtas eller planeras med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658) när det är av betydelse för smittskyddet för människor.

Smittskyddsläkaren, andra berörda myndigheter och kommunen har rätt till samråd med anledning av den information som lämnas enligt första eller andra stycket. *Lag (2006:831).*

7 a § Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för. *Lag (2006:194).*

8 § En smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i en annan region. *Lag (2019:915).*

Uppgiftsskyldighet

9 § Om smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig sjukdom, är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom eller henne de uppgifter som behövs,

1. myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet, och
2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg. *Lag (2012:948).*

10 § Den som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården skall lämna upplysningar till smittskyddsläkaren om denne i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

11 § Om smittskyddsläkaren vid en utredning enligt 4 § har anledning att anta att socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården kan lämna upplysningar som behövs för utredningen, ska smittskyddsläkaren underrätta berörd myndighet.

En sådan underrättelse ska innehålla uppgifter om den enskildes identitet och de förhållningsregler han eller hon ska följa för att förebygga smittspridning. *Lag (2014:763).*

12 § Uppmärksammar socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården, efter att ha fått underrättelse enligt 11 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler, ska detta anmälas till den smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om smittskyddsläkaren enligt 8 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i en annan region, ska anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

Den skyldighet som avses i första stycket gäller i två månader från det att underrättelsen enligt 11 § mottagits.
Lag (2019:915).

7 kap. Ersättning

1 § Läkemedel som har förskrivits mot en allmänfarlig sjukdom och som förskrivaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten. Detsamma gäller läkemedel som de förskrivna läkemedlen har bytts ut mot enligt 21 b § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.
Lag (2018:1239).

2 § Undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning och som ges inom regionens hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med regionen är kostnadsfri för patienten om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom. *Lag (2019:915).*

2 a § Vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram är kostnadsfria för patienten.

Lag (2012:452).

3 § Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken är bosatt i Sverige,
2. den som utan att vara bosatt här har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen,
3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924, och
4. den som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. *Lag (2016:523).*

3 a § Hälsokontroll som beslutas med stöd av 3 kap. 8 § första eller andra stycket är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen. *Lag (2012:452).*

4 § Regionen har kostnadsansvar för läkemedel som avses i 1 §. Ett öppenvårdsapotek som har lämnat ut ett sådant läkemedel har rätt att få ersättning för kostnaderna för läkemedlet av den region inom vars område patienten är bosatt.

Om patienten inte är bosatt inom någon regions område, ska kostnaderna i stället ersättas av den region inom vars område den förskrivande läkaren har sin verksamhetsort.

Lag (2019:915).

4 a § Regionen har kostnadsansvar för åtgärder som avses i 2 § och för vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § första stycket.

Kommunen eller annan huvudman inom skolväsendet har enligt skollagens (2010:800) bestämmelser om elevhälsa kostnadsansvar för vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § andra stycket. *Lag (2019:915).*

8 kap. Överklagande m.m.

Överklagande hos domstol

1 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 §,
7. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller
8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

Lag (2014:1549).

2 § Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. isolering enligt 5 kap. 1 §,
3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller
8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Lag (2004:877).

3 § Frågor som ankommer på förvaltningsrätt enligt denna lag prövas av den förvaltningsrätt inom vars domkrets den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

Lag (2009:840).

Handläggningen i domstol

4 § Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

5 § Förvaltningsrätten skall inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 §.

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten skall tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § skall förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs. *Lag (2009:840)*.

6 § I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § skall förvaltningsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. Muntlig förhandling skall alltid hållas i sådana mål om någon part begär det. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling. Den isolerades stödperson har rätt att närvara vid och skall om möjligt underrättas om förhandlingen.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han eller hon skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag. *Lag (2009:840)*.

7 § När muntlig förhandling hålls i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § ska förvaltningsrätten höra lämplig sakkunnig, om det inte är uppenbart obehövligt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 25 kap. 1-5 §§ eller 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om den smittade som behövs för en sakkunnigs uppdrag. *Lag (2014:1549)*.

8 § Vid handläggningen i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § skall nämndemän ingå i rätten.

9 § Offentligt biträde skall förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller
7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Offentligt biträde skall dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas. *Lag (2004:877)*.

10 § Vid delgivning med enskild i mål enligt denna lag får 34-38 och 47-51 §§ delgivningslagen (2010:1932) inte tillämpas.
Lag (2010:1974).

11 § Ett beslut enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas i beslutet.

Biträde av Polismyndigheten

12 § Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,
5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, eller
6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärningar.
Lag (2014:1549).

9 kap. Övriga bestämmelser

Tillsyn

1 § Smittskyddet i landet står, med det undantag som anges i andra stycket, under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg. Vid tillsynen enligt denna lag ska inspektionen tillämpa 7 kap. 20-28 §§ och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Smittskyddet inom Försvarmakten och Försvarets materielverk står under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om denna tillsyn. *Lag (2017:783)*.

Vissa bemyndiganden

2 § Om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller bilaga 2 inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen

bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

- att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller
- att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Föreskrifter som meddelas med stöd av denna paragraf skall snarast underställas riksdagens prövning. *Lag (2004:877)*.

3 § Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara anmälningspliktiga.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga.

Lag (2014:1549).

4 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på Försvarsmakten och Försvarets materielverk, i den utsträckning föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot en enskild. *Lag (2017:783)*.

5 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i.

6 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

6 a § /Upphör att gälla U:2020-07-01 genom *lag (2020:242)*./ Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden, om det av smittskyddsskäl behövs för att hantera spridning av det virus som orsakar covid-19 och riksdagens beslut inte kan avvaktas. Föreskrifterna får avse

1. tillfälliga begränsningar för folksamlingar,
2. tillfällig nedstängning av köpcentrum och andra handelsplatser,
3. tillfällig nedstängning av sociala och kulturella mötesplatser, såsom barer, nattklubbar, restauranger, kafeterior, gym- och sportanläggningar, bibliotek, museer och allmänna samlingslokaler,

4. tillfällig nedstängning eller andra begränsningar i fråga om transporter eller att använda infrastruktur, såsom hamnar, flygplatser eller buss- eller järnvägsstationer,
5. tillfälligt möjliggörande av inbördes handel eller omfördelning av läkemedel eller skyddsmaterial och annan medicinsk utrustning när det gäller privata vårdgivare och andra privata aktörer, eller
6. tillfälliga åtgärder av annat liknande slag.

Beslut enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av första stycket får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om det behövs för att tillgodose rätten till domstolsprövning av civila rättigheter eller skyldigheter enligt artikel 6.1 i den europeiska konventionen den 4 november 1950 om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Lag (2020:241).

6 b § /Upphör att gälla U:2020-07-01 genom *lag (2020:242)*./ Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om samverkan och inbördes handel eller omfördelning av läkemedel och medicinsk utrustning när det gäller regioner och kommuner, om det i syfte att upprätthålla ett effektivt smittskydd behövs för att hantera spridning av det virus som orsakar covid-19. *Lag (2020:241).*

6 c § /Upphör att gälla U:2020-07-01 genom *lag (2020:242)*./ Föreskrifter som har meddelats med stöd av 6 a eller 6 b § ska omedelbart underställas riksdagens prövning.

Lag (2020:241).

7 § Regeringen får meddela föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar som ska ingå i sådana nationella vaccinationsprogram som avses i 2 kap. 3 c-3 e §§.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. till vilka åldersgrupper vaccinationer ska erbjudas,
2. antalet doser som ska ges av varje vaccin,
3. med vilka intervall vaccinet ska ges, och
4. de ytterligare villkor som ska gälla för nationella vaccinationsprogram. *Lag (2012:452).*

Övergångsbestämmelser

2004:168

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 juli 2004, då smittskyddslagen (1988:1472) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.
2. Förhållningsregler som har meddelats enligt 16 § eller ändrats enligt 17 § gamla lagen gäller längst till och med den 31 december 2004.
3. Om tvångsundersökning som smittskyddsläkaren har beslutat enligt 36 § gamla lagen inte har genomförts före den nya lagens ikraftträdande, skall

smittskyddsläkaren senast den 5 juli 2004 ansöka hos länsrätten om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 § nya lagen. Till dess ansökan har prövats av länsrätten gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.

4. Om en patient vid ikraftträdandet är tvångsisolerad enligt 38 § gamla lagen skall smittskyddsläkaren senast den 5 juli 2004 ansöka hos länsrätten om isolering enligt 5 kap. 1 § nya lagen. Till dess ansökan har prövats av länsrätten gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.

5. Den som vid lagens ikraftträdande är isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 39 § gamla lagen skall anses tillfälligt isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 5 kap. 3 § nya lagen. Härvid skall smittskyddsläkarens beslut om isolering anses ha fattats vid ikraftträdandet.

6. Om ett mål om tvångsisolering enligt 38 eller 39 § gamla lagen inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för isolering enligt 5 kap. 1 § eller 5 kap. 3 § enligt nya lagen.

7. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

2006:1571

1. Denna lag träder i kraft den 15 juni 2007.
2. Beslut som har meddelats enligt 14 § i den upphävda karantänslagen (1989:290) gäller fortfarande.

2010:1321

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.
2. Äldre bestämmelser såvitt avser punkten 2 gäller fortfarande för den som omfattas av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

2010:1974

1. Denna lag träder i kraft den 1 april 2011.
2. Äldre bestämmelser gäller om en handling har skickats eller lämnats före den 1 april 2011.

2020:242

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.
2. De upphävda 9 kap. 6 a och 6 b §§ gäller dock fortfarande för ärenden eller mål som har inletts före ikraftträdandet.

Bilaga 1 /Upphör att gälla U:2020-07-01/

Allmänfarliga sjukdomar

- campylobacterinfektion
- difteri
- fågelinfluensa (H5N1)
- infektion med enterohemorragisk E.coli (EHEC)
- giardiainfektion
- gonorré

- hepatit A-E
- hivinfektion
- infektion med HTLV I eller II
- klamydiainfektion
- kolera
- infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
- mjältbrand
- paratyfoidfeber
- pest
- infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- polio
- rabies
- salmonellainfektion
- shigellainfektion
- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
- syfilis
- tuberkulos
- tyfoidfeber
- virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica) *Lag (2010:334)*.

Bilaga 1 /Träder i kraft I:2020-07-01/

Allmänfarliga sjukdomar

- campylobacterinfektion
- covid-19
- difteri
- fågelinfluensa (H5N1)
- infektion med enterohemorragisk E.coli (EHEC)
- giardiainfektion
- gonorré
- hepatit A-E
- hivinfektion
- infektion med HTLV I eller II
- klamydiainfektion
- kolera
- infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
- mjältbrand
- paratyfoidfeber
- pest
- infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- polio
- rabies
- salmonellainfektion
- shigellainfektion
- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)

- syfilis
- tuberkulos
- tyfoidfeber
- virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica) *Lag (2020:430)*.

Bilaga 2 /Upphör att gälla U:2020-07-01/

Samhällsfarliga sjukdomar

- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
- infektion med ebolavirus (en viral hemorragisk feber) *Lag (2015:146)*.

Bilaga 2 /Träder i kraft I:2020-07-01/

Samhällsfarliga sjukdomar

- covid-19
- infektion med ebolavirus (en viral hemorragisk feber)
- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) *Lag (2020:430)*.

SVERIGES 
RIKSDAG 

All offentlig makt i Sverige utgår från
folket och riksdagen är folkets
främsta företrädare.

DET INTERNATIONALE SUNDHEDSREGULATIV

– gennemført i struktur og
praktik i dansk beredskab

2012



Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praktik i dansk beredskab

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Standard Operational Procedure, International Health Regulations, WHO, beredskab, havne, lufthavne, sundhedsregulativ, CBRN, zoonoser, fødevarer sikkerhed

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 15.06.2012

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2012.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-376-1

Indhold

Forord 6

1	Introduktion	7
2	Sammenfatning af rapporten	8
2.1	Forhold vedrørende overvågning og vurdering	9
2.2	Forhold vedrørende folkesundhedsmæssig indsats	9
2.3	Kapaciteter i udpegede havne og lufthavne	10
3	Baggrund	11
3.1	Historik	11
3.2	IHR's krav til beredskabet	13
3.2.1	Overvågning og vurdering	13
3.2.2	Folkesundhedsmæssig indsats	13
3.2.3	Kapacitetskrav - udpegede havne og lufthavne	14
3.3	Aktuel data- og informationsindsamling	15
4	Ansvarlige myndigheder, nationale regelsæt og kontrol	17
4.1	Sundhedsmyndigheder	17
4.1.1	Sundhedsstyrelsen og embedslægerne	17
4.1.2	Statens Serum Institut	19
4.1.3	Nationalt kontaktpunkt for IHR	20
4.1.4	Epidemikommissionerne	21
4.1.5	Regionerne	22
4.2	Politiet	23
4.3	SKAT	24
4.4	Havne, skibsfart	24
4.4.1	Transportministeriet	25
4.4.2	Søfartsstyrelsen	25
4.4.3	Kystdirektoratet	26
4.4.4	Skibsmæglere	26
4.4.5	Søværnets Operative Kommando (SOK)	27
4.5	Lufthavne, luftfart	27
4.5.1	Transportministeriet	27
4.5.2	Trafikstyrelsen	27
4.5.3	Naviair	28
4.5.4	Lufthavne	29
4.6	Beredskabet på faglige ekspertområder, relateret til IHR	29
4.6.1	Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen	29
4.6.2	Giftlinjen	30
4.6.3	Center for Biosikring og -Beredskab	31
4.6.4	Statens Institut for Strålebeskyttelse	31
4.6.5	Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen	31
4.6.6	Fødevarestyrelsen	32
4.6.7	NaturErhvervstyrelsen	33
4.6.8	DTU Fødevareinstituttet	33
4.6.9	DTU Veterinærinstituttet	34
4.7	Øvrige	35
4.7.1	Beredskabsstyrelsen	35
4.7.2	Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen	36
4.7.3	Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri	36
4.7.4	Sikkerhedsstyrelsen	36
5	Beredskabet nationalt og regionalt	38
5.1	National Krisestyling	38

5.1.1	National operativ stab (NOST)	39
5.1.2	International operativ stab (IOS)	39
5.1.3	Sundhedsstyrelsen krisestyring	40
5.2	Regional krisestyring	40
5.2.1	Den lokale beredskabsstab	40
5.2.2	Regionens sundhedsberedskab og krisestyring	40
5.3	Lovgrundlaget for IHR i Danmark	42
6	Beredskab i forhold til skibsfart	46
7	Beredskab i forhold til luftfart	48
8	Beredskab i forhold til grænseovergange på landjorden	49
9	Ind- og udrejsekontrol	50
10	Risikokommunikation ved ekstraordinære hændelser i Danmark	51
11	Uddannelse af personale i relation til IHR	52
12	Forhold vedr. smitsomme sygdomme	53
12.1	Overvågning og laboratoriekapacitet	53
12.2	Indsats og beredskab	54
13	Forhold vedr. fødevarer sikkerhed	56
13.1	Overvågning og laboratoriekapacitet	56
13.2	Indsats og beredskab	57
14	Forhold vedr. zoonoser	59
14.1	Overvågning og laboratoriekapacitet	59
14.2	Indsats og beredskab	59
15	Forhold vedr. kemiske hændelser	61
15.1	Overvågning og laboratoriekapacitet	61
15.2	Indsats og beredskab	61
16	Forhold vedr. radiologiske og nukleare hændelser	63
16.1	Overvågning og laboratoriekapacitet	63
16.2	Indsats og beredskab	63
17	Sundhedsdokumenter	65
17.1	Hygiejncertifikater til skibe	65
17.1.1	Hvilke skibe skal undersøges	65
17.1.2	Hvor kan inspektionerne blive foretaget	66
17.1.3	Hvem inspicerer skibene	66
17.1.4	Hvem udsteder certifikaterne og hvor	66
17.1.5	Betaling	67
17.1.6	Hvordan kontrolleres det om skibene har gyldige certifikater	67
17.1.7	Beskrivelse af inspektionerne/kravspecifikation	67
17.2	Certifikater for vaccination	68
17.3	Maritime Declaration of Health (Sundhedserklæring for skibsfarten)	68
17.4	Aircraft General Declaration (Sundhedserklæring for fly)	69
18	Dansk opfyldelse af IHR's krav	71
18.1	Overvågning og vurdering	71

18.1.1	Smitsomme sygdomme	72
18.1.2	Fødevareområdet	72
18.1.3	Zoonoser	73
18.1.4	Kemiske hændelser	73
18.1.5	Radiologiske/nukleare hændelser	73
18.2	Folkesundhedsmæssig indsats	73
18.2.1	Smitsomme sygdomme	74
18.2.2	Fødevareområdet	75
18.2.3	Zoonoser	75
18.2.4	Kemiske hændelser	75
18.2.5	Radiologiske/nukleare hændelser	76
18.2.6	Folkesundhedsmæssig kriseplan	76
18.3	Kapacitetskrav - udpegede havne og lufthavne	76
18.4	IHR fuldt implementeret i Danmark	78
19	Summary and conclusions in English – IHR – implemented in Danish emergency management	79
19.1	Surveillance and assessment	79
19.1.1	Infectious diseases	79
19.1.2	Food safety	79
19.1.3	Zoonotic diseases	80
19.1.4	Chemical events	80
19.1.5	Radiological/nuclear events	80
19.2	Public health response	81
19.2.1	Infectious diseases	81
19.2.2	Food Safety	82
19.2.3	Zoonotic events	82
19.2.4	Chemical events	83
19.2.5	Radiological/nuclear events	83
19.2.6	Public Health Crisis Plan	83
19.3	Capacity requirements – appointed ports and airports	84
19.4	Conclusion	86
20	Ord- og begrebsliste	87

Forord

Med denne rapport dokumenterer Sundhedsstyrelsen at WHO's sundhedsregulativ (International Health Regulations, IHR) er implementeret i Danmark.

WHO's sundhedsregulativ fra 2005 skal være implementeret i Danmark senest den 15. juni 2012 i form af overvågning, beredskabsplanlægning og kapaciteter til at kunne håndtere de sundhedsmæssige forhold der er omfattet af regulativet.

Sundhedsregulativet, IHR, er bindende internationale retningslinjer som har til hensigt at begrænse trusler fra sygdomme, som hurtigt kan sprede sig mellem lande. I forbindelse med seneste revision af regulativet er der indgået en international folkesundhedsaftale, omfattende sundhedsmæssige akutte hændelser ved kilden og ikke kun i relation til landegrænser. IHR omfatter således nu alle sygdomme og hændelser, der kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko af international betydning. Sundhedsregulativet har således et bredt sigte og dækker eksisterende, nye og genopståede sygdomme samt akutte hændelser forårsaget af ikke-infektive sygdomsfremkaldende agens. I praksis betyder det, at såvel smitsomme sygdomme, som fødevarerikkerhed, zoonoser, kemiske, biologiske, radiologiske og nukleare hændelser er omfattet.

Ifølge sundhedsregulativet skal der i Danmark foregå overvågning og vurdering af sundhedsmæssige trusler og hændelser; der skal være et effektivt beredskab til at opdage, iværksætte indsats imod og rapportere om en uventet folkesundhedsmæssig hændelse i Danmark, og endeligt skal Danmark leve op til opstillede kapacitetskrav i relation til indrejsepunkter som havne og lufthavne. Sundhedsregulativet fordrer tillige at landene rapporterer de hændelser til WHO, der kan udgøre en potentiel folkesundhedsmæssig risiko af international betydning, og at landene kan besvare forespørgsler om verifikation af information om sådanne hændelser.

Sundhedsstyrelsen har den koordinerende rolle i forhold til implementering af sundhedsregulativet, og har medvirket til at sikre at de relevante myndigheder og aktører er blevet involveret og har bidraget til samarbejdet.

Denne rapport bygger dels på Sundhedsstyrelsens rapport fra 2008 om det Internationale Sundhedsregulativ og dels på en aktuel rundspørge til alle myndigheder der er relevante i forhold til sundhedsregulativet. Med fokus på danske forhold og de eksisterende strukturer taget i betragtning, vurderes det at sundhedsregulativets krav er implementeret i Danmark.

Sundhedsstyrelsen, 15. juni 2012

Else Smith

Administrerende direktør

1 Introduktion

Det Internationale Sundhedsregulativ, International Health Regulations (herefter IHR), har et bredt sigte og skal hindre spredning af eksisterende og nye smitsomme sygdomme samt af hændelser forårsaget af ikke-infektøse sygdomsfremkaldende stoffer. Således er formålet at begrænse spredning af alvorlige sygdomme mellem lande.

Regulativet udgør et sæt af bindende retningslinjer til lande, der er medlem af Verdenssundhedsorganisationen (WHO). Regulativet består af i alt 66 artikler, samt en række bilag som udspecificerer krav til beredskab, håndtering, rapportering etc.

Regulativet kan findes på: <http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/index.html>.

En uautoriseret dansk oversættelse af det fulde regulativ, lavet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Denne rapport gennemgår Danmarks beredskab i struktur og praktik i henhold til det Internationale Sundhedsregulativ.

2 Sammenfatning af rapporten

Sundhedsstyrelsens vurderer at Danmark opfylder det Internationale Sundhedsregulativs krav.

Beredskabet i Danmark bygger på sektoransvarsprincippet og tværsektorielt samarbejde og koordination. Dansk håndtering af IHR-hændelser er naturligvis omfattet af dette beredskab. Sektoransvarsprincippet betyder at den sektor i samfundet, der i dagligdagen har ansvaret for en opgave/område, også har ansvaret i forbindelse med kriser og andre ekstraordinære hændelser. Hver sektor sikrer egen beredskabsplanlægning. Derudover er der etableret og fastlagt fora for tværsektoriel koordination og samarbejde om krisestyring og risikohåndtering på alle niveauer. I dansk beredskab har politiet en væsentlig rolle ved større hændelser, idet politiet varetager den koordinerende ledelse. Det betyder konkret, at hver aktør/myndighed fortsat beslutter selvstændigt inden for eget sektorområde, men politiet skal sikre at overordnet koordination og samarbejde finder sted og at hændelsen håndteres. Derfor er politiet (det stedlige politi) udpeget som IHR-kontaktpunkt lokalt.

I relation til IHR er hovedaktørerne Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Sundhedsstyrelsen med de decentralt placerede embedslæger vil få kendskab til enhver ekstraordinær hændelse der har sundhedsmæssige konsekvenser, og har rollen som IHR-koordinator, både centralt og lokalt, og Sundhedsstyrelsen vil i forbindelse med hændelser træffe beslutning om den sundhedsmæssige risikohåndtering. Sundhedsstyrelsen er tillige fast medlem af de tværsektorielle koordinationsfora centralt og lokalt. Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut varetager rollen som nationalt IHR-kontaktpunkt (National Focal Point, NFP), og rapporterer til WHO om IHR-hændelser, og modtager information fra WHO om hændelser i andre lande. Statens Serum Institut er faglig ekspertrådgiver på området smitsomme sygdomme, og vil dermed bidrage med risikovurdering til støtte for Sundhedsstyrelsens beslutninger. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut har et tæt samarbejde.

På området smitsomme sygdomme er endvidere nedsat regionale epidemikommissioner som ledes af en politidirektør, og har embedslægen og en repræsentant fra fødevaremyndigheden som hovedaktører. Epidemikommissionen har mulighed for at iværksætte tvangsforanstaltninger i relation til visse smitsomme sygdomme.

Til støtte for Sundhedsstyrelsen, og for beredskabet generelt, findes de såkaldte ekspertberedskaber på CBRN-områderne¹, som rådgiver og vejleder på hver deres områder.

Da samtlige IHR-relevante myndigheder i Danmark har døgnvagt, kan IHR-hændelser opdages, påbegyndes udredt og håndteres umiddelbart. Der er desuden mulighed for hurtig kontakt til myndighedernes beslutningstagere, så umiddelbart iværksatte foranstaltninger kan godkendes eller ændres.

¹ CBRN-områderne henviser til de kemiske, biologiske, radiologiske og nukleare ekspertområder (Chemical, Biological, Radiological & Nuclear)

2.1 Forhold vedrørende overvågning og vurdering

Med baggrund i eksisterende overvågningssystemer og døgnvagt hos IHR-relevante myndigheder i Danmark, er det muligt at påvise begivenheder der omfatter sygdom eller dødsfald over det forventede niveau på en given tid og et givet sted i Danmark inden for de områder der er omfattet af IHR.

I denne sammenhæng er det tillige muligt at rapportere alle til rådighed værende og afgørende oplysninger til de aktører som er ansvarlige for at iværksætte indsats, både i relation til patienter og administrativt. Derved kan den sundhedsmæssige indsats sikres. Der kan omgående iværksættes foreløbige – og senere yderligere – kontrolforanstaltninger, og status for hændelser kan verificeres.

Sundhedsstyrelsen/embedslægen, som altid informeres hvad enten det handler om alvorlig smitsom sygdom, fødevarerelateret sygdom, zoonoser, kemisk hændelse eller radiologisk/nuklear hændelse, rapporterer til NFP på Statens Serum Institut, som informerer WHO.

Når NFP modtager rapporteringer fra WHO, kan disse via Sundhedsstyrelsen/embedslægen formidles og vurderes omgående af de rette fagpersoner, og rapporteres til de relevante myndigheder og aktører nationalt og lokalt.

Alle rapporter om begivenheder af hastende karakter på det nationale plan skal vurderes inden for 48 timer. Såfremt vurderingen tilsiger at begivenheden er anmeldelsespligtig i forhold til sundhedsregulativet, skal anmeldelse ske til WHO fra det nationale IHR-kontaktpunkt.

2.2 Forhold vedrørende folkesundhedsmæssig indsats

Det kan i Danmark hurtigt vurderes hvilke kontrolforanstaltninger der er påkrævede med henblik på at forebygge spredning af smitsom sygdom nationalt og internationalt. Relevante myndigheder har døgnvagt, og beslutninger kan træffes i henhold til sektoransvaret. Der kan sikres direkte operationel kontakt med højtplacerede medarbejdere i sundhedssektoren og andre embedsmænd med henblik på hurtig godkendelse og gennemførelse af inddæmnings- og kontrolforanstaltninger.

Med systemet af ekspertberedskaber der har døgnvagt, har beredskabets aktører mulighed for støtte i form af specialister, og der kan foretages laboratorieanalyser af prøver.

Via den nationale operative stab (NOST), som Sundhedsstyrelsen er fast medlem af, kan sikres direkte kontakt med andre relevante instanser på ministerielt niveau, idet der findes en liste med henblik på information til myndigheder. Der foreligger således planer for kommunikation til myndigheder, og den enkelte myndigheds egen beredskabsplan forventes at indeholde relevant kommunikationsplanlægning.

Danmark har ikke en national folkesundhedsmæssig kriseplan, men der er udarbejdet en National Beredskabsplan med en helhedsorienteret tilgang til planlægningen, som i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens egen beredskabsplan, sektoransvaret og det udprægede tværsektorielle samarbejde, sikrer at det er muligt at håndtere en folkesundhedsmæssig krisesituation.

2.3 Kapaciteter i udpegede havne og lufthavne

Det er ikke relevant for Danmark at have etableret særlig lægetjeneste i udpegede havne og lufthavne. Det eksisterende danske sundhedssystem kan hurtigt iværksætte modtagelse og vurdering af både en enkelt og et større antal rejsende personer med smitsom sygdom eller mistanke herom, eller anden sygdom som kan udgøre en sundhedsmæssig trussel, således er der mulighed for omgående vurdering og pleje af syge rejsende alene ved at benytte det almindelige sundhedssystem.

Det forventes at alle regioner, som har ansvaret for at modtage syge/smittede ved indrejsepunkter, har indarbejdet de praktiske forhold herfor i sundhedsberedskabsplanen for regionen. Vedrørende grænseovergange på landjorden skal det bemærkes at Danmark er et Schengen-land, omgivet af andre Schengen-lande i forhold til grænseovergange på landjorden. Disse grænseovergange er normalt ikke bemandede med henblik på kontrol af ind- og udrejse.

Der kan i Danmark iværksættes og gennemføres ind- eller udrejsekontrol af rejsende. Såfremt en sådan opgave skal løses, vil det blive meldt ud af Sundhedsstyrelsen og udført af embedslæge og region i samarbejde.

Efter dansk opfattelse findes der ikke grundlag for at kunne iværksætte særlige screeningsforanstaltninger eller andre former for kvik-undersøgelingsprocedurer i havne og lufthavne. Fra dansk side er opfattelsen at det væsentligste er at sikre den enkelte berørte rejsendes oplysninger om for eksempel symptomer, færden i områder hvor smitte kan forekomme og evt. kontakt med syge personer.

Hvis der er risiko for at personer udsat for smitte (eksponerede) kan blive syge efter nogle dage og derfor er smittefarlige, skal de udsatte personer holdes samlet og i karantæne. Da regionerne i forvejen, for at kunne håndtere større situationer i landet med alvorlig smitsom sygdom, har til opgave at have udpeget karantænefaciliteter, findes det ikke relevant at udpege særlige karantænefaciliteter i tæt geografisk relation til havne og lufthavne. Det forudsættes at der i et samarbejde mellem politi og region arrangeres transport af udsatte personer fra havnen/lufthavnen til regionens karantænefaciliteter.

Personale, der er i kontakt med syge/smittede personer, har adgang til udstyr og værnemidler for at undgå smittespredning og kontaminering. Kontaminerede personer vil fortrinsvis blive rensset på stedet, idet transport af forurenede ikke anses for hensigtsmæssigt. Transport af bærere af infektion er en del af sundhedsberedskabet og foregår i ambulancer, hvor alt personale har beskyttelsesudstyr.

Der er indarbejdet struktur og organisation for dansk inspektion af skibe i relation til IHR, samt udstedelse af hygiejnecertifikater. IHR-krav i denne sammenhæng er opfyldt.

3 Baggrund

Nedenfor skitseres arbejdet med at implementere IHR i Danmark, herunder grundlaget for denne afsluttende rapport.

3.1 Historik

Det Internationale Sundhedsregulativ fra WHO, International Health Regulations (IHR) fra 2005 har et bredt sigte og dækker eksisterende, nye og genopståede sygdomme, samt akutte hændelser forårsaget af ikke-infektiose sygdomsfremkaldende agentia. Sundhedsregulativet kræver, at landene håndterer og til WHO rapporterer hændelser, der kan udgøre en potentiel folkesundhedsmæssig risiko af international betydning (PHEIC, Public Health Emergency of International Concern), og at landene kan besvare forespørgsler om verifikation af information om sådanne hændelser. Hvert land udpeger et nationalt kontaktpunkt (National Focal Point), hvorigennem rapportering og information mellem landet og WHO foregår.

Formålet med sundhedsregulativet er at forebygge, beskytte imod, kontrollere og sørge for sundhedsfaglig reaktion på international sygdomsspredning på en måde, som står i rimeligt forhold og er begrænset til folkesundhedsmæssige risici, og som undgår unødvendige indgreb i international trafik og handel.

Ifølge sundhedsregulativet skal hvert land udvikle, styrke og fastholde kapaciteten til at opdage, vurdere og rapportere om begivenheder i henhold til sundhedsregulativet. Endvidere skal landene tilsvarende kunne reagere hurtigt og effektivt overfor sundhedsmæssige risici og sundhedsmæssige krisesituationer af international betydning.

WHO har anført, at hændelser der potentielt kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko af international betydning, dvs. Public Health Event of International Concern (PHEIC), vil være ekstraordinære hændelser, som opfylder to af følgende kriterier:

- a. Alvorligheden af hændelsen, målt på mulig belastning af folkesundheden
- b. Hændelsen er usædvanlig eller uventet
- c. Hændelsen har potentiale til international spredning
- d. Det vil være nødvendigt at indføre restriktioner i rejser eller handel på grund af hændelsen

Der kan være tale om:

- a. Menneskelige tilfælde
- b. Vektorer som overfører smitte eller kontaminering
- c. Varer som er kontaminerede

WHO har udarbejdet en liste over sygdomme, som det vurderes ubetinget kan udgøre en særlig PHEIC. Forekomst af disse sygdomme skal derfor nøje overvåges og anmeldes til WHO. I Danmark er det Statens Serum Institut ved Afdeling for Infektionsepidemiologi, som er nationalt kontaktpunkt og varetager anmeldelserne til WHO.

Følgende sygdomme er på WHO's ubetingede anmeldelsesliste: Kopper, vildt poliovirus, influenza som skyldes ny variant, SARS, kolera, pest, gul feber, viral hæ-

morrhagisk feber, samt Vestnil-feber. Af disse sygdomme er følgende anført som alment farlige smitsomme sygdomme i henhold til den danske epidemilov: kopper, SARS, viral hæmorrhagisk feber og pest. Følgende af de af WHO nævnte sygdomme er anført som øvrige smitsomme sygdomme, der kan – efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen - håndteres som alment farlige: kolera, vildt poliovirus og ny influenza-type. Epidemiloven er hjemmelsgrundlaget i Danmark i relation til smitsomme sygdomme og IHR.

Sundhedsregulativet blev i 2007 revideret og trådte i kraft den 15. juni 2007, med henblik på gradvis implementering indtil 15. juni 2009. Der skulle foretages en vurdering af eksisterende kapaciteter og udvikling af en national plan. Senest 15. juni 2012 skal IHR være endeligt implementeret i form af en national plan og etablering af nationale kapaciteter til at kunne håndtere de sundhedsmæssige forhold, som IHR omfatter.

Kravene til kapaciteter med henblik på overvågning og indsats samt for særligt udpegede indrejsepunkter er anført i sundhedsregulativets bilag 1, A og B.

Hvert land skulle fra 2007 til 2009 primært vurdere de eksisterende nationale strukturer og ressourcers evne til at leve op til de anførte minimumskrav og som resultat heraf udvikle og implementere handlingsplaner til at sikre at kernekapaciteterne er til stede og fungerer inden for hele landets territorium. Landene skulle benytte eksisterende nationale strukturer og ressourcer til at imødekomme kravene om specifikke kapaciteter.

Fra dansk side lægges vægt på det forhold at sundhedsregulativet tilsigter at beskytte befolkninger mod sundhedsmæssige risici af international betydning (PHEIC). Dvs. i forbindelse med modtagelse af syge rejsende i et land tilsigter sundhedsregulativet at beskytte landets og andre landes befolkning mod spredning af den pågældende sygdom.

Sundhedsstyrelsen etablerede i 2007 en tværsektoriel IHR-arbejdsgruppe som skulle stå bag implementeringen af IHR i Danmark. Arbejdsgruppens rapport blev publiceret i 2008: ”Det Internationale Sundhedsregulativ – Krav til beredskabet i havne og lufthavne”. Rapportens konklusioner var, at arbejdsgruppen overordnet vurderede, at de i IHR krævede kapaciteter for langt de flestes vedkommende i praksis allerede eksisterede overalt på dansk område, dvs. det er muligt at iværksætte for et hvilket som helst indrejsepunkt i landet. Der blev fremsat en mindre række anbefalinger for at imødekomme de enkelte mangler der var, før IHR kunne siges at være fuldt implementeret:

- Håndtering af IHR-relaterede hændelser skulle indarbejdes i beredskabsplanerne for de myndigheder, som er ansvarlig for håndtering af sådanne hændelser
- De centrale sundhedsmyndigheders kommunikation med praktiserende læger skulle forbedres
- Alle regioner skulle have planlagt for karantænefaciliteter
- Etablering af ind- og udrejsekontrol skulle overvejes (ingen screening)
- Struktur og organisation med henblik på udstedelse af hygiejnecertifikater til skibe skulle etableres og iværksættes

Denne rapport vil udgøre det overordnede nationale planlægningsgrundlag for IHR-relateret planlægning. For Danmark vil det ikke være relevant med en specifik

operativ IHR-beredskabsplan, idet beredskabsplanlægning i Danmark for alle myndigheders vedkommende baserer sig på myndighedens sektoransvar, samt på ligheds- og nærhedsprincipperne. Endvidere tilstræbes en ”all hazards approach”, helhedsorienteret tilgang til planlægningen, der groft set betyder, at planlægningen fastlægger rammerne i form af struktur og organisation, og beredskabsopgaverne løses med udgangspunkt i dette.

De nationale kapaciteter, som sundhedsregulativet kræver, er omtalt i afsnit 3.2 og i kapitel 18.

3.2 IHR's krav til beredskabet

Ifølge sundhedsregulativet skal der være en effektiv beredskabsordning til at håndtere – dvs. opdage, respondere og rapportere om – en uventet folkesundhedsmæssig begivenhed i Danmark.

3.2.1 Overvågning og vurdering

- a) Der skal kunne påvises begivenheder, der omfatter sygdom eller dødsfald over det forventede niveau på en given tid og et givet sted i alle områder inden for landets territorium.
- b) Alle til rådighed afgørende oplysninger skal kunne rapporteres umiddelbart til det rette niveau for at sikre den sundhedsmæssige indsats. Afgørende oplysninger kan for eksempel være følgende: kliniske beskrivelser, laboratorieresultater, kilder til og type af risiko, antal sygdomstilfælde og dødsfald, betingelser der indvirker på sygdomsspredning, anvendte sundhedsmæssige foranstaltninger.
- c) Der skal omgående kunne iværksættes foreløbige – og senere yderligere – kontrolforanstaltninger.
- d) Status for begivenheder skal kunne bekræftes.
- e) Rapporterede begivenheder skal kunne vurderes omgående og rapporteres til det nationale niveau.
- f) På det nationale plan skal alle rapporter om begivenheder af hastende karakter vurderes inden for 48 timer. Såfremt vurderingen tilsiger, at begivenheden er anmeldelsespligtig, skal anmeldelse ske til WHO fra det nationale IHR kontaktpunkt.

3.2.2 Folkesundhedsmæssig indsats

- a) Det skal hurtigt kunne fastlægges, hvilke kontrolforanstaltninger der er påkrævet med henblik på at forebygge spredning nationalt og internationalt.
- b) Der skal hertil kunne ydes støtte i form af specialister, laboratorieanalyser af prøver og logistisk bistand.
- c) Der skal kunne ydes støtte på stedet for at supplere lokale undersøgelser.
- d) Der skal sikres direkte operationel kontakt med højtplacerede medarbejdere i sundhedssektoren og andre embedsmænd med henblik på hurtig godkendelse og gennemførelse af inddæmnings- og kontrolforanstaltninger.
- e) Der skal sikres direkte kontakt med andre relevante instanser på ministerielt niveau.

- f) Der skal sikres effektiv kommunikation mellem de involverede instanser og myndigheder med henblik på at sikre meddelelse af information og henstillinger modtaget fra WHO.
- g) En national folkesundhedsmæssig kriseplan skal etableres og vedligeholdes, herunder dannelse af tværsektorielle/tværfaglige grupper til indsats i relation til begivenheder, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation.

3.2.3 Kapacitetskrav - udpegede havne og lufthavne

- a) Der skal sikres adgang til passende lægetjeneste, herunder diagnostiske faciliteter, så der er mulighed for omgående vurdering og pleje af syge rejsende, samt passende bemanning, udstyr og faciliteter.
- b) Der skal sikres adgang til udstyr og personale til transport af syge rejsende til en passende sundhedsinstitution.
- c) Der skal sikres uddannet personale til inspektion af transportmidler.
- d) Der skal sørges for et sikkert miljø for rejsende på indrejsepunktet, herunder drikkevandsforsyning, mulighed for at spise, catering til fly, offentlige toiletter, passende bortskaffelse af fast og flydende affald og andre potentielle risikoområder.
- e) Der skal så vidt muligt sørges for en ordning med uddannet personale til kontrol af vektorer og reservoirer ved og nær indrejsepunkter.
- f) Der skal etableres og vedligeholdes en beredskabsplan for folkesundheden, herunder udpegelse af en koordinator og kontaktpunkt for relevante indrejsepunkter, sundhedsmyndigheder og -institutioner samt andre instanser.
- g) Der skal kunne foretages vurdering og pleje af berørte rejsende eller dyr via etablering af ordninger med lokale sundhedstjenester og veterinære tjenester med henblik på isolation, behandling og støtteindsats.
- h) Der skal være passende faciliteter – adskilt fra andre rejsende – til at interviewe personer, som er berørte, dvs. smittede eller under mistanke herfor.
- i) Der skal kunne sørges for vurdering af behov for og iværksættelse af karantæne af rejsende som er under mistanke, fortrinsvis i faciliteter på afstand af indrejsepunktet.
- j) Der skal kunne anvendes anbefalede foranstaltninger til desinficering, gnavebekæmpelse, insektbekæmpelse, dekontaminering eller anden behandling af last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser på steder, som er særligt indrettet og udstyret til dette formål.
- k) Der skal kunne gennemføres ind- eller udrejsekontrol af ankommende og rejsende.
- l) Der skal være adgang til særligt indrettet udstyr og uddannet personale med passende værnemidler med henblik på overførelse af rejsende, som kan være bærere af infektion eller kontaminering.

Hændelser og sygdomstilfælde som udgør et særligt nationalt eller regionalt problem - samt enhver sundhedstrussel, der kan give anledning til international bekymring, herunder fra kemiske og nukleare kilder - skal anmeldes til WHO.

Anmeldelse til WHO sker via det nationale kontaktpunkt. Ligeledes skal WHO videregive relevante oplysninger til øvrige lande, for at disse kan forebygge og/eller imødegå en sundhedsmæssig risiko.

WHO kan udstede henstillinger til landene om passende sundhedsmæssige foranstaltninger, som kan anvendes i relation til personer, bagage, last, containere, transportmidler, varer og/eller postforsendelser med henblik på specifikke aktuelle sundhedsmæssige risici for at forebygge eller begrænse international sygdomsspredning og undgå unødvendige indgreb i international trafik.

3.3 Aktuel data- og informationsindsamling

I 2008 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten ”Det Internationale Sundhedsregulativ – Krav til beredskab i havne og lufthavne”. Rapporten indeholdt en vurdering af, i hvilket omfang Danmark i forvejen levede op til IHR’s krav, samt opstilling af anbefalinger for tiltag der yderligere skulle indarbejdes, så IHR kunne betragtes som implementeret. Rapporten beskrev en række forhold, der endnu ikke var på plads (se kapitel 18).

I forbindelse med rapportens udarbejdelse udførtes et sideløbende arbejde med indførelse af de nye hygiejnecertifikater for skibe.

Inden 15. juni 2012 skal det vurderes om IHR i tilstrækkelig grad er implementeret i Danmark. Sundhedsstyrelsen skal for de områder, der falder under styrelsens *sektoransvar*, tilstræbe, at mangler bliver implementeret. For de områder der falder under en anden myndigheds sektoransvar, skal Sundhedsstyrelsen gøre de pågældende myndigheder og evt. andre aktører opmærksomme på disse områder.

WHO har i implementeringssammenhæng udgivet *IHR Core Capacity Monitoring Framework*, hvori er listet 8 kernekapaciteter, der samlet set opsummerer bilag 1 i det Internationale Sundhedsregulativ, og derved illustrerer fokusområderne for IHR:

- Nationale love og regelsæt samt finansiering (*National legislation, policy and financing*)
- Koordination og kommunikation med nationalt kontaktpunkt (*Coordination and National Focal Point communications*)
- Overvågning (*Surveillance*)
- Indsats (*Response*)
- Beredskab (*Preparedness*)
- Risikokommunikation (*Risk communication*)
- HR, især uddannelse af personale (*Human resources*)
- Laboratoriekapacitet (*Laboratory*)

De 8 kernekapaciteter danner grundlag for en vurdering af status for implementeringen af IHR i Danmark. Endvidere har de 8 kernekapaciteter dannet tematisk grundlag for den dataindsamling der er udført med henblik på vurdering af om IHR og herunder kernekapaciteterne er implementeret i Danmark, både hvad angår hver af de fem sundhedsfarer og hvad angår særligt udpegede lufthavne, havne og grænseovergange på landjorden.

De fem sundhedsfarer som IHR fokuserer på er:

- Smitsomme sygdomme (biologisk)

- Fødevarerikkerhed
- Zoonoser
- Kemiske hændelser
- Radiologiske/nukleare-hændelser

Denne rapport og den samtidige dataindsamling skal:

- Give status på implementering af IHR i Danmark
- Belyse hvilke områder der ikke er tilstrækkeligt implementeret
 - For de områder, der falder under Sundhedsstyrelsens sektoransvar, skal styrelsen tilstræbe at relevante aktører får implementeret disse områder
 - For de områder, der falder under en anden myndigheds sektoransvar, skal Sundhedsstyrelsen anmode om at disse områder bliver implementeret
- Udgøre dokumentation for Sundhedsstyrelsens koordinerende arbejde i forhold til implementering af IHR i Danmark

Alle myndigheder og institutioner, som er relevante i IHR-sammenhæng, har modtaget en opdateret interim-udgave af Sundhedsstyrelsens rapport fra 2008, og er blevet bedt om at supplere indholdet vedrørende egen sektor, besvare enkelte spørgsmål i relation til IHR, samt tilkendegive hvorvidt IHR er implementeret på deres respektive sektorområder.

På baggrund af deres besvarelser har Sundhedsstyrelsen udarbejdet denne nye rapport, hvoraf det fremgår at det Internationale Sundhedsregulativ er fuldt implementeret i Danmark.

4 Ansvarlige myndigheder, nationale regelsæt og kontrol

4.1 Sundhedsmyndigheder

Danmark har et veletableret sundhedsberedskab på alle niveauer: nationalt, regionalt og kommunalt. Beredskabet har til opgave at kunne imødegå ekstraordinære hændelser, som stiller øgede krav til sundhedsvæsenets kapacitet og fleksibilitet.

Sundhedsberedskabet hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses ressort. Ministeren for sundhed og forebyggelse har således ansvaret for, at der inden for ministerområdet planlægges for opretholdelse og videreførelse af opgaver inden for sundhedsberedskabet.

Statens Serum Institut ved Afdeling for Infektionsepidemiologi er udpeget som nationalt kontaktpunkt (NFP) for IHR og er dermed ansvarlig for indrapportering til WHO af hændelser i landet, som kan udgøre en sundhedsmæssig risiko (PHEIC), herunder også ved indrejsepunkter. Sundhedsstyrelsen, herunder embedslægerne som involveres ved alle PHEIC, har et velkoordineret tæt samarbejde med Statens Serum Institut, og indberetter forekomst af PHEIC til det nationale kontaktpunkt.

4.1.1 Sundhedsstyrelsen og embedslægerne

Sundhedsstyrelsen er en styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsstyrelsens opgaver inden for sundhedsberedskabet vedrører først og fremmest styrelsmæssige opgaver i forhold til ministeriets opgaver på området, samt sundhedsfaglig rådgivning og vejledning til andre myndigheder mv. Grundlaget for Sundhedsstyrelsens virksomhed er Sundhedsloven, Epidemiloven og Lægemiddeloven. I medfør af Sundhedsloven er Sundhedsstyrelsens centrale opgaver overvågning, rådgivning og tilsyn.

Sundhedsstyrelsen udarbejder planlægningsgrundlaget for det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen varetager – bl.a. med embedslægekontorer placeret ude i landet – en række tilsyns-, overvågnings- og rådgivningsopgaver på sundhedsområdet, herunder om sundhedsberedskab.

I forbindelse med smitsomme sygdomme har Sundhedsstyrelsen, herunder embedslægerne, ansvar for vejledning og rådgivning, kontakt- og smitteopsporing samt forebyggelse af smitsomme sygdomme, og er endvidere central myndighed hvad angår sundhed. Sundhedsstyrelsen er endvidere national koordinerende sundhedsmyndighed.

Endvidere behandler Sundhedsstyrelsen opgaver vedrørende planlægning af sundhedsberedskabet og kan involveres i konkrete beredskabssammenhænge, samt har opgaver relateret til nationale krisesituationer. For eksempel har styrelsen i tilfælde af større hændelser, herunder epidemier eller miljømæssige uheld som kan have betydning for befolkningens sundhed, et overordnet ansvar på området og kan herunder tage initiativ til udarbejdelse af faglige retningslinjer eller anbefalinger mv.

I tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger, kan ministeren for sundhed og forebyggelse jf. Sundhedslovens § 211 pålægge regionsrådet at løse en sundhedsberedskabsopgave på en nærmere bestemt måde. Sundhedsstyrelsen er pålagt den koordinerende opgave på ministerens vegne, dels via Sundhedsstyrelsens krisestab, dels gennem styrelsens faste repræsentation i såvel den Nationale Operative Stab (NOST²) samt den Internationale Operative Stab (IOS³).

Sundhedsstyrelsen har en intern beredskabsplan, der giver grundlaget for at Sundhedsstyrelsens interne beredskabsorganisation kan aktiveres på forskellige niveauer for at løse de opgaver den aktuelle krise fordrer. Der kan være tale om opgaver fra overvågning af situationen over udsendelse af rådgivning og vejledning til relevante parter til national koordination af den sundhedsfaglige indsats.

Sundhedsstyrelsen kan således ved ekstraordinære hændelser nedsætte egen kriseledelse og krisestab til at beslutte og iværksætte konkrete tiltag til at imødegå hændelsen og forebygge yderligere skade. Sundhedsstyrelsen træffer således som sektoransvarlig myndighed beslutning om risikohåndtering i den konkrete situation.

Dette foregår med reference til ministeriet, og i samarbejde med andre relevante myndigheder og eksperter, herunder bl.a. Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsens embedslæger

Embedslægerne er en del af Sundhedsstyrelsen og er repræsenteret decentralt med kontorer i Østdanmark og Vestdanmark.

De af embedslægernes opgaver, der relaterer sig til sundhedsregulativet, er at:

- Varetage decentrale, statslige overvågnings-, tilsyns-, og beredskabsfunktioner, samt rådgive lokale myndigheder om sundhedsmæssige forhold
- Rådgive lokale myndigheder vedrørende sundhedsfaglige forhold
- Løse opgaver inden for områderne smitte- og kontaktopsporing samt forebyggelse af smitsomme sygdomme, miljømedicin og sundhedsplanlægning i relation til beredskabet
- Yde sundhedsfaglig rådgivning og bistand til lokale myndigheder bl.a. om smitsomme og andre overførbare sygdomme, samt kemiske stoffer

Hvad smitsomme sygdomme angår, håndteres de syge af regionens sundhedsvæsen, mens smitte- og kontaktopsporing foretages af embedslægen. Embedslægen er medlem af den regionale epidemikommission, som har til opgave dels at hindre indførsel i landet af alment farlige smitsomme sygdomme, dels at hindre smittespredning af samme.

Embedslægen kan endvidere rådgive indsatsmyndigheder lokalt i en beredskabssituation, herunder særligt om de sundhedsmæssige konsekvenser for befolkningen af den hændelse, der udløste beredskabet. Der kan være tale om forhold for udsatte personer på/ved et skadested og omkringboende, for eksempel ved store brande, kemiske uheld og mistanke om biologiske terrorhændelser.

² Se mere herom i afsnit 5.1.1

³ Se mere herom i afsnit 5.1.2

Embedslægen afgrænser på grundlag af de foreliggende oplysninger, hvilken personkreds der i givet fald kan være eksponeret, og beslutter hvilke foranstaltninger der bør iværksættes. Embedslægen informerer registrerede personer og om nødvendigt andre på og i nærheden af et skadested om forholdsregler og sygdomsforebyggelse. Embedslægen sikrer sig kontakt til Akut Medicinsk Koordinationscenter⁴ (herefter AMK) og den på forhånd udpegede modtagelse eller afdeling i regionens sygehusvæsen, som eventuelt skal modtage syge eller personer med symptomer, med henblik på etablering af kontakt og situationsmelding. Såfremt der i forbindelse med en ekstraordinær hændelse måtte være et akut behov for medvirken fra Sundhedsstyrelsen centralt, er vagthavende embedslæge kontaktperson til Sundhedsstyrelsens chefer og beredskabsmedarbejdere.

I IHR-sammenhæng er embedslægen lokal IHR-koordinator.

Der kan opnås adgang til Sundhedsstyrelsen døgnet rundt via embedslægernes døgnvagtsfunktion. Sundhedsstyrelsens døgnvagtsfunktion varetages af den vagthavende embedslæge i Østdanmark. Embedslægen er til rådighed for telefoniske henvendelser og skal efter aftale kunne fremmøde med et efter omstændighederne passende varsel. Der henvises i øvrigt til hjemmesiden www.sst.dk, hvor relevante telefonnumre er anført.

4.1.2 Statens Serum Institut

Statens Serum Institut (SSI) er en statsvirksomhed under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, hvis formål er at forebygge og bekæmpe smitsomme sygdomme, medfødte lidelser og biologiske trusler. Sundhedsloven (LBK nr. 913 af 13/07/2010) er det gældende retsgrundlag for Statens Serum Institut.

Statens Serum Institut:

- Varetager opgaver vedrørende sundhedsdata og smitteberedskab
- Forestår indsamling og formidling af data om befolkningens sundhedstilstand og data vedrørende aktivitet, økonomi og kvalitet i sundhedsvæsenet
- Koordinerer it-understøttelsen i sundhedsvæsenet og varetager drift og udvikling af it-systemer i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennem National Sundheds-IT (NSI)
- Er center for forebyggelse og bekæmpelse af smitsomme sygdomme og medfødte lidelser og varetager et forskningsbaseret smitteberedskab for Danmark. Aktiviteterne omfatter overvågning, rådgivning og andre smitteberedskabsfunktioner, herunder beredskab mod biologisk terrorisme, diagnostik for landets sygehuse og praktiserende læger samt forsyningssikring af relevante vacciner m.m. Forsyningen varetages ved egenproduktion eller fremskaffelse.

Instituttet er organiseret i fem sektorer: Sektor for National Sundhedsdokumentation & Forskning, Sektor for National Sundheds-IT (NSI), Sektor for Mikrobiologi & Diagnostik, Sektor for Diagnostica, samt Sektor for Vaccine.

⁴ AMK: Den funktion, der i en region koordinerer den samlede medicinske indsats ved store hændelser. AMK er indgangen – herunder kommunikationsmæssigt – til hele regionens sundhedsvæsen.

Det nationale kontaktpunkt for IHR er Afdeling for Infektionsepidemiologi (Sektor for National Sundhedsdokumentation & Forskning, se afsnit 4.1.3).

4.1.3 Nationalt kontaktpunkt for IHR

Det er Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut, der er udpeget som nationalt kontaktpunkt for IHR. Valget af Afdeling for Infektionsepidemiologi som kontaktpunkt er motiveret af, at denne afdeling på vegne af Sundhedsstyrelsen varetager den nationale overvågning af smitsomme sygdomme (jf. bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme mv.) Afdelingen har et tæt samarbejde med de specialiserede referencelaboratorier på SSI og en veletableret kontaktflade til landets embedslæger. Afdelingen rådgiver landets læger og sundhedsmyndigheder om smitsomme sygdomme og udgiver det ugentlige nyhedsbrev EPI-NYT.

Det er således Afdeling for Infektionsepidemiologi, der har det mest komplette nationale overblik over forekomsten af smitsomme sygdomme i Danmark. Endvidere skal det nævnes at:

- Afdeling for Infektionsepidemiologi varetager i forvejen EU's meldesystem EWRS (Early Warning and Response System), der er etableret i henhold til beslutning 2119/98/EU. EWRS-systemet tillader kommunikation med såvel WHO som det Europæiske Center for Forebyggelse og Kontrol af Smitsomme Sygdomme, ECDC. SSI repræsenterer Danmark i en lang række europæiske netværk og ECDC i forbindelse med overvågningen af smitsomme sygdomme.
- SSI samarbejder med WHO i forbindelse med sygdomsovervågning og varetager ekspert- og referencefunktioner for WHO, bl.a. via WHO collaborating centres.
- SSI har stor erfaring i håndtering af udbrud af smitsomme sygdomme og har ekspertisen til at udføre udbrudsundersøgelser efter gældende standarder. Denne kapacitet omfatter identifikation af smitstof, anvendelse af mikrobiologiske specialundersøgelser, klassiske deskriptive og analytiske epidemiologiske metoder til at udpege smittekilde samt formidling og vejledning af myndigheder om modforanstaltninger.
- SSI deltager i EU-programmet for interventionsepidemiologi via EPIET programmet og har løbende to felt-epidemiologer under uddannelse med virke i Afdeling for Infektionsepidemiologi.
- Center for Biosikring og -Beredskab (CBB) (se mere herom i afsnit 4.6.3) koordinerer alle aktiviteter vedrørende biologiske kampstoffer og bioterrorisme på SSI både i beredskabsopbygningen og i krisesituationer. CBB er statslig myndighed for biosikring og herunder ansvarlig for håndteringen af uheld med farlige biologiske stoffer på virksomheder omfattet af biosikringslovgivningen. CBB er nationalt kontaktpunkt for EU-meldesystemet RASBICHAT (Rapid Alert System on Biological and Chemical Attacks and Threats). Centrets aktiviteter er forsknings- og vidensbaserede og inkluderer bl.a. lægefaglig, mikrobiologisk og våbenteknisk specialkompetence.
- SSI forestår indsamling og formidling af data om befolkningens sundhedstilstand og har derved adgang til sundhedsregistre der kan anvendes til overvågning af sygdomme der ikke skyldes smitstoffer.

- I tilfælde af hændelser, som ikke vedrører smitsomme sygdomme eller biologiske trusler, og som er meldt under IHR/skal meldes under IHR, vil Afdeling for Infektionsepidemiologi omgående tage kontakt til de relevante danske myndigheder og organisationer.

Udover kontaktpunkt for IHR varetager Afdeling for Infektionsepidemiologi andre opgaver, der kræver opretholdelse af et døgnberedskab. Dette omfatter EWRS, rådgivningsfunktioner, udlevering af visse vacciner og lægemidler, samt interne og eksterne beredskabsfunktioner.

Statens Serum Institut (Afdeling for Infektionsepidemiologi) besidder således – som det forlanges i Terms of Reference for National Focal Points i IHR – kapacitet til konsultation (artikel 8), rapportering (artikel 9) og verifikation af hændelser, der kan udgøre en ”Public Health Emergency of International Concern” (artikel 10).

4.1.4 Epidemikommisionerne

Epidemikommisionerne har en vigtig rolle i relation til IHR.

Epidemikommisionerne har i henhold til Epidemiloven lokalt/regionalt ansvaret for at hindre indførsel af smitsomme sygdomme til Danmark samt spredning af alment farlige smitsomme sygdomme, eller andre smitsomme eller overførbare sygdomme optaget i bilag til loven. Der er nedsat en epidemikommision i hver region. Politiet (en politidirektør i regionen) er formand for regionens epidemikommision, hvor politiet koordinerer arbejdet i kommissionen under hensyntagen til kommissionsmedlemmernes sektoransvar. Øvrige medlemmer er: en embedslæge, en repræsentant fra Fødevarestyrelsen, en repræsentant fra Beredskabsstyrelsens lokale beredskabscenter, en repræsentant fra SKAT, en repræsentant fra regionens sundhedsberedskab (AMK), samt tre regionsrådsmedlemmer.

Epidemikommisionens beføjelser er bl.a. at kunne påbyde lægeundersøgelse, indlæggelse til observation og isolation af syge eller formodede smittede, om nødvendigt med tvang. Af epidemiloven fremgår bl.a. at epidemikommisionen kan træffe beslutning om karantæne, og såfremt tvangsforanstaltning i form af tvangsindlæggelse er nødvendig, sker dette ved politiets hjælp. Såfremt udbredelsen ikke kan hindres ved isolation, kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen påbyde, at der skal iværksættes tvangsmæssig behandling. Dette gælder også for udenlandske statsborgere, der ankommer til Danmark via danske havne og lufthavne, hvorfor disse regler relaterer sig til implementering af IHR i Danmark. Endvidere kan kommissionen påbyde områder afspærret, og forbyde offentlige arrangementer og lignende.

Sundhedsstyrelsen vejleder i fornødent omfang epidemikommisionerne, bistået af et panel⁵ af faste myndighedsmæssige og faglige repræsentanter.

⁵ Det faste panel har dog aldrig været nedsat i praksis.

4.1.5 Regionerne

Det generelle planlægningsmæssige og operative driftsansvar for sundhedsberedskabet ligger hos regionerne og kommunerne. Med udgangspunkt i det daglige beredskab skal regionerne og kommunerne planlægge for en udvidelse af beredskabet, når en konkret situation stiller krav af en sådan karakter eller et sådant omfang, at behovene ikke kan dækkes tilfredsstillende ved hjælp af daglige rutiner og ressourcer.

I Sundhedslovens § 210 er fastsat at regioner og kommuner skal planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer. Planen skal vedtages af henholdsvis regionsrådet og kommunalbestyrelsen på et møde. Det er endvidere fastsat at regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning forud for vedtagelsen af planerne.

Efter Sundhedslovens §§ 169 og 210 fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om henholdsvis regionsrådenes tilrettelæggelse af den præhospitale indsats og ambulancetjenesten, samt planlægning og varetagelse af sundhedsberedskabet. Dette er udmøntet i Bekendtgørelse om planlægningen af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale mv. (BEK nr. 1150 af 9/12-2011).

Regionernes ansvar og opgaver på sundhedsområdet vedrører:

- Sygehusene
- Den behandlende psykiatri
- Det præhospitale område, herunder AMK-vagtcentral
- Praktiserende læger
- Speciallæger
- Sygesikringen

I Danmark går alle nødopkald til 112 Alarmcentralen. Hvis opkaldet har et sundhedsfagligt indhold, bliver der straks viderestillet til regionens AMK-vagtcentral. Der er oprettet en AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter) vagtcentral i hver region, som varetager den sundhedsfaglige koordination og disponering af det daglige beredskab og ved større hændelser.

AMK-vagtcentralerne er på døgnbasis indgangsporten til regionens akutte sundhedsberedskab og har overblikket over alle regionens sundhedsfaglige præhospitale ressourcer. AMK-vagtcentralen har en vagtleder samt en lægeligt ansvarlig, og har sundhedsfagligt personale ansat. AMK-vagtcentralen modtager og vurderer sundhedsfaglige 112-opkald, visiterer og disponerer den relevante hjælp, herunder udsendelse af ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter og Indsatsleder Sundhed (ISL-SU)/ koordinerende læge (KOOL).

AMK-vagtcentralen har via SINE-terminaler kontakt til alle indsatte præhospitale enheder. Indsatsleder Sundhed har det sundhedsfaglige præhospitale ansvar og refererer til AMK-vagtcentralen. Der kan således leveres differentieret hjælp efter visitation på regionens AMK vagtcentral. AMK-vagtcentralen leder operativt regionens sundhedsberedskab i en beredskabssituation.

Akut transport sker via regionens ambulancetjeneste med fastlagte responstider. Behandling under indlæggelse sker på egnet sygehus afhængigt af sygdommens eller skadens art. Øvrig behandling kan ske hos praktiserende læger eller lægevagten uden for dagtid.

AMK-vagtcentralen har desuden til opgave at lede og koordinere det samlede sundhedsberedskab internt i den enkelte region. Ekstern information fra andre myndigheder meldes således ind til AMK-vagtcentralen, og AMK-vagtcentralen sikrer at relevant information fordeles internt i regionen, for eksempel til sygehuse, afdelinger og praktiserende læger og vagtlæger.

Det præhospitale beredskab i regionen skal kunne håndtere og transportere patienter med smitsom sygdom, herunder patienter, der ankommer med fly eller skib fra udlandet.

Sygehusberedskabet skal kunne iværksætte undersøgelse, isolation, behandling og pleje samt vaccination dimensioneret efter hændelsens omfang, uanset om sygdomsudbruddet skyldes en epidemi eller pandemi, som er naturskabt, eller om det skyldes en utilsigtet eller tilsigtet hændelse.

Det infektionsmedicinske speciale er en regional funktion, og de infektionsmedicinske afdelinger har ansvar for at kunne modtage, behandle og pleje patienter med smitsomme sygdomme. Endvidere har den vagthavende infektionsmediciner en rådgivende funktion i forhold til AMK. Derudover skal regionerne have planlagt for at kunne iværksætte ad hoc isolation på udpegede afsnit/afdelinger, såfremt antallet af patienter med isolationskrævende smitsom sygdom er stort.

At oprette og drive karantænefaciliteter skal indgå i regionens sundhedsberedskabsplanlægning. Karantænefaciliteter udpeges uden for sygehus, men i egnede bygninger. Beslutning om karantæne træffes af Sundhedsstyrelsen eller af epidemikommissionen. Såfremt tvangsforanstaltninger er nødvendige, gennemføres de ved politiets foranstaltninger.

Regionens sundhedsberedskab skal desuden kunne modtage og behandle syge og tilskadekomne – også et større antal – efter CBRN-hændelser, herunder rensning af forurenede selvhenvendere.

Det fremgår tillige af Sundhedsloven, at personer der ikke har bopæl her i landet, under midlertidigt ophold har ret til akut behandling – og anden behandling, såfremt patienten ikke tåler at blive flyttet, eller det ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet. Således har personer, som ankommer til landet med fly eller skib, ret til akut behandling ved regionens foranstaltning.

4.2 Politiet

Ifølge Beredskabslovens § 17, stk. 1, koordineres den samlede indsats ved større skader af politidirektøren. I forbindelse med indsættelse af redningsberedskabet og sundhedsberedskabet skal politidirektøren endvidere i fornødent omfang sørge for varslings, afspærring, evakuering og andre nødvendige foranstaltninger, jf. beredskabslovens § 17, stk. 2. På en række lovgivningsområder, for eksempel inden for veterinær- og epidemilovgivningen, er politiets opgaver fastsat ved særlige bestemmelser.

Politiets beredskab på sundhedsområdet er en del af politiets generelle beredskab, der bygger på politiets daglige beredskab, der er opbygget fleksibelt med mulighed for individuel iværksættelse af forskellige foranstaltninger afhængig af den konkrete situation. Formålet med politiets plansæt er også at skabe et ensartet planlægningsgrundlag til iværksættelse af afpassede og koordinerende landsdækkende eller regionale/lokale indsatser i tilfælde af alvorlig kriminalitet, alvorlige ulykker og katastrofer, herunder forhold der vedrører sundhedsberedskabet. AMK-vagtcentralen og embedslægen er politiets indgange til sundhedssystemet.

I hver af landets 12 politikredse er der under ledelse af politidirektøren etableret en lokal beredskabsstab med henblik på varetagelsen af koordinerende opgaver på det beredskabsmæssige område. I de lokale beredskabsstabe indgår udover politiet repræsentanter fra Totalforsvarsregionen og Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter. Repræsentanter fra øvrige civile myndigheder m.fl. deltager efter behov. Hver enkelt repræsenteret myndighed deltager med egen kompetence i overensstemmelse med sektoransvarsprincippet. Ved beredskabsmæssige hændelser, der berører flere politikredse, kan Rigspolitichefen udpege én politikreds som ansvarlig for løsningen eller samordningen af den politimæssige indsats.

Alle landets politikredse har udarbejdet planer for håndtering af IHR-relaterede sundhedstrusler og politiet fungerer som lokalt IHR-kontaktpunkt.

4.3 SKAT

De toldmæssige opgaver i SKAT varetages ved 5 skattecentre. De skattecentre, der varetager toldopgaverne, er: København, Køge, Aarhus, Aalborg og Middelfart.

SKAT har også kontorer i andre byer, som er åbne udenfor normal kontortid, men der er her tale om kontorer, der er knyttet til specielle opgaver, som for eksempel færgeankomster fra Norge til Hirtshals og Frederikshavn, og fly i København og Billund lufthavne.

4.4 Havne, skibsfart

Danske erhvervshavnens virksomhed er reguleret af Havneloven, lov om havne nr. 457 af 23. maj 2012. Københavns Havn er reguleret af lov om Metroselskabet I/S og Arealudviklingselskabet I/S (Lov nr. 551 af 6. juni 2007).

Der er ikke en generel offentlig havnemyndighed til stede i den enkelte havn. I henhold til regelsættet om terrørsikring af havne (BEK nr. 896 af 9/7-2010 bekendtgørelse om sikring af havne og BEK nr. 895 af 9/7-2010 bekendtgørelsen om sikring af havnefaciliteter), er der krav om en havnesikringsmyndighed, herunder en Port Security Officer (PSO) og døgnvagtberedskab i havne, men dette relaterer sig ikke til IHR-forhold.

I havnenes beredskabsplaner indgår således ikke specifikt forhold relateret til IHR. I relation til skibene samarbejder havnene primært med skibsmæglere (se afsnit 4.4.4).

Offentlige erhvervshavne har modtagepligt for de skibe der ønsker at anløbe havnene, i det omfang pladsforholdene tillader det.

I henhold til Bekendtgørelse om havnekontrol af skibe inspicerer Søfartsstyrelsen udenlandske skibe og deres besætninger, der anløber dansk havn, eller en ankerplads inden for en dansk havns område, med henblik på overførsel mellem skib og havn af personer eller gods eller udførelsen af havnetjenesteydelser. Det pointeres at tekniske arrangementer på skibet, herunder ventilation, adgangsveje, indretning af kabys og opholdsrum, sorteres under Søfartsstyrelsen. Endvidere fører Søfartsstyrelsen tilsyn med at internationale bestemmelser for sikkerhed, miljø, uddannelse og arbejdsmiljø overholdes. Derved sikres, at skibene ikke udgør en unødvendig risiko for de ombordværendes sikkerhed og det omgivende miljø.

Såfremt Søfartsstyrelsen ved tilsyn eller anden kontakt til skibserhvervet bliver opmærksom på forhold som kan formodes at relatere sig til IHR, informeres Sundhedsstyrelsen/embedslæge i henhold til en intern instruks.

4.4.1 Transportministeriet

Transportministeriet er øverste sektormyndighed på transportområdet.

Transportministeriets hovedopgave er at skabe optimale muligheder for mobilitet i Danmark. Således er blandt ministeriets opgaver:

- Planlægning og anlæg af fysisk infrastruktur, f.eks. veje og jernbaner
- Drift og vedligehold af fysisk infrastruktur som statsveje og jernbaner samt statslige lufthavne og havne
- Tilsyn med post- og jernbanesektoren, luftfartssektoren og vejtransportsektoren

4.4.2 Søfartsstyrelsen

Søfartsstyrelsen er en styrelse under Erhvervs- og Vækstministeriet.

Styrelsens ansvarsområde tager udgangspunkt i søfarten og dens rammevilkår, skibet og dets besætning. Styrelsen har således myndighedsansvaret for:

- Danske skibes bygning, udstyr og drift (omfattende sikkerhed, terrorforebyggelse, forholdsregler for sejladsen, bemanning, arbejdsmiljø og miljøbeskyttelse) samt havnestatskontrol af udenlandske skibe i dansk havn
- Skibsregistrering
- De søfarendes uddannelse, beskæftigelse og søfartssociale forhold
- Skibsfartspolitik, søret samt erhvervspolitik både nationalt og internationalt

Myndighedsansvaret gælder både handelsflåden og fiskeriet. Dog har styrelsen ikke ansvaret for erhvervspolitikken for fiskeriet, der hører under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri.

Endvidere har Søfartsstyrelsen opgaver vedrørende regulering af sejladsforholdene i de danske farvande, mens farvandsafmærkning, farvandsovervågning, overvågning af civil skibsfart, suverænitetshåndhævelse, politimyndighed, alle forhold vedrørende lodsning, forureningsbekæmpelse, miljøovervågning, isbrydning m.m. hører under Forsvarsministeriet.

Under Søfartsstyrelsen hører også Radio Medical, se kapitel 6.

4.4.3 Kystdirektoratet

Kystdirektoratet er en styrelse under Transportministeriet og har geografisk hjemme i Lemvig. Kystdirektoratet varetager myndighedsopgaver inden for kystbeskyttelse, statens højhedsret over søterritoriet samt på havneområdet. I den forbindelse administrerer Kystdirektoratet de internationale regler om sikring af havnefaciliteter i forhold til danske havne. I BEK nr. 896 af 9/7-2010 bekendtgørelse om sikring af havne og BEK nr. 895 af 9/7-2010 bekendtgørelsen om sikring af havnefaciliteter (maritim sikring) findes regler om opretholdelse af et døgnvagtberedskab, overvågning og risikokommunikation i havne. Det overordnede mål med administrationen af disse regler er at opspore sikringstrusler og træffe præventive foranstaltninger mod sikringsrelaterede hændelser, som berører skibe eller havne og havnefaciliteter. Reglerne omfatter havne, som betjener skibe i international fart samt visse større passager- og lastskibe i indenlandsk fart. Disse regler har således til formål at sikre havnene mod ulovlige handlinger, og er uden forbindelse til IHR.

Kystdirektoratet skal godkende sårbarhedsvurderinger for havnene og skal ligeledes godkende de sikringsplaner, som udarbejdes på baggrund af sårbarhedsvurderingerne. Kystdirektoratet fører tilsyn med at sikringsplanerne er implementeret og efterleves.

4.4.4 Skibsmæglere

En skibsmægler udfører bl.a. ind- og udklarering af skibe, og er den juridiske repræsentant for rederen/skibsføreren og kontaktperson mellem skibet og en afskiber eller modtager af skibslast. Som skibsagent varetager en skibsmægler formaliteterne over for havne, toldmyndigheder, politiet, Søværnets Operative Kommando, sundhedsmyndigheder, m.fl.

Skibsmægleren udfører normalt alle opgaver for rederen/skibsføreren i forbindelse med havneanløbet.

Skibsmæglerens interesser varetages af Danmarks Skibsmæglerforening.

I relation til en PHEIC-hændelse vil kontakten mellem skibet og de relevante myndigheder i land (for eksempel politi eller embedslæge) normalt blive varetaget af en skibsmægler. Dog er det ikke lovpligtigt for skibe der anløber danske havne at benytte sig af skibsmæglere eller at udpege en juridisk repræsentant for skibet.

Skibsmægleren vil typisk som den første i land blive bekendt med alvorlige sygdomstilfælde eller anden IHR-relateret problematik om bord. Skibsmægleren vil bistå skibets fører med fornøden kontakt til sundhedsmyndigheder og andre myndigheder, og disses eventuelle adgang til skibet.

4.4.5 Søværnets Operative Kommando (SOK)

Søværnets Operative Kommando (SOK), oprettet i 1961, er placeret i Aarhus. Kommandoen er den danske flådes operative hovedkvarter. Søværnets Operative Kommandos opgaver er fordelt på to hovedområder; dels myndighedsopgaver i og omkring de danske farvande og dels deltagelse i internationale operationer.

Myndighedsopgaverne omfatter bl.a. farvandsovervågning, suverænitetshævdelse, eftersøgnings- og redningstjeneste, havmiljøovervågning og forureningsbekæmpelse, Vessel Traffic Service, isbrydning samt anden statslig udøvelse af myndighed til søs.

En stor del af disse opgaver gennemføres i nært samarbejde med andre myndigheder i og uden for Forsvaret, herunder Politiet, Søfartsstyrelsen, Farvandsvæsnet, Beredskabsstyrelsen, kommuner, Danmarks Meteorologiske Institut og SKAT m.fl.

Deltagelse i internationale operationer gennemføres i samarbejde med Danmarks allierede i NATO samt i koalitionsammenhæng og kan omfatte en meget bred vifte af opgaver fra humanitære operationer til egentlige kamphandlinger.

Opgaveløsningen styres døgnet rundt fra Søværnets Operative Kommandos operationscenter, hvor personel fra søværnet og flyvevåbnet koordinerer indsættelsen af skibe og fly.

Maritime Assistance Service (MAS) er en integreret del af SOK (se kapitel 6).

4.5 Lufthavne, luftfart

4.5.1 Transportministeriet

Transportministeriet er øverste sektormyndighed på transportområdet.

Transportministeriets hovedopgave er at skabe optimale muligheder for mobilitet i Danmark. Således er blandt ministeriets opgaver:

- Planlægning og anlæg af fysisk infrastruktur, f.eks. veje og jernbaner
- Drift og vedligehold af fysisk infrastruktur som statsveje og jernbaner samt statslige lufthavne og havne
- Tilsyn med post- og jernbanesektoren, luftfartssektoren og vejtransportsektoren

Lov om luftfart, nr. 959 af 12/9-2011 regulerer forhold relateret til luftfart på dansk område, herunder arbejdsmiljøet for besætningsmedlemmer i tjeneste på et luftfartøj.

4.5.2 Trafikstyrelsen

Trafikstyrelsen er en styrelse under Transportministeriet med ansvar og opgaver på tværs af transportformerne jernbane, vej og luftfart. Opgaverne er på områderne

jernbane, færge og øvrig kollektiv trafik samt inden for vejtransport, bilteknik og i tilknytning til postlovgivning. Det tidligere Statens Luftfartsvæsen blev i 2010 fusioneret med Trafikstyrelsen. På luftfartsområdet er kerneydelser primært at regulere udøvelsen af civil luftfart, herunder at føre tilsyn med at de flyvesikkerhedsmæssige forskrifter overholdes.

At regulere en aktivitet beskrives inden for luftfart som at fastsætte regler og sikre at aktiviteterne bliver udført i overensstemmelse med disse. Brugen af begrebet "regulering" som samlebetegnelse for Trafikstyrelsens myndighedsarbejde følger af EU's anbefalinger og forordninger vedrørende en hensigtsmæssig opdeling af funktionerne i forhold til myndigheds- og serviceudøvelse.

Trafikstyrelsens regulering af luftfarten sker inden for hovedområderne:

- Flyvesikkerhedsmæssig regulering
- Security regulering
- Radioudstyr til regulering af lufttrafik
- Økonomi og performance

På luftfartsområdet er der love og regelsæt i relation til IHR-kapacitetskravene i JAR-FCL 3, Part Medical (Joint Aviation Regulation, Flight Crew licensing).

4.5.3 Naviair

Naviair er en statsvirksomhed under Transportministeriet, som har til opgave at levere lufttrafiktjeneste, herunder flyveledelse (flyvekontrol). Lufttrafiktjenesten omfatter områdekontrolltjeneste i dansk luftrum – de såkaldte en-route tjenester. Desuden leverer Naviair indflyvnings- og tårnkontrolltjeneste for afgående og ankomende fly til Københavns Lufthavne, Kastrup og Roskilde, samt lufthavnene i Billund, Aalborg, Aarhus, og på Bornholm. Derudover ydes der informations- og alarmeringstjeneste i grønlandsk luftrum samt området omkring Færøerne. Med andre ord varetager Naviair stort set al kommunikation med fly inden for dansk luftrum. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at kommunikationen med fly inden for dansk luftrum i et vist omfang også varetages af Forsvaret og andre udøvere af lufttrafiktjeneste.

Trafikstyrelsen udgiver retningslinjer for Naviairs håndtering af smitsomme sygdomme i Air Traffic Service (ATS) instruks 12. Denne giver anledning til udarbejdelse af lokale ATS instrukser (LAI).

Naviair håndterer således henvendelser fra piloter på luftfartøjer. Naviair sikrer, at de medarbejdere der håndterer henvendelse fra piloter vedrørende PHEIC hændelser om bord er bekendt med den lokale ATS-instruks gennem løbende efteruddannelse i ”unormale situationer”.

Naviair udarbejder en risiko-og sårbarhedsanalyse mindst én gang årligt. Naviairs krisestab vurderer med baggrund i tjeklister behovet for eventuel begrænsning af medarbejdernes færden med henblik på at kunne opretholde en normal trafikafvikling.

Naviair har procedurer for håndtering af rapporterede dødsfald, som skyldes en PHEIC-relateret hændelse om bord på et luftfartøj.

Naviair har en krisekommunikationsplan og procedurer for håndtering af havari af et luftfartøj.

4.5.4 Lufthavne

Danske Schengen lufthavne (Københavns Lufthavne (Kastrup, Roskilde), Billund, Bornholm, Karup, Aalborg, Aarhus, Esbjerg, Sønderborg, Odense) har i deres planlægning indarbejdet Standard Operational Procedure (SOP) for håndtering af PHEIC-hændelser.

4.6 Beredskabet på faglige ekspertområder, relateret til IHR

I de følgende afsnit beskrives dels CBRN-ekspertberedskaberne, dels de faglige sektorer eller ekspertområder som varetager fødevareområdet og veterinærområdet.

CBRN-ekspertberedskaberne er en samlebetegnelse for de kemiske, biologiske, radiologiske og nukleare ekspertberedskaber, der omfatter følgende områder:

- C – Kemisk: Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen samt Giftlinjen
- B – Biologisk: Center for Biosikring og -Beredskab, Statens Serum Institut
- R – Radiologisk: Statens Institut for Strålebeskyttelse, Sundhedsstyrelsen
- N – Nukleart: Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen

Ved CBRN-hændelser i Danmark opretholdes det almindelige sektoransvar, som indebærer at den myndighed eller organisation som til daglig har ansvaret for et område, også har ansvaret ved større ulykker eller katastrofer, herunder terrorhændelser.

Ekspertberedskaberne er således et overbygningsberedskab, som kan anvendes som støtte og supplement til det daglige beredskab. Formålet med ekspertberedskaberne er som udgangspunkt at kunne bistå det kommunale redningsberedskab, politiet eller relevante sektoransvarlige myndigheder med rådgivning og indsatskapacitet for at minimere en trussel eller følgerne af en CBRN-hændelse. Ekspertberedskaberne kan rådgive og støtte rekvirenterne og i et vist omfang bidrage med analyse- og indsatskapacitet.

Endvidere kan ekspertberedskaberne via internationale aftaler og netværk indhente rådgivning og assistance i forbindelse med CBRN-hændelser.

4.6.1 Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen

Formålet med det kemiske ekspertberedskab, som varetages af Kemisk Beredskab under Beredskabsstyrelsen, er at bidrage til løsningen af beredskabsfaglige opgaver

ved utilsigtede og tilsigtede hændelser med kemiske stoffer og produkter. De kemiske stoffer omfatter både toksiske industrikemikalier, kemiske kampstoffer, eksplosivstoffer og andre i en given situation farlige stoffer.

Kemisk Beredskabs opgaver består i rådgivning om farlige kemiske stoffer, kemiske analyser med henblik på identifikation af farlige kemiske stoffer samt assistance på skadesteder og gerningssteder ved forekomst af farlige kemiske stoffer. Indsatsen på skadestedet og håndteringen af kemikalieforurenede og kemikalieskadede personer kræver kendskab til de kemiske stoffers farlige egenskaber, eksempelvis oplysninger om brandfare og eksplosionsfare, om indåndings- og sundhedsfare, om stoffets forhold over for vand og om miljøfaren.

Myndigheder kan således henvende sig til Kemisk Beredskab dels i forbindelse med akutte uheld med farlige kemiske stoffer, dels i forbindelse med efterforskning af en hændelse eller i forbindelse med forebyggende tiltag. Assistancen fra Kemisk Beredskab vil blive ydet enten telefonisk eller ved at en medarbejder rykker ud til skadestedet (gerningsstedet). Andre opgaver af relevans for IHR er assistance på skadested/ gerningssted efter behov, prøvetagning af farlige stoffer, kemiske analyser og karakteriseringer - specielt af på forhånd ukendte stoffer.

Kemisk Beredskabs opgaver udføres med hjemmel i Beredskabsloven.

Kemisk Beredskab kan levere data på det kemiske område til brug for information af borgere.

Kemisk Beredskab kan kontaktes hele døgnet.

4.6.2 Giftlinjen

Giftlinjen arbejder efter en særbevilling på Finansloven med forpligtelse til at yde rådgivning til befolkningen i Danmark, på Grønland og Færøerne. Hertil leverer Giftlinjen også toksikologisk viden og risikovurdering til relevante myndigheder.

Giftlinjen er placeret på Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden og rådgiver telefonisk om behandling af forgiftninger. Rådgivningen omfatter alle former for giftstoffer, herunder industri- og husholdningskemikalier, røg, lægemidler, misbrugsstoffer og planter. Henvendelser besvares af læger med uddannelse i klinisk toksikologi.

Funktionen er primært en hjælp til læger og andet sundhedspersonale i forbindelse med behandling af forgiftninger, men forespørgsler fra myndigheder og borgere besvares også. I rådgivningen indgår vurdering af risiko for forgiftning ved udsættelse for kemiske stoffer, behandling af forgiftninger, brug af antidoter (modgifte), klinisk biokemiske analyser i forbindelse med forgiftninger samt opfølgning af forgiftninger med henblik på langtidseffekter og forebyggelse. Der rådgives ikke om biologiske toksiner, identifikation af kemikalier eller brug af sikkerhedsudstyr.

Giftlinjen har døgnvagt.

4.6.3 Center for Biosikring og -Beredskab

I kraft af lov og bekendtgørelse om sikring af visse biologiske stoffer, fremfø-ringsmidler og relateret materiale (lov 474 af 17. juni 2008 og bekendtgørelse 981 af 15. oktober 2009) er Center for Biosikring og -Beredskab (CBB) den statslige myndighed for biosikring.

Centeret er etableret på Statens Serum Institut og er en del af sikkerhedsberedska-bet, idet Centret døgnet rundt har et beredskab til at imødegå faren ved et biologisk udslip eller angreb. Hvis der opstår mistanke om et biologisk terrorangreb eller far-ligt udslip, udreder centeret hvad der er foregået og beslutter hvad der skal gøres ved det. Biosikring betyder, at alle virksomheder, der arbejder med materialer som kan misbruges til fremstilling af biologiske våben, skal opfylde visse sikringsbe-stemmelser og have tilladelse til arbejdet fra CBB.

4.6.4 Statens Institut for Strålebeskyttelse

Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS) er en enhed under Sundhedsstyrelsen. Instituttets opgaver ligger inden for lovgivningen om røntgenanlæg, radioaktive stoffer og nukleare anlæg. Instituttet er den eneste offentlige institution med over-ordnet ansvar for strålebeskyttelse og med faglig viden og kompetence på hele om-rådet.

Det er SIS' opgave at sikre, at det for brugere af strålekilder, andre myndigheder og institutioner m.fl. altid er muligt at få oplysninger og vejledning om beskyttelses-foranstaltninger samt om egenskaber og skadelige effekter ved ioniserende stråling, herunder forventede skadelige effekter ved tilsigtet, ondsindet anvendelse af radio-aktive stoffer eksempelvis ved sprængning af en beskidt bombe - ”dirty bomb”.

I tilfælde af uheld med radioaktive stoffer, herunder nukleare materialer, varetager instituttet opgaverne i beredskabet i relation til strålebeskyttelse. SIS har oplysnin-ger om alle strålekilder i landet. Sådanne oplysninger kan være vigtige for en akut indsats over for personer der er radioaktivt forurenede og/eller har været udsat for ekstern bestråling.

SIS kan bidrage til identifikation og beskrivelse af de involverede radioaktive stof-fer, samt rådgivning og vejledning omkring dosisvurderinger og strålebeskyttelses-foranstaltninger, såvel for indsatspersonel og øvrige involverede som for miljøet, ved gennemførelsen af en redningsindsats som følge af hændelser med radioaktive stoffer.

Formålet med det radiologiske ekspertberedskab er at rådgive og vejlede brugerne, politiet og redningsberedskabet efter såvel utilsigtede som tilsigtede hændelser med radioaktive stoffer.

Statens Institut for Strålebeskyttelse har døgnvagt.

4.6.5 Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen

Beredskabsstyrelsen varetager ansvaret for planlægningen og ledelsen af det nukle-are beredskab i tilfælde af uheld i nukleare anlæg. I beredskabet indgår bl.a. en

lang række myndigheder, hvis deltagelse i beredskabet bygger på sektoransvarsprincippet. Det nukleare beredskab varetager endvidere et landsdækkende nukleart måleberedskab og kan yde assistance ved andre former for frigivelse af radioaktivt materiale.

Formålet med det nukleare beredskab er at begrænse følgerne for befolkningen af alvorlige hændelser i forbindelse med nukleare anlæg.

Med alvorlige hændelser forstås hændelser som efter Beredskabsstyrelsens vurdering kan føre til en beredskabsforøgelse med iværksættelse af planen for det nukleare beredskab eller dele heraf til følge.

Nukleart Beredskab har bl.a. til opgave at:

- Udarbejde og ajourføre den nationale beredskabsplan for aktivering, organisering og bemanning m.m.
- Opretholde et dagligt beredskab med bl.a. en nuklear beredskabsvagt (NBV)
- Udvikle og drive beslutningsstøttesystemet (ARGOS)
- Udvikle og drive måleberedskabet
- Varetage internationalt samarbejde vedrørende beredskab, information, varslings, bistand, forskning og udvikling mv.
- Rådgive og yde nuklearfaglig støtte m.m. til de grønlandske og færøske myndigheder

Det nukleare beredskab kan assistere kommunale redningsberedskaber, politiet og andre med beredskabsansvar med måling af radioaktivitet. Assistancen vil normalt foregå via vagtordningen som beskrevet under det radiologiske ekspertberedskab.

Alvorlige hændelser kan omfatte uheld, større ulykker, katastrofer og terrorhændelser (sikkerhedsrelaterede hændelser).

Nukleart Beredskab ved Beredskabsstyrelsen har døgnvagt.

4.6.6 Fødevarestyrelsen

Fødevarestyrelsen er en styrelse under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri og varetager beredskabet inden for veterinær- og fødevareområdet. Styrelsen tager sig af regeldannelse på veterinær- og fødevareområdet samt kontrol med fødevarer, foder og veterinære forhold.

Kontrollen med fødevarer og tilsyn med de veterinære forhold udføres fra fem decentralt placerede Fødevareafdelinger.

Fødevareberedskabsenheden er en lille centralt placeret enhed, som tager sig af styring og koordinering af:

- Fødevarebårne sygdomsudbrud
- Tilbagetrækning af sundhedsfarlige fødevarer
- Rapid Alert System for Food and Feed (er nærmere beskrevet i afsnit 13.1).

- Det civile beredskab (større hændelser, der kan true fødevare-/fodersikkerhed eller fødevare-/foderforsyning)

Fødevarestyrelsen har på veterinær- og fødevarerområdet, udover det daglige beredskab, et beredskab til håndtering af krigs- og krisesituationer, bl.a. vedrørende fødevareforgiftninger, terror mod fødevarer samt anmeldelsespligtige husdyrsygdomme.

Fødevarestyrelsen har døgnvagt.

4.6.7 NaturErhvervstyrelsen

NaturErhvervstyrelsen er en ny styrelse under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri og resultatet af en sammenlægning af FødevareErhverv, Fiskeridirektoratet og størstedelen af Plantedirektoratet. Styrelsen er organiseret med en central enhed i København og har desuden regionale fiskeri-inspektorater, fiskerikontrolskibe samt fem lokalafdelinger fordelt rundt i landet, der yder regional kontrol.

NaturErhvervstyrelsen udfører kontrol og administrerer tilskud og udviklingsprogrammer mv. indenfor landbrug, fiskeri og gartneri. I arbejdsdelingen med de øvrige institutioner under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri er styrelsens ansvar og arbejdsopgaver koncentreret om den første, jordnære del af kæden fra jord til bord. NaturErhvervstyrelsen udfører kontrolopgaver og står for den løbende administration af de faglige områder. Styrelsen har kontakt til borgere og virksomheder, udsteder bekendtgørelser, vejledninger, forbereder udkast til lovforslag og sikrer faglig orientering af ministeren mv.

Blandt NaturErhvervstyrelsens kontrolopgaver er at udføre importkontrol af levende planter og visse planteprodukter, når varerne importeres fra lande uden for EU. Kontrollen foregår enten på det første indgangssted (havn eller lufthavn) eller på godkendte bestemmelsessteder. Denne importkontrol har først og fremmest til formål at sikre mod at der indføres farlige planteskadegørere med produkterne.

4.6.8 DTU Fødevareinstituttet

DTU Fødevareinstituttet arbejder, som et institut i Danmarks Tekniske Universitet, inden for rammerne af Universitetsloven. DTU har indgået en rammeaftale om myndighedsbetjening af Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri (omfattende forskning, monitorering, rådgivning, risikovurdering og beredskab). En del af denne rammeaftale er en ydelseskontrakt mellem DTU Fødevareinstituttet og Fødevarestyrelsen, der specificerer visse ydelser i relation til mikrobiologisk beredskab, risikovurdering og rådgivning, samt overvågning af fødevarebårne zoonoser og kildesporing ved fødevarebårne sygdomsudbrud. DTU Fødevareinstituttet udfører forskningsbaseret risikovurdering (forskning, overvågning og vurdering af sundhedsmæssige risici for mennesker).

DTU Fødevareinstituttet arbejder efter lovgrundlag udstedt af Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, især omhandlende overvågning og bekæmpelse af fødevarebårne og zoonotiske mikroorganismer i husdyr og fødevarer.

I forbindelse med fødevarerbårne sygdomsudbrud varetager DTU Fødevareinstituttet i samarbejde med Fødevarestyrelsen den mikrobiologiske og epidemiologiske udredning i relation til dyr, miljø og fødevarer, herunder typningsbestemmelse af isolater, og deskriptiv og analytisk epidemiologisk analyse. I samarbejde med Statens Serum Institut sammenlignes data fra fødevareproduktion med de humane fund. Endvidere assisterer DTU Fødevareinstituttet om nødvendigt ved epidemiologisk udredningsarbejde på humansiden.

DTU Fødevareinstituttet samarbejder med Statens Serum Institut og Fødevarestyrelsen i Den Centrale Udbrudsgruppe (se nedenfor).

DTU Fødevareinstituttet allokere ressourcer til arbejdet under hensyntagen til situationens alvor og øvrige opgaver inden for rammerne af rammeaftalen med Fødevareministeriet.

DTU Fødevareinstituttet arbejder med folkesundhed inden for disse faglige indsatsområder: Ernæring, fødevarer sikkerhed, fødevareteknologi, miljø og sundhed. Arbejdet omfatter hele kæden fra primær landbrugsproduktion, under den videre industrielle forarbejdning, tilberedning i forbrugerens hjem og vurdering af effekter på menneskers sundhed. De primære faglige discipliner er ernæring, kemi, mikrobiologi, teknologi, toksikologi og epidemiologi.

Instituttet består af følgende afdelinger:

- Ernæring
- Fødevarekemi
- Fødevareindustriell Forskning
- Fødevaremikrobiologi
- Epidemiologi og Genomisk mikrobiologi
- Toksikologi og Risikovurdering

Den Centrale Udbrudsgruppe

Den Centrale Udbrudsgruppe blev etableret i 1998 med repræsentanter fra DTU Fødevareinstituttet, Statens Serum Institut og Fødevarestyrelsen. Gruppens primære funktion er løbende at evaluere resultater fra overvågningen af humane infektionssygdomme og af smitstoffer i husdyr, fødevarer og miljø med henblik på tidlig erkendelse samt påvisning af fødevarer- og vandbårne udbrud. Gruppen mødes ved fastlagte ugentlige møder. Gruppens faste medlemmer samt suppleanter fungerer sammen med instituttets ledelse som kontaktpersoner mellem institutionerne, når der opstår kritiske fødevarerrelaterede eller zoonotiske hændelser. Den Centrale Udbrudsgruppes rammer og arbejdsopgaver er beskrevet i gruppens beredskabsplan. Beredskabsplanen dækker bl.a. overvågning af fødevarerrelaterede og zoonotiske sundhedstrusler.

4.6.9 DTU Veterinærinstituttet

DTU Veterinærinstituttets opgaver er reguleret af to sæt lovkomplekser: Lov nr. 432 af 9/6-2004 Lov om hold af dyr, særligt § 25 og § 29, hvor der henvises til lister over smitsomme sygdomme hos dyr, samt de bekendtgørelser der er udstedt i medfør heraf, særligt BEK nr. 54 af 26/1-2011 Bekendtgørelse om lister

over smitsomme sygdomme til lov om hold af dyr og BEK nr. 1234 af 15/12-2011 Bekendtgørelse om præparater og undersøgelser ved DTU Veterinærinstituttet. Disse bestemmelser giver retningslinjer for hvortil diagnostisk materiale skal sendes i tilfælde af eller mistanke om lovomfattede husdyrsygdomme, og til hvilken myndighed DTU Veterinærinstituttet skal indberette resultatet af laboratorieundersøgelsen.

Lov nr. 1180 af 12/12-2005 Lov om lægemidler, særligt §30 og § 39, hvorefter DTU Veterinærinstituttet i særlige tilfælde kan sælge og udlevere sera, vacciner mv., som ikke er omfattet af markedsføringstilladelse.

Instituttet består af tre faglige afdelinger:

- Afdeling for Veterinær Diagnostik og Forskning
- Afdeling for Virologi
- Afdeling for Fjerkræ, Fisk og Pelsdyr

Instituttets arbejde omfatter infektiøse husdyrsygdomme hos produktionsdyr og hobbydyr. Hovedvægten ligger på anmeldeligt og betydende infektiøse lidelser hos produktionsdyr. Fagligt dækker instituttet alle fagområder af betydning for infektiøse lidelser: Patologi, bakteriologi, virologi, parasitologi, immunologi, vacciologi og serologi samt epidemiologi og risikovurdering.

Der udføres rådgivning og risikovurderinger for myndigheder, erhverv og interesseorganisationer og leveres data til overvågning af sygdomssituationen i Danmark. Instituttet huser et internationalt forskningscenter for veterinær epidemiologi (International EpiLab).

Instituttet formidler den nødvendige viden, ekspertise og materialer i forbindelse med fremstilling af vacciner og sera i de tilfælde hvor der ikke kan fremskaffes kommercielle produkter, og hvor sygdommen er betydende.

Instituttet forsker i metoder til påvisning, kontrol og forebyggelse af infektionssygdomme hos husdyr. Forskning i eksotiske virussygdomme dækker bl.a. mund- og klovesyge, klassisk svinepest, Aviær Influenza og Newcastle Disease.

4.7 Øvrige

4.7.1 Beredskabsstyrelsen

Beredskabsstyrelsen er en styrelse under Forsvarsministeriet. Beredskabsstyrelsen leder det statslige redningsberedskab og forestår koordineringen af planlægningen af den civile sektors beredskab. Endvidere varetager Beredskabsstyrelsen bl.a. opgaver i relation til Forsvarsministeriets departement, tilsyns- og rådgivningsopgaver i relation til de kommunale redningsberedskaber og andre myndigheder m.fl., generel udvikling på det beredskabsfaglige område og en række operative opgaver, herunder ekspertberedskaberne Kemisk Beredskab og Nukleart Beredskab.

Beredskabsloven er det lovmæssige grundlag for Beredskabsstyrelsens virke.

Via Beredskabsstyrelsens vagtordning kan man kontakte alle dele af styrelsens beredskab, herunder den vagthavende hos Kemisk Beredskab og den nukleare bered-

skabsvagt. Beredskabsstyrelsen har således døgnvagt, og der henvises til internetsiden www.brs.dk for yderligere information.

4.7.2 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen er den statslige forbrugermyndighed, og forbrugernes og erhvervslivets fælles indgang til at få information om hele forbrugerområdet.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen er en styrelse under Økonomi- og Erhvervsministeriet.

Hovedformål for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens virksomhed:

- Understøtte forbrugernes og virksomhedernes valgmuligheder på markedet
- Sikre et højt beskyttelsesniveau i forhold til juridiske rettigheder, forbrugernes sikkerhed og sundhed
- Sikre dialog mellem virksomheder og forbrugere, så konflikter forebygges og løses bedre, når de opstår
- Skabe gode rammer for at forbrugere og virksomheder får gensidig fordel af innovation og teknologisk udvikling
- Tilvejebringe uvildige testresultater

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens arbejdsområde omfatter administration af:

- Lov om beskyttelse af forbrugernes interesser
- Lov om Forbrugerforum
- Lov om forbrugerklager
- Lov om mærkning og skiltning med pris mv.
- Lov om markedsføring
- Lov om en rejsegarantifond
- Lov om tjenester i informationssamfundet, herunder visse aspekter af elektronisk handel

4.7.3 Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri

Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri er overordnet sektormyndighed på fødevarer- og veterinærområdet.

4.7.4 Sikkerhedsstyrelsen

Sikkerhedsstyrelsen er en styrelse under Erhvervs- og Vækstministeriet, og har til formål at sørge for at det er sikkert og trygt for borgerne at omgive sig med el, gas, fyrværkeri og almindelige forbrugerprodukter i dagligdagen. Styrelsen har som mål at bidrage til sikkerhed og vækst i det danske samfund ved at skabe forudsigelige og trygge vilkår for såvel borgere som erhvervsliv. Visionen er at være toneangivende på det sikkerhedstekniske område i Danmark, Europa og internationalt.

Styrelsens arbejdsområder er:

- Gas-sikkerhed ved installationer og materiel samt virksomhedsregulering af den faglige kompetence (autorisationer) på gas-, samt vand- og afløbsområdet.
- El-sikkerhed ved anlæg for produktion, transmission og distribution samt installationer og materiel. Desuden har Sikkerhedsstyrelsen ansvaret for virksomhedsregulering af den faglige kompetence (autorisationer) på el-området.
- Produktsikkerhed generelt for forbrugerprodukter, herunder legetøj
- Fyrværkerisikkerhed ved fyrværkeriartikler, produktion, oplag og virksomhedsregulering af import, salg, overdragelse og anvendelse. Desuden har Sikkerhedsstyrelsen ansvaret for at uddanne festfyrværkere.
- Akkreditering og metrologi. DANAK er tilknyttet som det danske akkrediteringsorgan, der udfører en række myndighedsopgaver som offentlig virksomhed.

5 Beredskabet nationalt og regionalt

Beredskabsarbejdet i alle sektorer og på alle niveauer bygger på tre overordnede principper, der gælder såvel i planlægningsfasen som i forbindelse med indsatser:

- Sektoransvarsprincippet, som indebærer, at den myndighed eller organisation, der har ansvaret for et område under normale forhold, også har ansvaret for både det forebyggende og det afhjælpende beredskab ved ekstraordinære hændelser på det område.
- Lighedsprincippet, som indebærer, at der skal være størst mulig lighed mellem en given organisation under normale forhold og i tilfælde af ekstraordinære hændelser, således at omfanget af organisatoriske tilpasninger ikke bliver større, end situationen tilsiger.
- Nærhedsprincippet, som indebærer, at beredskabsopgaverne bør løses så tæt på borgerne som muligt og dermed på det lavest egnede, relevante organisatoriske niveau.

Hver myndighed er endvidere ansvarlig for at koordinere med andre af beredskabet myndigheder, både i forhold til hændelser der rammer bredt, og hændelser som er mere specifikke for deres område. Koordinationsforpligtelsen gælder både i forhold til overordnede og underliggende myndigheder samt i forhold til andre sideordnede myndigheder.

5.1 National Krisestyring

Den nationale krisestyingsorganisation omfatter følgende tre niveauer: Regeringens Sikkerhedsudvalg, Embedsmandsudvalget for Sikkerhedsspørgsmål og Kriseberedskabsgruppen.

Regeringens Sikkerhedsudvalg består normalt af statsministeren (formand), økonomi- og indenrigsministeren, udenrigsministeren, forsvarsministeren og justitsministeren.

Embedsmandsudvalget for Sikkerhedsspørgsmål består af departementscheferne for Statsministeriet (formand), Justitsministeriet og Forsvarsministeriet, samt direktøren for Udenrigsministeriet, chefen for Forsvarets Efterretningstjeneste og chefen for Politiets Efterretningstjeneste. Forsvarschefen og andre kan indgå i udvalget efter behov.

Kriseberedskabsgruppen består af repræsentanter på afdelings- og kontorchefs niveau for de ovennævnte myndigheder samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Forsvarskommandoen, Rigspolitiet og Beredskabsstyrelsen.

Kriseberedskabsgruppens opgaver er at:

- Rådgive og anbefale omkring beredskabsmæssige forhold i forbindelse med krig og terroraktioner m.v.
- Fremsætte konsoliderede forslag til samvirke - herunder planlægning - mellem de enkelte styrelser og myndigheder, bl.a. med henblik på udnyttelse af ressourcer inden for totalforsvaret.

- Udarbejde redegørelser og anbefalinger vedrørende gældende bestemmelser og planer m.v. med henblik på bl.a. at fremme videndeling mellem de relevante myndigheder.

5.1.1 National operativ stab (NOST)

Med henblik på at styrke koordinationen mellem forsvar, politi og andre civile myndigheder i tilfælde af større kriser i Danmark, er der oprettet en national operativ stab (NOST).

NOST varetager som sin hovedopgave koordinationsopgaver i forbindelse med større hændelser, katastrofer og sikkerhedsmæssige trusler, herunder terrorhandlinger i Danmark, der ikke kan løses af de enkelte regioner/politikredse, samt opgaver der omfatter flere samtidige hændelser i forskellige regioner/landsdele, og hvor der opstår et behov for koordinering på nationalt plan. Stabens helt centrale opgave er at skabe og opretholde et overblik over en given situation med henblik på at tilvejebringe et relevant beslutningsgrundlag for de sektoransvarlige myndigheder og skabe grundlag for den fornødne koordination og prioritering af både opgaveløsning og ressourcer med henblik på forelæggelse for relevante beslutningstagere.

I staben, der som udgangspunkt ledes af Rigspolitiet, indgår repræsentanter for relevante myndigheder på lige fod. Staben består af repræsentanter for en fast kreds af myndigheder: Rigspolitiet, Politiets Efterretningstjeneste, Forsvarskommandoen, Forsvarets Efterretningstjeneste, Udenrigsministeriet, Beredskabsstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Afhængig af situationen og efter konkret vurdering kan repræsentanter fra andre myndigheder m.fl. deltage i stabens arbejde.

Sektoransvaret fastholdes, hvorfor Sundhedsstyrelsen og øvrige involverede sektorer fortsat har det fulde ansvar for eget sektorområde i beredskabet.

Sundhedsstyrelsens opgave i NOST er således at varetage sundhedsfaglige koordinationsopgaver i forbindelse med større hændelser og katastrofer, herunder terrorhandlinger i Danmark.

Når NOST er aktiveret skal Sundhedsstyrelsen løbende informeres af AMK-vagtcentralen i den involverede region om den sundhedsfaglige operative indsats i regionen. Ved større hændelser som involverer mere end én AMK-vagtcentral kan Sundhedsstyrelsen fungere som koordinator af sundhedsvæsnets indsats på nationalt plan.

5.1.2 International operativ stab (IOS)

Med henblik på at sikre en hurtig og effektiv dansk indsats, der kan bistå danske borgere i udlandet ved katastrofer og større ulykker, for eksempel naturkatastrofer, epidemier, terrorhandlinger og ekstraordinært store trafikulykker, er der oprettet en international operativ stab (IOS).

Den internationale operative stab varetager den overordnede koordinerende funktion ved en større hændelse i udlandet. Udenrigsministeriet forestår ledelsen af staben, der består af de oftest berørte offentlige myndigheder som faste medlemmer: Statsministeriet, Forsvarsministeriet, Forsvarskommandoen, Beredskabsstyrelsen,

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Justitsministeriet og Rigspolitiet. Staben udvides efter behov med yderligere offentlige og private medlemmer. Det kan være repræsentanter for rejsebranchen, forsikringsbranchen, lufthavnene, alarmcentralerne m.fl. Ved aktivering af staben afhænger deltagersammensætningen af katastrofens eller ulykkens art og omfang.

5.1.3 Sundhedsstyrelsen krisestyring

I tilfælde hvor der forekommer hændelser som nødvendiggør central styring og koordination af sundhedsberedskabet, vil Sundhedsstyrelsen nedsætte en krisestab som i samarbejde med andre centrale myndigheder løbende kan yde faglig rådgivning til regioner og kommuner samt sikre en koordineret indsats på nationalt niveau. Sundhedsstyrelsen vil i en sådan situation holde tæt kontakt til involverede regioner via AMK-vagtcentralerne, samt til involverede kommuner. Sundhedsstyrelsen kan vælge at aktivere sin krisestab af egen drift eller ved henvendelser fra samarbejdspartnere, herunder regioner og kommuner.

5.2 Regional krisestyring

5.2.1 Den lokale beredskabsstab

Den lokale beredskabsstab (LBS) er en tværfaglig beredskabsstab der er oprettet i de enkelte politikredse og som i forbindelse med en hændelse/indsats vil kunne fungere som et forum for samarbejde og koordineret anvendelse af samfundets ressourcer. Den lokale beredskabsstab består af politidirektøren (leder af staben), chefen for Beredskabsstyrelsens regionale beredskabscenter og chefen for Totalforsvarsregionen samt disses personlige rådgivere som faste medlemmer. Andre civile myndigheder m.fl., herunder kommuner og regioner, kan indgå i staben efter behov. For eksempel vil der ofte deltage en repræsentant fra AMK-vagtcentralen i LBS, samt en repræsentant for embedslægerne.

Det er formålet med staben at der under politidirektørens ledelse og under hensyn til sektoransvaret etableres et planlægningsmæssigt og operativt samarbejde mellem myndigheder og andre med ansvar og opgaver på beredskabsområdet med henblik på:

- Strategisk og operativt at træffe beslutninger om en koordineret og prioriteret anvendelse af de samlede ressourcer i tilfælde af større ulykker og katastrofer, større hændelser og i krise og krig
- At sikre en samstemt og afpasset informationsformidling såvel indad som udadtil, herunder til befolkningen

5.2.2 Regionens sundhedsberedskab og krisestyring

Regionsrådet skal én gang i hver valgperiode udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats i regionen. I en beredskabssituation skal regionen have indrettet organisationen til at kunne løse de ekstraordinære opgaver situationen kræver, samt de vigtigste af dagligdagens opgaver. I forbindelse med planlægningen af regionens sundhedsberedskab må det overvejes hvilke

kritiske funktioner regionen skal kunne opretholde, og hvilken påvirkning forskellige beredskabshændelser vil have for regionens borgere på kort og længere sigt, direkte eller i form af afledte konsekvenser. Regionen bør have en kriseledelse som støtter op om den operative sundhedsfaglige ledelse af beredskabet, som vil være regionens AMK. Ledelsen skal træffe de overordnede beslutninger, men det er vigtigt at alle vagthavende niveauer i regionens sundhedsberedskab kan agere, når der er behov for uopsættelige foranstaltninger.

Opgaver for regionens kriseledelse:

- Koordinere og styre regionens strategiske indsats
- Skabe overblik over situationen og formidle dette til AMK og relevante samarbejdspartnere
- Bevilge og fremskaffe de fornødne ressourcer (økonomi, materiel/udstyr, personale m.m.)
- Sikre information til borgerne og pressen
- Holde kontakt til andre sektorer, herunder for eksempel via politiets lokale beredskabsstab

AMK vagtcentralens primære, overordnede opgaver er:

- Alarmering både i forhold til at modtage alarm og i forhold til at alarmere det nødvendige antal sygehuse og præhospitale enheder samt nødvendige eksterne samarbejdspartner, herunder embedslæge, kommuner ved behov og efter aftale
- Iværksættelse af sundhedsberedskabsplaner
- Taktisk og operativ ledelse af sundhedsvæsenets indsats
- Formidling af information fra eksterne samarbejdspartner til sygehusvæsenet
- Samarbejde med regionens kriseledelse, kommuner, øvrige regioner og Sundhedsstyrelsen

De enkelte sygehuse skal have egen beredskabsplan, som omfatter modtagelse og behandling af et større antal patienter afhængig af sygehusets funktioner og de lokale visitationsretningslinjer, instruks for brand og evakuering af sygehuset samt plan for opretholdelse af vitale forsyninger.

Det kan være en fordel at regionen indtager en koordinerende rolle i forhold til sundhedsberedskab i hele regionen, inklusive kommunernes sundhedsberedskab. Dette forudsætter dog at der foreligger en gensidig aftale mellem kommune og region. Både region og kommune har ansvar for eget sundhedsberedskab, og i henhold til lovgivningen er der en gensidig koordinationsforpligtelse mellem region og kommuner. Efter nærmere aftale kan regionen indtage en koordinerende rolle i forhold til snitfladerne mellem kommunens og regionens sundhedsberedskabsplaner. Der bør på samme måde indgås aftale med de praktiserende læger og speciallæger.

Ved beredskabshændelser som aktiverer mere end én region, leder og koordinerer AMK i skadestedsregionen indsatsen. Såfremt en hændelse fysisk går på tværs af flere regioner, bør det konkret aftales hvilken AMK der koordinerer, således at de øvrige beredskabsmyndigheder alene skal koordinere med én AMK.

5.3 Lovgrundlaget for IHR i Danmark

Følgende love og bekendtgørelser udgør det primære regelgrundlag for IHR i dansk lovgivning:

Beredskabsloven, LBK nr. 660 af 10. juni 2009, regulerer Beredskabsstyrelsens og redningsberedskabets virksomhed, men fastsætter derudover i kapitel 5 de overordnede regler for beredskabsplanlægningen mv. inden for den civile sektor.

§ 5 stk.2: Forsvarsministeren fastsætter regler for redningsberedskabets organisation i tilfælde af uheld i nukleare anlæg, herunder om opgavefordelingen og samarbejdet mellem henholdsvis det statslige redningsberedskab og det kommunale redningsberedskab og med hensyn til redningsberedskabets virke i forhold til de øvrige myndigheder, der har opgaver i beredskabet.

§ 17: Politiet lokalt (politidirektøren) er ansvarlig for koordinerende ledelse af den samlede indsats, samt for varsling, afspærring, evakuering og andre nødvendige foranstaltninger.

For det centrale administrative niveau findes den generelle lovbestemmelse i beredskabslovens § 24:

§ 24. Stk. 1 De enkelte ministre skal hver inden for deres område planlægge for opretholdelse og videreførelse af samfundets funktioner i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger, samt for at kunne yde støtte til forsvaret.

§ 24. Stk. 2. Forsvarsministeren koordinerer planlægningen vedrørende den civile sektors beredskab, jf. stk. 1, og rådgiver myndighederne. Forsvarsministeren gennemfører den del af planlægningen, der ikke påhviler andre myndigheder.

§ 24 stk. 1 udtrykker således et af de vigtigste principper i beredskabet – sektoransvarsprincippet.

Dette princip indebærer, at den myndighed eller organisation, der har ansvaret for et område i det daglige, også har ansvaret for det samme område ved ekstraordinære hændelser. Som led i sektoransvaret er det bl.a. de enkelte myndigheders opgave at vurdere de beredskabsmæssige konsekvenser af egne foranstaltninger og at koordinere deres beredskabsplanlægning med andre myndigheder og organisationer.

Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/7 2010, omhandler bl.a. sundhedsvæsenets opgaver, for eksempel sundhedsberedskabet, samt opgaver for de statslige myndigheder som Sundhedsstyrelsen, embedslægerne og Statens Serum Institut.

Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab mv., BEK nr. 1150 af 9/12-2011, omhandler bl.a. krav til regionernes (og kommunernes) planlægning af deres sundhedsberedskab, herunder koordination af planlægningen med epidemikommissionerne.

Epidemiloven, Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, LBK nr. 814 af 27/8 2009, omhandler hindring af indførsel og spredning af alvorlig smitsom sygdom her i landet. Loven omtaler de regionale epidemikommissioners organisation, opgaver og beføjelser.

Bekendtgørelse om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme, BEK nr. 1298 af 15/12-2008, omhandler p.t. krav til oplysning om sundhedstilstand og tilladelse til frit samkvem, samt undersøgelse for og udryddelse af vektorer og gnavere

Bekendtgørelse om hygiejnecertifikater til skibe (registrering af skadedyrsinspektionsfirmaer), BEK nr. 1355 af 18. december 2008.

Vejledning om registrering af skadedyrsinspektionsfirmaer, VEJ nr. 9884 af 18. december 2008.

Vejledning om skadedyrsinspektion på skibe, VEJ nr. 9891 af 14. januar 2009.

Bekendtgørelse om anmeldelse af smitsomme sygdomme, BEK nr. 277 af 14/4 2000, som ændret ved BEK nr. 1102 af 20/9-2007 og BEK nr. 845 af 8/9-2009, som omhandler hvilke smitsomme og andre overførbare sygdomme, som behandlende læge skal anmelde til embedslægen og til Statens Serum Institut, samt procedurer der skal anvendes hertil.

Bekendtgørelse om behandling af lig, BEK nr. 152 af 14. april 1983, herunder bl.a. regler for håndtering af lig med mistænkt eller konstateret smitsom sygdom.

Vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet, Sundhedsstyrelsen, april 2011, VEJ nr. 9164 af 1. april 2011, er Sundhedsstyrelsens vejledning til regioner og kommuner med henblik på planlægning af sundhedsberedskabet.

Bekendtgørelse om sikring af visse biologiske stoffer, fremføringsmidler mv. (BEK nr. 981 af 15. oktober 2009). Bekendtgørelsen fastsætter de nærmere krav til virksomheder for at opnå tilladelse til at arbejde med og opbevare de af bekendtgørelsen omfattede stoffer og materialer, herunder pligt til at kontakte Center for Biosikring og -Beredskab ved udslip og uheld med farlige biologiske stoffer.

Bekendtgørelse angående Smitstof, der er farligt for Menneskers Sundhed (BEK nr. 669 af 16. december 1920) fastslår, at Statens Serum Institut i dertil indrettede lokaler kan udføre eksperimentelt arbejde med farlige smitstoffer.

Toldloven, BEK nr. 867 af 13. september 2005, giver SKAT kompetence til at udføre kontroller, som efter aftale er delegeret til SKAT fra visse andre myndigheder.

”Told- og Skatteforvaltningen foretager kontrol af, at der ikke ved indrejse i, udrejse fra eller transit af det danske toldområde sker overtrædelse af forbud mod indførsel, udførsel eller transit, der er fastsat af sikkerhedsmæssige, sundhedsmæssige, veterinære, plantepatologiske, valutamæssige eller andre grunde.”

Bekendtgørelse om ligsyn og begravelse mv. ved dødsfald til søs, BEK nr. 829 af 10/2 1990.

Lov om havne, LBK nr. 457 af 23. maj 2012.

Lov om Metroselskabet I/S og Arealudviklingsselskabet I/S, LBK nr. 551 af 6. juni 2007 regulerer Københavns Havn

Bekendtgørelse om sikring af havne, BEK nr. 896 af 9/7 2010, i denne og den følgende:

Bekendtgørelse om sikring af havnefaciliteter, BEK nr. 895 af 9/7 2010, er der krav om en havnesikringsmyndighed, herunder en Port Security Officer (PSO) og 24/7 vagtberedskab i havne.

Søloven, LBK nr.856 af 1. juli 2010, omhandler bl.a. sikkerhed for passagerer.

Lov om sikkerhed til søs, LBK nr.654 af 15. juni 2010, omhandler bl.a. arbejdsmiljøforhold for skibes besætninger.

Søfartsstyrelsens ”Teknisk Forskrift om arbejdsmiljø i skibe” i Meddelelser fra Søfartsstyrelsen A Kapitel IX B af 1. september 2007: Undersøgelser, sygdomsbehandling og skibsmedicin, regel 8, pkt. 1. & 2:

Lov om luftfart, LBK nr.959 af 12/9 2011, regulerer forhold relateret til luftfart på dansk område, herunder arbejdsmiljøet for besætningsmedlemmer i tjeneste på et luftfartøj, samt sikkerhed mv.

Aeronautical Information Publication (AIP), dokumentsamling udgivet af Trafikstyrelsen om oplysninger af varig natur af betydning for luftfarten.

Bekendtgørelse om veterinære grænsekontrolsteder og inspektionscentre samt udpegede indgangssteder, BEK nr.69 af 22/1-2010

Bekendtgørelse om veterinærkontrol ved indførelse af avlsmateriale og animalske non-food-produkter, BEK nr. 734 af 27/6-2011

Lov om hold af dyr, LBK nr. 432 af 9/6-2004, særligt § 25 og § 29, hvor der henvises til lister over smitsomme sygdomme hos dyr, samt de bekendtgørelser, der er udstedt i medfør heraf: særligt

Bekendtgørelse om lister over smitsomme sygdomme til lov om hold af dyr BEK nr. 54 af 26/1-2011, angiver hvilke specifikke sygdomme, som DTU Veterinærinstituttet skal kunne diagnosticere, og herunder også hvilke zoonoser, der er inkluderet.

Bekendtgørelse om præparater og undersøgelser ved DTU, BEK nr. 1234 af 15/12-2011. Disse bestemmelser giver retningslinjer for, hvortil diagnostisk materiale skal sendes i tilfælde af eller mistanke om lovomfattede husdyrsygdomme, og til hvilken myndighed, DTU skal indberette resultatet af laboratorieundersøgelsen.

Lov om lægemidler, LBK nr. 1180 af 12/12 2005, særligt § 30 og 39, hvorefter DTU Veterinærinstituttet i særlige tilfælde kan sælge og udlevere sera, vacciner mv., som ikke er omfattet af markedsføringstilladelse.

Fødevareloven, LBK nr. 820 af 1. juli 2011, Lov om fødevarer.

I forhold til internationale regelsæt gælder:

Ifølge artikel 29 i Europaparlamentets og Rådets direktiv 2004/38/EF af 29. april 2004 kan borgere inden for EU frit tage ophold i et andet medlemsland af unionen i op til 3 måneder. Ud over tre måneder er der yderligere regler for opholdet. Der findes dog undtagelser fra retten til at tage ophold i et andet medlemsland, hvilket bl.a. kan begrundes i hensyn til den offentlige orden, sikkerhed eller sundhed:

”En unionsborger eller et af hans familiemedlemmer kan sendes ud af landet af hensyn til den offentlige orden, sikkerhed eller sundhed..”

Dette betyder, at der ikke er en konflikt mellem på den ene side Schengen og på den anden side evt. behov for at begrænse personers fri bevægelighed. På dansk jord er det i denne sammenhæng Epidemiloven, der gælder og vil blive anvendt.

Af Artikel 50 i Rådets forordning 178/2002/EØF om fødevarsikkerhed⁶ fremgår det bl.a. at enhver foranstaltning, der begrænser markedsføringen (tilbagetrækning, tilbagekaldelse mv.), skal udmeldes via systemet.

⁶ EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS FORORDNING (EF) Nr. 178/2002 af 28. januar 2002 om generelle principper og krav i fødevarerlovgivningen, om oprettelse af Den Europæiske Fødevarsikkerhedsautoritet og om procedurer vedrørende fødevarsikkerhed.

6 Beredskab i forhold til skibsfart

I henhold til Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger om farligt eller forurenende gods om bord på skibe skal afskiberen sikre at skibsføreren har en erklæring i henhold til lovgivningen. Hvis skibet anløber dansk havn fra en havn uden for EU skal oplysningerne indberettes til SOK ved ankomst. Oplysninger om farlig eller forurenende last skal desuden indberettes til SOK ved enhver afgang fra dansk havn, uanset skibets næste havn. Naturstyrelsen under Miljøministeriet har tilsynsforpligtelsen med overholdelse af disse regler.

Maritime Assistance Service (MAS) er en integreret del af SOK og fungerer på døgnbasis som et centralt maritimt kontaktpunkt for skibsfarten i og omkring de danske farvande. Den primære opgave er at varetage kommunikationen mellem kyststaten Danmark, skibsføreren på et skib der har behov for assistance samt andre aktører i den maritime verden.

MAS er døgnbemandet og sikrer hurtig assistance og professionel hjælp til skibe.

Lyngby Radio har mere end 75 års erfaring i maritim kommunikation. Med 19 VHF relæstationer spredt langs de danske kyster har Lyngby Radio fuld dækning i alle danske farvande og står således til rådighed for skibsfarten døgnet rundt.

Dermed har Lyngby Radio en naturlig rolle i den danske søredningsorganisation, og under søredningsaktioner refererer Lyngby Radio til Søværnets Operative Kommando (SOK). Opgaven er at koordinere kommunikationen imellem SOK og assisterende skibe. Dette kan således også ske i forbindelse med mistanke om alvorlig smitsom sygdom om bord på et skib på vej til Danmark. Der lyttes døgnet rundt på VHF kanal 16, ligesom Lyngby Radio overvåger alle relevante nødfrekvenser.

Grundlaget er, at man i danske farvande altid vil kunne komme i kontakt med Lyngby Radio.

Søfartsstyrelsen har indgået kontrakt med Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, der giver akut medicinsk rådgivning til danske skibe (Radio Medical). Radio Medical udgør en vigtig funktion i det maritime sundhedsvæsen. Herfra ydes telemedicinsk rådgivning til den danske handels- og fiskeriflåde, og her opsamles vigtig erfaring til udvikling af det maritime sundhedsvæsen.

Sydvestjysk Sygehus Esbjerg har over for Søfartsstyrelsen oplyst, at hvis man bliver opmærksom på, at der er smitsom sygdom på et skib, der er på vej til en dansk havn, så informerer man altid Sundhedsstyrelsen via embedslægen i Region Syddanmark/embedslægevagt vest. Såfremt der er tale om et dansk skib, som er på vej i havn andre steder i landet, kontakter embedslægen i Region Syddanmark/embedslægevagt vest, den embedslægeregion i hvilken havnen befinder sig, og hvis dette er i Østdanmark, da tillige embedslægevagt øst.

Radio Medical-lægernes telemedicinske rådgivning er, som al lægefaglig undersøgelse og behandling, underlagt Sundhedsstyrelsens krav til kvalitet og etik og skal desuden opfylde bestemmelserne i Søfartsstyrelsens ”Teknisk Forskrift om arbejdsmiljø i skibe” i Meddelelser fra Søfartsstyrelsen A Kapitel IX B af 1. september 2007: Undersøgelser, sygdomsbehandling og skibsmedicin, regel 8, pkt. 1. & 2:

Regel 8 - Pkt. 1. Lægerne ved Radio Medical Danmark har det lægelige ansvar for den behandling, der er ydet på deres foranledning.

Pkt. 2. Lægelig rådgivning fra Radio Medical Danmark skal udover lægelovens bestemmelser følge retningslinjerne fastsat i Søfartsstyrelsens Radio Medical Instruks, i den af Søfartsstyrelsen autoriserede lægebog og i fortegningernes brugervejledning.

Radio Medical registrerer alle ydelser og bidrager herved til afdækning af særlige problemområder. Lægerne opsamler erfaringer om bøger, manualer, procedurer og uddannelser og bidrager hermed med vigtige informationer til forbedringer af det maritime sundhedsvæsen.

Såfremt Søfartsstyrelsen ved tilsyn i havnen eller anden kontakt til skibserhvervet bliver opmærksom på forhold som kan formodes at relatere sig til IHR, informeres Sundhedsstyrelsen/embedslæge i henhold til en intern instruks.

I relation til en PHEIC-hændelse vil kontakten mellem skibet og de relevante myndigheder i land (for eksempel politi eller embedslæge) ofte blive varetaget af en skibsmægler. Dog er det ikke lovpligtigt for skibe der anløber danske havne at benytte sig af skibsmæglere eller at udpege en juridisk repræsentant for skibet.

Skibsmægleren vil typisk som den første blive bekendt med alvorlige sygdomstilfælde eller anden IHR-relateret problematik om bord. Skibsmægleren vil bistå sundhedsmyndigheder med fornøden kontakt til og adgang til skibet.

SKAT's procedurer for skibsankomster

Bekendtgørelse om toldbehandling (BEK nr. 403 af 3. maj 2012) anfører i §71 at havnemyndigheder samt virksomheder der driver havne skal til told- og skatteforvaltningen afgive de oplysninger som de er i besiddelse af vedrørende skibes forventede og faktiske ankomst og afgang, samt om uanmeldte skibes ankomst.

Skibsføreren skal indgive en elektronisk meddelelse om skibets ankomst til told- og skatteforvaltningen.

Indførelsen af det indre marked indebar, at EF's område skulle opfattes som ét område uden indre grænser med fri bevægelighed for såvel varer som personer. For så vidt angår ankomster af skibe fra andre EU-lande og tredjelande, er SKAT kun til stede, når skibet er taget ud til kontrol som følge af en risikovurdering.

7 Beredskab i forhold til luftfart

Luftfartsvæsenet har via Aeronautical Information Publication (AFP) pålagt luftfartøjschefer at rapportere til den lokale sundhedsmyndighed via lufttrafiktjenesten, såfremt der er tilfælde af alvorlig smitsom sygdom eller andre forhold om bord, der medfører risiko for udbredelse.

Luftfartsvæsenet har endvidere ved Air Traffic Service Instruks 12 instrueret lufttrafiktjenesten om, at en lufttrafiktjenesteenhed, som fra et luftfartøj eller fra en anden lufttrafiktjenesteenhed modtager melding om, at der er alvorlig smitsom sygdom om bord i et luftfartøj, hurtigst muligt skal videregive den modtagne melding til Kontrolcentralen Københavns Supervisor.

Kontrolcentralen København skal herefter underrette lufttrafiktjenesteenheden på bestemmelsesstedet, der skal underrette:

- Flyvepladsens administration
- Alarm 112
- Flyvepladsen, hvorfra luftfartøjet er startet
- Selskabet, der opererer det pågældende luftfartøj

Endelig er lufttrafiktjenesten (Naviair) instrueret om at de efter anmodning fra den stedlige epidemikommission i videst mulige omfang skal assistere denne. Sådan assistance kan bestå af videregivelse af meldinger til luftfartøjet, specielt placering af luftfartøjet på forplads eller manøvreområde eller lignende.

SKAT's procedurer for flyankomster

Luftfartsselskaber og handlingsagenter skal afgive en ankomst- og afgangsmeldelse elektronisk til SKAT's manifestsystem – og hvis flyet medfører fragt skal der tillige indgives en ankomst- og afgangserklæring.

8 Beredskab i forhold til grænseovergange på landjorden

Da Danmark er et Schengen-land, hvis landegrænser kun støder op til andre Schengen-lande, er iværksættelse af beredskab som nævnt ovenfor som udgangspunkt ikke relevant. Ved sygdom relateret til en grænseovergang på landjorden vil landets almindelige sundhedsvæsen håndtere sagen, og er der mistanke om PHEIC sker anmeldelse og indberetning af de vanlige kanaler som beskrevet i dette dokument.

Det kan dog i særlige tilfælde for eksempel i relation til håndhævelse af epidemiloven eller efter henstilling fra WHO være nødvendigt at etablere overvågning og beredskab ved grænseovergange på landjorden.

9 Ind- og udrejsekontrol

En ind- og/eller udrejsekontrol er ikke at opfatte som en permanent foranstaltning, men som noget der skal kunne iværksættes ved behov i en konkret situation, for eksempel i forbindelse med håndhævelse af epidemiloven, hvilken må anses for den væsentligste begrundelse, eller evt. såfremt WHO anbefaler ind- og udrejsekontrol i forbindelse med en PHEIC-hændelse.

Syge eller mistænkt syge rejsende vil typisk blive afvist af det transporterende selskab og kan, som det fremgår tidligere i denne rapport, hurtigt kunne bringes til vurdering og evt. behandling i det danske sundhedsvæsen.

Ind- og udrejsekontrollens omfang vil kunne variere afhængigt af hvilken sygdom det drejer sig om. Fra dansk side findes et væsentligt aspekt i forbindelse med ind- og udrejsekontrol at være registrering, dvs. at kunne etablere registrering af alle ind- og/eller udrejsende. Denne opgave er i dansk beredskabssammenhæng tillagt det stedlige politi. Bliver der tale om kontrol af rejsendes vaccinationsattester ved ind- eller udrejse vil det ske efter vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Selve opgaven foranstaltes i et samarbejde mellem den regionale embedslægeinstitution og regionen. En sådan procedure vil dog ikke finde sted med mindre det fra centralt hold i Sundhedsstyrelsen er anbefalet.

Efter dansk opfattelse findes der ikke på grundlag af de hidtidige erfaringer behov for at kunne iværksætte særlige screeningsforanstaltninger (herunder temperatur-screening) eller andre former for kvik-undersøgelingsprocedurer i havne og lufthavne. Sådanne metoder er usikre og nemme at omgå. Fra dansk side er opfattelsen at det væsentligste er at sikre den enkelte berørte rejsendes oplysninger om for eksempel symptomer, færden i områder hvor smitte kan forekomme og evt. kontakt med syge personer.

10 Risikokommunikation ved ekstraordinære hændelser i Danmark

Risikokommunikation til borgere og medier ved ekstraordinære hændelser er også omfattet af sektoransvaret, dvs. hver myndighed har ansvar for risikokommunikation inden for eget område. Det er dog tillige aftalt at samlet risikokommunikation koordineres af de involverede myndigheder, forestået af politiet på de respektive niveauer.

I relation til et skadested gælder i henhold til almindelige samarbejdsprincipper i beredskabet at politiet lokalt koordinerer presse- og informationsstrategien overordnet, men information om de enkelte sektorfaglige områder overlades til sektoren. På nationalt plan er der til den nationale operative stab (NOST) knyttet Det Centrale Operative Kommunikationsberedskab (DCOK), som overordnet koordinerer den samlede information og risikokommunikation for de involverede myndigheder. Det må dog samtidig fastslås at den enkelte involverede myndighed selv er ansvarlig for risikokommunikationen inden for eget sektorområde via egen informations- og pressetjeneste.

Der er behov for løbende information og risikokommunikation. Den første umiddelbare risikovurdering kan munde ud i rådgivning om handling, som kan formidles via varslingsystemet (sirenerne), beredskabsmeddelelse i TV/radio, eller evt. via højtalerovgn. På længere sigt, når myndighederne har bedre overblik over situationen, bør informationen følges op, for eksempel af egentlige pressemeddelelser til trykte medier og via internettet

Regionerne har typisk udarbejdet procedurer for aktivering, varsling og orientering af alle relevante dele af regionens beredskab, herunder procedurer for samarbejde og koordination med relevante myndigheder bl.a. i relation til information af regionens borgere.

11 Uddannelse af personale i relation til IHR

I relation til sektoransvaret som det overordnede princip for samfundets håndtering af ekstraordinære hændelser, er det den enkelte sektormyndigheds ansvar at sikre at personalet er veluddannet og i stand til at løfte de opgaver, der måtte blive dem pålagt i forbindelse hermed.

Der findes endvidere en række tværsektorielle kurser i beredskabet for de myndigheder der ofte arbejder sammen og koordinerer deres indsats ved ekstraordinære hændelser.

12 Forhold vedr. smitsomme sygdomme

12.1 Overvågning og laboratoriekapacitet

Overvågning

Den nationale overvågning af smitsomme sygdomme varetages af Statens Serum Institut med hjemmel i Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme (Lov nr. 640 af 14. juni 2007) og Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme og andre overførbare sygdomme mv. (bek. nr. 277 af 14. april 2000) med senere tilføjelser vedr. lægers anmeldelse af SARS, MRSA samt pneumokoksygdom mv.

Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme omhandler behandlende lægers anmeldelse af visse smitsomme og overførbare sygdomme til Embedslægeinstitutionen og Statens Serum Institut med henblik på overvågning og mulighed for indgriben, også akut. Det fremgår således hvilke sygdomme der telefonisk skal anmeldes akut, og hvilke der alene skal skriftligt anmeldes.

Overvågning af smitsomme sygdomme foretages således dels af embedslægerne og dels på Sundhedsstyrelsens vegne af Statens Serum Institut.

Lovmaterialet omhandler en række smitsomme sygdomme, som skal anmeldes til Statens Serum Institut. Institutet varetager således Sundhedsstyrelsens meldesystem for smitsomme sygdomme og rådgiver sundhedsvæsenet i forbindelse med udbrud af smitsomme sygdomme. Ved større generelle udbrud af smitsomme sygdomme bistår instituttet Sundhedsstyrelsen operationelt i opklaring og kontrol af udbruddet, samt ved at udarbejde risikovurdering.

Laboratoriekapacitet

Statens Serum Institut er landets nationale klinisk mikrobiologiske laboratorium. På SSI findes flere nationale referencelaboratorier for bakterier, parasitter, virus, svampe og antibiotikaresistens. Referencelaboratorierne bistår med specialdiagnostik indenfor de nævnte områder. Referencelaboratorierne er i besiddelse af diverse stammesamlinger og reagenser, der er relevante i forhold til den specifikke organisme. Mikroorganismer, virulens og antibiotikaresistens karakteriseres med internationalt anerkendt nomenklatur.

Den laboratoriebaserede overvågning sker gennem elektronisk rapportering til den danske mikrobiologidatabase (MiBa). Formålet med MiBa er at optimere og effektivisere mikrobiologisk diagnostik og infektionsbehandling til fordel for patienterne, dels direkte gennem mere effektiv diagnostik og behandling, og dels indirekte gennem bedre national sygdomsovervågning og de forskningsprojekter der i fremtiden kan baseres på data fra MiBa.

Funktioner:

- Bistå det danske sundhedsvæsen med detektion af agens, og typning og karakterisering af indsendt klinisk materiale eller kulturer
- Opdatering af analyser i henhold til aktuelt cirkulerende mikroorganismer

- Vedligehold og udbygning af stammesamlinger, kulturer, isolater og reagenser
- Undersøge og etablere nye typer
- Standardisering af teknikker til isolering, identifikation, resistensbestemmelse, typning og gruppering
- Rådgivning og undervisning inden for det enkelte laboratoriums ekspertise
- Indsamling af laboratoriedata til national og international overvågning
- Deltage i internationalt samarbejde, herunder samarbejde med udenlandske nationale referencelaboratorier
- Deltagelse i relevante eksterne kvalitetsprogrammer (EQA)

12.2 Indsats og beredskab

Ved udbrud af alment farlig smitsom sygdom varetager Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Statens Serum Institut den epidemiologiske udredning. Statens Serum Institut står for at udføre risikovurdering, og Sundhedsstyrelsen beslutter risikohåndteringen. De regionale epidemikommissioner vejledes af Sundhedsstyrelsen i relation til eventuelt udstedelse af påbud mv.

Regionens sundhedsvæsen håndterer de syge. De fem regioner i Danmark har alle præhospitals- og sundhedsberedskabsplaner, disse planer dækker også procedurer for IHR-relaterede hændelser, dvs. når det drejer sig om indsatser i forbindelse med hændelser/situationer der kan udgøre en PHEIC. Det eksisterende danske sundhedssystem kan hurtigt iværksætte modtagelse og vurdering af både en enkelt og et større antal personer med smitsom sygdom eller mistanke herom – eller anden lidelse som kan udgøre en sundhedsmæssig trussel.

Det er de infektionsmedicinske afdelinger i regionerne, der har ansvar for at kunne modtage, behandle og pleje patienter med alvorlige smitsomme sygdomme. Endvidere har den vagthavende infektionsmediciner en rådgivende funktion i forhold til regionens akutte medicinske koordinationscenter (AMK), akutlægen og embedslægen. AMK kan anvise akutlægen og embedslæge, hvor en infektionsmediciner kan kontaktes. Infektionsmedicineren afgør om patient(erne) skal bringes i isolation på infektionsmedicinsk afdeling, isoleres på almindelig medicinsk afdeling eller blot almindeligt indlægges på sygehus.

Regionen, som står for sygehus-, præhospital- og ambulance-beredskab, kan håndtere modtagelse af syge/smittede ved indrejsepunkter i regionen i samarbejde med embedslægerne og regionens epidemikommission. Andre syge, herunder med akut evt. livstruende sygdom, kan ligeledes bringes fra lufthavn og havn til akut medicinsk behandling. Der er i Danmark en dækning med ambulancer og akutbiler/akutlægebiler i alle regioner. Desuden findes i øjeblikket to lægehelikopterordninger. Overalt i Danmark vil der kunne være hjælp fremme til patienten med henblik på læge- eller sygehusbehandling meget hurtigt, idet alle regioner har fastlagte responstider. I danske ambulancetjenester er personalet uddannet og udstyret med relevant beskyttelsesudstyr.

Såfremt regionen i samarbejde med politiet lokalt vælger at transportere syge eller smittede med andre transportmidler, for eksempel busser, påhviler det regionen at

sikre tilstrækkelig information og udlevering af beskyttelsesudstyr til chaufføren og evt. andet involveret personale.

IHR-kontaktpunkt er det stedlige politi. Dvs. ved modtagelse af syge rejsende hvor der er mistanke om alment farlig smitsom sygdom eller anden PHEIC i havne/lufthavne, skal det stedlige politi kontaktes såfremt de(n) syge indlægges. Det stedlige politi vil dels varetage den overordnede koordinerende ledelse af situationen og dels optræde som en af repræsentanterne for epidemikommissionen.

IHR-koordinator for akutte alvorlige sundhedsmæssige trusler i havne og lufthavne er den regionale embedslægeinstitution som repræsentant for epidemikommissionen. Embedslægen koordinerer den folkesundhedsfaglige indsats med reference til Sundhedsstyrelsen centralt og nationalt kontaktpunkt, NFP, på Statens Serum Institut. Dette betyder at embedslægen således i samarbejde med politiet og lufthavnen/havnen har ansvaret for håndtering af raske, men muligvis udsatte, øvrige passagerer (herunder kontakter til de syge) og besætningen.

Isolation og karantæne

Embedslægen afgrænser på grundlag af de foreliggende oplysninger hvilken personkreds der kan være eksponeret, og beslutter hvilke foranstaltninger der skal iværksættes, efter samråd med Sundhedsstyrelsen. Nære kontakter til den syge skal måske vaccineres, sættes i profylaktisk behandling eller sættes under tæt observation med jævnlig temperaturmåling. Andre kontakter kan som regel rejse videre. Embedslægen beslutter, hvorvidt øvrige passagerer kan rejse videre efter at være registreret ved politiet og efter at have modtaget information. Der kan være behov for at passagerer der skal rejse videre får udleveret en underskrevet attest med embedslægens stempel.

Hvis nære kontakter til patienten skal i karantæne, anvendes regionens på forhånd udpegede karantænefaciliteter. Dette indgår i regionernes sundhedsberedskabsplanlægning. Såfremt kontakter til patienten skal i karantæne, aftaler embedslægen nærmere med regionens AMK herom, idet AMK kan iværksætte regionens karantænefaciliteter.

Embedslægen informerer det nationale kontaktpunkt for IHR, såfremt det besluttes at holde rejsende i karantæne. Tvangsmæssige foranstaltninger kan kun ske på baggrund af epidemikommissionens, Sundhedsstyrelsens eller Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses beslutning.

13 Forhold vedr. fødevareresikkerhed

13.1 Overvågning og laboratoriekapacitet

Overvågning

Definition på fødevarer er i denne forbindelse madvarer, drikkevarer, og andre varer som for eksempel kosttilskudsprodukter. Materialer og genstande bestemt til kontakt med fødevarer er også omfattet.

Fødevarestyrelsen overvåger i samarbejde med DTU Fødevareinstituttet løbende sikkerheden af fødevarer på det danske marked. DTU Fødevareinstituttet udvikler overvågnings- og monitoreringssystemer og programmer på områder, hvor der løbende er behov for risiko- og sundhedsevaluering eller kontrolforanstaltninger

Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) er en del af EU-kommissionens meddelelsessystemer i henhold til artikel 50 i Rådets forordning 178/2002/EØF om fødevareresikkerhed.⁷

Formålet med RASFF er at sikre hurtig udveksling af oplysninger myndighederne imellem om fødevarer og foderstoffer der kan udgøre en direkte eller indirekte sundhedsrisiko, hvis risikoen vedrører mere end én medlemsstat.

Såfremt tredjelande er involveret (typisk som oprindelsesland for den forurenede fødevarer/foder) sendes kopi af notifikationen til en repræsentant for det pågældende lands myndigheder. Tredjelande kan også selv vælge at informere Rapid Alert systemet, hvis de er vidende om, at de har sendt forurenede varer på markedet.

Af artikel 50 i Rådets forordning 178/2002/EØF fremgår det bl.a. at enhver foranstaltning, der begrænser markedsføringen (tilbagetrækning, tilbagekaldelse mv.), skal udmeldes via systemet.

Hver medlemsstat i EU har et kontaktpunkt, der har ansvaret for at modtage og videregive oplysninger om fødevarerhændelser fra medlemsstaten til kommissionen eller fra kommissionen til de kompetente myndigheder i medlemsstaten. Kontaktpunktet i Danmark er Fødevareberedskabsenheden under Fødevarestyrelsen. Systemet omfatter de 27 medlemsstater samt Norge, Island, Schweiz og Liechtenstein. Det er aftalt at EU- og EFTA-lande altid kommunikerer med Infosan via RASFF for at sikre entydige kommunikationsveje. Dette vil også kunne have praktisk betydning i forbindelse med håndteringen af sager under IHR-regulativet.

Der har været en nærmest konstant stigning i antallet af notifikationer fra år 2000 (824) til 2011 (9.157)⁸.

Der findes en rammeaftale mellem Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri og DTU om forskningsbaseret myndighedsbetjening af ministeriet med underlig-

⁷ EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS FORORDNING (EF) Nr. 178/2002 af 28. januar 2002 om generelle principper og krav i fødevarerlovgivningen, om oprettelse af Den Europæiske Fødevareresikkerhedsautoritet og om procedurer vedrørende fødevareresikkerhed.

⁸ Kilde: Fødevarestyrelsen

gende styrelser. DTU Veterinærinstituttet og Fødevarestyrelsen har specificeret samarbejdet yderligere i en ydelsesaftale mellem parterne, herunder bl.a. akut beredskab, overvågning, samt forskningsbaseret rådgivning og risikovurdering.

Laboratoriekapacitet

DTU Fødevareinstituttet og DTU Veterinærinstituttet indgår i det nationale beredskab vedrørende fødevarerikkerhed. DTU Fødevareinstituttet er nationalt referencelaboratorium for kemiske og mikrobiologiske fødevarerforureninger samt internationalt referencelaboratorium for EU, WHO og EFSA (Den Europæiske Fødevaresikkerhedsorganisation) på en række centrale områder:

- EU Reference Laboratory for Pesticides in Cereals and Feedingstuffs
- EU Reference Laboratory for Antimicrobial Resistance
- WHO Collaborating Centre for Antimicrobial Resistance in Foodborne Pathogens
- WHO Collaborating Centre for Food Contamination Monitoring (GEMS Food)
- EFSA Zoonoses Collaboration Centre

DTU Fødevareinstituttet har laboratoriekapacitet for så vidt angår mikroorganismer og kemikalier. Laboratoriet søger hele tiden at forbedre laboratoriekapaciteten med henblik på påvisning af bl.a. fødevarerborne og zoonotiske mikroorganismer. For eksempel blev der i forbindelse med det store udbrud af VTEC O104 i 2011 hurtigt sat en detektionsmetode op i DTU Fødevareinstituttet til påvisning af denne organisme.

De diagnostiske laboratorier arbejder efter kvalitetssikrede principper, og flere analyser er akkrediterede af DANAK i henhold til ISO/EN 17025.

DTU Fødevareinstituttet har personale uddannet i transport af farligt gods, herunder visse mikroorganismer, og betjener sig ved transport af sådanne kun af transportfirmaer som er godkendte hertil.

13.2 Indsats og beredskab

Mistanke om fødevarerborne sygdom vil typisk komme til myndighedernes kendskab via anmeldelse fra borgeren eller den behandlende læge til embedslægen og Fødevarestyrelsen, som kan sætte nærmere udredning i værk.

Personer, som er syge efter indtag af fødevarer (eller mistanke herom) håndteres af sundhedsvæsenet. Mistanke om fødevarermiddeludløst årsag til sygdommen anmeldes til embedslægen, som dels kontakter Fødevarestyrelsen, og dels udfører kontakt- og smitteopsporing i relation til mennesker. Fødevarestyrelsen søger at opspore årsagen/fødevarer, samt vurderer evt. hygiejniske forhold, såfremt tilberedningen er sket på offentligt sted (restaurant, forretning).

Såfremt der er tale om et udbrud håndteres dette epidemiologisk af Statens Serum Institut i samarbejde med Fødevarestyrelsen og DTU Fødevareinstituttet (den Cen-

trale Udbrudsgruppe), se mere herom i afsnit 4.6.8. Embedslægerne bistår lokalt og Sundhedsstyrelsen centralt ved større eller specielle udbrud.

Beredskabsplanen, som er udarbejdet af den Centrale Udbrudsgruppe for Fødevarer- og vandbårne sygdomsudbrud, dækker bl.a. råd om hvilke laboratorieundersøgelser der kan iværksættes, men det er op til de enkelte organisationer at tage de konkrete beslutninger, jf. sektorsvarsprincippet. Den Centrale Udbrudsgruppe har ingen myndighed.

14 Forhold vedr. zoonoser

14.1 Overvågning og laboratoriekapacitet

DTU Veterinærinstituttet har ansvaret for det laboratoriemæssige veterinære beredskab i Danmark. Det akutte beredskab sættes ind ved mistanke om og udbrud af alvorlige smitsomme husdyrsygdomme. Beredskabet understøttes af arbejdet med forskellige nationale overvågningsprogrammer for husdyrsygdomme og zoonoser.

DTU Veterinærinstitut er ligeledes nationalt referencelaboratorium for en lang række infektiøse husdyrsygdomme, og er internationalt EU og OIE (Verdensorganisationen for Dyresundhed) referencelaboratorium for udvalgte fiskesygdomme.

Instituttet er ansvarlig for den laboratoriemæssige del med analyser der kan be- eller afkræfte mistanke om smitte, mens Fødevarestyrelsen beslutter hvordan en situation skal håndteres, for eksempel ved at oprette restriktions- eller overvågningszoner og aflive smittede dyr.

Det akutte laboratorieberedskab sættes ind både ved mistanke om og ved udbrud af alvorlige smitsomme husdyrsygdomme. Derudover fremstiller DTU Veterinærinstituttet vacciner og sera til forebyggelse i de tilfælde hvor der ikke kan fremskaffes kommercielle produkter.

Det fremgår af "Bekendtgørelse om lister over smitsomme sygdomme til lov om hold af dyr", hvilke specifikke sygdomme, som DTU Veterinærinstituttet skal kunne diagnosticere, og herunder også hvilke zoonoser der er inkluderet. Sammen med Fødevarestyrelsen drøfter DTU Veterinærinstituttet hvilke zoonoser der ud fra aktuelle risikoprofiler bør ofres særlig opmærksomhed. Ud fra disse vurderinger igangsættes særlige overvågningsaktiviteter dels for husdyrsygdomme og dels for ikke-fødevarerbårne zoonoser, typisk i form af 1-årige aftaler.

Til veterinærkontrol er der oprettet grænsekontrolsteder med henblik på kontrol af import fra tredjelande af levende dyr, animalske fødevarer, animalske biprodukter, sæd, æg, embryoner, hør, halm eller andre produkter og genstande hvorved sygdomme og zoonotiske smitstoffer kan spredes. Et grænsekontrolsted ledes af en embedsdyrlæge, og Fødevarestyrelsen fører tilsyn.

Dette sker i henhold til følgende bekendtgørelser:

- Bekendtgørelsen om veterinære grænsekontrolsteder og inspektionscentre samt udpegede indgangssteder (BEK nr.69 af 22/1-2010)
- Bekendtgørelse om veterinærkontrol ved indførelse af avlsmateriale og animalske non-food-produkter (BEK nr. 734 af 27/6-2011)

14.2 Indsats og beredskab

DTU Fødevarerinstitutionen varetager løbende evaluering af smitstoffer i husdyr, fødevarer og miljø, i regi af Den Centrale Udbrudsgruppe som mødes ugentligt. Fødevarerrelaterede og zoonotiske hændelser identificeret humant eller i fødevarer kommunikerer til Fødevarestyrelsen, der som myndighed har mulighed for at agere.

Beredskabsplanen som er udarbejdet af Den Centrale Udbrudsgruppe for fødevarer og vandbårne sygdomsudbrud dækker dette område. Resultater fra den mikrobiologiske typning angående humane-, veterinære- og fødevarerundersøgelser evalueres på ugentlig basis i et etableret samarbejde mellem DTU Fødevareinstituttet, Statens Serum Institut og Fødevarestyrelsen.

DTU Veterinærinstituttet har udarbejdet en Standard Operational Procedure (SOP) med titlen: ”Diagnostisk beredskabsplan for alvorlige smitsomme sygdomme (indberetningspligtige sygdomme)”. Heri er ligeledes anført konkrete retningslinjer for intern og eksternt kommunikation i tilfælde af diagnosticering af husdyrsygdomme og zoonoser.

DTU Veterinærinstituttet indberetter fund af zoonotiske agens til Fødevarestyrelsen. Fødevarestyrelsen underretter Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om zoonotiske hændelser, gennem Dansk Zoonosecenter under DTU Fødevareinstituttet. DTU Veterinærinstituttet underretter Statens Serum Institut i tilfælde af undersøgelse for rabiesvirus hos husdyr, hvor der kan være tale om eksponering af mennesker.

DTU Veterinærinstituttet har etableret et netværkssamarbejde med Statens Serum Institut om ikke-fødevarerbårne zoonoser, hvor bl.a. drøftelser om aviær influenza, tick borne encephalitis og Vestnil-feber foregår uformelt.

15 Forhold vedr. kemiske hændelser

15.1 Overvågning og laboratoriekapacitet

Nationalt foregår der en ikke-kontinuerlig overvågning med henblik på kemiske hændelser. Området er lov- og kontrolmæssigt velreguleret. Bliver ekspertberedskaberne opmærksomme på en ekstraordinær hændelse med et kemisk stof, herunder via internationale meldesystemer, informerer Kemisk Beredskab og Giftlinjen gensidigt hinanden samt Sundhedsstyrelsen, som agerer i henhold til hændelsens karakter og omfang.

EU's RAS-CHEM (Rapid Alert System for Chemical Events) er det fælles europæiske overvågningssystem til monitorering af grænseoverskridende eksponering. Giftlinjen er dansk kontaktpunkt i samarbejde med Kemisk Beredskab.

På det kemiske område foregår identifikation af ukendte stoffer i relation til en hændelse ved Kemisk Beredskab i Beredskabsstyrelsen, som står for den praktiske laboratoriedel af identifikationen.

Prøvetagning af stoffer til hurtig, foreløbig identifikation på skadestedet foretages af Beredskabsstyrelsens HazMat-hold i tæt samarbejde med Kemisk Beredskab. Kemisk Beredskab har desuden eget laboratorium med analysekapacitet til den efterfølgende endelige identifikation af de kemiske stoffer.

Kemisk Beredskab lever op til internationale standarder og har kontrol over sikker transport af prøvemateriale til laboratoriet.

Toksikologiske analyser i biologisk materiale foregår på klinisk-biokemiske afdelinger i sundhedsvæsenet, og i danske og internationale speciallaboratorier som Giftlinjen har kontakt til.

15.2 Indsats og beredskab

Som i alle ulykkes- eller katastrofesituationer følges også her de grundlæggende vedtagne indsatstaktiske retningslinjer for myndigheder som indsættes på skadestedet. Politiet varetager således altid den koordinerende ledelse.

Ved akutte uheld med farlige stoffer kontakter 112-alarmcentralen redningsberedskabet. Hvis der er mistanke om terror i relation til en hændelse skal alarmcentralen viderestille til vagthavende i den lokale politikreds. Vagthavende afsender 1. patruljevogn og alarmerer redningsberedskabet (det kommunale), hvis det ikke allerede er alarmeret. Politiets vagthavende skal kontakte PET med henblik på trusselvurdering og beslutningsgrundlag, såfremt der kan være mistanke om en terrorhændelse.

Hvis det drejer sig om et skadested/gerningssted med farlige stoffer vil indsatsen dog almindeligvis ikke kunne afvente trusselvurdering, idet der kan være personer i overhængende livsfare, og dermed behov for umiddelbar indsats for redningsberedskabet.

Såfremt politiet vurderer, at embedslægens rådgivning kan blive nødvendig, kontakter politiet vagthavende embedslæge.

Ved formodning om/verificeret udsættelse for kemiske stoffer rådgiver embedslægen relevante myndigheder, herunder politi, redningsberedskab og kommunale/regionale myndigheder. Det skal påpeges at det er vigtigt hurtigst muligt at orientere Kemisk Beredskabs Vagtordning (KBV) af hensyn til forberedelse af analyser mv. eller behov for skriftligt materiale.

Den vagthavende embedslæge vurderer om det er nødvendigt at tilkalde yderligere embedslægeassistance fra den lokale embedslægeinstitution. Under alle omstændigheder skal den vagthavende embedslæge snarest muligt informere den lokale embedslægeinstitution med henblik på eventuel assistance og siden hen videreførelse af forløbet.

Embedslægen skal sikre sig løbende kontakt til regionens AMK eller de(n) afdeling(er) i sygehusvæsenet, som behandler/skal behandle syge fra skadestedet/gerningsstedet. På skadestedet samarbejder embedslægen med Indsatsleder Sundhed (ISL SU), dvs. den udsendte læge som er repræsentant for AMK (tidligere KOOL, koordinerende læge).

Embedslægens indsats vil altid overordnet bestå af følgende:

- Akut, foreløbig sundhedsmæssig risikovurdering på grundlag af de tilgængelige oplysninger (herunder bl.a. fareidentifikation, eksponeringsvurdering, sygelighedsvurdering)
- Vurdering af om grundlaget for at handle er til stede, eller der er påtrængende behov for supplerende oplysninger før handling
- Eventuel indhentelse af rådgivning fra eksisterende rådgiverordninger (KBV og Giftlinjen)
- Formidling af resultatet af vurderingen til relevante myndigheder (indsatsledelsen), information til udsatte grupper og individer
- Samarbejde med relevante lokale og centrale myndigheder om det videre forløb

16 Forhold vedr. radiologiske og nukleare hændelser

16.1 Overvågning og laboratoriekapacitet

På det radiologiske/nukleare område gælder at overvågning foretages af Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen. For at kunne opfange og kortlægge en eventuel radioaktiv forurening opretholdes til dagligt et måleberedskab. Strålingsniveauet i Danmark bliver målt løbende ved 11 permanente målestationer. En eventuel forhøjelse af strålingsniveauet vil udløse en alarmering af den nukleare beredskabsvagt i Beredskabsstyrelsen. Danmark er med i det europæiske netværk for udveksling af måledata, EURDEP. Måledata fra de permanente målestationer sendes til EURDEP, hvorfra Beredskabsstyrelsen også har adgang til data målt i de øvrige medlemslande. Danmark er endvidere med i det europæiske ECURIE-system (the European Community Urgent Radiological Information Exchange) hvor medlemsstater skal informere Europakommissionen og øvrige potentielt berørte medlemsstater, såfremt der gøres modforanstaltninger for at beskytte befolkningen mod konsekvenserne af en radiologisk eller nuklear hændelse.

Endvidere er udarbejdet en nuklear beredskabsplan, som er en delplan i relation til den nationale operative stab (NOST), med henblik på tværsektoriel håndtering af en sådan hændelse.

Statens Institut for Strålebeskyttelse har desuden eget laboratorium med analysekapacitet til den endelige identifikation af radioaktive stoffer. Prøver der indeholder isotoper, der udelukkende udsender alfa-stråling, sendes til et eksternt laboratorium.

Regionerne har ikke besluttet implementeret systemer til at opspore og reagere på radiologiske/nukleare hændelser. Der er i de enkelte hospitalers beredskabsplaner udarbejdet planer for hvordan man håndterer patienter, der har været udsat for radiologiske/nukleare hændelser.

16.2 Indsats og beredskab

Regionens sundhedsberedskabs organisation præhospitalt er den samme ved radiologiske/nukleare hændelser som ved andre beredskabshændelser. Ved behov for rensning vil det foregå som ved kemiske hændelser.

I forbindelse med indsatsen kan indhentes ekspertrådgivning fra Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS), som dels kan yde telefonisk rådgivning, dels bistå direkte i indsatsområdet. Hertil kommer at Beredskabsstyrelsens to Hazmat-team (placeret på styrelsens beredskabscentre i Herning og Næstved) kan foretage måling for radioaktivitet, og er udstyret så de kan færdes i et evt. fareområde.

Regionen har planlagt for hvilke sygehuse der kan modtage stråleskadede og radioaktivt forurenede patienter. Regionens AMK sikrer visitation af de skadede til rette behandling på rette afdeling, og på disse sygehuse etableres modtagefaciliteter for radioaktivt forurenede personer. Rensningen af en radioaktivt forurenede person kontrolleres ved hjælp af passende udstyr.

Sygehuse, der skal kunne modtage radioaktivt forurenede patienter, skal råde over en overflademonitor med alfa- og betaprobe samt en dosishastighedsmåler. På større sygehuse kan dette udstyr med fordel anskaffes via klinisk fysiologisk/nuklearmedicinske afdelinger eller de onkologiske centre der i det daglige arbejde rutinemæssigt benytter denne type måleudstyr.

17 Sundhedsdokumenter

17.1 Hygiejnecertifikater til skibe

Hygiejnecertifikater for skibsfarten benævnes internationalt Ship Sanitation Control Certificate (SSCC) og Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC). På dansk benævnes de Certifikat for hygiejnekontrol af skibe og Fritagelsescertifikat for hygiejnekontrol af skibe. Certifikaterne erstatter de tidligere såkaldte rotte-certifikater.

WHO's formål med at indføre hygiejnecertifikaterne som en del af IHR er at identificere og notere alle situationer, hvor skibe kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko (public health risk), som vurderes at kunne give anledning til en folkesundhedsmæssig international risiko (PHEIC), ved for eksempel at skibets ankomst og væren giver anledning til smittespredning til befolkningen i det modtagende land.

Certifikat for hygiejnekontrol af skibe bliver udstedt hvis der i forbindelse med inspektionen af skibet findes kritisable forhold på skibet i henhold til IHR-nævnte områder (se afsnit 3.2.3). Således vil det ved udstedelsen af et Certifikat for hygiejnekontrol på skibe være anført på certifikatet hvilke problematiske forhold der er konstateret om bord på skibet, samt evt. være angivet hvilke foranstaltninger der bør udføres eller er blevet udført.

Ved udstedelse af et Fritagelsescertifikat har inspektionen ikke fundet kritisable forhold om bord.

De to certifikater bliver udstedt med en gyldighed på op til 6 måneder. Det enkelte certifikat kan blive forlænget med op til én måned, for eksempel såfremt forholdene om bord på skibet gør det umuligt at foretage nødvendig inspektion med henblik på udstedelse af nyt certifikat, samt såfremt der ikke er mistanke om infektion eller kontaminering.⁹

Sundhedsregulativets bilag 3 indeholder forslag til inspektionsområder og -procedurer som primært sikrer, at personer der arbejder/opholder sig om bord på skibe – dvs. besætning og passagerer – har hygiejniske forhold der følger standarden i højt udviklede lande.

Sundhedsstyrelsen finder dog ikke at dette bør ske gennem sundhedsregulativet, men gennem andre regelsæt, der har til formål at sikre forholdene om bord på skibe for besætning såvel som passagerer.

17.1.1 Hvilke skibe skal undersøges

I den danske bekendtgørelse nr. 1298 af 15. december 2008 (Bekendtgørelse om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme) er det besluttet at undtage en række skibe for hygiejnecertifikater (fiskerfartøjer, lystbåde, bjergningsfartøjer, lodsbåde, fyrskibe, orlogsfartøjer, isbrydere, bugserbåde, færger, skoleskibe samt fartøjer under 20 bruttoregister-ton).

⁹ Kilde: IHR Artikel 20 og 39 og IHR bilag 3

Ifølge IHR skal alle erhvervsskibe som sejler mellem forskellige lande have gyldige hygiejnecertifikater. Dette gælder uanset om skibene sejler via hav eller søer/floder.

Det anbefales fortsat at undtage de samme skibe fra hygiejnecertifikaterne som var undtaget fra de tidligere rottecertifikater.

17.1.2 Hvor kan inspektionerne blive foretaget

Ifølge bekendtgørelsen nr. 502 af 12. december 1979 har det kun været muligt at få udstedt hygiejnecertifikater i en række bestemte danske havne (Esbjerg, Frederikshavn, Kalundborg, København, Nakskov, Odense, Rønne, Vejle, Åbenrå, Aalborg og Aarhus). Det er blevet besluttet at hygiejnecertifikaterne fremover som minimum skal kunne udstedes i de samme havne. Dvs. såfremt et skib ønsker en inspektion foretaget i en anden havn end de nævnte, må dette bero på en aftale mellem skibet/skibets agent og firmaet der skal foretage inspektionen.

Hygiejnecertifikaterne skal kun udstedes til skibe i danske havne, hvilket betyder at Færøerne og Grønland ikke er omfattet af de danske regler.

17.1.3 Hvem inspicerer skibene

Skibene skal inspiceres på en række områder, som der med udgangspunkt i IHR (2005) - bilag 3 udarbejdes dansk kravspecifikation for.

Naturstyrelsen er den overordnede myndighed på rottebekæmpelsesområdet i Danmark. Naturstyrelsen uddanner og autoriserer skadedyrsbekæmperne samt fører tilsyn med at kommunerne opfylder forpligtelsen til at foretage en effektiv rottebekæmpelse. Styrelsen sikrer endvidere at autoriserede personer overholder regler og retningslinjer på rotteområdet.

Reglerne fremgår af § 17 i lovbekendtgørelse nr. 1757 af 22. december 2006 af lov om miljøbeskyttelse. I medfør af bestemmelsen er der udstedt en bekendtgørelse, nr. 1507 af 13. december 2007 om bekæmpelse af rotter mv.

Skibene inspiceres af private skadedyrsinspektionsfirmaer, som har erklæret at de kan påtage sig opgaven i overensstemmelse med den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede kravspecifikation for hygiejneinspektion på skibe. By- og Landskabsstyrelsen registrerer disse firmaer.

17.1.4 Hvem udsteder certifikaterne og hvor

Certifikaterne skal udstedes af en kompetent statslig myndighed. Det er besluttet at Sundhedsstyrelsen skal varetage opgaven i Danmark. I praksis er det embedslægekontorerne, som varetager det daglige arbejde med at udstede certifikaterne.

Det praktiske forløb med at få skibet inspiceret og certifikatet udstedt er som følger:

- Skibet/skibsmægleren rekvirerer et skadedyrsinspektionsfirma, som opfylder kravene til at kunne påtage sig opgaven med at forestå inspektion af skibet
- Skibet bliver inspiceret og der udfærdiges en rapport, som sendes til det nærmeste embedslægekantor (der kan evt. indgå aftaler om alternativt embedslægekantor)
- Embedslægen udskriver og vurderer rapporten og udsteder på den baggrund et certifikat, som stemples og underskrives af embedslægen
- Skibet/skibsmægleren kan afhente certifikatet på embedslægekantoret i dagarbejdstiden (alternativt kan certifikatet sendes)

Skibet/skibsmægleren afregner særskilt med henholdsvis det firma som varetager inspektionen og embedslægekantoret som udsteder certifikatet.

17.1.5 Betaling

Ifølge sundhedsregulativet skal der være det samme landsdækkende gebyr for udstedelse af hygiejnecertifikat. Det betyder at et hygiejnecertifikat skal koste det samme uanset hvor i landet det bliver udstedt. Derudover må gebyret ikke overskride den faktiske omkostning ved ydelsen (faglig bistand til inspektører, trykning og udfærdigelse af certifikater, samt øvrige administrationsomkostninger), og det skal opkræves uden sondring til skibets nationalitet, hjemsted eller bopæl.

De private firmaer, der varetager inspektionerne, kan fastsætte prisen på inspektionen ud fra markedsvilkår.

17.1.6 Hvordan kontrolleres det om skibene har gyldige certifikater

I Danmark gennemføres ikke en egentlig kontrol af om skibene har gyldige hygiejnecertifikater. I Danmark er der ikke nogen myndighed som ifølge lovgivningen skal føre tilsyn med om skibene har gyldige hygiejnecertifikater. Men inspektionerne skal kunne foretages og certifikaterne udstedes, idet nogle andre lande kræver det. Derudover kan der være virksomheder, som kræver gyldige hygiejnecertifikater, før skibene må sejle med deres varer (et privat retsligt krav).

17.1.7 Beskrivelse af inspektionerne/kravspecifikation

Sundhedsstyrelsen har med bistand fra Statens Skadedyrslaboratorium og Naturstyrelsen udarbejdet kravspecifikationer vedrørende inspektion for gnavere og insekter; Bekendtgørelse om skadedyrsinspektion på skibe (BKG nr. 1355 af 18. december 2008). Sundhedsstyrelsen har endvidere udarbejdet en vejledning vedrørende skibsinspektioner og certifikatudstedelse til inspektorfirmaerne og embedslægerne; Vejledning om skadedyrsinspektion på skibe (VEJ nr. 9891 af 14. januar 2009).

17.2 Certifikater for vaccination

I IHR bilag 6 og 7 redegør WHO for forhold vedrørende håndtering af certifikater for vaccination og opstiller en model for et sådant internationalt certifikat.

Udover henstillinger vedrørende vaccination eller forebyggelse, er kun én sygdom specifikt udpeget i henhold til IHR som sygdom for hvilken et deltagerland kan kræve bevis for vaccination eller forebyggelse hos en rejsende, som betingelse for indrejse. Det drejer sig om gul feber. På dansk territorium findes der ikke vektorer for denne sygdom, hvorfor vaccinationscertifikat herfor ikke kræves ved indrejse i Danmark.

17.3 Maritime Declaration of Health (Sundhedserklæring for skibsfarten)

”Sundhedserklæring for skibsfarten” er beskrevet i artikel 37 i IHR. Før et skibs ankomst til sin første anløbshavn i en medlemsstat skal skibsføreren forsikre sig om sundhedstilstanden om bord, og medmindre medlemsstaten ikke kræver det, skal skibsføreren ved ankomst eller forud for ankomst oversende en sundhedserklæring. Danmark kan således beslutte hvorvidt alle ankommende skibe skal være fritaget for sundhedserklæringen, eller alene kræve forelæggelse af sundhedserklæring for skibe der ankommer fra berørte områder eller kunne medføre infektion eller kontaminering.

”Sundhedserklæring for skibsfarten” har ikke hidtil været en del af den autoriserede IMO-FAL¹⁰ formular, som i øvrigt udgør meldesystemet for skibsfart, og der er oftest ikke vedlagt nogen sundhedserklæring. Det har primært været de store krydstogtskibe som har vedlagt sundhedserklæringen.

Når et skib ankommer til en dansk havn, skal skibsføreren eller en dertil bemyndiget person (mægleren) afgive en tolddeklaration til told- og skatteforvaltningen.

Bestemmelsen gælder ikke for skibe der ankommer til en dansk havn direkte fra en anden havn i EU's toldområde, og som ikke medbringer uberigtigede varer som ladning eller proviant.

Til brug for opfyldelse af meldeformaliteterne ved ankomst til og/eller afgang fra havne i det danske toldområde, modtager SKAT i overensstemmelse med EU's meldepligtsdirektiv IMO-FAL formular 1 og 3-6.

IMO-FAL formularen, der er udarbejdet af og vedtaget i IMO (International Maritime Organization), består 5 formularer, der kan anvendes efter behov.

Formular 1: Almindelig erklæring, der er et grunddokument der ved skibets ankomst og afgang skal indeholde følgende oplysninger:

- Skibets data (art, navn, hjemsted og tonnage) og skibsførerens navn
- Ankomst og afgangshavn, samt destinationshavn

¹⁰ IMO-FAL: International Maritime Organisation – Facilitation Committee

- Antal besætningsmedlemmer og passagerer
- Navnet på skibets stedlige repræsentant
- Dato – ankomst- og afgangstidspunkt samt skibets placering i havnen
- Kort beskrivelse af sejladsen (foregående og følgende anløbshavne)
- Kort beskrivelse af lasten, ladningens art og mængde
- Oplysninger om vedlagte dokumenter og antal genparter

”Sundhedserklæring for skibsfarten” er ikke en del af den autoriserede IMO-FAL formular, men kan være vedlagt som bilag.

Formular 3: Erklæring om skibsstores (beholdninger af proviant m.m.), der er det grunddokument, der ved skibets ankomst og afgang skal indeholde oplysninger om beholdninger af proviant m.m.

Formular 4: Erklæring om besætningens personlige ejendele, der er et grunddokument, som indeholder oplysninger om besætningens personlige ejendele. Erklæringen kræves ikke ved skibets afgang.

Formular 5: Besætningsliste. Besætningslisten er et dokument der giver told- og skatteforvaltningen oplysninger vedrørende antallet og sammensætningen af besætningen ved skibets ankomst og afgang.

Formular 6: Passagerliste. Passagerlisten er et grunddokument for skibe, der har ret til at transportere 12 personer eller derunder, og som ved skibets ankomst og afgang giver told- og skatteforvaltningen oplysninger om passagererne.

I bilag 8 til IHR har WHO opstillet en model for sundhedserklæring for skibe. Denne er mere omfattende end den som tilhører det nuværende IMO-FAL-blanket system. Den nye model for sundhedserklæring er knyttet til hygiejnekontrol på skibe.

Det anbefales, at Danmark også fremover ikke rutinemæssigt efterspørger ”Sundhedserklæring for skibsfarten”.

Det fremgår af artikel 28 i IHR, at skibets kommandoofficer eller dennes agente(r) så tidligt som muligt før et skibs ankomst, skal gøre bestemmelseshavnen bekendt med ethvert tilfælde af sygdom, som indikerer en smitsom lidelse eller evidens for en folkesundhedsmæssig risiko om bord. Dette skal ske så snart den pågældende officer bliver bekendt med sådant. Oplysningerne skal videregives til det stedlige politi som repræsentant for epidemikommisionen, evt. via Lyngby Radio/Maritime Assistance Service, SOK (se SOP, bilag 1). Således sikres det at epidemikommisionen, herunder sundhedsmyndighederne, bliver opmærksom på en eventuel PHEIC.

17.4 Aircraft General Declaration (Sundhedserklæring for fly)

I bilag 9 til sundhedsregulativet har WHO opstillet en formular beregnet til indberetning af sygdom eller andre forhold om bord der kan give anledning til spredning af sygdom. Danmark kan beslutte hvorvidt alle ankommende fly skal være fritaget

fra denne erklæring, eller alene kræve forelæggelse af erklæringen for fly der ankommer fra berørte områder eller kan medføre infektion eller kontaminering.

Det anbefales, at Danmark fremover ikke rutinemæssigt efterspørger "Aircraft General Declaration".

Det fremgår af artikel 28 i IHR, at piloter, som har kommandoen over fly, så tidligt som muligt før flyets ankomst skal gøre bestemmelseslufthavnen bekendt med ethvert tilfælde af sygdom som indikerer en smitsom lidelse eller evidens for en folkesundhedsmæssig risiko om bord. Dettes skal ske så snart den pågældende pilot bliver bekendt med sådant. Oplysningerne skal videregives til lufthavnsmyndigheden, som kontakter sundhedsmyndighederne (se SOP, bilag 1). Således sikres det at sundhedsmyndighederne bliver opmærksom på en eventuel PHEIC.

18 Dansk opfyldelse af IHR's krav

I Sundhedsstyrelsens gennemgang af dansk opfyldelse af IHR-kravene i 2008 er det noteret at følgende manglede at blive implementeret i Danmark:

- a) *Håndtering af IHR-relaterede hændelser skulle indarbejdes i beredskabsplanerne for de myndigheder, som er ansvarlig for håndtering af sådanne hændelser.*

Dette er opfyldt, idet regionerne har indarbejdet IHR i regionernes sundhedsberedskabsplaner.

- b) *De centrale sundhedsmyndigheders kommunikation med praktiserende læger skulle forbedres.*

Dette er opfyldt, idet den ny overenskomst mellem regioner og praktiserende læger har krav om, at regionerne kan kommunikere akut med praktiserende læger pr. e-mail inden en angivet tidsfrist. I mellemtiden har samtlige regioner oplyst, at de anvender andre metoder til kommunikation med praktiserende læger. Således kan for eksempel regioner og embedslæger kommunikere akut med vagtlægesystemet. Hastende meddelelser og information fra Sundhedsstyrelsen til regionerne ved en ekstraordinær hændelse sendes via regionens AMK, som således kan formidles videre til både sygehuse og praktiserende læger.

- c) *Alle regioner skulle have planlagt for karantænefaciliteter*

Dette er opfyldt, idet alle regioner indarbejder etablering af karantænecentre i deres sundhedsberedskabsplanlægning.

- d) *Etablering af ind- og udrejsekontrol skulle overvejes*

Se danske overvejelser og beslutninger i denne sammenhæng i kapitel 9.

- e) *Struktur og organisation med henblik på udstedelse af hygiejnecertifikater til skibe skulle etableres og iværksættes.*

Dette krav er opfyldt, se beskrivelse i afsnit 17.1.

18.1 Overvågning og vurdering

IHR's krav til beredskabet i forhold til overvågning og vurdering:

- a) Der skal kunne påvises begivenheder der omfatter sygdom eller dødsfald over det forventede niveau på en given tid og et givet sted i alle områder inden for landets territorium.
- b) Alle til rådighed afgørende oplysninger skal kunne rapporteres umiddelbart til det rette niveau for at sikre den sundhedsmæssige indsats. Afgørende oplysninger kan for eksempel være følgende: kliniske beskrivelser, laboratorieresultater, kilder til og type af risiko, antal sygdomstilfælde og dødsfald, betingelser der indvirker på sygdomsspredning, anvendte sundhedsmæssige foranstaltninger.

- c) Der skal omgående kunne iværksættes foreløbige – og senere yderligere – kontrolforanstaltninger.
- d) Status for begivenheder skal kunne bekræftes.
- e) Rapporterede begivenheder skal kunne vurderes omgående og rapporteres til det nationale niveau.
- f) På det nationale plan skal alle rapporter om begivenheder af hastende karakter vurderes inden for 48 timer. Såfremt vurderingen tilsiger at begivenheden er anmeldelsespligtig, skal anmeldelse ske til WHO fra det nationale IHR-kontaktpunkt.

En hensigtsmæssig overvågning af hændelser, der kan udgøre en folkesundhedsmæssig hændelse af international betydning (PHEIC), finder sted i Danmark i overensstemmelse med det Internationale Sundhedsregulativ (IHR). Myndigheder der er hovedaktører har døgnvagt, og hændelser kan opdages, beskrives, verificeres og vurderes hurtigt, ligesom indsats og kontrolforanstaltninger hurtigt kan iværksættes. Information om hændelser kan desuden hurtigt formidles til WHO og andre relevante parter såvel nationalt som internationalt, da der er implementeret kommunikationssystemer med henblik på dette.

18.1.1 Smitsomme sygdomme

Overvågning af smitsom sygdom sker dels via de internationale meldesystemer, som Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut overvåger på Sundhedsstyrelsens vegne, dels via lægers anmeldelser i henhold til lovgivningen.

Sygdom eller dødsfald over det forventede niveau som følge af alvorlig smitsom eller overførbart sygdom vil således hurtigt opdages af sundhedsmyndighederne i Danmark, idet behandlende læger i henhold til bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme (afledt af Epidemiloven) telefonisk skal hastede meddele sådanne tilfælde til Sundhedsstyrelsen ved den lokale embedslæge (og skriftligt til Statens Serum Institut), og der vil således straks kunne iværksættes modforanstaltninger. Visse alvorlige sygdomme skal anmeldes blot ved enkelttilfælde, og ophobninger af andre smitsomme sygdomme skal altid anmeldes. Sygdomme, hvor årsagen er usikker eller uforklarlig, men som kan skyldes en biologisk agens, skal ligeledes anmeldes. Herved kan også alle oplysninger vedrørende sygdommen, klinik, laboratorieresultater mv. videreformidles til relevant myndighed.

Både Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen har døgnvagt, så anmeldelse og indberetning kan ske døgnet rundt. Via det danske krisestyringssystem er det endvidere muligt at komme i kontakt med relevante nationale myndigheder døgnet rundt.

18.1.2 Fødevarerområdet

Fødevarerområdet overvåges dels via internationale meldesystemer, dels via DTU Fødevarerinstitutionens og DTU Veterinærinstitutionens løbende evalueringer af smitstof hos dyr. NaturErhvervstyrelsen har ansvar for importkontrol af planter.

Til veterinærkontrol er der oprettet grænsekontrolsteder med henblik på kontrol af import fra tredjelande af levende dyr, animalske fødevarer, animalske biprodukter, sæd, æg, embryoner, hør, halm eller andre produkter og genstande hvorved sygdomme og zoonotiske smitstoffer kan spredes. Et grænsekontrolsted ledes af en embedsdyrlæge, og Fødevarestyrelsen fører tilsyn.

18.1.3 Zoonoser

Zoonoser hos dyr overvåges af DTU Fødevarainstitutet, som indberetter til Fødevarestyrelsen og Statens Serum Institut. Zoonoser hos mennesker overvåges af Statens Serum Institut. Den Centrale Udbrudsgruppe foretager den videre indsats.

18.1.4 Kemiske hændelser

På det kemiske område foregår ikke kontinuerlig overvågning, men bliver ekspertberedskaberne opmærksomme på en ekstraordinær hændelse med et kemisk stof, herunder via internationale meldesystemer, informerer Kemisk Beredskab og Giftlinjen gensidigt hinanden samt Sundhedsstyrelsen, som agerer i henhold til hændelsens karakter og omfang.

18.1.5 Radiologiske/nukleare hændelser

På det radiologiske/nukleare område gælder, at overvågning foretages af Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen. For at kunne opfange og kortlægge en eventuel radioaktiv forurening opretholdes til dagligt et måleberedskab. En forhøjelse af strålingsniveauet vil udløse en alarmering af den nukleare beredskabsvagt i Beredskabsstyrelsen. Endvidere er udarbejdet en nuklear beredskabsplan, som er en delplan i relation til den nationale operative stab (NOST), med henblik på tværsektoriel håndtering af en sådan hændelse.

Danmark er med i det europæiske netværk for udveksling af måledata, EURDEP. Måledata fra de permanente målestationer sendes til EURDEP, hvorfra Beredskabsstyrelsen også har adgang til data målt i de øvrige medlemslande. Danmark er endvidere med i det europæiske ECURIE-system (the European Community Urgent Radiological Information Exchange) hvor medlemsstater skal informere Europakommissionen og øvrige potentielt berørte medlemsstater, såfremt der iværksættes modforanstaltninger for at beskytte befolkningen mod konsekvenserne af en radiologisk eller nuklear hændelse.

18.2 Folkesundhedsmæssig indsats

IHR's krav til beredskabet i forhold til folkesundhedsmæssig indsats:

- a) Det skal hurtigt kunne fastlægges hvilke kontrolforanstaltninger der er påkrævet med henblik på at forebygge spredning nationalt og internationalt.

- b) Der skal hertil kunne ydes støtte i form af specialister, laboratorieanalyser af prøver og logistisk bistand.
- c) Der skal kunne ydes støtte på stedet for at supplere lokale undersøgelser.
- d) Der skal sikres direkte operationel kontakt med højtplacerede medarbejdere i sundhedssektoren og andre embedsmænd med henblik på hurtig godkendelse og gennemførelse af inddæmnings- og kontrolforanstaltninger.
- e) Der skal sikres direkte kontakt med andre relevante instanser på ministeriel niveau.
- f) Der skal sikres effektiv kommunikation mellem de involverede instanser og myndigheder med henblik på at sikre meddelelse af information og henstillinger modtaget fra WHO.
- g) En national folkesundhedsmæssig kriseplan skal etableres og vedligeholdes, herunder dannelse af tværsektorielle/tværfaglige grupper til indsats i relation til begivenheder som kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation.

Sundhedsstyrelsen har som sektoransvarlig myndighed en døgnvagtordning og modtager anmeldelser og andre indberetninger på alle tider af døgnet. Såfremt en anmeldelse falder ind under sundhedsregulativet, vil Sundhedsstyrelsen straks foretage indberetning til det nationale kontaktpunkt på Statens Serum Institut. Fra Sundhedsstyrelsen kan melding endvidere formidles til øvrige relevante myndigheder centralt, enten via indgåede aftaler eller via den nationale operative stab (NOST). Det kan således hurtigt besluttes, hvilke kontrolforanstaltninger der skal iværksættes både på sundhedsområdet og tilgrænsende områder.

Ved CBRN-hændelser opretholdes det almindelige sektoransvar, som indebærer, at den myndighed eller organisation, som til daglig har ansvaret for et område, også har ansvaret ved større ulykker eller katastrofer, herunder terrorhændelser. Der er etableret ekspertberedskaber på CBRN-området, disse kan rådgive og støtte indsatsmyndighederne og i et vist omfang bidrage med analyse- og indsatskapacitet. Laboratoriekapacitet eksisterer på alle områder.

18.2.1 Smitsomme sygdomme

Behandling, pleje og anden håndtering af personer som lider af (eller mistænkes at lide af) alment farlige smitsomme sygdomme varetages af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Alle regioner har klinisk mikrobiologiske afdelinger, som kan foretage basal laboratoriediagnostik. Mere specialiseret diagnostik foretages af landets referencelaboratorier på Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsens embedslæger varetager kontakt- og smitteopsporing, samt forebyggelse af yderligere udbredelse af sygdommen. Embedslægen er også en af hovedaktørerne i den regionale epidemikommission.

Ved udbrud af alment farlig sygdom varetager Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Statens Serum Institut den epidemiologiske udredning. Sundhedsstyrelsen melder ud til regioner og kommuner. I relation til regionerne kommunikerer Sundhedsstyrelsen med AMK vagtcentralerne, som sikrer at informationen formidles videre til relevante parter i regionen, herunder praktiserende læger og speciallæger.

18.2.2 Fødevarerområdet

Personer, som er syge efter indtag af fødevarer (eller mistanke herom) håndteres af sundhedsvæsenet. Mistanke om fødevarerudløst årsag til sygdommen anmeldes til embedslægen, som kontakter Fødevarestyrelsen, der søger at opspore årsagen/fødevareren, samt vurdere evt. hygiejniske forhold. Embedslægen udfører kontakt- og smitteopsporing i relation til mennesker. Såfremt der er tale om et udbrud, håndteres dette epidemiologisk af Statens Serum Institut i samarbejde med Fødevarestyrelsen, DTU Fødevareinstituttet (Central Udbrudsgruppe), og embedslægerne bistår lokalt. Kontakt og kommunikation mellem de relevante nationale myndigheder kan ske på døgnbasis, herunder indberetning til og modtagelse af notifikationer fra det nationale kontaktpunkt på Statens Serum Institut.

DTU Fødevareinstituttet har laboratoriekapacitet som beskrevet i afsnit 14.1.

Kontakt og kommunikation mellem de relevante nationale myndigheder kan ske på døgnbasis, herunder indberetning til og modtagelse af notifikationer fra National Focal Point for IHR.

18.2.3 Zoonoser

Zoonoser er sygdomme som overføres naturligt fra dyr til menneske og omvendt. Personer ramt af zoonoser håndteres i det behandlende sundhedsvæsen, og udbrud af zoonoser håndteres epidemiologisk af Statens Serum Institut i samarbejde med Fødevarestyrelsen og DTU Fødevareinstituttet (Central Udbrudsgruppe). Embedslægerne bistår lokalt.

DTU Veterinærinstituttet har tillige laboratoriekapacitet, se afsnit 14.1.

18.2.4 Kemiske hændelser

Tilskadekomne – herunder forurenede – efter en kemisk hændelse håndteres i det regionale sundhedsvæsen, der har planer for dette. Personer der kan være eksponerede, men som ikke har sygdomstegn, informeres og håndteres af embedslægen. Generelt gælder det at rensning af forurenede, skal ske på skadestedet, men hospitaler med akutmodtagelse er dog forberedt på at håndtere forurenede patienter, der kommer som selvhenvendere.

Personer som kan være eksponeret, men som ikke (eller endnu ikke) udviser sygdomstegn, bliver informeret af embedslægen om forholdsregler.

Prøvetagning af stoffer til hurtig, foreløbig identifikation på skadestedet foretages af Beredskabsstyrelsens HazMat-hold i tæt samarbejde med Kemisk Beredskab. Kemisk Beredskab har desuden eget laboratorium med analysekapacitet til den endelige identifikation af de kemiske stoffer.

18.2.5 Radiologiske/nukleare hændelser

Statens Institut for Strålebeskyttelse bidrager, som ekspertberedskab på det radiologiske område, med ekspertstøtte, beslutningsstøtte og måleassistance ved hændelser med radioaktive stoffer og ioniserende stråling. SIS vil altid blive involveret i en radiologisk/nuklear hændelse.

Tilskadekomne – herunder forurenede – efter en radiologisk/nuklear hændelse håndteres i det regionale sundhedsvæsen, der har planer for dette. Personer der kan være eksponerede, men som ikke har sygdomstegn, informeres og håndteres af embedslægen, som rådfører sig med SIS. Generelt gælder det at rensning af forurenede, skal ske på skadestedet, men hospitaler med akutmodtagelse er dog forberedt på at håndtere forurenede patienter, der kommer som selvhenvendende.

18.2.6 Folkesundhedsmæssig kriseplan

I Danmark opereres ikke med en folkesundhedsmæssig kriseplan, først og fremmest fordi stort set alle ekstraordinære hændelser fordrer tværsektoriel indsats. I Danmark er udarbejdet en National Beredskabsplan med "all hazards" tilgang, og alle myndigheder har hver især ansvar for beredskabet i egen sektor. Således skal sundhedsmyndigheder i regioner og kommuner udarbejde sundhedsberedskabsplaner, som også inddrager forhold inkluderet i sundhedsregulativet. Indsatsen ved en folkesundhedsmæssig krise koordineres af de relevante aktører og myndigheder

18.3 Kapacitetskrav - udpegede havne og lufthavne

IHR's krav til beredskabet i forhold til kapaciteter i udpegede havne og lufthavne:

- a) Der skal sikres adgang til passende lægetjeneste, herunder diagnostiske faciliteter, så der er mulighed for omgående vurdering og pleje af syge rejsende, samt passende bemanning, udstyr og faciliteter.
- b) Der skal sikres adgang til udstyr og personale til transport af syge rejsende til en passende sundhedsinstitution.
- c) Der skal sikres uddannet personale til inspektion af transportmidler.
- d) Der skal sørges for et sikkert miljø for rejsende på indrejsepunktet, herunder drikkevandsforsyning, mulighed for at spise, catering til fly, offentlige toiletter, passende bortskaffelse af fast og flydende affald og andre potentielle risikoområder.
- e) Der skal så vidt muligt sørges for en ordening med uddannet personale til kontrol af vektorer og reservoirer ved og nær indrejsepunkter.
- f) Der skal etableres og vedligeholdes en beredskabsplan for folkesundheden, herunder udpegelse af en koordinator og kontaktpunkt for relevante indrejsepunkter, sundhedsmyndigheder og -institutioner samt andre instanser.
- g) Der skal kunne foretages vurdering og pleje af berørte rejsende eller dyr via etablering af ordninger med lokale sundhedstjenester og veterinære tjenester med henblik på isolation, behandling og støtteindsats.
- h) Der skal være passende faciliteter – adskilt fra andre rejsende – til at interviewe personer som er berørte, dvs. smittede eller under mistanke herfor.

- i) Der skal kunne sørges for vurdering af behov for og iværksættelse af karantæne af rejsende, som er under mistanke, fortrinsvis i faciliteter på afstand af indrejsepunktet.
- j) Der skal kunne anvendes anbefalede foranstaltninger til desinficering, gnaveverbekæmpelse, insektbekæmpelse, dekontaminering eller anden behandling af last, containere, transportmidler, varer eller postforsendelser på steder, som er særligt indrettet og udstyret til dette formål.
- k) Der skal kunne gennemføres ind- eller udrejsekontrol af ankommende og rejsende.
- l) Der skal være adgang til særligt indrettet udstyr og uddannet personale med passende værnemidler med henblik på transport af rejsende, som kan være bærere af infektion eller kontaminering.

Ingen lufthavne eller havne i Danmark har etableret særlig lægetjeneste, som er specifikt tilknyttet lufthavnen/havnen, men overalt anvendes ved sygdom eller tilskadekomst det almindelige akutte sundhedssystem med ambulancer, akut(læge)biler, hospitaler og vagtlæger.

Regionen, som står for sygehus-, præhospital- og ambulance-beredskab, kan håndtere modtagelse af syge/smittede ved indrejsepunkter i regionen i samarbejde med embedslægerne og regionens epidemikommission. Som udgangspunkt herfor, og med henblik på den lokale implementering, er udarbejdet en Standard Operational Procedure (SOP). SOP'en tager højde for de praktiske forhold ved modtagelse af syge/smittede ved indrejsepunkter og forudsættes indarbejdet i sundhedsberedskabsplanen for regionen.

Andre syge, herunder med akut evt. livstruende sygdom, kan ligeledes bringes fra lufthavn og havn til akut medicinsk behandling. Der er i Danmark en dækning med ambulancer og akutbiler/akutlægebiler i alle regioner. Desuden findes i øjeblikket to lægehelikopterordninger. Overalt i Danmark vil der kunne være hjælp fremme til patienten meget hurtigt, idet alle regioner har fastlagte mål for responstider. Derfor er det ikke relevant for Danmark at udpege særligt designerede havne og lufthavne, da det således er muligt at komme hurtigt i kontakt med det almindelige sundhedsvæsen overalt i landet, herunder ved grænseovergange på landjorden. Vedrørende grænseovergange på landjorden skal det bemærkes, at Danmark er et Schengenland, omgivet af andre Schengen-lande. Disse grænseovergange er normalt ikke bemandede med henblik på kontrol af ind- og udrejse.

Hvis der er risiko for at personer udsat for smitte (eksponerede) kan blive syge og måske smittefarlige efter nogle dage, skal de udsatte personer holdes samlet og i karantæne. Formålet med karantæne er således at hindre smittespredning til ikke-smittede fra personer der muligvis er blevet smittet, men som endnu ikke har fået symptomer. Det findes ikke relevant at udpege særlige karantænefaciliteter i tæt geografisk relation til havne og lufthavne, da regionerne i forvejen har til opgave at have udpeget karantænefaciliteter for at kunne håndtere større situationer med alvorlig smitsom sygdom i landet. Det forudsættes, at der i et samarbejde mellem politi og region arrangeres transport af udsatte personer fra havnen/lufthavnen til regionens karantænefaciliteter.

I danske ambulancetjenester er personalet uddannet og udstyret med relevant beskyttelsesudstyr. Såfremt regionen i samarbejde med politiet lokalt vælger at transportere syge eller smittede med andre transportmidler, for eksempel busser, påhvi-

ler det regionen at sikre tilstrækkelig information til og udlevering af beskyttelsesudstyr til chaufføren og evt. andet involveret personale.

En ind- og/eller udrejsekontrol kan iværksættes ved behov i en konkret situation, for eksempel i forbindelse med håndhævelse af epidemiloven, hvilket må anses for den væsentligste begrundelse, eller evt. såfremt WHO anbefaler ind- og udrejsekontrol i forbindelse med en PHEIC-hændelse. I Danmark er et væsentligt aspekt i forbindelse med ind- og udrejsekontrol registrering, dvs. at kunne etablere registrering af alle ind- og/eller udrejsende. Denne opgave er i dansk beredskabssammenhæng tillagt det stedlige politi.

Efter dansk opfattelse findes der ikke på grundlag af de hidtidige erfaringer behov for at kunne iværksætte særlige screeningsforanstaltninger (se kapitel 9)

Vedrørende vurdering og pleje af berørte rejsende er dette i henhold til sektoransvarsprincippet en opgave for sundhedsvæsenet. For vurdering og pleje vedrørende berørte dyr er dette en opgave for det veterinære område.

Et sikkert miljø for rejsende, samt arbejdsmiljø for skibes og flys besætninger, hører under hhv. Søfartsstyrelsens og Trafikstyrelsens sektoransvar. Der er regelsæt herfor (se Søloven, Lov om sikkerhed til søs, samt Lov om luftfart, kapitel 4).

Vedrørende vektorer og reservoirer, desinficering og anden bekæmpelse, så foretages dette af de skadedyrsinspektionsfirmaer, som har lov til at foretage skibsin-spektioner med henblik på udstedelse af hygiejnecertifikater til skibe, se afsnit 17.1.

18.4 IHR fuldt implementeret i Danmark

Med indeværende rapport finder Sundhedsstyrelsen at det Internationale Sundhedsregulativ, IHR, er fuldt implementeret i Danmark i 2012, under iagttagelse af hensyn til danske forhold og benyttelsen af allerede eksisterende strukturer og organisationer i de involverede sektorer og beredskaber.

19 Summary and conclusions in English

– IHR – implemented in Danish emergency management

19.1 Surveillance and assessment

Denmark has adequate surveillance systems to detect events which might constitute a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). The main actors in the area – including the National Focal Point for IHR - are authorities with 24/7 duty, which allows events to be detected, described, verified, quickly assessed and controlled. Furthermore, the WHO and other relevant partners – nationally and internationally - can be notified instantly, as relevant communication systems are implemented.

19.1.1 Infectious diseases

Surveillance of infectious diseases is managed via international surveillance and notification systems as well as the mandatory reporting by health care professionals to public health authorities as per Danish legal provisions. According to the departmental order on medical doctors' reporting of infectious diseases, serious and dangerous diseases listed in the order must be reported immediately by telephone to the regional public health officer, and reported in writing to the National Institute for Health Data and Disease Control. Diseases where the causes are unknown or unexplained, but might be caused by a biological agent, must also be reported. Thus morbidity and mortality above an expected level, and believed to be caused by serious contagions, will quickly be registered by the public health authorities in Denmark, and countermeasures can be initiated immediately. Furthermore, this system allows information regarding diseases, symptoms, clinical descriptions, laboratory results etc. to be reported to relevant authorities and to the WHO.

The Danish Health and Medicines Authority (DHMA), as well as the National Institute for Health Data and Disease Control (which is the National Focal Point) have 24/7-duty. Furthermore, it is possible to contact all other relevant national authorities 24/7 via the Danish National Crisis Management System.

19.1.2 Food safety

Regarding food safety, surveillance is managed via international surveillance and reporting systems, as well as via The National Food Institute and The National Veterinary Institute who continuously evaluate non-human contagions. The Danish AgriFish-Agency is responsible for controlling the import of plants.

Regarding veterinary control, border control measures are established to control the import of live animals, foodstuff of animal origin, by-products of animal origin, semen, eggs, embryos, hay, straw or other products and items able to spread diseases and zoonotic infectious matter. A veterinarian officer manages the border

control, and The Danish Veterinary and Food Administration and the National Institute for Health Data and Disease Control collaborate in handling the response.

19.1.3 Zoonotic diseases

The National Veterinary Institute manages the surveillance of zoonotic diseases in animals, and reports to The Danish Veterinary and Food Administration and to the National Institute for Health Data and Disease Control. Surveillance of zoonoses in humans is done by the National Institute for Health Data and Disease Control.

19.1.4 Chemical events

No continuous surveillance takes place in Denmark regarding chemical events, but if the Chemical Division of the Danish Emergency Management Agency (DEMA) who is also the Chemical Expert Providers in Denmark, or the Danish Poison Information Center becomes aware of an extraordinary event caused – or possibly caused – by a chemical, they mutually inform each other and inform the Danish Health and Medicines Authority as well. DHMA decides on the management of the event, according to its character and magnitude.

19.1.5 Radiological/nuclear events

The Nuclear Division in the Danish Emergency Management Agency (DEMA), who is also the Expert Advice Provider on nuclear events, manages surveillance. The National Institute of Radiation Protection is the radiological Expert Advice Provider.

In order to detect and map a potential radioactive contamination, 24/7 monitoring systems are established nationally and internationally. The radiation level in Denmark is currently measured via 11 permanent monitoring stations. A rise in the radiation level will trigger off alarm to the nuclear duty officer in DEMA.

Furthermore, a Danish Nuclear Contingency Plan exists, which is a part of the planning frame in the National Operative Staff (part of the National Crisis Management System), with reference to cross-sector handling of such events.

Denmark is part of the European Network for exchange of surveillance data, EURDEP. Surveillance data from the permanent monitoring stations are sent to EURDEP, and the DEMA have access to data from other member states. Furthermore, Denmark is a part of the European ECURIE-system (the European Community Urgent Radiological Information Exchange). Member states are required to promptly notify the European Commission (EC) and all the member states potentially affected when they intend to initiate counter-measures in order to protect their population against the effects of a radiological or nuclear accident.

19.2 Public health response

As responsible authority for the health sector, The Danish Health and Medicines Authority has public health officers on 24/7-duty and is therefore able to receive notifications and reports around the clock. If a report or notification is received under the IHR, the DHMA decides the response action, and reports instantly to the National Focal Point for IHR at the National Institute for Health Data and Disease Control. Information may also be passed from the DHMA to other relevant national authorities, either by bilateral agreements or via the National Operative Staff, that holds an updated contact list of all relevant authorities and Expert Advice Providers which makes it possible to contact them in order to make a quick decision on what kind of response and possible control arrangements there should be implemented in the health sector and/or other sectors.

Regarding CBRN-events, the normal sector responsibility is maintained. This means, that the authority or organization which in daily life is responsible for a subject or area, will maintain that responsibility in the event of accidents and disasters, including terror attacks. Furthermore, to help the authorities in the CBRN-area, Expert Advice Providers are established to support the authorities in the response. The Expert Advice Providers are also available in case of smaller accidents in the daily preparedness.

The purpose of the CBRN-Expert Advice Providers is to assist the fire and rescue preparedness, the police, the health sector or other authorities in providing advice and response capacity to minimize a threat or the consequences from a CBRN event. The Expert Advice Providers offers advice and assistance to the claimants, and does also have response capacity to a certain degree. Laboratory capacity is found in all CBRN-areas.

19.2.1 Infectious diseases

Treatment and care of patients suffering from (or suspected to suffer from) serious and dangerous infectious diseases are managed by the regional health services. Furthermore, an Epidemic Commission is established in each of the five administrative regions of Denmark, chaired by the chief of police, and with members including the public health officer, a representative from the regional health service, a veterinary officer from the local Danish Veterinarian and Food Administration, a representative from the local DEMA center, a representative from the Tax/Customs authority and three Politicians from the regional council. The purpose of the Epidemic Commission is to hinder introduction and spreading of serious and dangerous contagious diseases in the country, and the commission has the power to use force if necessary, e.g. to mandate people to get examined by a medical doctor, to order a patient or a group of patients to be admitted to a hospital, to mandate vaccinations, to order the containment or closure of certain areas etc.

The DHMA instructs the local health services and the Epidemic Commissions.

All regions have clinical microbiological departments, which are able to perform basic laboratory diagnostic investigations. More specialized laboratory diagnostic investigations are carried out at the national reference laboratories at the National Institute for Health Data and Disease Control.

The public health officer manages tracing of contacts and source of infection and implements measures to prevent further spreading of the infectious disease. The public health officer is one of the main actors in the local Epidemic Commission.

If outbreaks of serious and dangerous infectious diseases occur, the public health officer from the DHMA performs investigations and analysis in collaboration with the National Institute for Health Data and Disease Control. The National Institute for Health Data and Disease Control is responsible for the risk-assessment, while the DHMA decides the risk management. The DHMA informs the health services in the regions and in the municipalities. DHMA communicates with the regions via the Major Incident Command Center (MICC) in the region. MICC makes sure that all relevant departments and personnel in the region are informed, including the general practitioners.

19.2.2 Food Safety

Persons falling ill after ingestion of infected or contaminated food (or suspicion thereof) are treated and cared for by the health services. Suspicion of food as the cause of disease must be reported to the local public health officer. The public health officer contacts the Food and Veterinary Administration, who investigates the source of infection in food, and inspects the hygienic conditions if preparation of the food has been done at a public restaurant, shop, etc. The public health officer manages contact-tracing in humans.

In the event of an outbreak of food related infectious disease, the National Institute for Health Data and Disease Control carries out the epidemiologic investigations in collaboration with the Danish Veterinary and Food Administration and the National Food Institute. The public health officers assist locally.

The National Food Institute has laboratory capacity.

Contact and communication between the relevant national authorities, including reporting to and receiving notifications from the NFP, may take place 24 hours a day.

19.2.3 Zoonotic events

Zoonotic diseases are diseases transmitted naturally from animals to humans and vice versa. Patients suffering from a zoonotic disease are treated and taken care of in the health services, whereas outbreaks of zoonotic diseases are epidemiologically managed by the National Institute for Health Data and Disease Control in cooperation with the Danish Veterinary and Food Administration and the National Food Institute. The public health officers assist locally.

The National Veterinary Institute holds the laboratory capacity.

19.2.4 Chemical events

Persons who are injured, poisoned and/or contaminated due to a chemical event are managed by the regional health services. The Danish hospitals have facilities for cleaning of contaminated persons, but the principal rule is that contaminated persons are cleaned at the scene of accident by the fire and rescue authority, previous to entering the hospital. The hospitals are however prepared to handle contaminated persons entering the hospital, the so-called self-admitters.

Persons who might be exposed but shows no signs of disease are informed and managed by the public health officer.

The HazMat-teams from the DEMA take samples at the scene of accident in close cooperation with the Chemical Expert Advice Providers in order to make a quick and preliminary identification of the chemical. The DEMA possesses analytical laboratory facilities where the final identification of the chemical involved can be made.

19.2.5 Radiological/nuclear events

The National Institute of Radiation Protection is a department in the DHMA, and is the Radiological Expert Advice Provider. The institute provides support and assistance in events with radioactive materials and ionizing radiation, and will always be involved in such events.

Persons who are injured, poisoned and/or contaminated due to a radiological/nuclear event are managed by the regional health services. The Danish hospitals have facilities for cleaning of contaminated persons, but the principal rule is that contaminated persons are cleaned at the scene of accident by the fire and rescue authority, previous to entering the hospital. The hospitals are however prepared to handle contaminated persons entering the hospital, the so-called self-admitters.

Persons who might be exposed, but show no signs of disease, are informed and managed by the public health officer, who always consults the National Institute of Radiation Protection.

The National Institute of Radiation Protection has analytical isotope laboratory facilities equipped and approved to handle the identification of radioactive materials.

19.2.6 Public Health Crisis Plan

Denmark has no specific national public health crisis plan, first of all because almost all extraordinary events require cross-sectorial response and secondly because all sectors have the responsibility of preparedness and response in their own sector. In relation to this, all regions and municipalities in the country must issue health preparedness plans, including matters related to IHR.

Nationally, the Danish emergency management authorities rely on a common National Disaster Preparedness Plan, with an “all hazards” approach, including all relevant authorities.

19.3 Capacity requirements – appointed ports and airports

No ports or airports in Denmark have dedicated medical services, but all over the country, including ports and airports, there is easy and rapid access to the ordinary emergency medical services, which applies to acute illnesses and injuries. This includes ambulances, emergency physician vehicles, emergency assistance vehicles, helicopter emergency medical services, hospitals and general practitioners on duty.

The existing Danish emergency health services are quickly able to manage admittance and assessment of both individual patients and a large number of patients suffering from infectious disease – or suspicion of infectious disease – or another illness which may constitute a health threat (PHEIC) (see Standard Operational Procedure, SOP, in annexes).

The five administrative regions, who are responsible for hospitals, emergency and ambulance services, must be able to manage incoming ill/contagious patients at points of entry, geographically placed in the region, in collaboration with the public health officer and the Epidemic Commission. As a point of reference and to support the local implementation of IHR, a Standard Operational Procedure (SOP) has been prepared (see annexes).

Ambulance and emergency services cover the whole country, and prehospital assistance reaches the patients very quickly, as all the regions have fixed response times. Therefore, it is not relevant for Denmark to have designated ports and airports, since it is possible to obtain access to the ordinary health service everywhere in the country, including at land crossings.

Regarding land crossings, it should be noted, that Denmark is a Schengen-country, surrounded by Schengen countries regarding land crossings, and these generally have no manned control of travelers entry and exit.

The Danish ambulance personnel have access to and are trained in using protective equipment regarding contagious disease.

If the region in collaboration with the police in the present situation find other transportation vehicles than ambulances suitable (e.g. a bus), the region is obliged to inform the driver and other personnel involved very thorough, and provide protection equipment for them too.

In the present situation, the police are responsible for finding suitable premises, where interviews with travelers may take place and where it is possible to separate the suspected infected or exposed travelers from the rest of the travelers. The police collaborate with personnel from the port or airport and the health service.

If a risk assessment concludes that persons exposed to a serious and dangerous contagious disease may fall ill after a few days, and might become contagious themselves, the Epidemic Commission and the DHMA will decide that exposed persons must be kept together and in quarantine. The purpose of quarantine is to avoid spreading of the disease to persons who were not exposed, from persons who were exposed and possibly infected, but not yet have shown any symptoms.

The regions in Denmark are able to manage situations with large numbers of contagious persons in the country as they must have assigned quarantine facilities beforehand in relation to their preparedness planning. Therefore, it is not relevant to

assign specific quarantine facilities geographically close to ports and airports in Denmark, as the police, in collaboration with the region, arrange transportation of exposed persons from the port/airport to the quarantine facilities in the region.

The local IHR contact point in relation to points of entries (ports/airports) will always be the local police, which also represent the local Epidemic Commission. The local IHR-coordinator will always be the local public health officer (or the public health officer on duty) representing the DHMA. He/she also represents the local Epidemic Commission. Besides, the public health officer has duties in relation to outbreaks, whether these are caused by infectious disease, zoonotic events, chemical events, radiological/nuclear events or are foodborne.

Regarding assessment and care for affected travelers, this is – according to the sector responsibility - a task for the health services. Assessment and care for affected animals is likewise a task for the veterinarian authority services.

Entry and exit control of arriving and departing travelers in Denmark is not understood as a permanent arrangement, but something that must be initiated ad hoc, if needed in the present situation; e.g. in connection with enforcing the Danish Epidemic Act, or if WHO should recommend medical control in connection with a current PHEIC.

Ill – or suspected ill - persons will typically be refused entry to planes or ships by the conveyance company, and they may quickly receive medical assistance by the Danish health services as previously described.

The extent of entry and exit control of arriving and departing travelers will vary depending on the actual disease. From a Danish point of view, the essential aspect in such medical control is registration that establishes records of the affected travelers. This task is assigned to the police. If it is necessary to inspect vaccination certificates, this will solely be arranged according to decision and guidance from the DHMA. The task will be carried out in collaboration between the local public health office and the health service of the region.

From a Danish point of view, the previous experience does not provide a basis for implementing specific screening arrangements in airports and ports (including temperature screening and other kinds of quick-tests). Screening in ports and airports are not considered being sufficiently specific and reliable. The main point is getting information from the affected traveler regarding symptoms and/or movements around areas where infection occurred, and whether the traveler has been in close contact with infected persons.

The Danish Maritime Authority and the Danish Transport Authority are responsible for a safe environment for travelers and for the crew on planes and ships according to the sector responsibility. A set of rules exists; the Sea Act (Act on Safety at Sea) and Act on Air Transport.

The International Health Regulations requires that ships are inspected with regard to vectors and reservoirs, and that measures regarding disinfection and pest control can be initiated. The inspection is carried out by pest inspection companies and the Ship Sanitation Certificate is issued by the public health officers.

19.4 Conclusion

The Danish Health and Medicines Authority finds, based on the present report, that the International Health Regulations are implemented in Denmark in 2012, when the Danish conditions and the use of existing structures and organizations in the sectors involved, are taken into consideration.

20 Ord- og begrebsliste

Action Card: Kortfattet oversigt over en bestemt funktion og dennes opgaver ved større og ekstraordinære hændelser.

Agens: Ved biologiske agenser forstås mikroorganismer, herunder genetisk modificerede mikroorganismer, cellekulturer og endoparasitter hos mennesker, som er i stand til at fremkalde en infektionssygdom, allergi eller toksisk effekt.

Akutbil: Udrykningskøretøj bemanded med en ambulancebehandler og en paramediciner eller en sygeplejerske med erfaring i præhospital indsats i forbindelse med ulykker. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr. Enheden kan ikke modtage patienter.

Akutlægebil: Udrykningskøretøj bemanded med en ambulancebehandler eller en paramediciner og en speciallæge med erfaring i præhospital indsats. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr. Enheden kan ikke modtage patienter.

Akut Medicinsk Koordinationscenter - vagtcentral (AMK-vagtcentral): Den funktion, der i en region dels modtager alarm fra 112 når der er et sundhedsfagligt indhold i alarmerne og disponerer præhospital hjælp, dels koordinerer den samlede medicinske indsats ved store hændelser. AMK-vagtcentralen er indgangen – herunder kommunikationsmæssigt – til hele regionens sundhedsvæsen.

ATS-instruks: Air Traffic Service instruks.

Center for Biosikring og -Beredskab (CBB): Statslig myndighed for biosikring placeret på Statens Serum Institut. Centret er desuden en del af sikkerhedsberedskabet, idet CBB døgnet rundt har et beredskab til at imødegå faren ved et biologisk udslip eller angreb.

CBRN: Et bredt dækkende samlebegreb for alle tilsigtede og utilsigtede hændelser forårsaget af kemiske stoffer og produkter (C), biologisk materiale, smitsomme eller overførbare sygdomme (B), radiologisk materiale (R) eller nukleart materiale (N).

DANAK: Den Danske Akkrediterings- og Meterologifond. DANAK er Danmarks nationale akkrediteringsorgan hvad angår dokumentation for at produkter eller serviceydelser lever op til krav i lovgivningen eller andre specifikationer vedrørende for eksempel sikkerhed, sundhed, kvalitet eller miljø.

Dekontaminering: Uskadeliggørelse af en forurening ved en kemisk reaktion med et dekontamineringsmiddel. Dekontaminering anvendes over for materiel og beskyttet indsatspersonel der har været i kontakt med forureningen. Se også rensning.

ECAC: European Civil Aviation Conference.

ECDC: European Centre for Disease Control, Det Europæiske Center for Sygdomsforebyggelse og -kontrol. ECDC er et EU-agentur med det formål at styrke Europas forsvar mod smitsomme sygdomme. ECDC blev etableret i 2005 og ligger i Stockholm, Sverige.

ECURIE: European Community Urgent Radiological Information Exchange er et europæisk melde- og informationssystem for radiologiske og/eller nukleare hændelser.

EFSA: European Food Safety Authority (Den Europæiske Fødevarerikkerhedsorganisation). Det er EU der finansierer EFSA, men institutionen arbejder og fungerer helt uafhængig af EU-Kommissionen, EU-Parlamentet og EUs medlemsstater.

Eksponering: Når en person udsættes for et farligt stof, forurening eller smitte.

Epidemiologi: Forskningsdisciplin der omfatter undersøgelser af forekomst og fordeling af sygdomme samt andre helbredsforhold i befolkningen.

EWRS: EU's meldesystem for smitsomme sygdomme, Early Warning and Response System, der er etableret i henhold til beslutning 2119/98/EU. EWRS-systemet tillader kommunikation med såvel WHO som det Europæiske Center for Forebyggelse og Kontrol af Smitsomme Sygdomme, ECDC.

FE: Forsvarets Efterretningstjeneste.

Folkesundhed: Den danske oversættelse af det internationalt anvendte "Public Health", som beskæftiger sig overordnet med sundhed for befolkningen eller grupper heraf, forebyggelse, sundhedsfremme, epidemiologi, miljømedicin og samfundsmedicin.

Grænsekontrol: Fødevarerstyrelsens grænsekontrol kontrollerer levende dyr og animalske produkter der kommer fra tredjelande.

Indsatsleder Sundhed (ISL-SU) (synonym med koordinerende læge (KOOL)): Den læge der har det sundhedsfaglige ansvar og ledelsen af den medicinske indsats i indsatsområdet i relation til de syge med direkte kontakt til AMK.

International Civil Aviation Organization (ICAO): Er en organisation under de Forenede Nationer (FN), som arbejder med at skabe ensartede standarder for lovgivningen omkring civil luftfart i medlemslandene.

International Health Regulation (IHR): WHO's Internationale Sundhedsregulativ.

International Maritime Organization (IMO): FN's internationale søfartsorganisation.

International Operativ Stab (IOS): Den danske regering har etableret en international operativ stab bestående af alle berørte myndigheder for at sikre grundlaget for en hurtig og effektiv dansk indsats, der vil bistå danske borgere i udlandet ved katastrofer og større ulykker, for eksempel naturkatastrofer, epidemier, terrorhandlinger og ekstraordinært store trafikulykker. Den internationale operative stab varetager den overordnede koordinerende funktion. Formålet er en koordineret og prioriteret anvendelse af de givne ressourcer i ovennævnte katastrofer og større ulykker.

Isolat: Biologisk om arter, der er vokset op i total isolation; kemisk og biokemisk om stoffer eller for eksempel virus, der er udvundet eller oprenset fra opblandinger eller væv.

Isolation: I sammenhæng med smitsomme sygdomme menes med isolation, at patienter visiteres til enestue, slusestue eller lignende for at forhindre spredning af smitte fra patienten til personale eller andre patienter.

Karantæne: For at hindre at mulig smittespredning fra personer som har været udsat for smitte – men endnu ikke er blevet syge – kan det afhængigt af sygdommen besluttes at de udsatte personer skal holdes samlet og afsondret fra den øvrige befolkning – i karantæne – indtil situationen er afklaret.

Kontaminering: Tilstedeværelsen af et smitstof eller giftigt stof på et menneske eller dyrs overflade, i eller på et produkt der er forarbejdet til konsum, eller på andre ikke-levende genstande, herunder transportmidler, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig risiko.

Kriseberedskabsgruppen: En del af regeringens krisestyringsorganisation. Kriseberedskabsgruppen består af kontor- og afdelingschefer fra Statsministeriet, Forsvarsministeriet, Udenrigsministeriet, Justitsministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, FE, PET og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Lokal IHR-koordinator (skal udpeges i henhold til IHR): Den stedlige embedslægeinstitution/vagthavende embedslæge er lokal sundhedsfaglig koordinator i relation til akutte, alvorlige folkesundhedsmæssige trusler, dvs. hændelser der kan udgøre en folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning. Koordinatoren sikrer at relevante sundhedsfaglige aktører tilkaldes/informerer og medvirker til at sikre at den sundhedsmæssige situation samlet håndteres hensigtsmæssigt.

Lokalt IHR-kontaktpunkt (skal udpeges i henhold til IHR): Det stedlige politi er lokalt kontaktpunkt for IHR-hændelser. Dvs. det stedlige politi skal primært kontaktes, og vil som også ved øvrige nationale hændelser varetage den koordinerende ledelse på stedet.

MAS: Maritime Assistance Service ved Søværnets Operative Kommando.

MRSA: Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus er stafylokokker der er modstandsdygtige over for de antibiotika der sædvanligvis anvendes til behandling af stafylokokinfektioner.

National IHR-koordinator: Sundhedsstyrelsen.

Nationalt IHR-kontaktpunkt (National Focal Point – NFP): Hvert land skal i henhold til IHR udpege et nationalt kontaktpunkt, som varetager kontakten til WHO, og som skal være tilgængelig til enhver tid. For Danmarks vedkommende er det Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut der varetager opgaven.

National Operativ Stab (NOST): Den danske regering har etableret en national operativ stab (NOST) bestående af berørte myndigheder for at sikre grundlaget for en hurtig og effektiv indsats samt for at sikre og styrke koordinationen ved større hændelser, katastrofer, terror mv. i Danmark. Faste medlemmer af NOST er Rigspolitiet, Forsvarskommando, Beredskabsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Udenrigsministeriet, PET og FE.

NOBC: Nationalt Operations- og Beredskabscenter, Rigspolitiet.

Naturstyrelsen: En styrelse under Miljøministeriet.

OIE: Verdensorganisationen for Dyresundhed (World Organization for Animal Health)

PET: Politiets Efterretningstjeneste.

PHEIC: Public Health Emergency of International Concern. Folkesundhedsmæssig krisesituation af international betydning, dvs. en ekstraordinær begivenhed, for eksempel med risiko for international sygdomsspredning (jf. IHR).

Public Health: Se ovenfor ”folkesundhed”.

Radio Medical: Ordning under Søfartsstyrelsen, hvor læger yder telemedicinsk rådgivning til den danske handels- og fiskeriflåde. Varetages af Esbjerg sygehus.

Rapid Alert System on Biological and Chemical Attacks and Threats (RASBI-CHAT): EU-meldesystem for biologiske og kemiske angreb og trusler.

Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF): En del af EU-kommissionens meddelelssystemer om fødevarer og foderstoffer. Formålet er at sikre hurtig udveksling af oplysninger myndighederne imellem om fødevarer og foderstoffer, der kan udgøre en direkte eller indirekte sundhedsrisiko, hvis risikoen vedrører mere end én medlemsstat.

Regeringens Sikkerhedsudvalg. En del af regeringens krisestyringsorganisation. Består af følgende ministre: Statsministeren, justitsministeren, økonomi- og indenrigsministeren, udenrigsministeren, forsvarsministeren.

Rensning: Skylning med vand af forurenede personer, indsatspersonel og materiel. Rensning tilpasses det aktuelle stof og situationen, og der kan evt. anvendes supplerende sæbe til at fremme rensningen. Se også dekontaminering.

Reservoir: Et dyr, en plante eller et stof, i hvilket et smitstof almindeligvis lever og formerer sig.

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome. Alvorlig og farlig smitsom luftvejs sygdom.

Schengen: Schengen-samarbejdet bygger på Schengen-traktaten, der blev indgået mellem 1985 og 1990 og som havde til formål at nedlægge europæiske grænseposter og fjerne grænsekontrollen inden for Schengenområdet samt harmonisere eksterne grænsekontroller.

Ship Sanitation Control Certificate/Hygiejnekertifikat af skibe (SSCC): Hygiejnekertifikat som udstedes til skibe, efter hygiejnekontrol er foretaget, hvis der er fundet kritisable forhold om bord.

Ship Sanitation Control Exemption Certificate/Fritagelsescertifikat af hygiejnekontrol for skibe (SSCEC): Hygiejnekertifikat, som udstedes til skibe, såfremt der ikke findes grundlag for at mistænke hygiejnemæssige problemer om bord.

SIS: Statens Institut for Strålebeskyttelse.

SOK: Søværnets Operative Kommando.

SOP: Standard Operational Procedure.

SSI: Statens Serum Institut.

Trafikstyrelsen: En styrelse under Transportministeriet, som regulerer og fører tilsyn med udøvelsen af civil luftfart.

Vektor: Et insekt eller andet dyr, som bærer sygdomsfremkaldende mikroorganismer, der kan overføres til mennesker.

Vessel Traffic Service: Vessel Traffic Service-tjenesten har til formål at assistere skibsfarten ved passage af det aktuelle farvandsafsnit for herigennem bl.a. at beskytte samfundsværdier, skibsfarten og miljøet.

Virologi: Den del af mikrobiologien der beskæftiger sig med virus, og de sygdomme der forårsages af dem.

Zoonose: Sygdomme som overføres naturligt fra dyr til menneske og omvendt. I Danmark er de almindeligste zoonoser forårsaget af bakterier, for eksempel *Campylobacter* og *Salmonella*.

WHO: World Health Organisation, Verdenssundhedsorganisationen.

BILAGSDEL TIL RAPPORTEN:
”DET INTERNATIONALE
SUNDHEDSREGULATIV
– gennemført i struktur og
praktik i dansk beredskab”

2012



**Bilagsdel til rapporten:
"Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praktik i dansk beredskab"**

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Standard Operational Procedure, International Health Regulations, WHO, beredskab, havne, lufthavne, sundhedsregulativ, CBRN, zoonoser, fødevarer sikkerhed, udredning

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 15.06.2012

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2012.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-376-1

Indhold

1	Standard Operational Procedure (SOP)	4
1.1	Formål	4
1.2	Målgruppe	4
1.3	Håndtering af indsatser	4
1.3.1	Konkrete forhold ved indsatser	4
1.3.2	Alarmering	4
1.3.3	Ved ankomst til lufthavn/havn	5
1.3.4	Beskyttelsesforanstaltninger	6
1.3.5	Håndtering af patienter	7
1.3.6	Håndtering af kontakter	7
1.3.7	Administrative og andre forhold (registrering, vidererejse, mv.)	8
1.3.8	Isolation og karantæne	8
1.3.9	Ekspertberedskabet	8
1.3.10	Rapportering og information af samarbejdspartnere	8
1.3.11	Information og opfølgning	8
1.3.12	Lokale praktiske forhold i den enkelte havn/lufthavn	9
1.4	Kommunikation og kontaktprocedurer	9
2	Action Cards til SOP	10
2.1	ACTION CARDS ved sygdom, der kan udgøre en folkesundhedsmæssig trussel	10
2.1.1	Action card for lufttrafiktjenesten	10
2.1.2	Action card for 112-alarmcentralen	11
2.1.3	Action card for AMK-vagtcentralen	11
2.1.4	Action card for vagthavende politi	12
2.1.5	Action card for akutlæge/KOOL/ISL-SU	13
2.1.6	Action card for embedslæge	14
2.1.7	Action card for infektionsmedicinere	14
2.1.8	Action card for Radio Medical Danmark, RMD	14
2.1.9	Action card for rengøringspersonale på fly/skib	15
3	Beslutningsdiagram til vurdering og anmeldelse af hændelser, der kan udgøre en PHEIC	17
4	Håndtering af dødsfald på skibe og fly	18
5	Registreringsblanketter, eksempler	20
6	Information til medpassagerer i fly (eksempel fra SARS)	22
7	Eksempler på informationsskrivelser	24
8	Projektgruppens sammensætning	27
9	Høringsparter	28
10	Det Internationale Sundhedsregulativ	30

1 Standard Operational Procedure (SOP)

1.1 Formål

Denne Standard Operational Procedure, herefter SOP, er en vejledning til brug i havne og lufthavne ved modtagelse af rejsende med alment farlig smitsom sygdom eller mistanke herom, eller anden tilstand eller lidelse der kan spredes og udgøre en sundhedsmæssig trussel for befolkningen i land.

Indarbejdelse af denne SOP i de lokale beredskabsplaner er således en del af implementeringen af WHO's Internationale Sundhedsregulativ, IHR (International Health Regulations) i Danmark.

1.2 Målgruppe

Denne SOP skal kunne anvendes af såvel sundhedsmyndigheder som øvrige myndigheder og aktører, der er involveret i modtagelse af og kommunikation med skibe og fly. Den forudsættes således indarbejdet i beredskabsplaner for regionernes sundhedsberedskab (herunder regionens AMK-vagtcentral), politikredsenes beredskab, alarmcentralerne, epidemikommissionerne, samt i beredskabsplaner for Schengen-lufthavne og for havne: Maritime Assistance Service (SOK) via Lyngby Radio.

1.3 Håndtering af indsatser

1.3.1 Konkrete forhold ved indsatser

Ved indsatser i forbindelse med hændelser der kan udgøre en PHEIC (Public Health Emergency of International Concern), er det altid det stedlige politi der er lokalt IHR-kontaktpunkt. IHR-koordinator lokalt for folkesundhedsmæssige forhold i havne og lufthavne er altid den stedlige embedslægeinstitution.

1.3.2 Alarmering

Fly

- Piloten på et ankommende fly, hvor der er person(er) ombord med alment farlig smitsom sygdom eller mistanke herom, skal – så snart vedkommende bliver bekendt med dette – underrette den lufttrafiktjeneste som flyet på det angivne tidspunkt er under kontrol af. Denne (måske udenlandske) lufttrafiktjeneste kontakter kontrolcentralen Københavns supervisor. Denne informerer lufttrafiktjenesten i bestemmelseslufthavnen (kontrolltårn, meldekantor, OC, Naviair). Dette skal helst ske i så god tid før landing som muligt, så der tidligst muligt er grundlag for vurdering af hvor flyet efter landing bør parkeres – og hvorvidt passagererne kan forlade flyet, eller bør blive siddende i flyet.
- Lufttrafiktjenesten i bestemmelseslufthavnen alarmerer 112-alarmcentralen og flyvepladsens administration (se actioncard for lufttrafiktjenesten).

- 112-alarmcentralen viderestiller alarmeringen til regionens AMK-vagtcentral, som sikrer at der afsendes akutlæge/KOOL/Indsatsleder Sundhed sammen med ambulance(r).
- Når AMK-vagtcentralen har afsluttet samtalen med lufttrafiktjenesten, viderestiller 112-alarmcentralen samtalen til det stedlige politis vagtcentral.
- Det stedlige politi informerer embedslægen.
- AMK, embedslægen, politiet og akutlæge/ISL-SU etablerer kontakt, og der tages stilling til om embedslægen og politiet skal møde i lufthavnen.

Såfremt flyets bestemmelsessted ændres efter at alarmeringen er sket, er der konkret tale om en ny melding, som piloten og/eller kontrolcentralen København skal give til den ny bestemmelseslufthavn, så beredskab kan iværksættes der. Desuden vil der automatisk tilgå en melding til lufttrafiktjenesten i den lufthavn der nu ikke længere er bestemmelseslufthavn, og beredskabet der kan da afblæses. Det forventes i så tilfælde, at lufttrafiktjenesten afblæser alarmeringen via kontakt til 112-alarmcentralen, som formidler informationen videre til politi og AMK, som underretter øvrige involverede.

Skibe

- Kaptajnen på et ankomende skib, hvor der er person(er) ombord med alment farlig smitsom sygdom eller mistanke herom, skal – så snart vedkommende bliver bekendt med dette – sikre at 112-alarmcentralen kontaktes. Dette kan ske via Lyngby Radio som alarmerer MAS, Maritime Assistance Service, SOK, som formidler kontakt mellem skib og Radio Medical Danmark, RMD.
- RMD alarmerer 112-alarmcentralen og informerer MAS herom.
- 112-alarmcentralen viderestiller alarmeringen til relevant regions AMK-vagtcentral, som sikrer at der afsendes akutlæge/KOOL/Indsatsleder Sundhed sammen med ambulance(r).
- Når AMK-vagtcentralen har afsluttet samtalen med RMD, viderestiller 112-alarmcentralen samtalen til det stedlige politis vagtcentral.
- Det stedlige politi informerer embedslægen.
- AMK, embedslægen, politiet og akutlæge/ISL-SU etablerer kontakt, og der tages stilling til om embedslægen og politiet skal møde i havnen.

1.3.3 Ved ankomst til lufthavn/havn

- Der etableres kontakt mellem de tilstedeværende indsatsledere på stedet.
- Akutlæge/ISL-SU informerer AMK når der er overblik over situationen på stedet, herunder en vurdering af hvorvidt infektionsmedicinere bør møde frem eller kan rådgive pr. telefon.
- AMK og/eller akutlæge/ISL-SU informerer embedslægen, som møder frem hvis der er behov for indsats i relation til personer, der har haft kontakt til de(n) syge og flyet/skibet i øvrigt – herunder information til øvrige passagerer og besætning.

Det stedlige politi har ansvar for at sikre sig registrering, dvs. persondata på syge og relevante kontakter fra fly/skib. Desuden skal passagerliste rekvireres. Akutlæge/ISL-SU og embedslægen kan eventuelt bistå med beslutning om hvilke øvrige passagerer det er relevant at registrere, samt hvilke informationer der bør indhentes.

Politiet sørger for at indhente oplysninger om følgende:

- Antal syge
- Navne, cpr.nr. adresse, telefonnummer, nationalitet
- Sygdomstegn hos de syge (feber, opkastning, hoste, blødning, udslæt, bevidstløshed)
- Færden (for de syge) de forudgående dage (hvor kommer de fra, hvor har de været i land i måneden forinden), ophold hvor og hvornår på passagerer og besætning det måtte være relevant for
- Oplysning om videre rejsedestination
- Desuden bør oplyses en kontaktperson til flyet/skibet ved behov for supplerende oplysninger
- Planer for videre rejse

Hvis det i samråd mellem akutlæge/ISL-SU og AMK vurderes at infektionsmedicinere og embedslæge skal møde frem, modtager disse ved ankomst til havn/lufthavn information fra det stedlige politi og akutlæge/ISL-SU. Evt. kan skibet/flyet søges kontaktet med henblik på supplerende oplysninger, eller hvis det skønnes nødvendigt at formidle akut rådgivning om foranstaltninger.

Det bør tidligst muligt vurderes:

- om patienten skal forblive om bord og undersøges der
- om undersøgelse skal ske efter at patienten er bragt ud af flyet/skibet
- hvorvidt de øvrige passagerer eller besætningsmedlemmer kan få lov at gå fra borde og have tilladelse til frit samkvem

Hvis passagerne tillades at gå fra borde inden situationen er afklaret, skal politi og embedslæge under alle omstændigheder tage stilling til hvorvidt de skal bringes til et sted hvor de kan holdes samlet, og hvor der samtidig er mulighed for interviews, undersøgelse af enkeltpersoner, samt at kunne give information til hele gruppen - eller om de frit kan forlade flyet/skibet. For fly gælder at de såkaldte ”passenger location cards”, eller anden form for registreringsblanket med placeringsangivelse i flyet, skal udfyldes.

1.3.4 Beskyttelsesforanstaltninger

1.3.4.1 Beskyttelse ved smitsom sygdom

Ved alvorlig smitsom sygdom eller mistanke herom anvendes overtrækskittel eller -dragt med hue eller hætte, skoovertæk, engangshandsker, kirurgisk maske/FFP3-maske og øjenbeskyttelse (beskyttelsesbriller/visir) af såvel akutlæge som ambu-

lancepersonale. Der bør derfor sikres adgang til dette udstyr. Det aftales lokalt mellem den relevante region og havnen/lufthavnen om beskyttelsesmidler skal forefindes i havnen/lufthavnen (og da hvor) – eller om akutlægen/ISL-SU og ambulancerne der rykker ud, selv medbringer dette. Regionen har ansvaret for sikring af beskyttelsesudstyr til personalet, dvs. akutlæge, infektionsmedicinere og ambulancepersonale. Af den lokale beredskabsplan bør det også fremgå, hvilket personale der skal benytte hvilken beskyttelse og hvornår.

1.3.4.2 Beskyttelse ved C eller R/N-hændelser

Almindeligvis håndteres forurenedede patienter ikke af sundhedspersonale før rensning er gennemført. Regionen kan dog vælge at have personligt beskyttelsesudstyr i ambulancer og eventuelle akutbiler, akutlægebiler mv. Såfremt det vurderes nødvendigt for sundhedspersonale præhospitalt at anlægge personligt beskyttelsesudstyr ved C eller R/N-hændelser bør det bestå af følgende komponenter:

- Helderdragt med hætte
- Gasmasker med filter
- Handsker
- Gummistøvler

Der henvises i øvrig til bilag 7 og bilag 9 i Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab, Sundhedsstyrelsen, 2011.

1.3.5 Håndtering af patienter

Patienten(erne) bør som udgangspunkt hurtigt isoleres fra øvrige passagerer/besætning og enten bringes ud af flyet/skibet hurtigst muligt - eller isoleres på skibet.

ISL-SU/akutlægen sikrer i samråd med infektionsmedicineren at der foretages fornøden undersøgelse og vurdering af patienten(erne) og beslutter hvorvidt patienten(erne) skal indlægges, og hvor indlæggelsen skal ske (herunder om patienten skal i isolation). Såfremt transport af patienten(erne) er påkrævet, varsles ambulance-tjenesten hurtigst muligt.

1.3.6 Håndtering af kontakter

Embedslægen inddeler efter omstændighederne de øvrige rejsende i nære kontakter og andre kontakter. Embedslægen afgør omfanget af registreringen af øvrige passagerer.

Politiet sikrer at der foretages registrering, så der foreligger personoplysninger om hver enkelt passager inden vedkommende forlader havnen/lufthavnen (se bilag E registreringsskema).

Alle raske udsatte (kontakter) informeres mundtligt og ved behov skriftligt om sygdomstegn og forholdsregler i tilfælde af sygdomstegn (se eksempler i bilag F og G på dansk og engelsk).

1.3.7 Administrative og andre forhold (registrering, vidererejse, mv.)

Nære kontakter skal måske vaccineres, sættes i profylaktisk behandling eller sættes under tæt observation med jævnlig temperaturmåling. Andre kontakter kan som regel rejse videre. Embedslægen beslutter, hvorvidt øvrige passagerer kan rejse videre efter at være registreret ved politiet og efter at have modtaget information.

Der kan være behov for at passagerer og besætning får udleveret en informations-skrivelse (se eksempler i bilag F og G på dansk og engelsk).

1.3.8 Isolation og karantæne

Infektionsmedicineren afgør om patient(erne) skal bringes i isolation på infektionsmedicinsk afdeling, isoleres på almindelig medicinsk afdeling eller blot almindeligt indlægges på sygehus.

Embedslægen beslutter efter samråd med infektionsmediciner om nære kontakter til patienten skal i karantæne. Hertil anvendes regionens på forhånd udpegede karantænefaciliteter. Såfremt kontakter skal i karantæne, aftaler embedslægen nærmere med AMK herom, idet AMK kan iværksætte regionens karantænefaciliteter.

1.3.9 Ekspertberedskabet

På en række områder er der etableret ekspertberedskaber. Dette gælder blandt andet på CBRN-området hvor følgende ekspertberedskabet er etableret – alle med døgnvagt. Rådgivning og bistand kan således opnås fra:

- C-området: Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen, samt Giftlinjen på Bispebjerg Hospital
- B-området: Statens Serum Institut: Afdeling for Infektionsepidemiologi (i forbindelse med smitsom sygdom) samt Center for Biosikring og -Beredskab (CBB – ved uheld med farligt biologisk materiale eller biologisk terror/mistanke om biologisk terror)
- R-området: Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS), Sundhedsstyrelsen
- N-området: Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen

Se desuden rapportens afsnit 4.6 for yderligere information om ekspertberedskaberne.

1.3.10 Rapportering og information af samarbejdspartnere

Embedslægen sikrer sig at AMK, formanden for epidemikommisionen, Sundhedsstyrelsen centralt og Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi (nationalt kontaktpunkt) er informeret ved mistanke om alment farlig smitsom sygdom eller anden form for PHEIC. Den videre opfølgning aftales konkret mellem embedslægen, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen centralt.

1.3.11 Information og opfølgning

Politiet har ansvaret for at registrere patienterne og de øvrige berørte rejsende.

Embedslægeinstitutionen har ansvar for information til og evt. opfølgning overfor kontakter/berørte.

1.3.12 Lokale praktiske forhold i den enkelte havn/lufthavn

Ved indarbejdelse af SOP'en i den lokale beredskabsplanlægning kan det overvejes at beskrive enkelte eller alle nedenstående områder:

- Rejseaktivitet
- Areal
- Kort
- Tilkørselsforhold
- Karantænefaciliteter
- Afspærringsmulighed
- Andre praktiske forhold som for eksempel hvem der er ansvarlig for at vise vej på området og lignende

Der bør på forhånd være planlagt for, hvor fly, der ankommer med passagerer/besætning med formodet alvorlig smitsom sygdom, skal parkeres i lufthavnen.

1.4 Kommunikation og kontaktprocedurer

Kontaktpunkt for IHR er det stedlige politi, og koordinator for IHR i de enkelte havne/lufthavne er den stedlige embedslægeinstitution. Uden for dagarbejdstid kontaktes vagthavende. Inden for dagarbejdstid kontaktes den regionale embedslægeinstitution.

2 Action Cards til SOP

Der bør i den lokale beredskabsplan findes action cards for de involverede instanser. Følgende forslag er anført.

- Action card for lufttrafiktjenesten
- Action card for 112-alarcentralen
- Action card for AMK-vagtcentral
- Action card for vagthavende politi
- Action card for akutlæge/ISL-SU
- Action card for embedslæge
- Action card for infektionsmedicinere
- Action card for Radio Medical
- Action card for rengøringspersonale

2.1 ACTION CARDS ved sygdom, der kan udgøre en folkesundhedsmæssig trussel

Sundhedsregulativet har et bredt sigte og vil dække eksisterende, nye og genopståede sygdomme, samt akutte hændelser forårsaget af ikke-infektiose sygdomsfremkaldende agentia. Sundhedsregulativet fordrer således at landene rapporterer hændelser til WHO, der kan udgøre en potentiel folkesundhedsmæssig risiko af international betydning, og at landene kan besvare forespørgsler om verifikation af information om sådanne hændelser.

IHR omfatter følgende sygdomme/hændelser:

- Sygdomme, som er usædvanlige eller uventede og kan have alvorlige konsekvenser for de sundhedsmæssige forhold i landet: Kopper, poliomyelitis forårsaget af wild-type polio, human influenza af ny subtype, SARS.
- Enhver hændelse af betydning for de sundhedsmæssige forhold i landet, herunder når årsag og kilde er ukendt.
- Hændelser, som involverer følgende sygdomme, som vides at kunne forårsage alvorlig påvirkning af folkesundheden, samt at kunne spredes hurtigt internationalt: Kolera, lungepest, gul feber, viral hæmorhagisk feber, West Nile Fever, samt andre sygdomme som er af særlig regional eller national betydning.

2.1.1 Action card for lufttrafiktjenesten

Hvis lufttrafiktjenesten i en lufthavn fra kontrolcentralen København (eller evt. piloten på et ankomende fly) modtager melding om sygdom ombord, der kan udgøre en sundhedsmæssig trussel af PHEIC karakter, gøres følgende:

Udspørg om:

- Luftfartøjets identitet
- Afgangslufthavn
- Ankomstlufthavn

- Flyets ankomsttidspunkt
- Hvor mange personer der er med flyet
- Antal syge eller personer med symptomer
- Oplysning om sygdomstegn eller symptomer
- Øvrige oplysninger om patienten, passagerer eller forhold i flyet, der kan have betydning for vurdering af situationen

Luftrafiktjenesten (kontrolltårn, meldekontor, lufthavns OC, Naviair – herefter luftrafiktjenesten) foretager derpå følgende:

- Kontakter 112-alarmcentralen og bliver viderestillet til AMK-vagtcentral og giver indhentede oplysninger som ovenfor
- Alarmeringen foretages så snart luftrafiktjenesten modtager anmeldelsen
- Når AMK-vagtcentralen ikke har behov for yderligere kontakt til luftrafiktjenesten, viderestilles luftrafiktjenesten af 112-alarmcentralen til politiets vagtcentral
- Informerer lufthavnens administration

Der træffes beslutning om hvorvidt flyet efter landing kan køre til gate, eller om det skal parkeres isoleret andetsteds i lufthavnen jf. forudgående aftaler i den enkelte lufthavn omkring ankomst af fly med formodet alvorlig smitsom sygdom blandt passagerer/besætning. Det stedlige politi vejleder, evt. efter samråd med embedslægen, lufthavnsledelsen som videregiver beslutningen til luftrafiktjenesten og piloten. Ved tvivlstilfælde har det stedlige politi den endelige beslutningsmyndighed omkring placering af flyet.

Politiet varetager den koordinerende ledelse i situationen, i snævert samarbejde med embedslægen, samt med havnens/lufthavnens personale og det tilkaldte sundhedspersonale herunder akutlæge/ISL-SU.

Opmarchområdet ved flyet bør placeres således at flyets passagerer og besætning ikke skræmmes unødigt i den periode hvor situationen er under udredning. Således kan det være hensigtsmæssigt at opmarchområdet for eksempel placeres bag flyet.

2.1.2 Action card for 112-alarmcentralen

- 112-alarmcentralen sender opgaven elektronisk til AMK-vagtcentralen og opretter konferencetelefon med AMK-vagtcentralen
- 112-alarmcentralen sender opgaven elektronisk til politiets vagtcentral, når AMK-vagtcentralen har afsluttet samtalen med anmelder

2.1.3 Action card for AMK-vagtcentralen

Hvis AMK-vagtcentralen fra 112-alarmcentralen modtager melding om formodet alment farlig smitsom sygdom om bord på et ankommende fly eller skib, disponeres akutlæge/KOOL/Indsatsleder Sundhed og ambulance(r).

AMK udspørger anmelder om følgende:

- Hvem anmelder (navn, stilling)
- Hvad er hændt
- Hvor er det hændt

- Hvor mange personer var der med flyet/skibet
- Hvor kommer flyet/skibet fra
- Flyets/skibets ankomststed
- Flyet/skibets ankomsttidspunkt
- Antal syge eller personer med symptomer
- Oplysning om sygdomstegn eller symptomer
- Hvilke tiltag er iværksat eller forventet iværksat (behandling, isolering, placering af fly/skib m.v.)
- Den syges færden den sidste uge (hvor og hvornår) hvis muligt
- Øvrige oplysninger om patienten, passagerer eller forhold på flyet/skibet, der kan have betydning for vurdering af situationen
- Hvad er iværksat på flyet/skibet

AMK-vagtcentralen konfererer telefonisk med akutlæge/ISL-SU, embedslæge og infektionsmedicinere.

AMK-vagtcentralen sikrer sig kontakt til akutlæge/ISL-SU, og tilbagemelding om situationen, når denne har skaffet sig overblik.

AMK-lægen sikrer sig kontakt til embedslægen og politiet.

2.1.4 Action card for vagthavende politi

Hvis vagthavende politi modtager melding fra 112-alarmcentralen om sygdom om bord på et ankommende fly eller skib, gøres følgende:

Udspørg om:

- Hvem anmelder (navn, stilling)
- Hvad er hændt
- Hvor er det hændt
- Hvor mange personer var der med flyet/skibet
- Hvor kommer flyet/skibet fra
- Flyets/skibets ankomststed
- Flyet/skibets ankomsttidspunkt
- Antal syge eller personer med symptomer
- Oplysning om sygdomstegn eller symptomer
- Hvilke tiltag er iværksat eller forventet iværksat (behandling, isolering, placering af fly/skib m.v.)
- Den syges færden den sidste uge (hvor og hvornår) hvis muligt
- Øvrige oplysninger om patienten, passagerer eller forhold på flyet/skibet, der kan have betydning for vurdering af situationen
- Hvad er iværksat på flyet/skibet

Vagthavende sikrer sig oplysninger om flyets/skibets placering i havnen/lufthavnen.

Vagthavende kontakter AMK-vagtcentralen og embedslægen, orienterer om ovenstående og aftaler nærmere kontakt i forløbet.

Politiet varetager herefter den koordinerede ledelse i situationen i snævert samarbejde med embedslægen samt med lufthavnens/havnens personale og det tilkaldte sundhedspersonale.

Det er politiets opgave at foretage registrering af involverede personer.

Opmarchområdet ved flyet bør placeres således at flyets passagerer og besætning ikke skræmmes unødigt i den periode hvor situationen er under udredning. Således kan det være hensigtsmæssigt at opmarchområdet for eksempel placeres bag flyet.

2.1.5 Action card for akutlæge/KOOL/ISL-SU

Akutlæge/ISL-SU har ansvaret for håndteringen af de(n) syge, og for regionens sundhedsfaglige ledelse på stedet (hvis dette er fornødent) og holder løbende kontakt med AMK-vagtcentralen. Akutlæge/ISL-SU kan rådføre sig med infektionsmedicinere i relation til ansvaret for de syge.

Akutlæge/ISL-SU kører til lufthavnen/havnen.

Akutlæge/ISL-SU konfererer telefonisk med AMK, embedslæge og infektionsmedicinere.

Akutlæge/ISL-SU søger at sikre sig følgende oplysninger:

- Hvem anmelder (navn, stilling)
- Hvad er hændt
- Hvor er det hændt
- Hvor mange personer var der med flyet/skibet
- Hvor kommer flyet/skibet fra
- Flyets/skibets ankomststed
- Flyet/skibets ankomsttidspunkt
- Antal syge eller personer med symptomer
- Oplysning om sygdomstegn eller symptomer
- Hvilke tiltag er iværksat eller forventet iværksat (behandling, isolering, placering af fly/skib m.v.)
- Den syges færd den sidste uge (hvor og hvornår) hvis muligt
- Øvrige oplysninger om patienten, passagerer eller forhold på flyet/skibet, der kan have betydning for vurdering af situationen
- Hvad er iværksat på flyet/skibet

Akutlæge/ISL-SU vurderer behov for særlige beskyttelsesforanstaltninger i samråd med infektionsmedicinere.

Akutlæge/ISL-SU kontakter politiets indsatsleder ved ankomst.

Akutlæge/ISL-SU afgør i samråd med infektionsmedicinere, hvorvidt det drejer sig om sygdom, der alene vedrører den pågældende patient(er), eller om der kan være tale om sygdom med mulighed for spredning, for eksempel alment farlig smitsom sygdom. Såfremt der er tale om alment farlig smitsom sygdom med mulighed for spredning, inddrager akutlæge/ISL-SU embedslægen med henblik på information af potentielt smittede passagerer og besætning samt øvrig håndtering af situationen.

Akutlæge/ISL-SU underretter AMK-vagtcentralen om behov for ambulancer til stedet.

Action card udbygges lokalt i regionen.

2.1.6 Action card for embedslæge

Hvis embedslægen fra vagthavende politi modtager melding om formodet almen farlig smitsom sygdom om bord på et ankommende fly eller skib, forudsættes at akut(læge)bil er disponeret til stedet.

Embedslægen sikrer sig kontakt til AMK-vagtcentral.

Embedslægen møder som hovedregel frem, hvis der blandt de involverede fagpersoner skønnes at være grundlag for kontaktopsporing og stillingtagen til vidererejse, samt information af øvrige passagerer.

Embedslægen sikrer sig overblik via kontakt til AMK-vagtcentral, politi, akutlæge/ISL-SU og infektionsmediciner.

Det er politiets ansvar at foretage registrering af involverede personer. Embedslægens skal huske at få data fra politiet herom. Politiet varetager den koordinerende ledelse i situationen, i snævert samarbejde med embedslægen, samt med havnens/lufthavnens personale og det tilkaldte sundhedspersonale, herunder akutlæge/ISL-SU.

Embedslægen udfører kontaktopsporing, samt informerer kontakter, muligt smittede, og andre rejsende.

Embedslægen informerer IHR National Focal Point på Statens Serum Institut.

Embedslægen orienterer epidemikommissionens formand via det stedlige politi.

Embedslægen orienterer Sundhedsstyrelsen centralt.

2.1.7 Action card for infektionsmediciner

Action card udfærdiges lokalt i regionen.

2.1.8 Action card for Radio Medical Danmark, RMD

Hvis Lyngby Radio fra kaptajnen på et ankommende skib modtager melding om mistanke om alvorlig smitsom sygdom om bord, alarmeres MAS/SOK, som formidler kontakt mellem kaptajnen og RMD. RMD gør følgende:

Udspørg gerne om:

- Hvem anmelder (navn, stilling)
- Hvad er hændt
- Hvor er det hændt
- Hvor mange personer var der med skibet
- Hvor kommer skibet fra
- Skibets ankomststed

- Skibets ankomsttidspunkt
- Antal syge eller personer med symptomer
- Oplysning om sygdomstegn eller symptomer
- Hvilke tiltag er iværksat eller forventet iværksat (behandling, isolering, placering af skib m.v.)
- Den syges færden den sidste uge (hvor og hvornår) hvis muligt
- Øvrige oplysninger om patienten, passagerer eller forhold på skibet, der kan have betydning for vurdering af situationen
- Hvad er iværksat på skibet

RMD kontakter herefter 112-alarmcentralen og viderestilles til AMK-vagtcentralen med oplysninger som ovenfor.

- Alarmeringen foretages så snart RMD modtager anmeldelsen
- Når AMK-vagtcentralen ikke har behov for yderligere kontakt til RMD, viderestilles RMD af 112-alarmcentralen til politiets vagtcentral

Politiet varetager herefter den fornødne koordinerede ledelse af situationen i snævert samarbejde med embedslægen, havnens og skibets personale, samt regionens koordinerende læge og sundhedspersonale.

Havnekontoret træffer beslutning om hvor skibet skal i havn eller ankre op på redden, vejledt af politiet i samråd med embedslægen.

2.1.9 Action card for rengøringspersonale på fly/skib

Vedrørende rengøring af fly/skib hvor person med smitsom eller mistænkt smitsom sygdom har været ombord:

Håndhygiejne og rengøring er vigtige elementer i at forebygge smittespredning. Begge dele formindsker muligheden for at smitte videreføres fra genstande/ inventar og hænder, både under arbejde og i pauser.

Håndhygiejne

Håndhygiejne kan udføres enten som håndvask med sæbe og vand – eller hvis hænderne ikke er synligt forurenet – som hånddesinfektion.

Håndvask

- Hænder og håndled fugtes med vand, inden sæben påføres
- Sæben fordeles på hver finger, mellem fingre, på håndryggen, på håndfladen og omkring håndled
- Fingerspidser, tommelfingre, fingermellemrum, håndflade og håndled gnides godt
- Sæben afskylles under koldt eller tempereret vand
- Hænderne tørres med engangshåndklæder/papir

Hånddesinfektion

- Til hånddesinfektion anbefales sprit 70-85 % tilsat et hudplejemiddel.
- Mindst 2 ml hånddesinfektionsmiddel fordeles og indgives overalt på hver finger, mellem fingre, på håndryg, på håndflade og omkring håndled.
- Hånddesinfektionsmidlet indgives, indtil hænderne er tørre.

Rengøring

Rengøring af flyene er vigtigt af hensyn til passagerer og personale, som skal flyve videre. Personale der rengør flyene, skal anvende handsker under rengøringsarbejdet, så længe der fortsat er mulighed for at røre ved ikke-rengjorte overflader. Særligt skal kontaktflader rengøres, dvs. dørhåndtag, taster og andre hyppigt berørte flader. Efter endt rengøring kasseres handskerne, og der udføres efterfølgende en omhyggelig håndhygiejne.

Rengøringen skal derfor foretages med omhu og mindst omfatte gulve, sæder, borde, dørgreb og lign. Der er normalt ikke behov for rensning af stolebetræk eller gulvtæpper, medmindre der er synlig forurening heraf (for eksempel opkast).

Ved rengøring gælder følgende forsigtighedsregler:

- Anvend handsker
- Undgå brug af trykluft

Almindeligt rengørings- eller desinfektionsmiddel kan anvendes, for eksempel:

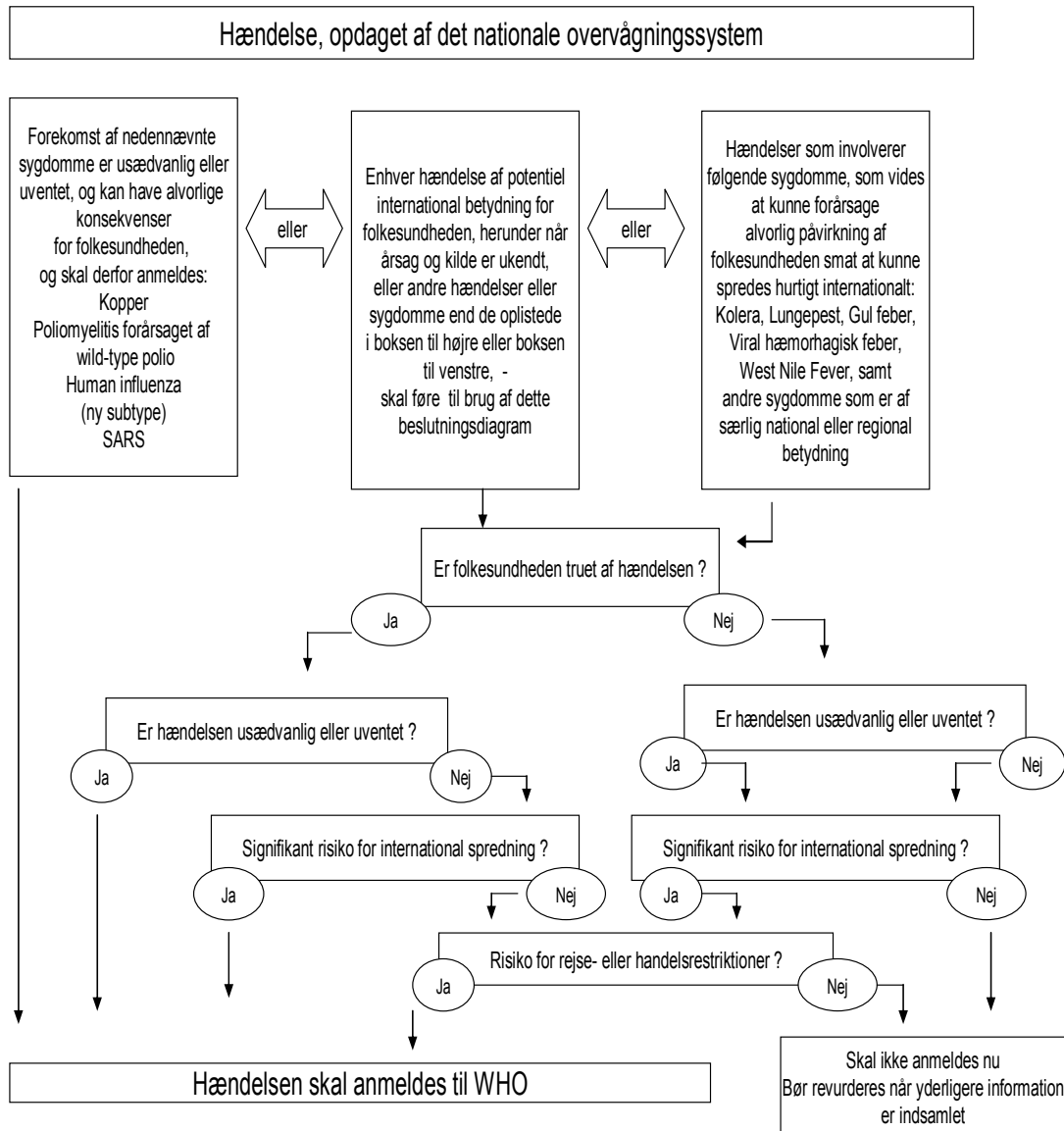
- Støvsuger – der er ikke behov for specielt støvsugerudstyr
- Vand og sæbe
- Klorholdige midler, f.eks. kloramin
- Spritholdige midler, f.eks. ethanol 70-85 %

Disse anbefalinger er givet under forudsætning af at inventar og overflader tåler rengøringsmidlet/desinfektionsmidlet.

Rådgivning vil kunne indhentes fra Statens Serum Institut, Central Enhed for Infektionshygiejne.

3 Beslutningsdiagram til vurdering og anmeldelse af hændelser, der kan udgøre en PHEIC

Beslutningsdiagram til vurdering og anmeldelse af hændelser, som kan udgøre en folkesundhedsmæssig trussel af international betydning



4 Håndtering af dødsfald på skibe og fly

I Sundhedsloven hedder det i forbindelse med dødsfald og ligsyn: ”En person, der antages at være afgået ved døden skal anbringes under forsvarlige forhold indtil en læge kan konstatere sikre dødstegn”. Med forsvarlige forhold menes både juridisk, etisk, hygiejnisk og praktisk forsvarligt.

Fly

Via EU er der p.t. ved at blive udarbejdet retningslinjer for dødsfald ombord på fly, til brug for piloter på fly. Lig som bringes til dansk lufthavn skal håndteres efter de sædvanlige regler for håndtering af dødsfald, nærmere beskrevet i Sundhedslovens kapitel 54 – 56.

Skibe

Ved dødsfald på dansk registrerede skibe, dvs. skibe som fører dansk flag, er Bekendtgørelse om ligsyn og begravelse mv. ved dødsfald til søs (Industriministeriet, Bek. Nr. 829 af 10/12/1990 10. december 1990) gældende.

Sker dødsfald på et dansk skib i dansk havn eller inden for 24 timer før anløb af dansk havn, gælder de almindelige bestemmelser om håndtering af dødsfald. I praksis vil liget sædvanligvis blive bragt til nærmeste lighus (efter at en læge har konstateret sikre dødstegn) og politiet vil foranledige afholdelse af retslægeligt ligsyn. Politiet kan, såfremt det af efterforskningsmæssige grunde er påkrævet, vælge at iværksætte findestedsundersøgelse og/eller retslægeligt ligsyn om bord.

Ved andre dødsfald om bord på danske skibe gælder særlige regler nærmere beskrevet i ovennævnte bekendtgørelse. Bringes et lig senere til Danmark, og der foreligger en udenlandsk dødsattest og ligpas, kan liget frit begravnes eller kremeres.

Ved dødsfald på udenlandske skibe i dansk territorialfarvand eller i dansk havn gælder international ret. Danske myndigheder har ret til at undersøge sådanne dødsfald og vælge at håndtere dødsfaldet i henhold til dansk lovgivning. Såfremt skibsføreren ønsker at beholde liget om bord på et udenlandsk skib, og danske myndigheder ikke har nogen interesse i sagen, kan liget forblive om bord og bringes til anden havn. Dette kan for eksempel være tilfældet på krydstogtskibe eller militære fartøjer med læge og kølefaciliteter om bord.

I sager, som håndteres af danske myndigheder, vil politiet varetage opgaven. Politiet vil træffe afgørelse om hvorvidt der skal være almindeligt ligsyn eller retslægeligt ligsyn.

- Dansk dødsattest skal altid anvendes. Skal liget bringes ud af landet skal der efterfølgende udstedes ligpas af den regionale embedslægeinstitution.
- Dødsattest skrives af en læge med dansk autorisation. Eventuel skibslæge uden dansk autorisation kan ikke udarbejde dansk dødsattest.
- Har nogle af de involverede parter mistanke om, at der foreligger en alment farlig smitsom sygdom, skal politiet, som IHR-kontaktunkt, håndtere dette i samarbejde med den regionale embedslægeinstitution eller embedslægevagten.

- Såfremt politiet ikke er involveret i sagen fra starten, gælder de almindelige regler for indberetning til politiet som anført i sundhedslovens generelle bestemmelser om ligsyn.

5 Registreringsblanketter, eksempler

Registreringsblanket, flypassagerer – Passenger location card

MÔDEL PASSENGER LOCATOR CARD RECOMMENDED BY WHO

Public Health Passenger Locator Card to be completed when recommended by the World Health Organization or when public health authorities suspect the presence of a communicable disease. The information you provide will assist the public health authorities in managing the public health event by enabling them to trace passengers who may have been exposed to communicable diseases. The information collected will be held by the public health authorities in accordance with applicable law and will be used only for public health purposes.

Flight Information		
1. Airline and Flight Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Airline Flight Number	2. Date of arrival <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD MM YYYY	3. Seat Number where you actually sat on the aircraft <input type="text"/> <input type="text"/>
Personal Information		
4. Name <input style="width: 100%;" type="text"/> Family Name Given Name(s)		
Your Current Home Address (including country) <input style="width: 100%;" type="text"/> Street Name and Number City State/Province		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Country ZIP/Postal Code		
Your Contact Phone Number (Residential or Business or Mobile) <input style="width: 100%;" type="text"/> Country code Area Code Phone Number E-mail address		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Passport or Travel Document Number Issuing Country/Organization		
Contact Information		
5. Address and phone number where you can be contacted during your stay or, if visiting many places, your e-mail phone and hotel address		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Street Name and Number City State/Province		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Country ZIP/Postal Code Telephone Number (including country code) or mobile phone number		
6. Contact information for the person who will assist/travel with you for the next 14 days, in case of emergency or to provide critical health information. Please provide the name of a close personal contact or a work contact. This must NOT be you.		
a. Name <input style="width: 100%;" type="text"/> Family Name Given Name(s)		
b. Telephone Number <input style="width: 100%;" type="text"/> Country code Area Code Phone Number E-mail address		
c. Address <input style="width: 100%;" type="text"/> Street Name and Number City State/Province		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Country ZIP/Postal Code		
7. Are you traveling with anyone else? YES/NO Circle appropriate response. If so, who? (Name of individual(s) or Group) <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>		

Registreringsblanket Københavns Lufthavn

Registrering af passagerer og flypersonale

Registration of travelers and airline crew

Der skal udfyldes et skema for hver rejsende

One form for each person

Navn <i>Name</i>	
Fødselsdato <i>Date of birth</i>	
Adresse hvor De kan træffes de næste 10 dage <i>Address where you can be reached the next 10 days</i>	
Telefonnumre (hjemme/arbejde/mobil) <i>Telephone (home/mobile/work)</i>	
Afrejst fra (land/lande og afrejsedato) <i>Departed from (country/countries and date of departure)</i>	
Dato for ankomst til Danmark <i>Date of arrival in Denmark</i>	
Flynummer <i>Flight number</i>	
Flysæde nummer <i>Seat number</i>	
For foreigners <i>Passport number</i>	

Til brug ved mistanke om visse smitsomme sygdomme efter aftale med Embedslægeinstitutionen

To be used in case of communicable diseases specified by the Medical Office of Health

6 Information til medpassagerer i fly (eksempel fra SARS)

DANSK (eksempel):

Information til passagerer og flypersonale, der ankommer til Danmark med et fly, hvor en medpassager er under observation for SARS (Svær Akut Respiratorisk Syndrom).

SARS (Svær Akut Respiratorisk Syndrom) er en nyopdaget smitsom lungesygdom med oprindelse i Kina. Sygdommen begynder ofte med feber, der kan være ledsaget af kulderystelser. Nogle patienter har også hovedpine, muskelsmerter og milde symptomer fra øvre luftveje. Nogle dage henne i forløbet kommer hoste og vejrtrækningsbesvær. Sygdomme kan have et alvorligt forløb med dødelig udgang, især hos ældre.

SARS skyldes et virus og smitter først og fremmest via luftvejssekret. Dette overføres enten ved at man kommer i direkte berøring med sekretet (håndvask er vigtig), eller via dråber der overføres på kort afstand, for eksempel ved hosten eller nysen.

Der er ikke kendskab til forebyggende behandling, og der er ikke grund til nærmere undersøgelse af raske medrejsende eller personale.

Forholdsregler

De vil blive bedt om at oplyse navn, adresse og telefonnummer, hvor De kan kontaktes i de næste 10 dage, samt oplyse flynummer, flysædenummer m.m.

Herefter kan raske passagerer rejse videre.

Hvis det viser sig at medpassageren har SARS, vil de, der har siddet tæt ved personen, blive kontaktet af embedslægen.

Hvis De inden for de næste 10 dage får influenzalignende symptomer (feber over 38o, hoste, kortåndethed) skal De øjeblikkelig kontakte en læge telefonisk. Lægen skal i telefonen oplyses om rejsen.

Hvis medpassageren har SARS, vil De kunne få dette oplyst på Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk eller Sundhedsstyrelsen www.sst.dk . Typisk vil der gå et til to døgn før diagnosen er afklaret. Hvis diagnosen afmeldes kan De se bort fra denne skrivelse.

Yderligere information kan fås på Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk, WHO's hjemmeside www.who.int eller ved henvendelse til embedslægeinstitutionen

Med venlig hilsen

Embedslægeinstitutionen for _____
Adresse, Telefon

ENGELSK (eksempel):

Information to passengers, arriving in Denmark on an airplane, in which a fellow passenger is suspected of having SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome).

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) is a newly discovered lung disease. The disease originated in China. The disease often begins with fever that can be accompanied by chills. Some patients get headache, pain in the muscles, and mild symptoms from the upper respiratory tract. After a few days cough and respiratory distress appears. The disease can be deadly, particularly for the elderly.

SARS is caused by a virus and is first and foremost transmitted via secretion from the respiratory tract. Transmission occurs either by direct contact with secretion (hand-wash is important), or via droplets, transmitted over a short distance, for instance by coughing or sneezing.

Preventive treatment is not possible, and thus further examination of healthy and well passengers or personnel serves no purpose.

Precautions

You will be asked information regarding your name, address, phone no., where you may be contacted within the next 10 days, as well as your passport no., flight no., seat no., etc.

Afterwards, healthy and well passengers may continue their travel.

If it appears, that your fellow passenger has SARS, the persons, who have been seated close to the passenger, will be contacted by the Medical Officers of Health.

If you experience flu-like symptoms during the next 10 days (fever exceeding 38o Celsius, cough, shortness of breath), you must immediately contact a doctor by phone. The doctor must be informed of your travel.

You can get information on the homepage of National Institute for Health Data and Disease Control (www.ssi.dk) or Danish Health and Medicines Authority (www.sst.dk) on whether the suspected passenger has SARS or not. Typically one to two days will pass before the diagnosis is clear. If the diagnosis is cancelled, you may disregard this information note.

Further information can be obtained via the homepage of National Institute for Health Data and Disease Control (www.ssi.dk), the homepage of WHO (www.who.int) or by contacting the Medical Officers of Health Office.

Kind regards

Medical Office of Health in the _____ Region
Address, Telephone _____

7 Eksempler på informations skrivelser

Information til rejsende til Danmark fra områder med lokal spredning af SARS

DANSK (eksempel):

SARS

Information til internationale rejsende til Danmark fra områder med lokal spredning af SARS.

En ny lungeinfektion, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), har i de seneste måneder spredt sig i en række lande, især i Østasien. Rejsende, der ankommer fra et sådant område, kan have været udsat for smitte og skal derfor være særligt opmærksomme på sygdomstegn i op til 10 dage efter, at man har forladt området.

De skal øjeblikkelig kontakte en læge telefonisk, hvis De får feber over 38o. Feberen kan være ledsaget af kulderystelser og hoste eller andre luftvejs-symptomer. Lægen skal i telefonen oplyses om rejsen.

Man antager, at sygdommen først og fremmest smitter via luftvejssekret. Dette overføres enten ved at man kommer i direkte berøring med sekretet (håndvask er vigtig), eller via dråber der overføres på kort afstand, for eksempel ved hosten eller nysen.

Yderligere oplysninger findes på Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk eller på WHO's hjemmeside www.who.int.

Gem denne meddelelse og giv den til lægen i tilfælde af sygdom.

Til lægen: Hvis der er mistanke om SARS, skal den nærmeste infektionsmedicinske afdeling kontaktes.

ENGELSK (eksempel):

SARS

Information to international travelers arriving in Denmark from areas where SARS is occurring.

A new lung infection, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), has occurred in several areas and countries during the latest months, especially in East Asia. Travelers arriving from such areas could have been exposed to the infection, and must be aware of symptoms or disease up to 10 days after leaving the area.

You must immediately contact a doctor by phone, if you get fever exceeding 38o Celsius. Fever can be accompanied by chills and cough or other symptoms from the respiratory tract. The doctor must be informed of your travel.

It is presumed, that the disease first and foremost is transmitted via respiratory tract secretion. Transmission happens either by direct contact with the secretion (hand washing is important) or via droplets transmitted over a short distance, for instance by coughing or sneezing.

Further information can be obtained at the homepage of National Institute for Health Data and Disease Control www.ssi.dk or the homepage of WHO www.who.int.

Keep this information, and give it to the doctor in case of disease.

To the doctor: If you suspect SARS, the nearest hospital department covering infectious diseases must be contacted.

Information til rejsende til Danmark fra områder med lokal spredning af pest

DANSK (eksempel) ved udbrud af pest:

Rådgivning til passagerer

Et udbrud af pest er nylig konstateret i Gujarat og Maharashtra i Indien. Det er muligt, at en af passagererne på det fly, De har rejst med, har pådraget sig denne sygdom. Dette vil blive undersøgt. Risikoen for at øvrige passagerer er blevet smittet, såfremt denne sygdom bekræftes, er meget lav. Imidlertid gives disse råd til alle passagerer:

Såfremt De i løbet af den næste uge oplever nogle af følgende symptomer:

- Feber
- Hoste eller vejrtrækningsproblemer
- Ømme hævelser på halsen, i armhuler eller lysker

bør De øjeblikkelig kontakte en læge telefonisk. Lægen skal i telefonen oplyses om rejsen.

Yderligere information kan fås hos Embedslægeinstitutionen, Sundhedsstyrelsen.

ENGELSK (eksempel):

Advice to passengers

An outbreak of plague has recently been reported from Gujarat and Maharashtra, State of India.

It is possible that one of the passengers on your flight may have contracted the disease. Their illness is being investigated. The risk of infection to other passengers, if the illness is confirmed, is very low. However we are issuing this advice to all passengers.

If during the next week you become unwell with any of the following:

Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praktik i dansk beredskab 25 / 30

- A fever
- Cough or breathing problems
- Tender swellings in the neck, armpits or groins

You must immediately contact a doctor by phone.

You can get further information at: _____
Medical Office of Health at the Danish Health and Medicines Authority

8 Projektgruppens sammensætning

- Annize Troest, overlæge, speciallæge, MDMA, Sygehuse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen
- Carina Rendbæk, sekretær, Sygehuse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen
- Peter Schultz, akademisk medarbejder, Sygehuse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen (indtil 29.02.12)
- Stine Jønson, fuldmægtig, Sygehuse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen

9 Høringsparter

- Afdeling for Infektionsepidemiologi, Statens Serum Institut
- Beredskabsstyrelsen
- Billund Lufthavn
- Bornholms Lufthavn
- CBRN-enhed, Beredskabsstyrelsen
- Center for Biosikring og – Beredskab, Statens Serum Institut
- Center for Samfundssikkerhed og Beredskab, Beredskabsstyrelsen
- Danmarks Rederiforening
- Danmarks Skibsmæglerforening
- Dansk Anæstesiologisk selskab
- Dansk Selskab for Infektionsmedicin
- Danske Havne
- Danske Regioner
- DTU Fødevareinstituttet
- DTU Veterinærinstituttet
- Embedslægerne, Sundhedsstyrelsen
- Esbjerg Lufthavn
- Forsvarsministeriet
- Fødevarestyrelsen
- Giftlinjen
- Karup Lufthavn
- Kemisk Beredskab, Beredskabsstyrelsen
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen
- Kystdirektoratet

- Københavns Lufthavne
- Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- NaturErhvervstyrelsen
- Naturstyrelsen
- Naviair
- Nukleart Beredskab, Beredskabsstyrelsen
- Region Hovedstaden
- Region Midtjylland
- Region Nordjylland
- Region Sjælland
- Region Syddanmark
- Rigspolitiet
- Sikkerhedsstyrelsen
- SKAT
- Statens Institut for Strålebeskyttelse, Sundhedsstyrelsen
- Søfartsstyrelsen
- Sønderborg Lufthavn
- Søværnets Operative Kommando
- Trafikstyrelsen
- Transportministeriet
- Aalborg Lufthavn
- Aarhus Lufthavn

10 Det Internationale Sundhedsregulativ

En uofficiel oversættelse af det Internationale Sundhedsregulativ kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

www.sst.dk

Link til WHO, International Health Regulations (2005):

<http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/index.html>

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 5 september 1996 bemyndigades dåvarande statsrådet och chefen för Socialdepartementet Margot Wallström att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet (S 1996:07). Kommittén har antagit namnet 1996 års Smittskyddskommitté. Kommitténs direktiv (dir.1996:68) har bifogats betänkandet.

Med stöd av bemyndigandet förordnades den 13 september 1996 regeringsrådet Susanne Billum som ledamot och ordförande i kommittén. Den 17 oktober 1996 förordnades som ledamöter i kommittén riksdagsledamoten Leif Carlson (m), dåvarande riksdagsledamoten Isa Halvarsson (fp), stationsföreståndaren Carl-Gustaf Hedén (v), dåvarande riksdagsledamoten Karin Israelsson (c), riksdagsledamoten Elisebeht Markström (s), socionomen Ethel Sjöberg (mp), legitimerade läkaren Pontus Wiklund (kd) och riksdagsledamoten Mariann Ytterberg (s). Den 1 november 1996 förordnades som ledamot landstingsrådet Ove Löfgren (s). Med anledning av Ove Löfgrens bortgång förordnades den 1 juni 1998 som ledamot landstingsrådet Hans Toll (s).

Den 17 oktober 1996 förordnades som sakkunniga i kommittén ämnessakkunniga Lena Holmqvist, Justitiedepartementet, och departementssekreteraren Mårten Törnqvist, Socialdepartementet. Den 1 juli 1997 entledigades Mårten Törnqvist från uppdraget och förordnades departementssekreteraren Jonas Widell.

Den 17 oktober 1996 förordnades som experter i kommittén förbundsombudsmannen Kerstin Belfrage, Vårdförbundet, chefsöverläkaren Seth-Olof Bergquist, Svenska infektionsläkarföreningen, adjunkten Bertil Falkenström, Riksförbundet för hivpositiva (RFHP), smittskyddsläkaren Hans Bertil Hansson, Smittskyddsläkarföreningen, generalsekreteraren för Fonden för Mänskliga Rättigheter Anita Klum, utredaren Hasse Knutsson, Landstingsförbundet, fil. dr. Lena Lennerhed, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), generaldirektören Erik Nordenfelt,

Smittskyddsinstitutet, medicinalrådet Annika Strandell, Folkhälsoinstitutet, förbundssekreteraren Anita Sundin, Svenska kommunförbundet, och medicinalrådet Peet J Tüll, Socialstyrelsen.

Som sekreterare förordnades den 1 november 1996 hovrättsassessorn Gun-Marie Taabu, den 1 december 1996 kammarrättsassessorn Monica Sylvan, den 1 januari 1997 dåvarande epidemiologen Kristina Ramstedt och den 1 december 1997 hovrättsassessorn Maria Schroeder. Den 1 april 1998 entledigades Kristina Ramstedt från uppdraget som sekreterare och förordnades som expert i kommittén.

Kommittén får härmed överlämna betänkandet (SOU 1999:51) Smittskydd, samhälle och individ.

Till betänkandet fogas tre reservationer och fem särskilda yttranden.

Kommittén har härmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i mars 1999

Susanne Billum

Leif Carlson

Isa Halvarsson

Carl-Gustaf Hedén

Karin Israelsson

Elisebeht Markström

Ethel Sjöberg

Hans Toll

Pontus Wiklund

Mariann Ytterberg

/Gun-Marie Taabu

Maria Schroeder

Monica Sylvan

Innehåll

DEL A

Förkortningar	19
Sammanfattning	21
Författningsförslag	27

I Bakgrund

1 Inledning	77
1.1 Kommitténs uppdrag	77
1.2 Kommitténs arbete	78
2 Rättslig reglering	81
2.1 Inledning	81
2.2 Smittskyddslagen	81
2.2.1 Allmänt	81
2.2.2 Ansvar och organisation	82
2.2.3 Skyldigheter och rättigheter för den enskilde	82
2.2.4 Åligganden för läkare	83
2.2.5 Smittskyddsläkaren	85
2.2.6 Sekretessbrytande bestämmelser	86
2.2.7 Personinriktade tvångsåtgärder	87
2.2.8 Objektivriktade tvångsåtgärder	89
2.2.9 Biträde av polis m.m.	89
2.2.10 Tillsyn	90

2.3	Annan lagstiftning på smittskyddets område.....	90
2.3.1	Karantänslagen (1989:290).....	90
2.3.2	Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter	91
2.3.3	Vissa bestämmelser om ekonomiska förmåner	91
2.3.4	Epizootilagen (1980:369)	93
2.3.5	Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur	93
2.3.6	Lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.....	94
2.3.7	Livsmedelslagen (1971:511)	94
2.3.8	Miljöbalken (1998:808).....	95
2.4	Bestämmelser i annan lagstiftning med anknytning till frågor som rör smittskyddet	96
2.4.1	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	96
2.4.2	Psykiatrisk tvångsvård	96
2.4.3	Lagstiftning på socialtjänstens område	98
2.4.4	Sekretesslagen (1980:100).....	99
2.4.5	Bestämmelser på straffrättens område.....	100
3	Smittspridning i Sverige och i omvärlden	103
3.1	Inledning.....	103
3.2	Smittskyddssituationen internationellt	103
3.2.1	Det globala läget.....	103
3.2.2	Nordisk jämförelse	105
3.3	Situationen i Sverige.....	107
3.4	Särskilt om hivinfektion	111
3.5	Nya sjukdomar och problem.....	114
4	Vårdrelaterade infektioner	115
4.1	Inledning.....	115
4.2	Omfattningen av vårdrelaterade infektioner.....	116
4.3	Ansvar och organisation	118
4.4	Problem enligt bl.a. Socialstyrelsens översyn	119
5	Utredning av sjukdomsfall	121
5.1	Provtagningsförfarandet	121
5.1.1	Allmänt om skyldighet att genomgå eller utföra provtagning	121
5.1.2	Något om provtagningsförfarandet.....	122
5.1.3	Anonymitet vid provtagning.....	122
5.1.4	Laboratieverksamheten	124

5.1.5	Provtagningsverksamhetens omfattning	124
5.2	Smittspårning	125
5.2.1	Allmänt om smittspårning	125
5.2.2	Särskilt om smittspårning vid STD.....	126
5.2.3	Husläkarstudierna och kommitténs enkät	128
5.3	Anmälningförfarandet enligt 20 § och 22 § smittskyddslagen.....	130
6	Förhållningsregler.....	135
6.1	Allmänt om förhållningsregler	135
6.2	Kommitténs enkät.....	137
7	Tillfälligt omhändertagande och tvångsundersökning.....	141
7.1	Inledning	141
7.2	Tillfälligt omhändertagande	141
7.3	Tvångsundersökning.....	142
7.3.1	Regleringen.....	142
7.3.2	Statistiska uppgifter	143
7.3.3	Några tillämpningsfrågor.....	146
8	Tvångsisolering.....	149
8.1	Inledning	149
8.2	Regleringen.....	149
8.3	Handläggningen före beslut om tvångsisolering	152
8.3.1	Statistiska uppgifter rörande underrättelse enligt 25 § smittskyddslagen.....	152
8.3.2	Smittskyddsläkarens åtgärder efter underrättelse om brott mot förhållningsregler.....	154
8.4	Uppgifter om domstolarnas beslut om tvångsisolering ..	156
8.5	Tvångsisolerede hivpositiva	157
8.5.1	Allmänt	157
8.5.2	Män med omfattande missbruk och/eller konstaterad allvarlig psykisk störning.....	159
8.5.3	Övriga män	160
8.5.4	Kvinnor	161
8.6	Särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus	162
8.7	Omhändertagandet under tvångsisoleringen.....	163
8.7.1	Allmänt om regleringen av omhändertagandet.....	163
8.7.2	Stöd och motivation m.m.....	164

8.7.3	Särskilt om tillämpningen av bestämmelserna rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet	166
8.8	Avslutande kommentarer.....	167
9	Åtgärder vid smitta från djur och objekt.....	171
9.1	Inledning.....	171
9.2	Det objektinriktade smittskyddet enligt smittskyddslagen.....	171
9.2.1	Allmänt om det kommunala smittskyddsarbetet.....	171
9.2.2	Åtgärder vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från objekt.....	173
9.2.3	Samarbete och samordning.....	174
9.2.4	Vissa tillämpningsproblem	175
9.3	Det objektinriktade smittskyddet i annan lagstiftning	176
9.3.1	Livsmedelslagen (1971:511)	176
9.3.2	Miljöbalken (1998:808).....	177
9.3.3	Några andra lagar av betydelse för smittskyddet.....	180
9.3.4	Särskilda lagar rörande smittspridning från djur	180
9.4	Vissa problem rörande ansvarsfördelningen mellan olika aktörer med uppgifter av betydelse för smittskyddet.....	184
10	Karantänslagstiftningen	187
10.1	Bakgrund.....	187
10.2	Närmare om karantänslagets bestämmelser.....	188
10.3	Den faktiska tillämpningen av karantänslagstiftningen..	190
11	Lagen om s.k. bastuklubbar.....	193
11.1	Bakgrund till nuvarande reglering	193
11.2	Tillämpningen av reglerna.....	195
11.3	Lagstiftningens betydelse för smittspridningen.....	196
11.4	Något om situationen i de övriga nordiska länderna	198
12	Straffrättsliga frågor m.m.....	199
12.1	Inledning.....	199
12.2	Kortfattad historisk bakgrund och något om frågans tidigare behandling	200
12.3	Närmare om tillämpliga bestämmelser i brottsbalken	201
12.3.1	Brott då smitta överförts	202
12.3.2	Brott då smitta inte överförts	204

12.3.3	Allmänfarliga brott	205
12.4	Särskilt om uppsåt, oaktsamhet och hivinfektion	206
12.4.1	Bedömningen i praxis	206
12.4.2	Ett nytt uppsåtsbegrepp?	211
12.5	Samtyckes straffrättsliga betydelse	212
12.6	Andra brott med anknytning till smittsamma sjukdomar	213
12.7	Åklagarenkäten	213
12.8	Sammanfattande kommentarer, straffbestämmelser	214
12.9	Sekretessfrågor vid utredning av brott	215
12.10	Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål	216
13	Information och vissa andra förebyggande åtgärder	219
13.1	Inledning	219
13.2	Olika typer av prevention	219
13.3	Allmänt om förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar	220
13.4	Vaccinationsverksamheten	221
13.5	Särskilt om förebyggande åtgärder mot sexuellt överförbara sjukdomar	223
13.5.1	Arbetet på öppenvårdsmottagningar	224
13.5.2	Preventiva insatser från Folkhälsoinstitutet, landsting och kommuner samt frivilligorganisationer	225
13.5.3	Något om de s.k. sprututbytesprojekten	227
13.5.4	Något om de s.k. metadonprogrammen	229
13.6	Särskilt om rådgivning i samband med hivtestning	230
14	Beteendevetenskapliga frågor	233
14.1	Inledning	233
14.2	Allmänt om kommitténs studier och metodologiska frågor	234
14.2.1	Särskilt om vissa svenska studier	234
14.2.2	Vissa metodologiska frågor	235
14.3	Andra smittsamma sjukdomar än hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar	237
14.4	Bakomliggande orsaker till riskbeteende vid hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar	238
14.4.1	Allmänt	238
14.4.2	Homosexuella män	238
14.4.3	Intravenösa narkotikamissbrukare	241

14.4.4	Heterosexuella	242
14.5	Kunskaper om beteende hos hivpositiva	244
14.5.1	Allmänt	244
14.5.2	Faktiskt beteende	244
14.5.3	Beteendeförändringar efter erhållande av hivdiagnos	247
14.5.4	Öppenhet med diagnos	249
14.5.5	De nya medicinernas inverkan på beteendet	252
14.6	Kunskaper om osmittade personer som varit riskutsatta.....	252
14.7	Allmänhetens beteende och kunskaper om risk att smittas	254
14.7.1	Allmänt	254
14.7.2	Sexualvanor och riskbeteende	254
14.7.3	Kunskaper om hivinfektion och riskuppfattning	255
14.8	Metoder att bryta riskbeteenden	256
14.8.1	Testning och rådgivning som metod att åstadkomma beteendeförändringar	256
14.8.2	Andra metoder att förändra beteenden	259
14.9	Avslutande kommentarer.....	259
15	Hur uppfattas bestämmelserna i smittskyddslagen?.....	263
15.1	Inledning.....	263
15.2	Inställning till smittskyddslagen i allmänhet.....	263
15.2.1	Studier rörande smittade personer	263
15.2.2	Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta.....	264
15.2.3	Allmänhetens attityder.....	265
15.3	Särskilt om testning och kontaktspårning.....	266
15.3.1	Studier rörande smittade personer	266
15.3.2	Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta.....	267
15.4	Särskilt om skyldigheten att följa förhållningsregler	267
15.5	Sammanfattande kommentarer	268
16	Smittskyddsorganisationen	273
16.1	Inledning.....	273
16.2	Landstinget och smittskyddsläkarna.....	274
16.2.1	Allmänt	274
16.2.2	Smittskyddsläkarens organisation	274
16.2.3	Närmare om smittskyddsläkarens uppgifter	276
16.2.4	Samverkan	278

16.3	Särskilt om huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen.....	280
16.4	Socialstyrelsen	281
16.5	Smittskyddsinstitutet	283
16.6	Sammanfattning av Statskontorets bedömningar av smittskyddsorganisationen.....	285
17	Den enskildes ekonomiska förmåner	287
17.1	Ekonomiska förmåner vid undersökning, vård och behandling vid smittsam sjukdom m.m.	287
17.1.1	Förmåner enligt smittskyddslagen.....	287
17.1.2	Förmåner vid läkarundersökning m.m. enligt livsmedelslagstiftningen	289
17.1.3	Vissa förmåner enligt annan lagstiftning.....	290
17.2	Ersättning vid avstående från förvärvsarbete för att förhindra smittspridning	291
17.2.1	Ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	291
17.2.2	Tillfällig föräldrapenning	292
17.3	Ersättning för kostnader och förluster vid smittskyddsingripande mot objekt m.m.....	293
18	Samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar	295
18.1	Inledning	295
18.2	Smittskyddsorganisationens kostnader	295
18.3	Kostnader för vissa smittskyddsåtgärder	297
18.4	Direkta och indirekta kostnader för smittsamma sjukdomar	298
18.4.1	Sjukvårdens direkta kostnader	298
18.4.2	Indirekta kostnader	299
18.4.3	Kostnadsberäkningar för vissa sjukdomar.....	300
18.5	Avslutande kommentarer.....	301
19	Utländsk rätt.....	303
19.1	Smittskyddslagstiftning i Norden	303
19.1.1	Danmark.....	303
19.1.2	Norge	304
19.1.3	Finland	306
19.2	Smittskyddslagstiftning i övriga Europa	307
19.2.1	Tyskland	307
19.2.2	Österrike	308

19.2.3	Nederländerna.....	309
19.2.4	Frankrike.....	310
19.2.5	Italien.....	311
19.2.6	Storbritannien.....	311
19.3	Sammanfattande kommentarer.....	312
20	Internationellt samarbete.....	315
20.1	Inledning.....	315
20.2	Arbetet inom FN.....	315
20.3	Arbetet inom EU.....	317
21	Smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter.....	321
21.1	Inledning.....	321
21.2	Allmänt om konventionerna om mänskliga rättigheter ..	322
21.2.1	Inom FN.....	322
21.2.2	Inom Europarådet.....	323
21.3	Frågor om mänskliga rättigheter och smittsamma sjukdomar i internationella rekommendationer m.m.....	325
21.3.1	Allmänt.....	325
21.3.2	WHO.....	325
21.3.3	FN:s kommission för mänskliga rättigheter.....	326
21.3.4	Europarådet.....	328
21.4	Särskilt om Europakonventionen.....	329
21.4.1	Några inledande anmärkningar.....	329
21.4.2	Rätten till personlig frihet.....	330
21.4.3	Rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.....	335
21.5	Förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser och Europakonventionen.....	338
21.5.1	Inledande kommentarer.....	338
21.5.2	Tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering.....	339
21.5.3	Tvångsundersökning.....	342
21.5.4	Några andra frågor.....	344

II Överväganden och förslag

22	Allmänna överväganden.....	349
22.1	Inledning.....	349
22.2	Kommitténs kartläggning och utvärdering.....	349

22.3	Några allmänna utgångspunkter för en ny smittskyddslag	355
22.4	Etiska och principiella överväganden	356
23	Sjukdomarna i smittskyddslagen och anmälningförfarandet	363
23.1	Allmänt om sjukdomarna i smittskyddslagen.....	363
23.1.1	Särskilt om allmänfarliga smittsamma sjukdomar.....	365
23.2	Anmälningförfarandet	366
24	Individens skyldigheter och rättigheter	369
24.1	Den enskildes ansvar m.m.	369
24.2	Särskilt om den s.k. informationsplikten	371
24.3	Skyldighet att medverka vid smittutredning	373
24.4	Rätten till anonymitet vid provtagning för hivinfektion.....	374
25	Vissa smittskyddsåtgärder	377
25.1	Utgångspunkter	377
25.2	Ansvar för smittskyddsåtgärder	377
25.3	Allmänna förebyggande åtgärder.....	378
25.4	Särskilt om smittspårning	379
25.5	Särskilt om s.k. förhållningsregler.....	382
25.6	Den enskilde läkarens uppgifter	385
25.7	Smittskyddsläkarens uppgifter.....	387
25.8	Samverkan och samarbete	391
26	Tvångsåtgärder	393
26.1	Överväganden rörande nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder.....	393
26.2	Allmänna principer för när tvång skall få vidtas	397
26.3	Särskilt om tvångsundersökning	402
26.4	Vissa frågor om isolering oberoende av samtycke	404
26.5	Möjlighet till tillfällig isolering	407
26.6	Förhållandet till tvångsåtgärder enligt annan lagstiftning och straffrätten.....	408
26.7	Möjlighet till lindrigare tvång än isolering	410
26.8	Möjligheter att framtvunga alternativa åtgärder	411

27	Objektinriktade åtgärder.....	415
27.1	Allmänt	415
27.2	Bestämmelser om hälsoskydd i miljöbalken	417
27.3	Särskilda bestämmelser om samverkan och samordning	419
28	Åtgärder rörande vårdrelaterade infektioner.....	423
29	Nationell styrning och organisatoriska frågor	427
29.1	Inledning	427
29.2	Nationell uppföljning.....	427
29.3	Nationell samordning och styrning.....	428
29.4	Mål för smittskyddsverksamheten.....	430
29.5	Tillsyn	431
29.6	Huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen m.m.....	432
29.7	Nationellt smittskyddsanslag	434
30	Straffrättsliga aspekter på smittskyddet	437
30.1	Något om svårigheterna vid tillämpningen av befintliga bestämmelser	437
30.2	Överväganden angående behovet av åtgärder	439
30.3	Utformningen av en ny straffrättslig bestämmelse.....	440
30.4	Sekretessfrågor vid utredning av brott som rör överföring av smitta.....	444
30.5	Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.....	445
31	De s.k. bastuklubbarna	449
32	Uppgiftsskyldighet och sekretess.....	455
32.1	Allmänna utgångspunkter.....	455
32.2	Allmänna bestämmelser om utlämnande av uppgifter ...	456
32.3	Uppgiftslämnande i samband med utredning hos smittskyddsläkaren	456
32.4	Uppgiftslämnande avseende smittade personer som intagits på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård.....	458
32.5	Sekretessen i smittskyddsmål	460

32.5.1	Något om den rättsliga regleringen.....	460
32.5.2	Kommitténs överväganden	461
33	Ekonomiska förmåner vid smittskyddsåtgärder	465
33.1	Kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling samt för läkemedel enligt smittskyddslagen.....	465
33.1.1	Allmänna utgångspunkter.....	465
33.1.2	Kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling.....	466
33.1.3	Kostnadsfrihet för läkemedel.....	468
33.1.4	Övriga frågor	469
33.2	Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	470
33.3	Övriga ekonomiska förmåner för enskilda vid vård och behandling m.m. med anledning av smittsam sjukdom..	470
33.4	Ersättning vid objektinriktade smittskyddsåtgärder	471
34	Övriga frågor.....	473
34.1	Karantänslagstiftningen	473
34.2	Vissa processuella frågor.....	473
34.3	Följdändringar i andra författningar	474
35	Ekonomiska konsekvenser m.m.....	475
35.1	Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag	475
35.2	Övriga konsekvensfrågor.....	477
36	Författningskommentarer.....	479
36.1	Förslaget till smittskyddslag	479
36.2	Förslaget till lag om ändring i miljöbalken (1998:808)	519
36.3	Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)	522
36.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:1683) om provtagning på djur m.m.....	523
36.5	Förslaget till lag om ändring i brottbalken.....	524
36.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål	525
36.7	Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)	526
36.8	Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	527

36.9	Förslaget till lag om ändring i lagen (1971:189) om allmänna förvaltningsdomstolar	529
36.10	Förslaget till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	529
36.11	Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	530
36.12	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.....	530
36.13	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård	531
36.14	Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt	531
36.15	Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.....	531
36.16	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	532
Reservationer och särskilda yttranden		533
Kommittédirektiv		543
Kommitténs referensgrupper och särskilda utfrågningar – deltagarförteckning.....		553

DEL B; Bilagor

Bilaga 1; Anmälningsförfarandet – en analys <i>Seth-Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt, Peet J Tüll</i>	5
Bilaga 2; Delrapport från pågående studie om Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex – En enkätstudie vid två mottagningar för hivrådgiv- ning och hivtestning <i>Torsten Berglund.....</i>	19
Bilaga 3; Tuberkulos och smittskyddslagen – En sammanställning av 122 patienters erfarenheter och synpunkter <i>Lars Olof Larsson</i>	45

Bilaga 4; Modell för spridning av hiv – Studie utförd av Epidemiologiska enheten vid Smittskyddsinstitutet, på uppdrag av 1996 års Smittskyddskommitté (S 1996:07) <i>Johan Lindbäck, Johan Giesecke</i>	77
Bilaga 5; ”Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna hända mig”. Rapport från intervjuer med personer som kallats till test på grund av risk för hivinfektion <i>Christina Persson, Gunilla Östlund.....</i>	101
Bilaga 6; Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia <i>Tanja Tydén.....</i>	133
Bilaga 7; ”Inte har väl doktorn tid med sånt...?” 91 hiv-positiva personers erfarenheter av att leva med hiv <i>Mikael Westrell</i>	151
Bilaga 8; Beskrivning och analys av smittsamma sjukdomar – Ett underlag för 1996 års Smittskyddskommitté <i>Anders Thorén.....</i>	193
Bilaga 9; Utlåtande om psykiatriskt perspektiv på situationen för de personer som tvångsisolerats enligt smittskyddslagen <i>Anders Annell.....</i>	315
Bilaga 10; Hänsyn och dilemman vid kulturanpassad prevention <i>Lisbeth Sachs.....</i>	351
Bilaga 11; Referenslista till kap. 14, del A.....	381

Förkortningar

AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AZT	Azidothymidin
BrB	Brottsbalken
EHEC	Enterhemorragiska escherichia coli serotyp O 157
EU	Europeiska unionen
FN	Förenta nationerna
HD	Högsta domstolen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
IHR	International Health Regulations
JuU	Justitieutskottet
LOL	Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
MRSA	Meticillinresistenta stafylokocker
MVC	Mödravårdscentral
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv, avd. I
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen
RFSL	Riksförbundet för sexuellt likaberättigande
RFSU	Riksförbundet för Sexuell Upplysning
RH	Rättsfall från hovrätterna
SekrL	Sekretesslagen (1980:100)
SFS	Svensk författningssamling
SMI	Smittskyddsinstitutet
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SoU	Socialutskottet
SOU	Statens offentliga utredningar
STD	Sexuellt överförbara sjukdomar

STRAMA	Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens
SVA	Statens veterinärmedicinska anstalt
Tbc	Tuberkulos
WHO	Världshälsoorganisationen
UM	Ungdomsmottagning
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

Sammanfattning

Kommittén har haft i uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar som hör till smittskyddet. I uppdraget har ingått bl.a. att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt direktiven skall kommittén fästa särskild vikt vid bl.a. bestämmelserna om tvångsåtgärder och frågor kring rättssäkerheten för den enskilde utgör en central del av kommitténs uppdrag. En särskild fråga har rört situationen för dem som tvångsisolerats.

Utredningen har mot bakgrund av detta sökt införskaffa och sammanställa ett så gott kunskapsunderlag som möjligt för belysning av tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser och lagens effekter för smittskyddet. För att få ett allsidigt underlag för utvärdering av åtgärder för att förhindra smittspridning har också särskild uppmärksamhet givits åt frågor av beteendevetenskaplig natur. Flera vetenskapliga studier har gjorts i syfte att belysa bl.a. orsakerna till att människor utsätter sig för smittrisk.

Kommittén har också gjort en särskild genomgång av de fall som rört tvångsisolering. Kartläggningen har visat att tvångsisolering i princip uteslutande har tillgripits beträffande hivpositiva och att det huvudsakligen rört sig om socialt utsatta människor, såsom narkotikamissbrukare eller människor med psykisk störning, och om människor av utländsk härkomst. Vidare har framgått att tvångsisoleringen i vissa fall sträckt sig över mycket långa tidsperioder, i något fall upp till sju år.

Kommittén har lagt stor vikt vid vilka etiska och principiella utgångspunkter som skall ligga till grund för smittskyddslagstiftningen. Kommitténs etiska överväganden innebär att smittskyddsarbetet måste vara förankrat i en humanistisk människosyn där principerna om alla människors lika värde samt den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt är viktiga inslag. Även om syftet med smittskyddet är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och inte primärt att vårda den enskilde som drabbas av en sjukdom talar den humanistiska människosynen enligt kommitténs uppfattning för en större tydlighet när det gäller respekten och skyddet för individen – såsom detta kommit till uttryck i bl.a. FN:s allmänna förklaring om mänskliga

rättigheter 1948 – än vad som är fallet enligt nuvarande smittskyddslag. Smittskyddslagen måste vidare tydligare markera att tyngdpunkten i smittskyddsarbetet skall ligga på det frivilliga förebyggande arbetet. Läkarpatientrelationen är härvid av särskild betydelse. Ett förhållningssätt som grundar sig på samarbete och förtroende överensstämmer också bättre med de förhållanden som råder i praktiken.

Allt sedan hivepidemins början har särskild uppmärksamhet ägnats åt hivinfektion. Enligt kommitténs uppfattning bör, mot bakgrund av bl.a. den epidemiologiska situation som nu råder, särreglering av denna sjukdom upphävas så långt det är möjligt och man bör sträva efter en mer realistisk och tolerant syn på de smittade. Kommittén föreslår därför flera ändringar som går i denna riktning. Emellertid är det i nuläget inte möjligt att helt avskaffa samtliga särbestämmelser. Sålunda föreslår kommittén att möjligheten till anonym hivprovtagning skall behållas liksom de s.k. kodade anmälningarna för den epidemiologiska övervakningen.

Förslaget till ny smittskyddslag inleds med en ny målparagraf varin erinras om utgångspunkten om respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. I allmänna riktlinjer för smittskyddet anges bland annat att smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte får vara mer långtgående än som är försvarligt med hänsyn till faran för andra människors hälsa.

Smittskyddslagen skall även fortsättningsvis i princip omfatta alla smittsamma sjukdomar dock med undantag för sådana som utgör endast ett ringa hot mot de smittades hälsa. Lagens bestämmelser om skyldigheter att vidta åtgärder, t.ex. att bedriva smittutredning, föreslås anpassas bättre till det verkliga behovet för de olika sjukdomarna. Enligt förslaget begränsas möjligheterna till tvångsåtgärder till vissa sjukdomar som utgör ett större och mer allvarligt hot mot befolkningens hälsa. Dessa benämns *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*.

Beträffande de enskilda individernas ansvar anser kommittén att utgångspunkten måste vara att var och en så långt möjligt bör vidta rimliga försiktighetsmått för att skydda såväl sig som andra mot att utsättas för risk att smittas av allvarliga smittsamma sjukdomar. Kommittén föreslår därför en särskild bestämmelse som framhåller vars och ens ansvar för att förebygga spridning av smittsamma sjukdomar. Samtidigt anser kommittén att den som bär på eller misstänker sig bära på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar. Med hänsyn härtill bör den enskilde smittade även fortsättningsvis ha en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smitta. Någon särskild sanktion föreslås dock inte. Nu berörda bestämmelser gäller enligt förslaget samtliga smittsamma sjukdomar. Beträffande de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna bör den enskilde smittade dess-

utom ha skyldighet att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer. Vid de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna och för sådana sjukdomar där det föreligger epidemiologiska skäl att vidta särskilda åtgärder för att förhindra smittspridning bör den enskildes skyldighet att uppsöka läkare och låta sig undersökas samt medverka vid smittspårning behållas.

I den mån det ställs krav på den enskilde bör det också föreligga en skyldighet för samhället att genom stöd eller annan hjälp göra det möjligt för den enskilde att ta sitt ansvar. Särskilt vid svåra långvariga smittsamma sjukdomar har kartläggningen visat vikten av att den smittade får tillgång till olika former av psykosocialt stöd samt att problem som har betydelse för den enskildes möjlighet att medverka till att förhindra vidare smittspridning tidigt uppmärksammas. Kommittén föreslår därför att det uttryckligen framgår av smittskyddslagen att den smittade skall erbjudas psykosocialt stöd om det behövs av smittskyddsskäl. På samma sätt föreslås framgå att den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom och som är i behov av särskilda behandlingsinsatser, t.ex. för en underliggande missbruksproblematik, skall erbjudas detta om det behövs av smittskyddsskäl.

Läkares skyldighet att genomföra läkarundersökning och att bedriva smittspårning kvarstår i förslaget. Kommittén föreslår emellertid att smittskyddslagen även uttryckligen ger möjlighet för annan hälso- och sjukvårdspersonal att bedriva smittspårning. Vidare behålls skyldigheten för läkaren att beträffande särskilt angivna smittsamma sjukdomar anmäla inträffat sjukdomsfall till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Detta skall till skillnad från gällande smittskyddslag omfatta även misstänkta men ännu inte verifierade fall av de aktuella sjukdomarna. Läkaren skall dock inte längre göra särskild anmälan till den kommunala nämnd som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet. Kommittén föreslår istället att smittskyddsläkaren när så är påkallat skall underrätta de myndigheter eller den kommun som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot objekt eller djur.

I syfte att stärka relationen mellan läkaren och patienten föreslås att läkaren inte längre skall meddela s.k. förhållningsregler. Läkaren skall dock ha skyldighet att ge medicinska och praktiska råd rörande vad den smittade bör iakttä för att undvika vidare smittspridning. Skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren då den smittade inte iaktar de försiktighetsåtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta eller inte följer anvisad medicinsk behandling behålls. Emellertid behöver läkaren inte göra anmälan om han eller hon bedömer att patienten kan få det stöd som behövs för att ändra sitt beteende genom läkarens egen försorg. Läkaren föreslås vidare vara skyldig att i vissa fall underrätta

en till den smittade ovetande närstående som är utsatt för risk att smittas.

Förutsättningarna för tvångsåtgärder skärps och preciseras i jämförelse med nuvarande smittskyddslag. Utöver att gruppen av sjukdomar begränsas ställs beträffande tvångsundersökning bl.a. ett uttryckligt krav på att det skall föreligga påtaglig risk för andra att smittas. Vidare skall beslut om tvångsundersökning i fortsättningen fattas av domstol efter ansökan från smittskyddsläkaren. Isolering mot den enskildes vilja benämns i förslaget *isolering oberoende av samtycke*. Sådan isolering får enligt kommitténs förslag endast äga rum i mycket speciella undantagssituationer. För isolering oberoende av samtycke föreslås också en yttersta tidsgräns. Isolering oberoende av samtycke skall få äga rum under högst tre månader men kan dock i vissa fall förlängas till ytterligare tre månader. Härefter skall isoleringen upphöra. Beslut om isolering oberoende av samtycke skall även fortsättningsvis fattas av domstol. Vid särskilt akuta situationer kan smittskyddsläkaren dock besluta om tillfällig isolering. Beslutet skall inom två dagar underställas domstolens prövning. Kommittén föreslår vidare att möjligheter införs till lindrigare tvång än isolering oberoende av samtycke, nämligen i form av särskilda föreskrifter för den enskilde. Sådana föreskrifter skall ta sikte på åtgärder som kan påverka ett smittfarligt beteende t.ex. psykologkontakt eller behandling för missbruksproblematik.

Beslut som rör isolering oberoende av samtycke eller särskilda föreskrifter skall, oberoende av sjukdom, inte omfattas av sekretess. Detta överensstämmer med vad som gäller i fråga om andra beslut om frihetsberövanden, t.ex. beslut om psykiatrisk tvångsvård.

En utgångspunkt för kommittén är att isolering oberoende av samtycke inte får beslutas om inte den enskilde erbjudits adekvata åtgärder i frivillig form. För att säkerställa att frivilliga vård- och stödinsatser, enligt t.ex. socialtjänstlagen (1980:620) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, kommer till stånd föreslås därför att berörd tillsynsmyndighet får möjlighet att utfärda föreläggande om att huvudmannen inom en viss tid skall föranstalta om de insatser som behövs från smittskyddssynpunkt. Föreläggandet får förenas med vite. Detta gäller både åtgärder som föregår isolering och åtgärder som gör det möjligt att avsluta isoleringen.

Kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visar att smittskyddsarbetet huvudsakligen är väl fungerande och att smittskyddsorganisationen i stort fungerar bra. Utvärderingen ger inte anledning att göra några grundläggande förändringar av nuvarande organisation eller ansvarsfördelning. Landstingen, med smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna, skall således ha ansvaret för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder

vidtas med undantag för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur, för vilka bl.a. kommunerna har ansvaret. För att klarare avgränsa ansvaret föreslår kommittén att smittskyddslagen i första hand skall reglera åtgärder som syftar till att förhindra att smitta sprids från person till person. Enligt kommitténs förslag skall objektrinriktade åtgärder regleras i annan lagstiftning, såsom livsmedelslagen och miljöbalken. Kommunens ansvar för smittskyddsåtgärder mot djur begränsas till sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. I princip är bestämmelserna i berörda lagar tillräckliga men för att bl.a. klargöra rättsläget föreslår kommittén att vissa kompletterande bestämmelser införs i miljöbalken. Kommittén föreslår också vissa bestämmelser om samverkan och samråd med bl.a. smittskyddsläkaren.

Kommittén framhåller i betänkandet smittskyddsläkarens centrala roll i smittskyddsarbetet. Kommittén föreslår bestämmelser som underlättar för landstingen att samverka om smittskyddsläkaren och att anpassa antalet smittskyddsläkare i förhållande till landstingets behov. Med undantag för beslut om tvångsåtgärder anser kommittén inte att smittskyddsläkarens nuvarande huvudsakliga arbetsuppgifter bör förändras. Smittskyddsläkaren skall således även fortsättningsvis planera, leda och organisera smittskyddet samt följa smittskyddsläget och bl.a. tillse att behövliga åtgärder vidtas. Kommittén föreslår dock vissa ytterligare uppgifter. Smittskyddsläkaren skall enligt förslaget ha en uttrycklig skyldighet att bevaka att den enskilde får det stöd eller den vård som erfordras från smittskyddssynpunkt. Underlåter ansvarig huvudman att erbjuda erforderligt stöd eller vård skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till berörd tillsynsmyndighet. Smittskyddsläkaren skall vidare bevaka att åtgärder vidtas för att förhindra s.k. vårdrelaterade infektioner. Brister den som ansvarar för åtgärden i nu nämnt avseende eller i andra fall skall smittskyddsläkaren påpeka bristerna och, om rättelse inte äger rum, anmäla förhållandet till berörd tillsynsmyndighet. Smittskyddsläkaren får också enligt förslaget en uttrycklig rätt att överta eller överlåta ett smittspårningsärende om den som ansvarar för smittspårningen inte fullgör detta på ett tillfredsställande sätt.

Beträffande den nationella styrningen och uppföljningen av smittskyddsarbetet konstaterar kommittén att brister idag föreligger när det gäller möjligheter till nationell uppföljning och utvärdering av smittskyddsarbetet, bl.a. avseende samhällsekonomiska analyser eller bedömningar av åtgärdernas effektivitet och effekter på smittskyddsläget. Kommittén föreslår därför att ett arbete inleds för att utveckla metoder och rutiner för sådan nationell uppföljning och utvärdering. Vidare föreslår kommittén att Socialstyrelsen skall ha ett uttryckligt ansvar för

den nationella samordningen av smittskyddet samt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis skall ha tillsyn över smittskyddet.

När det gäller straffrättsliga sanktioner då någon smittat eller utsatt annan för risk att smittas av smittsam sjukdom har det uteslutande varit fråga om hivinfektion. Kommitténs kartläggning har visat att flera problem finns rörande tillämpningen av brottsbalkens bestämmelser vid ifrågavarande gärningar. För att åstadkomma en mer enhetlig och förutsebar rättstillämpning på området anser kommittén att en särskild straffbestämmelse bör införas i brottsbalken rörande överförande av allvarlig smittsam sjukdom, *orsakande av smittfara*. Enligt bestämmelsen kan den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter någon för fara att smittas av livshotande sjukdom dömas till fängelse i högst fyra år. Någon anledning att begränsa en sådan straffbestämmelse till att enbart avse hivinfektion finns inte. Kommittén föreslår också att sekretesslagens bestämmelser skall ändras så att sekretessen inte hindrar hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna de uppgifter som behövs till åklagare och polis då det föreligger misstanke om att en person begått sådan gärning som avses i den föreslagna straffbestämmelsen eller annat brott som innefattar smittöverföring eller försök därtill.

Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål föreslås utvidgas så att den blir tillämplig även vid vissa andra allvarliga smittsamma sjukdomar, nämligen hepatit B och C.

I kommitténs uppdrag ingår också att göra en översyn av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter. Enligt kommitténs uppfattning är det svårt att hävda att ett totalförbud mot bastuklubbar i dag är motiverat av smittskyddsskäl. Kommittén föreslår därför att lagen upphävs. I stället föreslås vissa kompletterande bestämmelser i ordningslagen (1993:1617) så att ingripande kan äga rum i det enskilda fallet om förhållandena är sådana att t.ex. risk för smittspridning föreligger. Förändringarna innebär att de regler som enligt ordningslagen gäller för offentliga tillställningar, bl.a. beträffande anmälningsskyldighet till polismyndighet, upplösning och förbud, skall kunna tillämpas i fråga om s.k. bastuklubbar och liknande verksamhet.

Författningsförslag

1 Förslag till smittskyddslag (1999:000)

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

Samhällets smittskydd

1 § Samhällets smittskydd skall med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

2 § Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag, om inte annat anges, alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot de smittades hälsa.

Med allmänfarliga smittsamma sjukdomar avses sjukdomar som kan överföras mellan människor och som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas. Regeringen meddelar närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som avses.

3 § Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Om inte annat anges avses endast åtgärder som riktar sig till människor.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur, livsmedel och andra objekt finns i miljöbalken (1998:808), livsmedelslagen (1971:511), epizootilagen (1980:369), lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur och lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 § Smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än som är försvarligt med hänsyn till faran för andra människors hälsa. Åtgärder som den enskilde motsätter sig får endast vidtas om inga andra möjligheter står till buds.

5 § Insatser inom smittskyddet skall vara av god kvalitet.

Den som är verksam inom smittskyddet skall ha lämplig kompetens och erfarenhet.

6 § Den som är verksam inom smittskyddet skall värna både om skyddet för osmittade och om dem som bär på en smittsam sjukdom, så att de senare får det stöd och den vård som behövs från smittskyddssynpunkt.

Ansvar för smittskyddet

7 § Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå. Styrelsen skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd.

Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för en effektiv funktion av landets smittskydd.

8 § Varje landsting svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av bestämmelser i denna lag.

Vad som sägs i denna lag om landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

9 § I varje landsting skall det finnas en eller flera smittskyddsläkare. Två eller flera landsting kan dock träffa överenskommelse om att samverka om smittskyddsläkare. Samtliga samverkande landsting skall då bidra till finansieringen av verksamheten.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne verka under nämnden.

10 § Myndigheter inom smittskyddet skall samverka med andra berörda myndigheter, läkare och annan sjukvårdspersonal för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar.

Skyldighet att förebygga smittspridning

11 § Var och en bör genom uppmärksamhet och anvisade försiktighetsåtgärder medverka till att spridning av smittsamma sjukdomar förhindras.

12 § Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på smitta av en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk.

Den som vet att han eller hon bär på smitta av en allmänfarlig smittsam sjukdom är skyldig att informera andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Smittskyddsverksamheten

Information och förebyggande åtgärder

13 § Landstinget, och under landstinget smittskyddsläkaren, skall tillse att enskilda som löper risk att utsättas för smitta som kan hota deras liv eller hälsa nås av information och råd om hur de bör skydda sig mot smitta.

14 § Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom smittskyddet skall vid behov ge patienterna upplysningar om metoder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

Rapportering av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

15 § Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas.

En läkare som undersöker eller behandlar någon enligt denna lag benämns behandlande läkare.

16 § Läkare som i sin verksamhet misstänker eller konstaterar fall av smittsam sjukdom som

1. påkallar smittskyddsåtgärder utöver behandling av patienten eller
2. är föremål för nationell epidemiologisk uppföljning

skall rapportera detta till smittskyddsläkaren i det län där den anmälade läkaren har sin yrkesverksamhet och till Smittskyddsinstitutet.

Är fråga om sjukdom enligt 1 skall anmälan ske ofördröjligen.

Anmälningsskyldighet enligt första stycket gäller även läkare vid mikrobiologiskt laboratorium som vid analys misstänker eller finner smittämne av sådan sjukdom samt läkare som i samband med obduktion misstänker eller konstaterar fall av sådan sjukdom.

Regeringen meddelar föreskrifter om i vilka fall anmälan enligt första stycket 1 och 2 skall ske.

17 § En anmälan enligt 16 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, personnummer och adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning

samt

5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Regeringen får föreskriva att uppgifter som avses i första stycket 1 och 2 inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar.

18 § Regeringen eller myndighet regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om anmälan enligt 16 § samt om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 16 § första eller tredje stycket såvitt avser viss sjukdom, viss uppgift i anmälan eller till vilka anmälan skall göras.

Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

19 § Den som vet eller har anledning att befara att han eller hon bär på sådan smittsam sjukdom som avses i 22 § är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

En läkare som finner anledning att anta att en patient bär på en smittsam sjukdom som avses i första stycket skall skyndsamt undersöka patienten och ta de prov som behövs.

Om patienten antas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning skall läkaren ofördröjligen anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren.

20 § Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger kan länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren besluta om läkarundersökning. Beslut om sådan undersökning får endast meddelas om ovissheten medför påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Den läkare som utfört undersökningen skall omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

21 § Om den som undersökts för en allmänfarlig smittsam sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren om detta.

Smittspårning

22 § Om en behandlande läkare konstaterar eller finner anledning att anta att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en annan smittsam sjukdom vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens aktivt söka få upplysningar från patienten om vem som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Om smitta kan ha överförts från djur, livsmedel eller andra objekt skall behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal söka få erforderliga upplysningar från patienten om detta.

Om den som enligt första stycket ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten finner anledning anta att andra personer kan ha smittats skall han tillse att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och anmodas att uppsöka läkare.

Regeringen meddelar närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som avses i denna paragraf.

23 § Den som vet eller har anledning att befara att han eller hon bär på en smittsam sjukdom som avses i 22 § är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår om vem som kan ha överfört smitta och om andra personer som kan ha blivit smittade. Om smitta kan ha överförts från djur, livsmedel eller andra objekt är han eller hon skyldig att

lämna upplysningar om detta. Uppgifterna skall lämnas till den behandlande läkaren eller till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens. I förekommande fall skall uppgifter lämnas till smittskyddsläkaren.

24 § Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårning i ett enskilt fall finner att han inte har möjlighet att fullgöra smittspårningen på tillfredsställande sätt, skall han underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får överta eller överlämna smittspårningsärendet till annan person med tillräcklig kompetens och erfarenhet. Sådant överlämnande får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.

25 § Om en person underrättats enligt 22 § andra stycket om misstanke att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom och han eller hon inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare skall den som enligt 22 § första stycket ansvarar för smittspårningen ofördröjligen anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren.

Råd och stöd

26 § Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag skall av den behandlande läkaren ges individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Råden kan avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt.

Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens.

27 § Om den behandlande läkaren får veta eller har anledning att befara att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte iakttar de försiktighetsåtgärder som krävs för att skydda andra människor mot smitta skall läkaren anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren. Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten kan få det stöd som behövs för att ändra sitt beteende genom läkarens egen försorg.

Anmälan enligt första stycket skall också göras vid annan smittsam sjukdom om det finns särskild risk för smittspridning.

Vård och behandling

28 § Den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom skall erbjudas den vård och behandling som finns för att eliminera eller minska risken för smittspridning. Om den enskilde är i behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende skall detta också erbjudas honom.

29 § Om den behandlande läkaren konstaterar eller har anledning att befara att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor skall läkaren anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren. Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

30 § Om en behandlande läkare får veta eller har anledning att befara att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom underlåtit att informera någon närstående om sjukdomen och läkaren bedömer att denne löper påtaglig risk att smittas skall läkaren underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

Om särskilda skäl föreligger får smittskyddsläkaren efter anmälan från behandlande läkare fullgöra underrättelseskyldigheten enligt första stycket.

Innehåll i anmälan m.m.

31 § I en anmälan enligt 19 § tredje stycket, 25 §, 27 § eller 29 § skall den behandlande läkaren ange den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer och adress samt andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En anmälan enligt 19 § tredje stycket eller 25 § skall alltid innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

32 § Om någon som för smitta av en allmänfarlig smittsam sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en annan vårdinrättning, skall den läkare som där ansvarar för hälso- och sjukvården underrättas av den behandlande läkaren om smittan och om de medicinska och praktiska råd till undvikande av vidare smittspridning som givits till den intagne enligt 26 §.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, skall den ansvarige läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Isolering m.m.

Förutsättningar för isolering

33 § Isolering av den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom får ske oberoende av den enskildes samtycke om

1. sjukdomen är starkt smittsam eller smittar på ett sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittrisk samt sjukdomen befinner sig i ett smittsamt skede,
2. den enskilde har erbjudits det psykosociala stöd och den vård eller behandling som behövs från smittskyddssynpunkt i frivillig form,
3. det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt som möjligt minska risken för spridning av sjukdomen, samt
4. påtaglig risk föreligger att andra människor kan smittas om inte isolering sker.

34 § Om förutsättningar för isolering föreligger enligt 33 § får länsrätten i stället besluta om föreskrifter som den enskilde skall följa, om detta bedöms som en tillräcklig åtgärd för att hindra smittspridning. Sådana föreskrifter får innebära att den enskilde skall

1. undergå vård eller behandling inom psykiatri eller missbrukarvården,
2. hålla kontakt med viss läkare eller annan lämplig person som kan ge individuellt utformat psykosocialt stöd eller
3. delta i stödverksamhet för smittbärare, för missbrukare eller för psykiskt eller fysiskt funktionshindrade som anordnas av landstingskommun, kommun eller frivilligorganisation.

35 § Länsrätten beslutar om isolering enligt 33 § och om föreskrifter enligt 34 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Till ansökan skall fogas en utförlig utredning om den enskildes situation och behov och om tidigare vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen skall också innehålla en individuell vårdplan som utvisar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och i vilken ordning sådana insatser kan tillhandahållas.

36 § Om någon bär på smitta eller med fog kan misstänkas bära på smitta av en allmänfarlig smittsam sjukdom och genom sitt beteende utsätter annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom två dagar underställs länsrätten.

Tillfällig isolering som fastställts av länsrätten får bestå i högst två veckor.

37 § Isolering enligt 33 § eller 36 § skall ske på vårdinrättning som drivs av ett landsting.

38 § Isolering enligt 33 § får bestå i högst tre månader. I denna tid inräknas inte tillfällig isolering.

Finns särskilda skäl får länsrätten, efter ansökan av smittskyddsläkaren, genom nytt beslut förordna att isoleringen skall pågå i ytterligare högst tre månader. Sådan ansökan skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om isolering löpt ut.

Föreskrifter enligt 34 § får ges för en tid av högst sex månader. Länsrätten kan besluta om förlängning av föreskrifternas giltighet med högst sex månader i taget och om ändring av föreskrifternas innehåll.

39 § Har beslut fattats om isolering enligt 33 § skall smittskyddsläkaren genast underrätta det landsting eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade är i behov av. Smittskyddsläkaren får därvid lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

Landstinget eller kommunen skall i samråd med smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov då isoleringen upphör.

40 § Begär den isolerade att isoleringen skall upphöra är länsrätten skyldig att omedelbart pröva frågan.

41 § Finns inte längre skäl för isolering enligt 33 § eller 36 § skall länsrätten omedelbart häva beslutet. Under sådana omständigheter får beslutet även hävas av smittskyddsläkaren. Länsrätten skall snarast underrettas om smittskyddsläkarens åtgärd.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren kan länsrätten, om förutsättningar föreligger, meddela föreskrifter enligt 34 § i samband med beslut om isoleringens upphörande.

Isoleringens innehåll

42 § Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § skall tas väl om hand. Erforderliga förberedelser skall vidtas för att den enskilde efter isoleringen skall få den vård eller det stöd han behöver för att minska risken för smittspridning. Han skall även under isoleringstiden få det stöd och den hjälp som behövs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller så långt som möjligt minskas. Den isolerade får inte utan stöd i denna lag underkastas någon annan inskränkning i sin frihet än som påkallas av ändamålet med isoleringen.

Den isolerade skall ges tillfälle till sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans ålder och hälsotillstånd.

Den isolerade skall ges möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder mot detta.

43 § Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § har rätt att föra telefonsamtal och ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på vårdinrättningen. Besök kan förvägras, om ändamålet med isoleringen skulle motverkas därav. Besök skall ske i sådana former att risk för smittspridning och införsel av sådan egendom som avses i 46 § motverkas.

Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § har rätt att sända och ta emot brev och andra försändelser. Att chefsöverläkaren får besluta om viss undersökning av försändelser till den isolerade framgår av 48 §.

44 § Beslut om inskränkningar i rättigheterna enligt 42 § andra och tredje styckena eller 43 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med smittskyddsläkaren.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

45 § Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att genomföra isoleringen. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till hans egen eller andras säkerhet.

46 § Från den som isolerats enligt 33 § eller 36 § får omhändertas

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel,
2. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,

3. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk eller annan befattning med narkotika, eller

4. annan egendom som kan skada honom själv eller annan eller vara till men för ordningen på vårdinrättningen.

47 § Om det anses påkallat, får den som isolerats enligt 33 § eller 36 § kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till vårdinrättningen, för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 46 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos den isolerade.

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

48 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till den som isolerats enligt 33 § eller 36 § får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 46 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom får den omhändertas.

49 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 46 § eller har sådan egendom påträffats där någon är isolerad enligt 33 § eller 36 § utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Vistelse utanför vårdinrättningen

50 § Den som är isolerad enligt 33 § får ges tillstånd att under en bestämd, kortare tid vistas utanför vårdinrättningens område om det är påkallat av särskilda skäl hänförliga till den isolerade själv eller hans närmaste eller utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den smittade. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

51 § Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 50 § meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens allmänna skyldigheter

52 § Smittskyddsläkaren har det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon enligt 9 § verkar. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

Om det finns flera smittskyddsläkare inom området bestämmer landstinget ansvarsfördelningen dem emellan.

53 § I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att

1. tillse att allmänheten får den information som behövs för att skydda sig mot smittsamma sjukdomar,

2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,

3. tillse att förebyggande åtgärder vidtas,

4. stödja behandlande läkare, annan sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när så erfordras ge råd om lämpliga åtgärder,

5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och tillse att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats,

6. stödja enskilda som bär på en smittsam sjukdom och bevaka att de får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen,

7. bevaka att huvudmän för sjukhus, sjukhem, hälso- och sjukvård enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller hemsjukvård vidtar de åtgärder som krävs för att hindra smittspridning samt

8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

54 § Efter att ha fått en anmälan enligt 19 § tredje stycket eller 25 § skall smittskyddsläkaren utreda ärendet och, om det inte är obehövt, vidta åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad. I utredningen skall, om inte särskilda skäl talar däremot, ingå ett personligt samtal med den enskilde.

55 § Efter att ha fått en anmälan enligt 27 § eller 29 § skall smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som erfordras för att förebygga smittspridning. I utredningen skall, om inte särskilda skäl talar däremot, ingå ett personligt samtal med den enskilde.

56 § Om smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet skall han påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om rättelse inte sker och detta medför fara från smittskyddssynpunkt skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.

57 § Om ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för att smittspridning skall motverkas skall smittskyddsläkaren skyndsamt anmäla detta till respektive tillsynsmyndighet.

58 § Om en tillsynsmyndighet, efter anmälan från smittskyddsläkaren enligt 56 § eller 57 §, finner att ansvarig huvudman eller myndighet inte uppfyller sina skyldigheter enligt denna lag, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) socialtjänstlagen (1980:620) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och detta medför fara från smittskyddssynpunkt får tillsynsmyndigheten förelägga huvudmannen eller myndigheten att inom viss tid vidta de åtgärder som krävs. Föreläggandet skall innehålla uppgift om vilka åtgärder som tillsynsmyndigheten anser nödvändiga. I föreläggandet får vite sättas ut.

59 § Smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.

Smittskyddsläkaren får också lämna de uppgifter rörande en enskild till myndighet inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst som behövs för att den enskilde skall få erforderlig vård, behandling eller annat stöd.

60 § Smittskyddsläkaren skall när så är påkallat underrätta de myndigheter eller den kommun som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot objekt eller djur som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom om att smittskyddsåtgärder erfordras.

61 § En smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i ett annat område.

62 § Smittskyddsläkaren får avskriva ett ärende om smittskyddsåtgärder eller om smittspårning om vidare åtgärder inte anses behövliga.

Särskilda befogenheter för smittskyddsläkaren

63 § Om smittskyddsläkaren, för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag, behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom erforderliga uppgifter:

1. myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet och
2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Socialstyrelsen.

64 § Smittskyddsläkaren har rätt att få upplysningar från och del av uppgifter i handlingar hos kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt hos läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården, om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

65 § Om det är nödvändigt för en utredning enligt 55 § får smittskyddsläkaren underrätta socialnämnden, polismyndigheten och den lokala kriminalvårdsmyndigheten.

En sådan underrättelse skall innehålla uppgift om den enskildes identitet och om vilka råd och anvisningar han eller hon har att följa för att förebygga smittspridning.

66 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller den lokala kriminalvårdsmyndigheten, efter att ha fått underrättelse enligt 65 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte är beredd eller i stånd att frivilligt vidta de åtgärder som krävs för att

skydda andra mot smitta skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om denne enligt 61 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i ett annat område, skall anmälan istället göras till den smittskyddsläkaren.

Den skyldighet som avses i första stycket gäller i två månader från det att underrättelsen mottagits.

Rätt till ersättning vid vissa åtgärder

67 § Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en smittsam sjukdom och som bedöms minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten.

Regeringen får meddela närmare föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten.

68 § Undersökning, vård och behandling som är ägnad att minska risken för smittspridning är kostnadsfri för patienten om

1. fråga är om en allmänfarlig smittsam sjukdom eller om en sjukdom som påkallar smittspårning enligt 22 § och

2. fråga är om undersökning, vård och behandling som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som uppbär ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget.

69 § Kostnadsfrihet enligt 67 § och 68 § gäller

1. den som är försäkrad enligt 1 kap. 3 § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring och är bosatt i Sverige,

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av förordning (EEG) 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen samt

3. utländska sjömän såvitt avser undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis.

70 § Landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 67 § och för åtgärder som avses i 68 §.

Tillsyn m.m.

71 § Socialstyrelsen har tillsyn över smittskyddet i landet. Vid tillsynen gäller 6 kap. 9–17 §§ och 8 kap. 16 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

72 § Socialstyrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet. Till ledning för tillämpningen av denna lag får Socialstyrelsen utfärda allmänna råd.

Överklagande m.m.

73 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. tillfällig isolering enligt 36 §,
2. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 50 § eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse,
3. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 51 §.

Chefsöverläkarens beslut enligt 49 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 44 § om beslutet innebär inskränkningar i särskilt fall för den som isolerats oberoende av samtycke.

Andra beslut enligt denna lag av smittskyddsläkare eller chefsöverläkare får inte överklagas.

74 § En tillsynsmyndighets beslut om föreläggande enligt 58 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

75 § I andra mål än sådana som avser isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, tillfällig isolering enligt 36 § eller upphörande av isolering enligt 41 § krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

76 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

77 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

78 § Länsrätten skall ta upp mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 § och mål om föreskrifter enligt 34 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in. Länsrätten får dock förlänga denna tid om särskilda skäl föreligger.

Ett beslut om tillfällig isolering enligt 36 § som underställts länsrätten skall tas upp till avgörande snarast och senast inom fyra dagar från den dag underställningen skedde.

I mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, föreskrifter enligt 34 §, tillfällig isolering enligt 36 § och ytterligare isolering eller förlängning av föreskrifter enligt 38 § får länsrätten förordna rörande saken i avvaktan på målets avgörande.

79 § I mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, tillfällig isolering enligt 36 § eller upphörande av isolering enligt 41 § skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. Muntlig förhandling skall alltid hållas i sådana mål om någon part begär det. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

80 § Vid handläggningen i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än som avser tillfällig isolering enligt 36 § skall nämndemän ingå i rätten.

81 § I mål i allmän förvaltningsdomstol angående isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, tillfällig isolering enligt 36 § eller upphörande av isolering enligt 41 § skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

82 § Vid delgivning med enskild i mål och ärenden enligt denna lag gäller inte 12 och 15 §§ delgivningslagen (1970:428).

83 § Ett beslut enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas i beslutet.

84 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

1. för att genomföra läkarundersökning som beslutats av länsrätten enligt 20 §,

2. för att till vårdinrättning föra den som tillfälligt skall isoleras enligt 36 § eller isoleras oberoende av samtycke enligt 33 §,

3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han enligt beslut skall vara tillfälligt isolerad eller isolerad oberoende av samtycke, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats.

Övriga bestämmelser

85 § Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen, får meddela ytterligare föreskrifter om smittskyddet som behövs till skydd för enskilda. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på försvarsmakten.

86 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i.

87 § Om epidemi av allvarlig sjukdom har utbrutit eller hotar att utbryta i landet och riksdagens beslut inte kan avvaktas får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag.

Föreskrifter som meddelats med stöd av första stycket skall snarast underställas riksdagens prövning.

Övergångsbestämmelser

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1999, då smittskyddslagen (1988:1472) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.

2. Förhållningsregler som har meddelats enligt 16 § gamla lagen för att hindra spridning av smitta skall anses som sådana medicinska och praktiska råd till förhindrande av smittspridning som kan meddelas enligt 26 § nya lagen.

3. Den som vid ikraftträdandet är tvångsisolerad enligt 38 § gamla lagen skall anses isolerad oberoende av samtycke enligt 33 § nya lagen. Härvid skall beslutet om isolering anses ha fattats vid den nya lagens ikraftträdande.

4. Den som vid lagens ikraftträdande är isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 39 § gamla lagen skall anses tillfälligt isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 36 § nya lagen.

Härvid skall smittskyddsläkarens beslut om isolering anses ha fattats vid ikraftträdandet.

5. Om ett mål om tvångsisolering enligt gamla lagen inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för isolering oberoende av samtycke enligt nya lagen.

6. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

2 Förslag till Lag om ändring i miljöbalken (1998:808)

Härigenom föreskrivs att det i 9 kap. miljöbalken (1998:808) skall införas tre nya paragrafer, 14–16 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

14 §

Den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet skall skyndsamt informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddsverksamheten och samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder av betydelse för smittskyddet. Om beslut eller åtgärd inte kan avvaktas utan fara får samråd underlåtas. I sådant fall skall smittskyddsläkaren snarast underrättas om beslutet eller åtgärden. Före beslut eller åtgärd som är av betydelse för enskild skall dock samråd alltid äga rum.

15 §

Efter underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas från smittkälla i miljön skall den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet vidta de åtgärder som behövs för att spåra och eliminera smittkällan.

Beträffande smittutredning och smittbekämpning avseende andra djur än sådana sällskaps-

djur som innehas av privatpersoner finns bestämmelser i epizootilagen (1980:369), lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur och lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

16 §

Om det är nödvändigt för att förhindra spridning av smittsam sjukdom får den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur som innehas av privatpersoner.

Den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet skall utge skälig ersättning till den som drabbats av ett beslut om förstöring eller ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur.

Denna lag träder i kraft den

3 Förslag till Lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)

Härigenom föreskrivs att det i livsmedelslagen (1971:511) skall införas en ny paragraf, 25 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

25 b §

Tillsynsmyndigheten skall skyndsamt informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddsverksamheten och samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder som berör smittskyddet. Om beslut eller åtgärd inte kan avvaktas utan fara får samråd underlätas. I sådant fall skall smittskyddsläkaren snarast underrättas om beslutet eller åtgärden. Före beslut eller åtgärd som är av betydelse för enskild skall dock samråd alltid äga rum.

Efter en underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel skall tillsynsmyndigheten vidta de åtgärder som behövs för att spåra och eliminera smittkällan.

Denna lag träder i kraft den

4 Förlag till
Lag om ändring i lagen (1992:1683) om
provtagning på djur, m.m.

Härigenom föreskrivs att det i lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m. skall införas en ny paragraf, 7 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 a §

Efter en underrättelse av smittskyddsläkaren om att djur sprider eller misstänks sprida smitta som kan överföras till människor skall Statens jordbruksverk eller, efter beslut av verket, länsstyrelsen vidta erforderliga åtgärder för att förhindra smittspridning.

Såvitt gäller sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner finns bestämmelser i miljöbalken (1998:808).

Denna lag träder i kraft den

5 Förslag till Lag om ändring i brottsbalken

Härigenom föreskrivs att det i 3 kap. brottsbalken skall införas en ny paragraf, 8 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter någon annan för fara att smittas av livshotande sjukdom döms för orsakande av smittfara till fängelse i högst fyra år. Vad som nu sagts gäller inte, om gärningen är belagd med straff enligt 1–3 eller 6 §§.

Har den, mot vilken gärningen begåtts, informerats om gärningsmannens sjukdom och smittriskan men ändå samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas skall inte dömas till ansvar.

Denna lag träder i kraft den

6 Förslag till Lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål att lagens rubrik samt 1 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Lag (1988:1473) om undersökning beträffande *HIV-smitta* i brottmål

Den som skäligen kan misstänkas för ett sexualbrott, varigenom *infektion av HIV (humant immunbristvirus)* har kunnat överföras till målsäganden, skall undersökas med avseende på sådan infektion, om målsäganden begär det.

Undersökning enligt första stycket skall på målsägandens begäran ske även i fråga om den som är skäligen misstänkt för något annat brott, om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att *infektion av HIV* har kunnat överföras till målsäganden genom brottet.

Föreslagen lydelse

Lag (1988:1473) om undersökning beträffande *vissa smittsamma sjukdomar* i brottmål

1 §

Den som skäligen kan misstänkas för ett sexualbrott, varigenom *hivinfektion eller annan allvarlig blodsmitta* har kunnat överföras till målsäganden, skall undersökas med avseende på sådan infektion, om målsäganden begär det.

Undersökning enligt första stycket skall på målsägandens begäran ske även i fråga om den som är skäligen misstänkt för något annat brott, om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att *hivinfektion eller annan allvarlig blodsmitta* har kunnat överföras till målsäganden genom brottet.

Denna lag träder i kraft den

7 Förslag till Lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § och 4 § ordningslagen (1993:1617) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Med offentlig tillställning enligt denna lag avses

1. tävlingar och uppvisningar i sport och idrott,
 2. danstillställningar,
 3. tivolinöjen och festtåg,
 4. marknader och mässor,
- samt

5. andra tillställningar som inte är att anse som allmänna sammankomster eller cirkusföreställningar.

För att en tillställning skall anses som offentlig krävs att den anordnas för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den.

En tillställning till vilken till-

Föreslagen lydelse

3 §

Med offentlig tillställning enligt denna lag avses

1. tävlingar och uppvisningar i sport och idrott,
 2. danstillställningar,
 3. tivolinöjen och festtåg,
 4. marknader och mässor,
- samt

5. andra tillställningar som inte är att anse som allmänna sammankomster eller cirkusföreställningar.

Som offentlig tillställning skall även anses sådan tillställning som med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare.

För att en tillställning skall anses som offentlig krävs att den anordnas för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den.

En tillställning till vilken till-

trädet är begränsat genom krav på inbjudan, medlemskap i en viss förening eller annat villkor är dock att anse som en tillställning som allmänheten har tillträde till, om tillställningen uppenbarligen är en del av en rörelse vars verksamhet uteslutande eller väsentligen består i att anordna tillställningar av detta slag. Detsamma gäller om tillställningen med hänsyn till omfattningen av den krets som äger tillträde, de villkor som gäller för tillträdet eller andra liknande omständigheter är att jämställa med sådan tillställning.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar får inte utan tillstånd anordnas på offentliga platser.

Tillstånd att anordna offentlig tillställning krävs även i annat fall, om det är fråga om offentliga danstillställningar, tivolinöjen, marknader eller liknande nöjeställningar eller tävlingar eller uppvisningar i motorsport eller professionell brottning. Om det kan ske utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken, får emellertid anordnaren befrias från skyldigheten att söka tillstånd enligt detta stycke för tillställning av visst slag. Ett beslut om befrielse

trädet är begränsat genom krav på inbjudan, medlemskap i en viss förening eller annat villkor är dock att anse som en tillställning som allmänheten har tillträde till, om tillställningen uppenbarligen är en del av en rörelse vars verksamhet uteslutande eller väsentligen består i att anordna tillställningar av detta slag. Detsamma gäller om tillställningen med hänsyn till omfattningen av den krets som äger tillträde, de villkor som gäller för tillträdet eller andra liknande omständigheter är att jämställa med sådan tillställning.

4 §

Allmänna sammankomster och sådana offentliga tillställningar som avses i 2 kap. 3 § första stycket 1–5 får inte utan tillstånd anordnas på offentliga platser.

Offentlig tillställning som avses i 2 kap. 3 § andra stycket får inte anordnas på offentlig plats.

Tillstånd att anordna offentlig tillställning krävs även i annat fall, om det är fråga om offentliga danstillställningar, tivolinöjen, marknader eller liknande nöjeställningar eller tävlingar eller uppvisningar i motorsport eller professionell brottning. Om det kan ske utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken, får emellertid anordnaren befrias från skyldigheten att söka tillstånd enligt detta stycke för tillställning av visst slag. Ett beslut om befrielse

får förenas med villkor.

En allmän sammankomst som avses i 1 § första stycket 4 eller en cirkusföreställning får hållas utan tillstånd, om den med hänsyn till det väntade deltagarantalet, den utvalda platsen och tiden för sammankomsten samt de anordningar som avses förekomma kan antas äga rum utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken.

får förenas med villkor.

En allmän sammankomst som avses i 1 § första stycket 4 eller en cirkusföreställning får hållas utan tillstånd, om den med hänsyn till det väntade deltagarantalet, den utvalda platsen och tiden för sammankomsten samt de anordningar som avses förekomma kan antas äga rum utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken.

Denna lag träder i kraft den

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

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 1 § och 2 § samt 14 kap. 2 § sekretesslagen (1980:100) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering, åtgärder mot smittsamma sjukdomar och ärenden hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet.

Sekretess enligt första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.

Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får

Föreslagen lydelse

7 kap.

1 §

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering, åtgärder mot smittsamma sjukdomar och ärenden hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet.

Sekretess enligt första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.

Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får

uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till en annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Vidare får utan hinder av sekretessen uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination, *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål*, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och *smittskyddslagen (1988:1472)*.

Sekretessen enligt 1 § gäller inte

1. beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2. beslut enligt *smittskyddslagen (1988:1472)*, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd

uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till en annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Vidare får utan hinder av sekretessen uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination, *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande vissa smittsamma sjukdomar i brottmål* och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. *Utan hinder av sekretess får också uppgifter lämnas i enlighet med vad som föreskrivs i smittskyddslagen (1999:000)*.

2 §

Sekretessen enligt 1 § gäller inte

1. beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2. beslut enligt *smittskyddslagen (1999:000)*, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd

och avser annan sjukdom än som anges i 1.3 bilagan till nämnda lag,

3. beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården,

4. beslut i fråga om omhändertagande eller återlämnande av patientjournal.

Beträffande anmälan i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter som avses i 1 §, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider betydande men om uppgiften röjs.

Sekretess hindrar inte att uppgift i annat fall än som avses i 1 § lämnas till myndighet, om uppgiften behövs där för

1. förundersökning, rättegång, ärende om disciplinansvar eller skiljande från anställning eller annat jämförbart rättsligt förfarande vid myndigheten mot någon rörande hans deltagande i verksamheten vid den myndighet där uppgiften förekommer,

2. omprövning av beslut eller åtgärd av den myndighet där uppgiften förekommer, eller

3. tillsyn över eller revision hos den myndighet där uppgiften förekommer.

Sekretess hindrar inte att uppgift lämnas i muntligt eller skriftligt yttrande av sakkunnig till domstol eller myndighet som bedriver förundersökning i

eller föreskrifter enligt 34 § smittskyddslagen,

3. beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården,

4. beslut i fråga om omhändertagande eller återlämnande av patientjournal.

Beträffande anmälan i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter som avses i 1 §, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider betydande men om uppgiften röjs.

14 kap.

2 §

Sekretess hindrar inte att uppgift i annat fall än som avses i 1 § lämnas till myndighet, om uppgiften behövs där för

1. förundersökning, rättegång, ärende om disciplinansvar eller skiljande från anställning eller annat jämförbart rättsligt förfarande vid myndigheten mot någon rörande hans deltagande i verksamheten vid den myndighet där uppgiften förekommer,

2. omprövning av beslut eller åtgärd av den myndighet där uppgiften förekommer, eller

3. tillsyn över eller revision hos den myndighet där uppgiften förekommer.

Sekretess hindrar inte att uppgift lämnas i muntligt eller skriftligt yttrande av sakkunnig till domstol eller myndighet som bedriver förundersökning i

brottmål.

Sekretess hindrar inte att uppgift om enskilds adress, telefonnummer och arbetsplats lämnas till en myndighet, om uppgiften behövs där för delgivning enligt delgivningslagen (1970:428). Uppgift hos myndighet som driver televerksamhet om enskilds telefonnummer får dock, om den enskilde hos myndigheten begärt att abonnemanget skall hållas hemligt och uppgiften omfattas av sekretess enligt 9 kap. 8 § tredje stycket, lämnas ut endast om den myndighet som begär uppgiften finner att det kan antas att den som söks för delgivning håller sig undan eller att det annars finns synnerliga skäl.

Sekretess hindrar inte att uppgift som angår misstanke om brott lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet, om fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda annan påföljd än böter.

För uppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1–6, 33 och 34 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § andra stycket gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1, 4, 33 eller 34 § inte att uppgift

brottmål.

Sekretess hindrar inte att uppgift om enskilds adress, telefonnummer och arbetsplats lämnas till en myndighet, om uppgiften behövs där för delgivning enligt delgivningslagen (1970:428). Uppgift hos myndighet som driver televerksamhet om enskilds telefonnummer får dock, om den enskilde hos myndigheten begärt att abonnemanget skall hållas hemligt och uppgiften omfattas av sekretess enligt 9 kap. 8 § tredje stycket, lämnas ut endast om den myndighet som begär uppgiften finner att det kan antas att den som söks för delgivning håller sig undan eller att det annars finns synnerliga skäl.

Sekretess hindrar inte att uppgift som angår misstanke om brott lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet, om fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda annan påföljd än böter.

För uppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1–6, 33 och 34 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § andra stycket gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1, 4, 33 eller 34 § inte att uppgift

som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.

Tredje och fjärde styckena gäller inte uppgift som omfattas av sekretess enligt 9 kap. 9 § första stycket.

Sekretess enligt 7 kap. 1 § och 4 § första och tredje styckena hindrar inte att uppgift om enskild, som inte fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Detsamma gäller i fråga om lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. *Inte heller hindrar sekretess enligt 7 kap. 1 § eller 4 § att uppgift som angår misstanke om brott enligt 3 kap. 8 a § brottsbalken eller annat brott rörande överföring eller försök till överföring av sådan sjukdom som avses i nämnda lagrum lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.*

Tredje och fjärde styckena gäller inte uppgift som omfattas av sekretess enligt 9 kap. 9 § första stycket.

Sekretess enligt 7 kap. 1 § och 4 § första och tredje styckena hindrar inte att uppgift om enskild, som inte fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Detsamma gäller i fråga om lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Denna lag träder i kraft den

9 Förslag till Lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

Härigenom föreskrivs att 18 § i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. när åtgärd som avser endast måls beredande vidtages,

2. vid sådant förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av annan länsrätt,

3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, fel-skrivning eller annat uppenbart förbiseende,

4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.

Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsuttan rätt, är länsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Åtgärder som avser endast beredandet av ett mål och som inte är av sådant slag att de bör förbehållas lagfarna domare får utföras av en annan tjänsteman vid länsrätten som har tillräcklig kunskap och erfarenhet. Närmare bestämmelser om detta meddelas av regeringen.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

Föreslagen lydelse

18 §

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. när åtgärd som avser endast måls beredande vidtages,

2. vid sådant förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av annan länsrätt,

3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, fel-skrivning eller annat uppenbart förbiseende,

4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.

Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsuttan rätt, är länsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Åtgärder som avser endast beredandet av ett mål och som inte är av sådant slag att de bör förbehållas lagfarna domare får utföras av en annan tjänsteman vid länsrätten som har tillräcklig kunskap och erfarenhet. Närmare bestämmelser om detta meddelas av regeringen.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

1. mål av enkel beskaffenhet,
2. mål enligt lagen (1994:466) om särskilda tvångsåtgärder i beskattningsförfarandet, enligt lagen (1978:880) om betalnings-säkring för skatter, tullar och avgifter, om besiktning enligt fastighetstaxeringslagen (1979:1152), om handlings undantagande från taxeringsrevision, skatterevision eller annan granskning och om befrielse från skyldighet att lämna upplysningar, visa upp handling eller lämna kontrolluppgift enligt skatteförfattningarna,
3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, *mål om tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen (1988:1472)*, mål enligt 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2–4 såvitt avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (1989:529), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställig-

1. mål av enkel beskaffenhet,
2. mål enligt lagen (1994:466) om särskilda tvångsåtgärder i beskattningsförfarandet, enligt lagen (1978:880) om betalnings-säkring för skatter, tullar och avgifter, om besiktning enligt fastighetstaxeringslagen (1979:1152), om handlings undantagande från taxeringsrevision, skatterevision eller annan granskning och om befrielse från skyldighet att lämna upplysningar, visa upp handling eller lämna kontrolluppgift enligt skatteförfattningarna,
3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, *mål om tillfällig isolering enligt 36 § smittskyddslagen (1999:000)*, mål enligt 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2–4 såvitt avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (1989:529), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verk-

het av straff m.m.,

4. mål enligt folkbokföringsförfattningarna, mål rörande preliminär skatt eller om anstånd med att betala skatt eller avgifter enligt skatteförfattningarna,

5. mål enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling,

6. mål som avser en fråga av betydelse för inkomstbeskattningen, dock endast om värdet av vad som yrkas i målet uppenbart inte överstiger hälften av basbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

ställighet av straff m.m.,

4. mål enligt folkbokföringsförfattningarna, mål rörande preliminär skatt eller om anstånd med att betala skatt eller avgifter enligt skatteförfattningarna,

5. mål enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling,

6. mål som avser en fråga av betydelse för inkomstbeskattningen, dock endast om värdet av vad som yrkas i målet uppenbart inte överstiger hälften av basbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Denna lag träder i kraft den

10 Förslag till Lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Härigenom föreskrivs att 3 §, 8 §, 10 § och 11 § lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

En smittbärare har rätt till smittbärrpenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen (1988:1472) eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, eller

2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan att beslut enligt 1 har fattats men som syftar till att klarlägga om han är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda.

Smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren inte följer förhållningsregler som har getts med stöd av smittskyddslagen (1988:1472) eller särskilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Föreslagen lydelse

3 §

En smittbärare har rätt till smittbärrpenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut eller av läkare anvisad åtgärd enligt bestämmelserna i smittskyddslagen (1999:000) och det är fråga om en sjukdom som avses i 22 § smittskyddslagen

2. beslut eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen (1971:511) eller

3. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår och som syftar till att klarlägga om han har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda.

8 §

Smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren inte iakttar de råd som läkaren meddelar enligt 26 § smittskyddslagen (1999:000) eller särskilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

10 §

En smittbärare har rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i *smittskyddslagen (1988:1472)* eller *livsmedelslagen (1971:511)* eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Ersättning enligt första stycket utges inte till den del ersättning för resan kan utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd eller motsvarande äldre lagstiftning.

En ansökan om ersättning skall göras skriftligen hos den allmänna försäkringskassa som anges i 12 §.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut enligt 3 § 1 skall fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på förhållande som anges i 3 § 2 eller en ansökan om resekostnadsersättning skall fogas ett intyg om den företagna åtgärden.

En smittbärare har rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i *smittskyddslagen (1999:000)* eller *livsmedelslagen (1971:511)* eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Ersättning enligt första stycket utges inte till den del ersättning för resan kan utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd eller motsvarande äldre lagstiftning.

11 §

En ansökan om ersättning skall göras skriftligen hos den allmänna försäkringskassa som anges i 12 §.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på förhållande som anges i 3 § 1 skall fogas ett intyg eller kopia av beslutet som styrker behovet av åtgärden.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut enligt 3 § 2 skall fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på företagen läkarundersökning eller hälsokontroll som anges i 3 § 3 eller en ansökan om

*reskostnadsersättning skall fo-
gas ett intyg om den företagna
åtgärden.*

Denna lag träder i kraft den

11 Förslag till Lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett LVM-hem kännedom om att en intagen har en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472)* utgör en samhällsfarlig sjukdom, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Föreslagen lydelse

26 a §

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett LVM-hem kännedom om att en intagen har en sådan smittsam sjukdom som enligt 2 § *andra stycket smittskyddslagen (1999:000)* utgör allmänfarlig smittsam sjukdom, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Denna lag träder i kraft den

12 Förslag till Lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Härigenom föreskrivs att 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem.

Om socialnämnden har beslutat att den unge skall vistas i ett hem som avses i första stycket skall Statens institutionsstyrelse anvisa plats i ett sådant hem.

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den unge har en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472) utgör en samhällsfarlig sjukdom*, skall föreståndaren för hemmet under rättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Föreslagen lydelse

12 §

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem.

Om socialnämnden har beslutat att den unge skall vistas i ett hem som avses i första stycket skall Statens institutionsstyrelse anvisa plats i ett sådant hem.

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den unge har en sådan smittsam sjukdom som enligt *2 § andra stycket smittskyddslagen (1999:000) utgör allmänfarlig smittsam sjukdom*, skall föreståndaren för hemmet under rättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Denna lag träder i kraft den

13 Förslag till Lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård

Härigenom föreskrivs att 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Om den dömde behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan nödvändig undersökning och behandling inte lämpligen genomföras vid det särskilda ungdomshemmet, bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får den dömde föras över till ett allmänt sjukhus. Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den dömde har en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472) utgör en samhällsfarlig sjukdom*, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt första stycket vistas utanför det särskilda ungdomshemmet stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrif-

Föreslagen lydelse

19 §

Om den dömde behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan nödvändig undersökning och behandling inte lämpligen genomföras vid det särskilda ungdomshemmet, bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får den dömde föras över till ett allmänt sjukhus. Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den dömde har en sådan smittsam sjukdom som enligt *2 § andra stycket smittskyddslagen (1999:000) utgör allmänfarlig smittsam sjukdom*, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt första stycket vistas utanför det särskilda ungdomshemmet stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrif-

ter. Tiden för sådan vistelse skall räknas in i verkställighetstiden.

I fråga om behandlingen av den som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelsen i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Statens institutionsstyrelse att besluta om särskilda restriktioner.

ter. Tiden för sådan vistelse skall räknas in i verkställighetstiden.

I fråga om behandlingen av den som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelsen i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Statens institutionsstyrelse att besluta om särskilda restriktioner.

Denna lag träder i kraft den

14 Förslag till Lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

Härigenom föreskrivs att 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Om en intagen behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en intagen lider av en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472)* utgör en samhällsfarlig sjukdom, skall styresmannen *underrättas om detta, om det behövs med hänsyn till fara för att smittan skall spridas*. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård för en intagen ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Förlossning av intagen kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus. Om det behövs, skall kvinnan i god tid före förlossningen överföras dit eller till annan institution där hon kan erhålla lämplig vård.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt första

Föreslagen lydelse

37 §

Om en intagen behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en intagen lider av en sådan smittsam sjukdom som enligt 2 § *andra stycket smittskyddslagen (1999:000)* utgör allmänfarlig smittsam sjukdom, skall styresmannen *underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning*. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård för en intagen ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Förlossning av intagen kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus. Om det behövs, skall kvinnan i god tid före förlossningen överföras dit eller till annan institution där hon kan erhålla lämplig vård.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt första

eller andra stycket vistas utom anstalt stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter.

Beträffande behandlingen av en intagen, som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för kriminalvårdsstyrelsen och regeringen att besluta om särskilda restriktioner beträffande en viss intagen.

eller andra stycket vistas utom anstalt stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter.

Beträffande behandlingen av en intagen, som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för kriminalvårdsstyrelsen och regeringen att besluta om särskilda restriktioner beträffande en viss intagen.

Denna lag träder i kraft den

15 Förslag till Lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Vid behandlingen skall hänsyn tas till den häktades hälsotillstånd. En häktad som bedöms behöva hälso- och sjukvård eller som begär att läkare skall tillkallas, skall så snart som möjligt undersökas av läkare, om inte sådan undersökning uppenbarligen är onödig.

En läkares anvisningar om vården av en häktad som är sjuk skall iakttas. Behöver den häktade sjukhusvård, skall sådan beredas honom eller henne så snart som möjligt. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en häktad lider av en smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472) utgör en samhällsfarlig sjukdom*, skall chefen för förvaringslokalen *underrättas om detta, om det behövs med hänsyn till fara för att smittan skall spridas.*

Kan det befaras att transport medför skada för den häktades hälsa, behövs läkares medgi-

Föreslagen lydelse

4 §

Vid behandlingen skall hänsyn tas till den häktades hälsotillstånd. En häktad som bedöms behöva hälso- och sjukvård eller som begär att läkare skall tillkallas, skall så snart som möjligt undersökas av läkare, om inte sådan undersökning uppenbarligen är onödig.

En läkares anvisningar om vården av en häktad som är sjuk skall iakttas. Behöver den häktade sjukhusvård, skall sådan beredas honom eller henne så snart som möjligt. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en häktad lider av en smittsam sjukdom som enligt *2 § andra stycket smittskyddslagen (1999:000) utgör allmänfarlig smittsam sjukdom*, skall chefen för förvaringslokalen *underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.*

Kan det befaras att transport medför skada för den häktades hälsa, behövs läkares medgi-

vande till transporten.

Förlossning av en häktad kvinna skall om möjligt ske på sjukhus.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt andra eller fjärde stycket vistas på sjukhus stå under bevakning.

vande till transporten.

Förlossning av en häktad kvinna skall om möjligt ske på sjukhus.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt andra eller fjärde stycket vistas på sjukhus stå under bevakning.

Denna lag träder i kraft den

16 Förslag till Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Ansvar för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Ansvar för ledningsuppgifter rörande *tvångsisolering enligt smittskyddslagen (1988:1472)* utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller av en befattningshavare som förordnats enligt 50 a § smittskyddslagen.

Föreslagen lydelse

29 §

Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Ansvar för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Ansvar för ledningsuppgifter rörande *isolering oberoende av samtycke och tillfällig isolering enligt smittskyddslagen (1999:000)* utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Denna lag träder i kraft den

I Bakgrund

1 Inledning

1.1 Kommitténs uppdrag

Regeringen beslutade den 5 september 1996 om direktiv (Dir. 1996:68) för en parlamentarisk kommitté med uppgift att göra en utvärdering av det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet. Direktiven finns i sin helhet i slutet av betänkandet, del A.

Sammanfattningsvis skall kommittén fästa särskild vikt vid bestämmelserna om tvångsåtgärder och ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. I kommitténs uppdrag ingår vidare att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas till vara. Kommittén skall också beakta internationellt smittskyddssamarbete och genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde. I uppdraget ingår vidare att utvärdera lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter och därvid analysera om lagen leder till att människor skyddas mot att bli smittade av vissa samhällsfarliga sjukdomar. Kommittén skall även analysera förutsättningarna för en kriminalisering av underlåtenhet att följa meddelade förhållningsregler och för att införa en straffsanktionerad bestämmelse som uttryckligen avser spridande av hivsmitta.

Enligt direktiven skall kommittén utifrån utvärderingen förutsättningslöst analysera och föreslå de förändringar och den författningsreglering som ett effektivt smittskydd påkallar i framtiden.

Regeringen har genom beslut den 26 november 1998 överlämnat en av Socialstyrelsen gjord framställning rörande förslag till åtgärder vid vårdrelaterade infektioner i den del framställningen rör förslag angående rapporteringskyldighet vid förekomst av vissa vårdrelaterade infektioner.

1.2 Kommitténs arbete

Kommittén har tagit del av utredningar, verksamhetsberättelser och rapporter på området men också själv genomfört eller uppdragit åt andra att genomföra särskilda kartläggningar av förhållandena. Under 1997 har särskilda enkäter tillställts behandlande läkare, smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsförvaltningar samt åklagarmyndigheter. I syfte att belysa frågor rörande tvångsisolering har domstolarnas akter mellan den 1 januari 1989 och den 31 maj 1997 studerats. Kommittén har även tagit del av smittskyddsläkarnas akter och inhämtat kompletterande uppgifter från smittskyddsläkarna och från den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus. Statskontoret har, på kommitténs uppdrag, under 1998 genomfört en utvärdering av bl.a. smittskyddsorganisationens ändamålsenlighet samt gjort en särskild analys av vissa frågor rörande bl.a. statlig styrning och samordning av smittskyddsarbetet. Uppdragen har redovisats i rapporterna "Smittskyddsarbetets organisation" (1998:25) och "Samordning och styrning av smittskyddsverksamheten" (1999:4). Kommittén har inhämtat skriftliga utlåtanden från olika experter samt inbjudit särskilda föredragshållare till kommitténs sammanträden. Sekretariatet har under arbetet haft kontakter med företrädare för myndigheter och organisationer som berörs av de frågor som kommittén har arbetat med, samt deltagit i olika möten och seminarier som hållits om smittskyddsfrågor under utredningstiden.

Till sekretariatet har knutits en referensgrupp med representanter från olika intresseorganisationer och en referensgrupp med särskild vetenskaplig sakkunskap. Deltagarförteckningar över referensgrupperna har intagits i slutet av del A. Särskilda sammanträden har hållits med referensgrupperna och de har tagit del av visst underlagsmaterial och därvid fått tillfälle att lämna synpunkter.

För att få beteendevetenskapliga aspekter belysta har kommittén tagit del av såväl svenska som internationella forskningsrön på området. Kommittén har vidare låtit göra särskilda studier för att belysa bl.a. frågor om smittskyddslagens inverkan på beteenden och om hur smittskyddslagens bestämmelser uppfattas.

Under hösten 1997 har kommittén hållit tre särskilda utfrågningar som belyst smittskyddsfrågor och vårdrelaterade infektioner, smittskyddsfrågor vid smittsamma sjukdomar som sprids till människor från objekt eller djur samt medicinsk-etiska frågor i smittskyddsarbetet. Deltagarförteckningar från utfrågningarna återfinns i slutet av del A.

Kommittén har gjort studiebesök vid den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkaren i Stockholms läns landsting.

Kommittén har också besökt Stiftelsen Noaks ark/Röda korset i Stockholm och Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL). Kommitténs ordförande och huvudsekreterare har besökt Strasbourg för att med företrädare för Europadomstolen och Europarådets enhet för hälsofrågor diskutera smittskyddslagens bestämmelser i förhållanden till bl.a. Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna.

Kommittén har samrått med bl.a. Statens jordbruksverk angående frågor om smittskyddsåtgärder rörande djur. Kommittén har avgett remissyttrande över Jordbruksverkets rapporter 1997:11 "Översyn av epizootilagstiftningen" och 1998:10 "Salmonella och andra zoonoser hos djur".

Kommittén har vidare tagit del av synpunkter på smittskyddsfrågor som framställts i skrivelser till kommittén, bl.a. från Rikspolisstyrelsen rörande lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål och från Smittskyddsläkarföreningen rörande bl.a. behovet av förändringar i smittskyddslagstiftningen.

2 Rättslig reglering

2.1 Inledning

De huvudsakliga bestämmelserna om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar finns i smittskyddslagen (1988:1472) och i smittskyddsförordningen (1989:301). Bestämmelser rörande smittskydd återfinns även i ett antal andra lagar och förordningar. I detta kapitel ges en översiktlig sammanställning av regleringen på smittskyddsområdet. Vidare redovisas kortfattat för annan lagstiftning som har anknytning till smittskyddet. För flertalet författningar som presenteras här återfinns en närmare redogörelse för innehållet i respektive sakkapitel.

2.2 Smittskyddslagen

2.2.1 Allmänt

Smittskyddslagens syfte är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen har tillkommit eftersom man inte ansett att ett effektivt smittskydd varit möjligt att upprätthålla enbart med stöd av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och strafflagstiftningen. Lagen omfattar i princip alla smittsamma sjukdomar men de materiella reglerna i lagen avser endast vissa smittsamma sjukdomar. Sjukdomarna indelas i samhällsfarliga och övriga smittsamma sjukdomar, 3 §. För de samhällsfarliga och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna föreligger anmälningsplikt. Riksdagen bestämmer i lag vilka sjukdomar som skall anses samhällsfarliga medan regeringen beslutar om vilka övriga smittsamma sjukdomar som skall ingå bland de anmälningspliktiga sjukdomarna. De samhällsfarliga är för närvarande 27 stycken och är angivna under 1.1–1.3 i en bilaga till smittskyddslagen, varav sjukdomarna upptagna under 1.3 avser de sexuellt överförbara sjukdomarna. De övriga anmälningspliktiga sjukdomarna är 24 till antalet och finns upptagna under A1 respektive A2 i en bilaga till smittskyddsförordningen. Regeringen kan under vissa förutsättningar föreskriva att en ny sjukdom skall

omfattas av bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar. Ett sådant beslut skall snarast underställas riksdagen.

2.2.2 Ansvar och organisation

Enligt 5 § svarar landstinget för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet om inte annat anges i 9–11 §§. Dessa lagrum anger de uppgifter som åvilar kommunerna och enskilda läkare. Vad som sägs om landsting i smittskyddslagen gäller också för kommuner som inte ingår i ett landsting. I varje landsting skall enligt 6 § finnas en smittskyddsläkare som skall utses av den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvården. I frågor som inte gäller beslut rörande enskilda skall smittskyddsläkaren verka under nämnden. Kommunen svarar enligt 9 § för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Uppgifterna har lagts direkt på den nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Bestämmelser om åligganden för kommunen som har till syfte att förebygga och förhindra bl.a. uppkomst och spridning av smitta finns emellertid även i t.ex. livsmedelslagen och miljöbalken, se avsnitt 2.3.7 och 2.3.8.

2.2.3 Skyldigheter och rättigheter för den enskilde

Vid smitta av eller misstanke om smitta av en samhällsfarlig sjukdom har den enskilde ålagts vissa skyldigheter. Den som har anledning misstänka att han eller hon smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare (13 §). Anledning att anta att man smittats kan enligt förarbetena föreligga t.ex. då symtom som är typiska för sjukdomen visar sig, då man befunnit sig i en situation där risken att smittas är stor, då någon lämnar ett trovärdigt påstående att smitta kan ha överförts eller då läkare på medicinska grunder bedömer att någon har anledning att anta detta och läkaren underrättar personen om detta. Att ha en livsföring eller beteende som allmänt sett är riskfyllt utgör däremot inte tillräcklig grund för skyldighet att låta undersöka sig. Den smittade eller misstänkt smittade är vidare vid läkarbesöket skyldig att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs (13 §). Mot den enskildes vilja kan undersökning endast genomföras efter beslut om tvångsundersökning.

Den undersökte är skyldig att följa de förhållningsregler som meddelats honom, 13 §. En förhållningsregel kan avse t.ex. kontakten med

den behandlande läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt den undersöktes livsföring i övrigt. Om den undersökte är missnöjd med förhållningsreglerna kan han enligt 17 § vända sig till smittskyddsläkaren för att få dem prövade. Smittskyddsläkaren är vidare oförhindrad att ändra förhållningsreglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt. Ett av smittskyddsläkaren fattat beslut rörande förhållningsregler kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, dvs. länsrätten (52 §).

Den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom är även skyldig att medverka till smittspårning och lämna upplysningar om varifrån smitta kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare (14 §). Någon sanktion mot den som inte medverkar till smittspårning finns emellertid inte.

I smittskyddslagen föreskrivs inte någon skyldighet att låta sig behandlas eller någon allmän skyldighet att låta sig tas in på sjukhus.

Den enskilde har även vissa rättigheter enligt smittskyddslagen. Enligt 63 § är bl.a. all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid samhällsfarlig sjukdom gratis för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård. När fråga är om åtgärder av privatläkare är kostnadsfriheten begränsad till att avse undersökning för att klarlägga om patienten är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller ej. Som en ytterligare förutsättning för kostnadsfrihet i dessa fall gäller att läkaren ifråga får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom är däremot kostnadsfria för patienten oavsett vilken läkare som förskrivit dem. Enligt smittskyddslagen gäller de kostnadsfria förmånerna inte alla utan är begränsade till dem som är sjukförsäkrade enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Den enskilde har även i vissa fall rätt till offentligt biträde i mål i allmän förvaltningsdomstol rörande personinriktade tvångsåtgärder, 59 §.

2.2.4 Åligganden för läkare

I smittskyddslagen har även enskilda läkare ålagts vissa uppgifter. Enligt 10 § skall varje läkare i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Läkaren är vidare skyldig att undersöka den som har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom om läkaren har kompetens och inte är förhindrad att utföra uppgiften. Vid konstaterad smitta föreligger även skyldighet att behandla. När det gäller privat verksamma läkare är un-

dersöknings- och behandlingsskyldigheten begränsad till dem som har ersättning enligt lagen (1993 :1651) om läkarvårdsersättning.

Den läkare som patienten uppsöker för att bli undersökt eller behandlad av blir behandlande läkare enligt smittskyddslagen (11 §). Om en patient väljer att fortsätta sin behandling hos annan läkare övergår uppgiften som behandlande läkare på denne, som därvid har att underrätta den tidigare behandlande läkaren om detta (19 §).

Den behandlande läkaren skall bl.a. söka ta reda på om patienten är smittad eller ej av en samhällsfarlig sjukdom. För detta ändamål skall han undersöka patienten och ta de prov som behövs (15 §). Normalt sett är det härvid fråga om prov från blod, saliv, urin eller avföring. Läkaren skall vidare, om det inte är uppenbart att patienten inte är smittad av sjukdomen, informera om den misstänkta sjukdomens art och smittsamhet (15 §). Vid samma tillfälle skall läkaren meddela de förhållningsregler som patienten skall iaktta för att undvika smittspridning. Dessa förhållningsregler skall tas in i journalen. Den behandlande läkaren har vidare en skyldighet att så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs, 16 §. Om läkaren har anledning anta att den smittade eller misstänkt smittade av en samhällsfarlig sjukdom inte följer eller inte kommer att följa de förhållningsregler som meddelats skall läkaren skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren om detta, 25 §.

Den behandlande läkaren har vidare en skyldighet att bedriva smittspårning vid samhällsfarlig sjukdom (18 §). Genom att fråga patienten skall han söka få reda på av vad eller vem den smittade har blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Han skall också söka få reda på till vem den smittade kan ha fört smittan vidare. Om läkaren därvid finner anledning anta att en person smittats av sjukdomen ifråga, skall läkaren på lämpligt sätt underrätta denne om hans skyldighet att söka läkare (5 § smittskyddsförordningen). Om den misstänkt smittade inte kan förmås inställa sig för undersökning skall smittskyddsläkaren underrättas härom (26 § smittskyddslagen).

Varje läkare som konstaterar att någon har smittats av en anmälningspliktig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet (SMI) samt beträffande vissa sjukdomar även till den kommunala nämnden; det senare gäller beträffande sjukdomarna upptagna under 1.2 och A2 i bilagan till smittskyddslagen respektive smittskyddsförordningen. Anmälningskyldighet föreligger också när smitta av vissa anmälningspliktiga sjukdomar påträffas i samband med obduktion eller vid analys vid mikrobiologiskt laboratorium. Även sjukdomar som fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form skall anmälas, 20 och 22 §§.

De samhällsfarliga sjukdomarna – bortsett från sjukdomarna upptagna under 1.3. i bilagan till smittskyddslagen – skall anmälas med uppgifter om den smittades namn, personnummer och adress, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de förhållningsregler som meddelats och de åtgärder i form av behandling och andra åtgärder som vidtagits för att förhindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet. Vid anmälan av sjukdomarna upptagna under 1.3 dvs. gonorrhé, hivinfektion, klamydiainfektion, syfilis och ulcus molle skall inte uppgift om den smittades identitet och sannolik smittkälla anges (21 §). Istället skall anmälan innehålla de två första siffrorna och de fyra sista siffrorna i den smittades personnummer samt uppgifter om hemortslän. Om den smittade vid hivinfektion tillhör en riskutsatt grupp skall även denna grupp anges (4 § smittskyddsförordningen). Övriga smittsamma sjukdomar skall anmälas med uppgifter om den smittades identitet samt de övriga uppgifter som behövs för att kunna följa sjukdomens utbredning. Om det behövs kan smittskyddsläkaren eller den kommunala nämnden inhämta kompletterande uppgifter från den läkare som gjort anmälan, 23 §. Smittskyddsförordningen innehåller vidare bestämmelser om tidsfrister inom vilka läkare skall fullgöra den föreskrivna anmälningsskyldigheten. Vidare stadgas att om läkaren misstänker att flera patienter smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom skall smittskyddsläkaren omedelbart underrättas (2 och 3 §§ smittskyddsförordningen).

Utöver den ovan beskrivna anmälningsskyldigheten vid inträffade sjukdomsfall har som tidigare nämnts den behandlande läkaren att lämna en underrättelse till smittskyddsläkaren dels när den smittade eller misstänkt smittade av en samhällsfarlig sjukdom antas inte följa eller inte komma att följa givna förhållningsregler (25 §), dels när en person som vid smittspårning misstänks vara smittad inte utan dröjsmål låter sig undersökas (26 §). Den behandlande läkaren skall också underrätta smittskyddsläkaren om den smittade eller misstänkt smittade avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det (25 §). Det primära syftet med dessa underrättelser är att påkalla smittskyddsläkarens ingripande, varför underrättelserna även skall innehålla identitetsuppgifter.

2.2.5 Smittskyddsläkaren

Som nämnts skall i varje landsting finnas en smittskyddsläkare som skall utses av den nämnd inom landstinget som utövar ledningen av hälso- och sjukvården. Landstinget ansvarar för att smittskyddet planeras och organiseras samt avsätter medel för verksamheten medan smitt-

skyddsläkaren svarar för den direkta ledningen och planeringen i detalj av smittskyddsarbetet. I 7 § görs en uppräknning av de allmänna uppgifter som smittskyddsläkaren har att ombesörja. Enligt denna bestämmelse skall smittskyddsläkaren förutom att planera, organisera och leda smittskyddet även bl.a. verka för samordning och likformighet av smittskyddet, fortlöpande följa smittskyddsläget i landstinget och verka för att förebyggande åtgärder vidtas. Han skall vidare hjälpa den kommunala nämnden, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet, undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal, lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor samt även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd. Utöver dessa allmänna uppgifter har smittskyddsläkaren myndighetsutövande uppgifter bl.a. att fatta beslut rörande tvångsåtgärder, se vidare nedan.

Smittskyddsläkaren och den kommunala nämnden har enligt 12 § en uttrycklig skyldighet att samarbeta med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Vidare skall nämnden informera smittskyddsläkaren om iakttagelser av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom om beslut och viktigare åtgärder som berör smittskyddet. Smittskyddsläkaren och kommunen får själva bestämma formerna för denna samverkan. I samma lagrum stadgas att smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och att de därvid skall lämna de uppgifter som är nödvändiga för verksamheten.

2.2.6 Sekretessbrytande bestämmelser

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgift om den enskildes hälsotillstånd och personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan men för den enskilde eller honom närstående. Sekretessen gäller såväl mot enskild som mot myndighet. Sekretessen bryts om uppgiftsskyldighet råder enligt lag eller förordning. I smittskyddslagen finns vissa sådana sekretessbrytande bestämmelser. Hit hör bl.a. de tidigare beskrivna bestämmelserna om anmälningsskyldighet. Vidare har smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina uppgifter bl.a. rätt att på begäran i ett enskilt fall få upplysningar från och ta del av uppgift hos den kommunala nämnden samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården (8 §). När det gäller hivinfektion finns dessutom vissa särregler rörande bl.a. uppgiftsskyldighet för smittskyddsläkaren, socialnämnd, polismyndighet och frivårdsmyndighet (30 och 31 §§) samt beträffande den som tas in på kriminalvårdsanstalt eller med tvång på annan vårdinrättning (32 §).

Vidare finns regler om skyldighet för myndigheter, som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter som är av betydelse för smittskyddet och för enskild hälso- och sjukvård som står under tillsyn av Socialstyrelsen, att på smittskyddsläkarens begäran lämna för honom behövliga uppgifter om smittbärare vid vissa samhällsfarliga sjukdomar (29 §).

2.2.7 Personinriktade tvångsåtgärder

I förarbetena framhålls, att även om utgångspunkten för smittskyddsarbetet skall vara att motivera den enskilde till frivillig medverkan, förutsätter ett effektivt smittskyddsarbete att åtgärder kan vidtas mot den enskildes vilja. Det understryks dock att tvångsåtgärder får tillgripas först om försöken att förmå den enskilde till frivillig medverkan inte lyckas. Enligt 28 § bör smittskyddsläkaren innan han tillgriper en tvångsåtgärd söka nå rättelse på frivillig väg om det kan ske utan risk för smittspridning.

De personinriktade tvångsåtgärder som medges enligt smittskyddslagen är tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering.

Enligt 36 § får smittskyddsläkaren besluta om *tvångsundersökning* av någon som enligt 13 § är skyldig att låta sig undersökas men som inte utan dröjsmål gör detta. Det skall därvid föreligga en grundad misstanke i det enskilda fallet att personen blivit smittad. Vad som avses härmed har tidigare redovisats i samband med redogörelsen för den enskildes skyldigheter. Tvångsundersökningen får inte innebära ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men. Ett beslut om tvångsundersökning kan inte överklagas.

I fall då det ännu inte står klart om en person är smittad eller ej av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren, om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad spridning, besluta om *tillfälligt omhändertagande* (37 §). Omhändertagandet får vara högst sju dagar och gäller endast de samhällsfarliga sjukdomar som upptagits under 1.1 och 1.2 i bilagan till smittskyddslagen, dvs. andra än de sexuellt överförbara sjukdomarna. Som förutsättning gäller att det föreligger en speciell omständighet som tyder på att man inte kan räkna med patientens frivilliga medverkan. Det kan härvid vara fråga om klara uttalanden från personen ifråga eller personens sociala situation eller livsföring. Beslut om tillfälligt omhändertagande får överklagas hos länsrätten.

Som en yttersta åtgärd för att förhindra smittspridning av samhällsfarlig sjukdom kan vidare *tvångsisolering* tillgripas. Enligt 38 § kan beslut om tvångsisolering fattas i två fall. Det ena är om den smit-

tade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att förhindra smittspridning. Ett beslut om tvångsisolering skall också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär uppenbar risk för smittspridning. Det är länsrätten som på ansökan av smittskyddsläkaren fattar beslut om tvångsisolering. Isoleringen får pågå under högst tre månader från den dag den smittade togs in på sjukhus på grund av beslutet (40 §). Om behov av isolering föreligger även efter denna tid skall smittskyddsläkaren innan tremånadersfristens utgång ansöka om förlängning av isoleringen hos länsrätten (41 §). Ett beslut om förlängning får avse högst sex månader åt gången. Någon yttersta gräns för den sammanlagda isoleringen finns inte. Tvångsisolering skall ske på ett sjukhus som drivs av landsting (38 §).

Om länsrättens beslut om tvångsisolering inte kan avvaktas på grund av risken för smittspridning skall smittskyddsläkaren enligt 39 § fatta beslut härom. Ett sådant beslut av smittskyddsläkaren skall omedelbart underställas länsrättens prövning.

När det inte längre finns skäl för isolering skall smittskyddsläkaren ofördröjligen besluta om att tvångsisoleringen skall upphöra. Smittskyddsläkaren skall vidare ofördröjligen pröva frågan om isoleringens upphävande när den isolerade begär det, 42 §. Om begäran inte bifalls kan beslutet överklagas hos länsrätten (52 §).

När det gäller innehållet i isoleringen föreskrivs i 43 § att den isolerade skall tas väl om hand och få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så att isoleringen kan upphöra. Sedan en lagändring 1996 finns vissa rättigheter för den isolerade uttryckligt reglerade i lagen såsom rätt till sysselsättning och fysisk träning samt daglig utevistelse om synnerliga hinder inte finns mot utevistelsen. I 43 a § regleras vidare rätten att föra telefonsamtal, att ta emot besök och att sända och ta emot brev. Chefsöverläkaren får efter samråd med smittskyddsläkaren besluta om inskränkningar i dessa rättigheter om syftet med tvångsisoleringen i annat fall skulle motverkas. Den som är tvångsisolerad får vidare underkastas den begränsning i rörelsefriheten som är nödvändig för att genomföra tvångsisoleringen (44 §). Smittskyddslagen innehåller vidare bestämmelser om egendom som den isolerade inte får ha och om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning av den isolerade, om kontroll av försändelser samt om omhändertagande och förstöring av viss egendom (45–48 §§).

Den isolerade får enligt 49 § ges tillstånd att vistas utanför sjukhusets område. Beslut om sådant tillstånd meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren, eller efter delegation, av chefsöverläkaren själv. Tillståndet får förenas med villkor. Ett beslut om avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför sjukhusets område,

återkallande av sådant tillstånd eller meddelande av villkor får överklagas hos länsrätten (52 §).

Av 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att ansvaret för ledningsuppgifter rörande tvångsisolering utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Om verksamhetschefen saknar sådan kompetens fullgörs uppgifterna istället av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller sådan befattningshavare som förordnats enligt 50 a § smittskyddslagen.

Enligt 50 a § får landstinget vid tvångsisolering av den som för smitta av hivinfektion förordna någon inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra de uppgifter som åvilar chefsöverläkaren enligt smittskyddslagen.

2.2.8 Objektinriktade tvångsåtgärder

Den kommunala nämnden svarar som tidigare nämnts för att åtgärder vidtas mot objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. För att kunna fullgöra sina åligganden härvidlag har nämnden givits befogenhet att meddela de förbud och förelägganden som behövs för att hindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite. Om beslutet inte följs, eller även annars i brådskande fall, kan nämnden besluta om rättelse på den enskildes bekostnad (33 §).

Nämnden har vidare rätt att om det är nödvändigt för att förhindra spridning av samhällsfarlig sjukdom låta förstöra föremål av personlig natur och att låta avliva sällskapsdjur. Vid ett beslut om förstöring skall nämnden betala skälig ersättning till den som drabbats av beslutet (34 §). Beträffande ersättning vid avlivning av sällskapsdjur se avsnitt 2.3.3.

För att kunna fullgöra sina uppgifter har nämnden rätt till tillträde och rätt att göra undersökningar och ta de prover som behövs (35 §). Beslut som den kommunala nämnden fattar enligt smittskyddslagen kan överklagas hos länsrätten (51 §).

2.2.9 Biträde av polis m.m.

För att säkerställa att vissa åtgärder som är nödvändiga skall kunna genomföras finns enligt 62 § möjlighet att begära biträde av polis. Polishjälp kan begäras för inställelse för tvångsundersökning, för inställelse på sjukhus i samband med tillfälligt omhändertagande eller tvångs-

isolering, för den kommunala nämndens tillträde till bl.a. lokaler och för Socialstyrelsens tillsyn.

Smittskyddslagen innehåller även vissa bestämmelser om handläggningen av mål och ärenden enligt smittskyddslagen, bl.a. rörande tidsfrister och rättens sammansättning i vissa fall.

2.2.10 Tillsyn

Tillsynen över smittskyddet utövas enligt 65 § av Socialstyrelsen. Tillsynsansvaret omfattar all verksamhet som bedrivs av myndigheter och andra som har ålagts ett ansvar enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen har därvid rätt att få tillgång till de handlingar och upplysningar som behövs samt att inspektera den smittskyddsverksamhet som bedrivs (66 och 68 §§). Socialstyrelsen har vidare rätt att meddela förelägganden, vilka kan förenas med vite (67 §). Ett sådant beslut får överklagas hos länsrätten (53 §). Enligt 69 § smittskyddslagen och 10 § smittskyddförordningen får Socialstyrelsen också ge föreskrifter om frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination. Med stöd i dessa bestämmelser har Socialstyrelsen bl.a. utfärdat "Foreskrifter och allmänna råd vid tillämpning av smittskyddslagen" (SOSFS 1989:18).

2.3 Annan lagstiftning på smittskyddets område

2.3.1 Karantänslagen (1989:290)

Karantänslagen med anslutande förordning kompletterar smittskyddslagen med vissa bestämmelser till skydd mot att s.k. karantänssjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet genom land-, luft- eller sjötrafik. Med karantänssjukdom avses enligt 2 § gula febern, kolera och pest. Den kommunala nämnd som ansvarar för miljö- och hälsoskydd är enligt 3 § ansvarig för att sanitära åtgärder vidtas beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur medan smittskyddsläkaren ansvarar för andra smittskyddsåtgärder. Socialstyrelsen har enligt 18 § tillsyn över karantänsverksamheten i landet. Vissa hamnar och flygplatser skall bestämmas vara karantänshamnar eller karantänflygplatser. Enligt 9 § skall befälhavaren på ett fartyg eller luftfartyg bl.a. då han har anledning att anta att smitta av karantänssjukdom kan finnas ombord senast vid ankomsten till sådan hamn eller flygplats lämna uppgift om hälsotillståndet till tullmyndigheten. Tullmyndigheten skall därvid underrätta smittskyddsläkaren som har att besluta om eventuella

smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen. Förbud mot avresa föreligger enligt 14 § för den som på grund av en karantänssjukdom tagits in på sjukhus, meddelats förhållningsregel om isolering eller tvångsisolerats enligt smittskyddslagen. I lagen finns också bestämmelser om råttbekämpning i hamnområden.

2.3.2 Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter

Lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och liknande verksamheter, som trädde i kraft den 1 juli 1987, tillkom mot bakgrund av oron för spridning av hiv på s.k. bastu- och videoklubbar. Syftet med lagen var att skydda människor från att smittas.

Enligt 2 § får tillställning och sammankomst till vilken allmänheten har tillträde inte anordnas, om den med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare. Bestämmelsen är endast tillämplig då det är fråga om sexuellt umgänge mellan besökare. Bordeller och pornografiska föreställningar omfattas normalt inte av denna lag; här finns istället straffbestämmelser i annan lagstiftning. Genom att en förutsättning för förbudet är att allmänheten har tillträde till tillställningen eller sammankomsten faller möten i slutna sällskap och sammankomster i hem och på andra platser där allmänheten inte har tillträde utanför tillämpningsområdet. Förbudet omfattar dock även verksamhet som är att jämställa med tillställning eller sammankomst dit allmänheten har tillträde, dvs. då de faktiska omständigheterna utvisar att den är offentlig. Enligt 3 § skall den som bryter mot förbudet dömas till fängelse i högst två år eller, om omständigheterna är mildrande, till böter.

2.3.3 Vissa bestämmelser om ekonomiska förmåner

Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

För den som fått sin arbetsförmåga nedsatt till följd av smittsam sjukdom föreligger rätt till sjukpenning eller sjuklön om förutsättningarna härför i övrigt är uppfyllda. Den som inte förlorat arbetsförmågan men är smittbärare kan istället få ersättning enligt lagen om ersättning till

smittbärare. Enligt 3 § har smittbärare rätt till ersättning av allmänna medel, s.k. smittbärappenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen eller
2. läkarundersökning eller hälsokontroll utan att beslut har fattats men som syftar till att klarlägga om han är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta eller ett sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda.

Utöver smittbärappenning ges även rätt till resekostnadsersättning.

Med smittbärare avses enligt 1 § den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen eller den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. När det gäller de ovan angivna förutsättningarna för smittbärappenning skall noteras att ett beslut enligt smittskyddslagen endast kan avse en samhällsfarlig sjukdom. En ansökan om ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare görs till försäkringskassan vilken fattar beslut om ersättning (11 §). Vidare finns i lagen närmare regler om bl.a. beräkning av smittbärappenning samt samordning med annan ersättning. Någon karensdag gäller inte vid smittbärappenning utan ersättning utgår från första dagen i ersättningsperioden. I lagen ges även möjlighet att sätta ned eller dra in smittbärappenningen i vissa fall.

Ekonomiska förmåner i samband med smitta finns även reglerade i *lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade* och *förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar*. I detta sammanhang kan även nämnas att *lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL)* och *förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar* innehåller bestämmelser om ekonomiska förmåner i form av bl.a. rätt till tillfällig föräldrapenning i samband med smitta hos barnet (4 kap. 10 § AFL) respektive avgiftsfrihet för vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (4 § förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar).

Enligt *förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom* kan en enskild eller ett företag få ersättning från staten för kostnader och förluster som orsakats av att en myndighet ingripit enligt smittskyddslagen (dock endast beträffande vissa sjukdomar) eller enligt livsmedelslagstiftningen för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Förordningen innehåller närmare bestämmelser om i vilka

fall sådan ersättning kan ges och hur ersättningen kan beräknas. Bland annat finns en särskild bestämmelse om möjlighet till ersättning om en myndighet låtit avliva ett sällskapsdjur.

2.3.4 Epizootilagen (1980:369)

Epizootilagen innehåller bestämmelser för att förhindra allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa (epizootiska sjukdomar). Vilka sjukdomar som omfattas av lagen anges i epizootiförordningen (1980:371). Enligt 2 § epizootilagen har den enskilde skyldighet att anmäla till veterinär om han har anledning att misstänka att ett djur i hans vård drabbats av epizootisk sjukdom. Det åligger veterinären att genomföra undersökning samt att i den utsträckning det behövs besluta om bl.a. förbud mot att besöka eller att lämna en fastighet där sjukfallet inträffat (3 och 4 §§ epizootilagen). Veterinären har också enligt 4 § förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion en skyldighet att underrätta bl.a. Jordbruksverket vid misstanke om epizootisk sjukdom. Vid konstaterat fall av epizootisk sjukdom har Jordbruksverket att om det behövs besluta bl.a. om ovannämnda förbud och om vissa andra åtgärder (5 § epizootilagen). Enligt 7 § epizootilagen får vidare Jordbruksverket, för att bekämpa och förebygga epizootiska sjukdomar, meddela föreskrifter om olika åtgärder, däribland avlivning, smittrening samt skyddsypning eller annan förebyggande behandling av djur. Jordbruksverket anses också ha rätt att fatta beslut om dessa åtgärder i det enskilda fallet. Den centrala tillsynen över lagens efterlevnad utövas enligt 9 § epizootilagen av Jordbruksverket medan länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Länsstyrelsen har rätt att meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs och får även förordna om rättelse på den enskildes bekostnad. Lagen innehåller även bestämmelser om ersättning av statsmedel för kostnad eller förlust som uppkommit till följd av ett ingripande enligt epizootilagstiftningen (10 och 11 §§ epizootilagen).

2.3.5 Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur

Lagen om bekämpande av salmonella hos djur innehåller bestämmelser om åtgärder för att bekämpa och hindra spridning av uppkommen salmonellainfektion hos husdjur och djur som hålls i fångenskap. Jordbruksverket får besluta om bl.a. slakt, isolering av djur, smittrening och andra åtgärder som är nödvändiga från bekämpningssynpunkt (1 §).

Tillsynen över efterlevnaden av ovannämnda beslut utövas genom veterinär som Jordbruksverket utsett (3 §). Jordbruksverket får meddela de förelägganden som uppenbart behövs för lagens efterlevnad och får också förordna om rättelse på den enskildes bekostnad (4 §). Vissa befogenheter som ankommer på verket enligt lagen kan dock delegeras (5 §). I förordningen om bekämpande av salmonella hos djur (1984:306) finns bestämmelser om möjlighet till ersättning för den som orsakats kostnader och förluster på grund av beslut enligt lagen eller dess följdbestämmelser.

2.3.6 Lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

Lagen om provtagning på djur, m.m. avser enligt 1 § bl.a. kartläggning och kontroll av smittsamma djursjukdomar och åtgärder för att hindra spridning av smittsamma djursjukdomar. Enligt 2 § får Jordbruksverket föreskriva eller i det särskilda fallet besluta om provtagning eller undersökning. Verket får vidare besluta bl.a. om avlivning av djur, isolering av djur eller andra begränsningar i hanteringen av djur (4 a §). Om inte annat föreskrivits utövar Jordbruksverket enligt 7 § tillsynen över efterlevnaden av sådana föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av lagen. Möjlighet finns att delegera viss tillsyn. Tillsynsmyndigheten får meddela förelägganden och förbud.

2.3.7 Livsmedelslagen (1971:511)

Livsmedelslagen innehåller bl.a. bestämmelser som syftar till att förebygga uppkomst och förhindra spridning av smitta via livsmedel. Med livsmedel avses enligt 1 § matvara, dryckesvara, njutningsmedel eller annan vara som är avsedd att förtäras av människor med undantag av vara på vilken läkemedelslagen (1992:859) är tillämplig. Med livsmedel avses även dricksvatten. Lagens bestämmelser gäller med vissa undantag inte hantering av livsmedel i enskilt hushåll. Den gäller inte heller hantering i kök i förskola eller fritidshem med högst två avdelningar (3 §). I lagen och de bestämmelser som följer av lagen finns detaljerade bestämmelser om bl.a. livsmedels beskaffenhet, hantering och saluhållande. Vidare finns bestämmelser om personhygien och om livsmedelslokal.

Enligt 24 § utövar Statens livsmedelsverk den centrala tillsynen över efterlevnaden av livsmedelslagstiftningen medan länsstyrelsen utövar den närmare tillsynen inom länet. Den eller de kommunala

nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet utövar tillsynen inom kommunen i den mån regeringen inte föreskrivit att den skall utövas av Livsmedelsverket. Tillsynsmyndigheten har bl.a. rätt att få tillträde till områden, livsmedelslokaler och andra utrymmen och att där göra undersökningar och ta prover (26 §). Tillsynsmyndigheten får vidare meddela de förelägganden och de förbud som uppenbart behövs och kan även besluta om rättelse på den enskildes bekostnad (25 §). Härutöver kan myndigheten under vissa förutsättningar ta hand om en vara och i vissa fall även låta förstöra den (27 §).

2.3.8 Miljöbalken (1998:808)

I miljöbalken har femton lagar som berör miljö- och hälsoskyddet sammansmälts, bl.a. hälsoskyddslagen (1982:1080) miljöskyddslagen (1969:387) och renhållningslagen (1979:596). Enligt 1 kap. 1 § miljöbalken är målet med balken att främja en hållbar utveckling och att tillförsäkra nuvarande och kommande generationer en hälsosam och god miljö. 2 kap. i miljöbalken innehåller rättsligt bindande principer och allmänna hänsynsregler. Ett flertal av hälsoskyddslagens bestämmelser återfinns i 9 kap. som rör miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd. Vissa av hälsoskyddslagens bestämmelser har istället tagits in i förordningen (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd. Med stöd av miljöbalkens regler om hälsoskydd och därtill anslutande bestämmelser kan ingripanden göras i syfte att förebygga eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Enligt 9 kap. 3 § avses med olägenhet för människors hälsa – vilket begrepp ersatt hälsoskyddslagens begrepp sanitär olägenhet – en störning som enligt medicinsk eller hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. I 9 kap. finns vidare bestämmelser som föreskriver att bostäder och lokaler för allmänna ändamål skall brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa inte uppkommer och att de skall hållas fria från ohyra och andra skadedjur (9 kap. 9 § 1 st.) samt att ägare eller nyttjanderätthavare till berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att hindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa (9 kap. 9 § 2 st.). Härutöver finns bestämmelser bl.a. om avloppsanläggningar och anläggningar för grundvattentäkter. Vidare finns regler som medger möjlighet att meddela föreskrifter i olika hänseenden om sådana behövs för att inte olägenhet för människors hälsa skall uppstå.

Enligt 26 kap. 1 § skall tillsynsmyndigheten kontrollera efterlevnaden av miljöbalken och bestämmelser som följer av balken. Den närmare fördelningen av tillsynsansvaret framgår av förordningen

(1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. När det gäller tillsynen över miljö- och hälsoskyddet inom kommunen, med undantag för sådan miljöfarlig verksamhet som kräver tillstånd, anges dock direkt i balken att den skall utövas av den eller de nämnder som kommunen bestämmer (26 kap. 3 §). För att kunna utöva tillsyn har myndigheten rätt till tillträde och att få göra undersökningar (28 kap. 1 §). Tillsynsmyndigheten har vidare rätt att meddela förelägganden och förbud (26 kap. 9 §). Om det meddelade föreläggandet eller förbudet inte åtlyfts, kan myndigheten begära verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten (26 kap. 17). Möjlighet finns också att besluta om rättelse på den felandes bekostnad (26 kap.18 §).

2.4 Bestämmelser i annan lagstiftning med anknytning till frågor som rör smittskyddet

2.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) återfinns de grundläggande reglerna för hälso- och sjukvården. Landstinget har ansvar för att de inom landstinget bosatta erbjuds en god hälso- och sjukvård men skall även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen (3 §HSL). Även kommunerna har i några fall skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård, dock ej läkarvård. Socialstyrelsen utövar tillsyn över hälso- och sjukvården.

I 2–2 c §§ HSL finns de grundläggande principerna för hur sjukvården skall bedrivas. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bl.a. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Så långt det är möjligt skall vård och behandling utformas och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvården skall vidare arbeta för att förebygga ohälsa. Upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada skall när det är lämpligt ges till den som vänder sig till hälso- och sjukvården.

HSL innehåller även bestämmelser rörande ledningen av hälso- och sjukvården. I 29 § redogörs med hänvisning till smittskyddslagens regler för vem som har ansvaret för ledningsuppgifter rörande tvångsisolering.

2.4.2 Psykiatrisk tvångsvård

Bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård finns i *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)* och *lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)*. Ändamålet med tvångsvården är enligt 2 § LPT att se till att den som är i oundgängligt behov av sådan psykiatrisk vård, som ges efter intagning på sjukvårdsinrättning, blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han behöver. När det gäller LRV har samhällsskyddet fått större betydelse. LPT och LRV är i stora delar samordnade men skiljer sig i vissa avseenden.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Tvångsvård enligt 3 § LPT får endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Som ytterligare förutsättning gäller också att patienten motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundläggande ställningstagande i frågan. Samtliga tre förutsättningar skall föreligga samtidigt. Vid bedömningen skall vidare beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård fattas av chefsöverläkaren vid en enhet för psykiatrisk vård och skall grundas på ett av annan läkare utfärdat s.k. vårdintyg. Tvångsvård enligt sådant beslut kan äga rum under högst fyra veckor. Om patienten är intagen för frivillig psykiatrisk vård kan beslut om tvångsvård fattas även utan vårdintyg, s.k. konvertering, vilket beslut dock endast kan avse fyra dagar. Om ytterligare tvångsvård erfordras skall länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren besluta i frågan. Chefsöverläkaren skall genast besluta om tvångsvårdens upphörande när förutsättningar för denna inte längre föreligger. Chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård eller avslag på begäran om att tvångsvården skall upphöra kan överklagas av patienten hos länsrätten.

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

För den som fällt till ansvar för brottslig gärning eller är misstänkt för sådan gärning kan i vissa fall beslutas om rättspsykiatrisk vård. Enligt 31 kap. 3 § brottsbalken kan domstolen vid bestämmandet av påföljd

för en gärning besluta om överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Förutsättningarna, förutom att det måste vara fråga om ett brott där påföljden inte kan stanna vid böter, är att gärningsmannen lider av en allvarlig psykisk störning och att det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. I beslutet kan domstolen under viss förutsättning föreskriva att vården skall förenas med särskild utskrivningsprövning.

Härutöver kan chefsöverläkaren vid en enhet för rättspsykiatrisk vård eller för rättspsykiatrisk undersökning besluta om rättspsykiatrisk vård för bl.a. den som är anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt. Förutsättningarna är att den som beslutet rör lider av en allvarlig psykisk störning och med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sin personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning samt att han motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett ställningstagande i frågan. I de fall där beslutet inte fattats av en domstol i ett brottmål kan beslutet överklagas hos länsrätten.

2.4.3 Lagstiftning på socialtjänstens område

Enligt 3 § socialtjänstlagen (1980:620) (SoL) har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I 6 § SoL regleras den enskildes rätt till bistånd från socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Häri ingår också insatser för rehabilitering av missbrukare. Socialnämnden har vidare enligt 11 § ett ansvar för insatser i syfte att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Nämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och den vård han behöver för att komma ifrån missbruket. Vidare skall socialnämnden enligt 22 § SoL sörja för att den som behöver vårdas eller bo i annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller hem för vård och boende. Kommunen skall enligt 23 § (med undantag för LVM- och LVU-hem) tillgodose behovet av familjehem och hem för vård och boende. Närmare bestämmelser om sådana hem och om vårdens utformning finns i socialtjänstförordningen. Beslut som rör bistånd till vård och behandlingsinsatser m.m. kan endast överklagas genom s.k. kommunalbesvär. Beslutet prövas i laglighetshänseende men domstolen kan inte ändra det materiella innehållet i beslutet.

Insatser enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet från den enskildes sida. Lagen kompletteras dock i två fall av tvångsbestämmelser, nämligen lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Den sistnämnda lagen kommer dock inte att redogöras för här.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Enligt 4 § LVM skall tvångsvård beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningssmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt. En förutsättning för beslut om vård enligt LVM är vidare att missbrukaren till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Tvångsvård beslutas av länsrätten efter ansökan av socialnämnden och lämnas genom särskilda s.k. LVM-hem.

För att möjliggöra att erforderliga smittskyddsåtgärder vidtages för att förhindra smittspridning finns en sekretessbrytande regel i 26 a § LVM. Enligt denna skall, en vid LVM-hemmet verksam person som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som får kännedom om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom, underrätta den som förestår vården vid hemmet om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning. I smittskyddslagen finns bestämmelser om behandlande läkares skyldighet att vid hivinfektion informera ansvarig läkare för LVM-vården.

2.4.4 Sekretesslagen (1980:100)

Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100), SekrL, gäller sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd och personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan men för den enskilde eller honom närstående. Även smittskyddsläkaren omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL. Vidare gäller sekretess för uppgifter hos socialtjänsten, polisen och kriminalvården (7 kap. 4, 19 och 21 §§). Sekretesslagen bygger på principen att sekretess gäller mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en myndighet (1 kap. 3 § SekrL). Undantag gäller för de fall myndigheten är skyldig att lämna uppgifter till annan myndighet enligt lag eller förordning

(14 kap. 1 §), vissa angivna fall då uppgifter får lämnas trots sekretess (14 kap. 2 § SekrL m.fl. bestämmelser) och de fall i vilka den s.k. generalklausulen är tillämplig (14 kap. 3 §). Enligt generalklausulen får sekretessbelagda uppgifter i viss utsträckning lämnas mellan myndigheter efter en intresseavvägning. Detta gäller dock inte hälso- och sjukvårdssekretessen i 7 kap. 1 §. Vidare gäller undantag från sekretess enligt 1 kap. 5 § i fall av s.k. nödvändigt uppgiftsutlämnande. Emellertid skall denna senare bestämmelse utnyttjas restriktivt.

Motsvarande bestämmelser om sekretess inom enskild hälso- och sjukvård finns i 2 kap. 8–10 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

2.4.5 Bestämmelser på straffrättens område

Svensk rätt saknar straffbestämmelse som är särskilt avpassad för överföring av smittsam sjukdom från en person till annan. Brottsbalken (BrB) innehåller emellertid ett flertal bestämmelser som beroende på omständigheterna i det enskilda fallet kan tillämpas på den som betar sig på ett sådant sätt att smittsam sjukdom överförs eller riskerar att överföras.

I 3 kap. BrB finns ett antal bestämmelser som kan tillämpas vid överföring av smittsam sjukdom. Enligt 3 kap. 1 § BrB döms den som berövar annan livet för mord eller om brottet är att anse om mindre grovt för dråp (2 §). Orsakar någon av oaktsamhet annans död döms för vållande till annans död (7 §). Den som tillfogar annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta döms för misshandel (5 §) eller grov misshandel (6 §). Åsamkar någon av oaktsamhet annan person kroppsskada eller sjukdom som ej är ringa döms för vållande till kroppsskada eller sjukdom (8 §). Slutligen döms den som av grov oaktsamhet utsätter annan för livsfara eller fara för svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom, för framkallande av fara för annan (9 §). Försök eller förberedelse till mord, dråp eller sådan misshandel som inte är ringa är också straffbart (11 §).

Bestämmelser som kan bli aktuella att tillämpa finns även i 13 kap. BrB. Enligt 13 kap. 7 § kan den som framkallar allmän fara för människors liv eller hälsa genom att förgifta eller infektera livsmedel, vatten eller annat, på annat sätt sprida gift eller dylikt eller överföra eller sprida allvarlig sjukdom dömas för spridande av gift eller smitta. Den som av oaktsamhet begår sådan gärning döms enligt 13 kap. 9 § för vårdslöshet med gift eller smittämne. Försök eller förberedelse till spridande av gift eller smitta är straffbart (12 §).

Undersökning beträffande hivsmitta i brottmål

Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken får blodprov tas på den som skäligen kan misstänkas för ett brott som kan medföra fängelse, om syftet med provtagningen är att utröna omständigheter som kan vara av betydelse för utredningen om brottet.

Genom *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål* ges möjlighet till provtagning på en person som är misstänkt för brott även i vissa andra fall än ovan. Enligt 1 § skall en undersökning av den misstänkte äga rum om målsäganden begär det. Sådan begäran kan framställas avseende en person som är skäligen misstänkt för sexualbrott, varigenom hivinfektion kunnat överföras till målsäganden. Begäran kan också framställas avseende någon som är skäligen misstänkt för annat brott om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att hivinfektion kunnat överföras till målsäganden genom brottet. Enligt 2 § fattas beslut om undersökning av åklagare eller domstol. Målsägande och åklagare skall underrättas om resultatet av undersökningen.

3 Smittspridning i Sverige och i omvärlden

3.1 Inledning

I kapitlet redogörs för förekomsten av smittsamma sjukdomar i såväl nationellt som svenskt perspektiv. I avsnitt 3.4 behandlas särskilt vissa frågor om hivinfektion. För att ge en bild av smittskyddssituationens föränderlighet ges i det avslutande kapitlet några exempel på bl.a. nyupptäckta samband mellan smittämnen och olika sjukdomar. För en medicinsk beskrivning av de smittsamma sjukdomarna hänvisas till del B bilaga 8.

3.2 Smittskyddssituationen internationellt

3.2.1 Det globala läget

Under de senaste tjugo åren har oförutsedda problem uppträtt. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras, som t.ex. hivinfektion, legionella och den hemorragiska febern ebola, och "gamla" sjukdomar har återuppstått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Uppkomsten av bakterier som är resistent mot antibiotika och andra läkemedel är ett exempel på förändringar som medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen. Resistent smittämnen har uppträtt bl.a. när det gäller tuberkulos, malaria, tyfoidfieber och pneumokocker. Så beräknas t.ex. drygt 20 % av tuberkulosfallen i Östeuropa vara orsakade av multiresistenta tuberkelbakterier. Bl.a. med hänsyn till resistensproblemen har enligt Världshälsoorganisationen (WHO) även infektioner som erhålls vid vård på sjukhus blivit ett allt större och allvarigare problem.

Samtidigt kan konstateras att utbredningen av några av de sjukdomar som sedan lång tid utgjort ett hot mot många människors hälsa tagit en positiv riktning. *Smittkoppor* förklarades vara utrotade 1980 och WHO har förklarat som mål att *polio* skall vara utrotad år 2000.

Flera av de sjukdomar som drabbar ett stort antal människor förekommer främst i utvecklingsländerna. Emellertid utgör infektionssjukdomar ett problem även i de industrialiserade länderna.

Så är t.ex. *diarrésjukdomar* en av de vanligast förekommande infektionsgrupperna världen över varvid huvuddelen orsakas av livsmedelsburna mikroorganismer. Livsmedelsburna infektioner, orsakade av t.ex. hepatit A, salmonella och campylobacter, skapar problem av större omfattning även i de industrialiserade länderna. Även *hepatit B* och *hepatit C* är globalt förekommande i stor omfattning. Enligt beräkningar 1997 lever t.ex. mer än 350 miljoner människor med kronisk hepatit B.

De *sexuellt överförbara sjukdomarna* (STD) utgör ett stort problem världen över. WHO uppskattade att ungefär 333 miljoner nya fall inträffade bland vuxna under 1995. En ökning av förekomsten av STD har märkts i bl.a. östeuropeiska länder. *Hiv/aids* förekommer nu på alla kontinenter. UNAIDS (om denna organisation se kap. 20) uppskattar att över 30 miljoner människor levde med hivinfektion i slutet av 1997 och att antalet nysmittade människor 1997 överskred fem miljoner. Av dessa nysmittade människor var ca 2 miljoner kvinnor och ca 500 000 barn under 15 år.

De trender som enligt UNAIDS kan ses när det gäller utbredningen av hiv/aids i världen är att det föreligger tecken på en snabb ökning av antalet fall såväl i vissa länder i Asien som i vissa delar av Östeuropa. I t.ex. Ukraina har totalt drygt 25 000 fall av hivinfektion rapporterats varav drygt hälften under 1997. Emellertid syns tecken på att spridningen av hivinfektion minskat i länder som är hårt drabbade men där man aktivt satsat på förebyggande insatser, bl.a. Uganda och Thailand. Vidare synes förekomsten av nya fall av hiv/aids minska eller i vart fall stabiliseras i vissa andra regioner. Så har t.ex. antalet aidsfall minskat i de nordeuropeiska länderna, i Australien och Nya Zeeland samt i USA. Orsakerna till dessa förändringar är bl.a. tillgången till ny medicinsk behandling och behöver inte innebära att riskerna för smittspridning i sig har minskat.

WHO har förklarat att *tuberkulos* återigen är ett akut hot mot den globala folkhälsan bl.a. på grund av problemen med resistent tuberkelbakterier. Drygt 95 % av dem som bär på tuberkulos finns i utvecklingsländerna. I stora delar av Östeuropa, däribland de baltiska staterna, har emellertid antalet fall av tuberkulos ökat och förekomsten av tuberkulos synes också ha ökat bland utlandsfödda personer i Europa. Där emot har förekomsten av *difteri* kunnat hejdas genom vaccination och denna infektion är nu mycket ovanlig i industriländerna. Vaccinationens betydelse visas bl.a. genom att nya difteriepidemier uppträdde i f.d. Sovjetunionen när vaccinationsprogrammen sviktade. Efter mas-

siva vaccinationsinsatser synes emellertid spridningen i regionen vara på nedgång.

3.2.2 Nordisk jämförelse

En uppfattning om förekomsten av smittsamma sjukdomar i de nordiska länderna kan erhållas genom jämförelser baserade på antalet anmälda fall i respektive land. Förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar åren 1992, 1995 och 1997 presenteras i tabell 3:1. Beträffande Island har statistik dock endast varit tillgänglig för 1995. Uppgifterna har hämtats från respektive lands motsvarighet till Smittskyddsinstitutet (SMI). Det bör emellertid framhållas att jämförelser måste göras med viss försiktighet eftersom länderna använder sig av något olika rapporterings- och redovisningssystem samt då undersöknings- och rapporteringsbenägenheten också kan variera.

Den allmänna situationen i Norge, Danmark, Finland och Sverige ser emellertid relativt likartad ut. Så är t.ex. diarrésjukdomar ett allmänt spritt problem i samtliga länder. Sedan mitten av 1990-talet har t.ex. noterats en ökning av hepatit A bland narkotikamissbrukare i samtliga dessa nordiska länder. De sexuellt överförbara sjukdomarna gonorré och syfilis har vidare blivit mer sällsynta i samtliga nordiska länder. Även beträffande klamydia har en nedåtgående trend märkts sedan slutet av 1980-talet. Dock har bl.a. i Danmark och Finland liksom i Sverige åter märkts en viss ökning de senaste åren.

Även om situationen på ett allmänt plan är likartad för de nordiska länderna föreligger påtagliga skillnader beträffande förekomsten av enskilda sjukdomar, vilket också återspeglas i tabellen. Finland har t.ex. en högre förekomst av tuberkulos och syfilis vilket åtminstone till viss del kan förklaras med närheten till Ryssland där dessa sjukdomar ökat. Danmark skiljer sig också ganska markant från övriga nordiska länder när det gäller hivinfektion. Orsakerna till denna skillnad mellan situationen i Danmark och i t.ex. Sverige är svårbedömda och frågan har också de senaste åren varit mycket omdiskuterad. Vissa forskare har framhållit betydelsen av att hivinfektion inte omfattas av skyldigheterna i den danska smittskyddslagen. Det finns inte heller någon skyldighet att delta i smittspårning. Vidare har Danmark inte haft motsvarande program för preventiva åtgärder som finns i Sverige. Andra forskare har däremot framhållit att oavsett dessa förhållanden har antalet nyanmälda fall av hivinfektion minskat under 1990-talet. Enligt dessa forskare har bl.a. det förhållandet att hivinfektion var mer utbredd i Danmark redan i början av epidemin medfört att även den fortsatta spridningsnivån legat högre.

Tabell 3:1 Ungefärligt antal anmälda fall av vissa smittsamma sjukdomar per 100 000 invånare 1992, 1995 och 1997

<i>Sjukdom</i>	<i>År</i>	<i>Danmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>	<i>Island*</i>
Tuberkulos	1992	7,3	13,5	6,6	7,0	
	1995	8,6	11,8	5,4	5,7	2,6
	1997	10,7	11,1	4,6	5,1	
Hepatit B	1992	1,2	1,7	0,8	2,4	
	1995	2,1	2,2	2,3	3,3	4,1
	1997	1,8	6,0	4,3	1,7	
Hepatit A	1992	3,3	0,75	2,9	3,2	
	1995	1,9	3,2	5,7	6,8	
	1997	2,1	3,3	7,8	7,0	
Salmonella	1992	65,2	69,5	23,5	59,7	
	1995	69,3	69,1	23,6	40,3	
	1997	95,1	57,4	32,2	48,4	
Campylobacter	1992	21,8	41,3	14,2	51,7	
	1995	49,8	43,0	24,0	63,1	15,7
	1997	50,5	46,7	27,3	60,0	
Gonorré	1992	10,7	19,6	9,6	5,5	
	1995	5,5	7,4	4,0	2,8	0,4
	1997	3,6	4,2	4,4	2,8	
Klamydia	1992	295	227	236	198	
	1995	248	151	215	156	398
	1997	258	198	224	157	
Syfilis	1992	1,0	0,6	1,1	0,9	
	1995	0,7	3,3	0,1	0,8	0,4
	1997	1,1	3,3	0,25	0,5	
Hiv	1992	7,3	1,8	2,4	4,0	
	1995	5,8	1,4	2,4	2,8	1,9
	1997	5,2	1,3	2,5	2,7	

Anm. * = Kommittén har endast haft tillgång till begränsade uppgifter avseende Island.

3.3 Situationen i Sverige

Det epidemiologiska läget i Sverige följs bl.a. genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till SMI, se närmare om detta i kap. 5.3. För att belysa utvecklingen beträffande förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar visas i tabell 3:2 och 3:3 vissa statistiska uppgifter. I tabell 3.2 redogörs för de enligt smittskyddslagen klassificerade samhällsfarliga sjukdomarna och i tabell 3:3 redogörs för några av de övriga anmälningspliktiga sjukdomarna som har en större inhemsk spridning.

Tabell 3:2 Antalet kliniskt anmälda fall av samhällsfarliga sjukdomar 1988, 1991, 1993, 1994, 1997 och 1998

<i>Sjukdom</i>	<i>1988</i>	<i>1991</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1997</i>	<i>1998*</i>
Gonorré	1 437	617	367	307	246	339
Hepatit A	278	294	274	344	620	233
Hepatit B (akut**)	222	254	211	264	154	1953
Hepatit B (bärare**)	552	1 469	1 996	1 147	711	
Hepatit C	–	2 359	4 028	3 726	2 358	2 576
Hiv	306	327	390	259	241	250
Klamydia	23 878	20 986	14 963	13 625	13 905	15 198
Meningokocksjukdom	80	130	88	66	75	63
Paratyfoid	55	54	22	27	25	25
Salmonella	5 254	5 534	4 344	5 097	4 286	4 237
Shigella	638	686	755	698	585	530
Syfilis	87	121	96	67	47	42
Tuberkulos ***	536	519	619	529	449	458
Tyfoid	26	28	22	16	18	24
Övriga samhällsfarliga sjukdomar	<10	<10	<10	<10	<10	

Källa: SMI:s årsrapport 1997 samt muntliga uppgifter från SMI.

Anm. * Avser preliminära uppgifter. ** Akut = akut insjuknande, bärare = fall där personen bär på smitta utan att samtidigt ha insjuknat. *** T.o.m. 1994 avser statistiken centrala tuberkulosregistrets uppgifter om antalet insjuknade under resp. år, fr.o.m. 1995 avser uppgifterna antalet anmälningar under året. – = ingen rapportering.

**Tabell 3:3 Antalet kliniskt anmälda fall av några
anmälningspliktiga sjukdomar 1989, 1991, 1993,
1994, 1997 och 1998**

<i>Sjukdom</i>	<i>1989*</i>	<i>1991</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1997</i>	<i>1998**</i>
Campylobacter	1 861	4 275	4 485	5 529	5 306	6 474
EHEC	–	–	–	–	137	72
Legionella	18	75	42	39	87	76
Yersinia	–	–	–	–	558	555

Källa: SMI:s årsrapport 1997 samt muntliga uppgifter från SMI.

*Anm.:** Såväl campylobacter som legionella blev anmälningspliktiga först 1 juni 1988 varför 1989 valts som första hela år i tabellen. ** Avser preliminära uppgifter.

– = ingen rapportering eftersom sjukdomarna blev anmälningspliktiga först 1996.

I jämförelse med många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Under 1980- och 1990-talen har dock skett en rad förändringar som påverkat smittskyddssituationen i Sverige. Positiva förändringar har ägt rum genom olika åtgärder som medfört en markant minskning av ett antal olika smittsamma sjukdomar. Ett flertal av de samhällsfarliga sjukdomarna förekommer endast som något enstaka fall under den senaste tioårsperioden. Detta gäller t.ex. polio (1 fall) och difteri (0 fall). Oavsett detta utgör infektionssjukdomarna fortfarande ett väsentligt problem. Nya problem har uppmärksammats, bl.a. förekomsten av antibiotika-resistenta bakterier. Vidare är Sverige idag mer utsatt för smittsamma sjukdomar genom det ökade utbytet med omvärlden. Några faktorer som haft betydelse är människors allt mer omfattande utlandsresor, den ökade invandringen och handeln med livsmedel. *Malaria*, som inte längre är en inhemsk sjukdom, är ett exempel på omvärldens betydelse. De ca 200 fall som anmäls varje år utgörs av personer av svensk eller utländsk härkomst som samtliga har smittats utomlands. Invandringens betydelse visar sig bl.a. i statistiken genom att antalet anmälningar för ett antal sjukdomar ökade markant de första åren under 1990-talet då Sverige mottog ett mycket stort antal asylsökande. När det gäller t.ex. *tuberkulos* där antalet anmälda fall legat relativt konstant under tioårsperioden ses en minskning av de svenskfödda smittade men däremot en ökning av smittade med utländsk härkomst.

Mag- och tarmsjukdomar

Diarrésjukdomar och andra smittsamma mag- och tarmsjukdomar är mycket vanligt förekommande i Sverige. En undersökning från Livsmedelsverket pekar på att runt 500 000 människor drabbas varje år av

någon livsmedelsburen infektion. Särskilt uppmärksammat de senaste åren är *calicivirus* som varit framträdande i ett flertal av de vatten- och livsmedelsburna utbrotten under de senaste åren. En sjukdom som utgör ett inhemskt problem av stor betydelse är *campylobacter*. Antalet campylobacterinfektioner har fortsatt att öka under de senaste tio åren. Mellan 30 och 40 % av fallen rör sig om inhemskt smittade personer. Fram till mitten av 1990-talet förekom inte spridning av *E.coli* O157 (EHEC) i någon nämnvärd utsträckning i Sverige. Situationen förändrades dock 1995 då tre större utbrott inträffade med sammanlagt drygt 100 smittade personer. Större utbrott inträffade även under 1996 och 1997 och omfattade respektive år ett hundratal smittade personer. Där- emot har antalet inhemskt smittade fall av *salmonella* varit relativt konstant sedan mitten av 1980-talet. Av de totalt mellan 3 500 och 5 000 fall av salmonella som årligen anmäls utgörs 10–15 % av inhemskt smittade personer. Trots farhågorna om effekterna av Sveriges inträde i EU har därefter inte noterats några tecken på en ökad förekomst av inhemska salmonellafall.

Sexuellt överförbara sjukdomar

De sexuellt överförbara sjukdomarna har minskat kraftigt under tioårsperioden. Antalet anmälningar av *syfilis* har minskat från 87 fall 1988 till 47 fall 1997. Den inhemska spridningen av syfilis är liten, majoriteten av de smittade har erhållit sjukdomen utomlands. Som framgår av tabell 3:2 har antalet anmälda fall av *gonorrhé* minskat från 1 437 fall 1988 till 246 fall 1997. Emellertid märktes 1997 en mindre ökning av gonorrhéfällen vilket hade sin grund i en ökad inhemsk smittspridning, främst bland unga människor. Denna ökning av antalet anmälda fall har fortsatt under 1998. Enligt den preliminära statistiken från SMI anmäldes 339 fall av gonorrhé under 1998.

Mellan 1988 och 1994 minskade vidare antalet fall av *klamydia* med drygt 50 %. Minskningen avstannade emellertid 1994 och höll sig fram t.o.m. 1997 på omkring 14 000 fall årligen. Den preliminära statistiken för 1998 visar för första gången på en signifikant ökning av antalet anmälda fall av klamydia. Detta trendbrott torde till viss del bero på att en förbättrad och mer förfinad provtagningsteknik tagits fram. Samtidigt har dock uppmärksamats att provtagningsfrekvensen minskat markant de senaste åren och att ökningen främst ägt rum bland unga människor. Dessa sistnämnda faktorer talar för att den statistiska ökningen motsvarar en faktisk ökad inhemsk smittspridning. Det kan också konstateras att mörkertalet, dvs. antalet oupptäckta fall, antas vara relativt stort.

Antalet anmälda fall av *hivinfektion* har hållit sig på en relativt konstant nivå sedan flera år. Antalet anmälningar har sedan 1994 legat på drygt 250 fall årligen. Statistiken visar vidare klart att smittspridningen inom Sverige är begränsad (se närmare avsnitt 3.4).

Hepatiter

Den inhemska spridningen av *hepatit B* har varit relativt begränsad under 1990-talet. Som framgår av tabell 3:2 har antalet anmälda akut insjuknade legat runt 200 fall årligen, varav majoriteten smittats i Sverige. Omvärldens betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige visas tydligt av statistiken över anmälda fall av kroniska smittbärare av hepatit B. Den absoluta majoriteten av dessa kroniska smittbärare har smittats utomlands. *Hepatit A* är däremot i första hand en inhemsk sjukdom. Fram till 1994 anmäldes närmare 300 fall årligen. Emellertid började 1994 en epidemisk spridning av hepatit A, främst bland intravenösa missbrukare, som fortsatt. Smittspridningen inom Sverige har fortsatt och 1997 anmäldes 620 fall vilket är mer än en fördubbling jämfört med början av 1990-talet. Smittspridningen av *hepatit C* synes enligt statistiken vara hög. Majoriteten av de anmälda fallen utgörs dock av personer som smittats flera år före anmälan. Orsaken till detta är att man först på 1990-talet fått tillgång till tillförlitliga analysmetoder och därför kunnat fastställa förekomsten av hepatit C.

Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner

Som framgår av avsnitt 3.2.1 har bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om tecken pekar på en oroande utveckling också i Sverige uppfattas dock den inhemska situationen som mycket bättre än i många länder. Några totalresistenta bakterier har inte upptäckts i Sverige, varför någon typ av antibiotikabehandling finns för praktiskt taget alla bakterier som orsakar sjukhusinfektioner. Däremot har man uppmärksammat en ökning när det gäller multiresistenta bakterier, dvs. bakterier som är resistenta mot flera antibiotikapreparat samtidigt. Så ökade t.ex. förekomsten av *pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin* under mitten av 1990-talet, främst i södra Sverige. Under 1996, då anmälningsplikt infördes, anmäldes 362 fall av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin och under 1997 anmäldes 528 fall. Trenden av ökande antal fall i södra Sverige synes dock ha kunnat brytas genom att särskilda

åtgärdsprogram sattes in. Inom vården har man uppmärksammat bl.a. en ökad utbredning av antibiotikautlöst diarré orsakad av tarmbakterien *clostridium difficile*. Multiresistenta stammar av salmonella har vidare blivit allt vanligare under de senaste åren. För att skärpa övervakningen av förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier och av användandet av antibiotika har skapats särskilda frivilliga organisationer för bevakning och utvecklande av åtgärdsprogram, bl.a. Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). Genom dessa organisationer har man numera en relativt god kännedom om läget när det gäller antibiotikaresistens vid luft- och urinvägsinfektioner som behandlas inom öppenvården samt om antibiotikaförbrukningen i landet.

På senare tid har även särskild uppmärksamhet ägnats åt s.k. *vårdrelaterade infektioner*, dvs. infektioner som har samband med sjukvårds- eller tandvårdsbehandling. Man vet att sådana infektioner utgör ett problem inom den svenska sjukvården men kunskaperna om omfattningen är mycket bristfälliga bl.a. p.g.a. att väl fungerande rapporteringssystem inte finns och att forskning om de svenska förhållandena är sparsamt förekommande. Frågor om vårdrelaterade infektioner behandlas närmare i kap 4.

Fästingburna sjukdomar

De fästingburna infektionssjukdomarna, som t.ex. *borrelia* och *TBE* (fästingburen encefalit) har särskilt uppmärksamrats under de senaste tio åren. Förekomsten av borreliainfektion synes ha ökat i Sverige, årligen uppskattas mellan 5 000 och 10 000 fall. Borrelia är vanligt förekommande längs hela Sveriges kustområden samt i södra och mellersta delarna av Sverige. När det gäller TBE, mot vilken speciell behandling saknas, diagnosticeras mellan 40 och 120 fall årligen och spridningen av denna sjukdom synes vara koncentrerad till vissa delar av Sverige.

3.4 Särskilt om hivinfektion

Vid införandet av nu gällande smittskyddslag var förekomsten av hivinfektion ett ganska nytt fenomen och de närmare kunskaperna om såväl sjukdomen som de epidemiologiska förhållandena var fortfarande ganska begränsade. Bl.a. på grund av intensiv forskning har kunskaperna om hivinfektion förändrats betydligt de senaste tio åren. En närmare redogörelse för sjukdomen återfinns i del B bilaga 8. Här skall emeller-

tid några särskilda frågor belysas, nämligen utvecklingen när det gäller behandling m.m. och den epidemiologiska situationen i Sverige.

Utvecklingen av behandling mot hivinfektion

En betydande del av forskningen kring hivinfektion och aids har ägnats åt ta fram effektiva behandlingsmetoder. Fram till 1987 tog vården främst sikte på behandling för att lindra de aidsrelaterade sjukdomarna. Det första hivläkemedlet, AZT, godkändes i Sverige 1987. Härefter har utvecklingen gått snabbt när det gäller tillgången på mer effektiva mediciner. Av betydelse för utvecklingen har bl.a. varit nya kunskaper om hivviruset. Fram till början av 1990-talet visste man inte säkert hur hivinfektionen bröt ned immunförsvaret. Studier har emellertid visat, i motsats till vad man tidigare trott, att produktionen av virus pågår under hela infektionen och att nedbrytningen av immunförsvaret således främst torde orsakas av en ökande mängd virus. Forskningen har vidare visat att hivviruset har en stor förmåga att förändra sig. Dessa kunskaper har tillsammans med tillgången till förfinade metoder att mäta virusnivåerna i blodet kunnat leda till effektivare behandling. Sedan 1995 tillämpas i Sverige regelmässigt en behandling där olika hivläkemedel kombineras. Kombinationsbehandlingen har visat sig ha goda resultat när det gäller att förhindra utvecklingen av aids, vilket visats bl.a. i SMI:s anmälningsstatistik över antalet aidsfall, se nedan. Det har visats att behandlingen lett till minskade virusnivåer i blodet, i vissa fall t.o.m. under mätbara nivåer. Emellertid vet man inte hur smittsamheten påverkas och långtidseffekterna av behandlingen är ännu okända. Även om det inte anses troligt att kombinationsbehandlingen kan bota hivinfektion är den rådande ståndpunkten idag att det finns hopp om att behandlingen skall medföra att sjukdomen för många kan förvandlas till en kronisk men behandlingsbar sjukdom. Behandlingen är emellertid inte problemfri. Vissa patienter har trots behandling haft stigande virusnivåer och det finns risk för resistensutveckling, dvs. att viruset utvecklar motståndskraft mot läkemedlen. Behandlingen ställer vidare stora krav på den enskilde patienten genom mycket strikta medicinrutiner och problem med biverkningar. För en del patienter har biverkningarna varit av den art att behandlingen har fått avbrytas.

Till skillnad från framgångarna när det gäller medicinsk behandling har något verksamt vaccin mot hivinfektion inte kunnat tas fram och det anses tveksamt om ett fungerande vaccin kommer att finnas inom den närmaste 10-årsperioden. Däremot har förebyggande behandling, bl.a. AZT-medicinering, börjat att ges i samband med att en person utsatts för risk att smittas av hivinfektion. Effekterna av sådan behand-

ling är ännu inte säkerställda men studier har visat att viss skyddseffekt erhållits bl.a. för sjukvårdspersonal som drabbats av ett smittotillbud.

Smittspridningen i Sverige

Sedan 1985 och fram till och med 1998 har totalt 4 917 personer anmälts med hivinfektion i Sverige, varav 3 723 män och 1 194 kvinnor. Årligen har runt 250 nya fall av hivinfektion anmälts. Medelåldern bland de diagnosticerade har legat runt 30–35 år. Smittan har erhållits huvudsakligen genom homosexuell kontakt (42 %), heterosexuell kontakt (35 %) och genom intravenöst missbruk (17 %). Andra smittvägar har varit marginellt förekommande och det bör observeras att inte någon person har smittats av blodprodukter i Sverige efter 1986. Majoriteten av de heterosexuellt smittade har varit av utländsk härkomst medan förhållandet är det motsatta beträffande övriga smittvägar. Beträffande förekomsten i olika delar av Sverige kan konstateras att drygt 60 % av de hivpositiva är bosatta i Stockholm och drygt 20 % i övriga storstadsområden (Göteborg och Malmö). Sedan 1985 och fram till slutet av 1998 har vidare totalt 1 621 fall med aidsdiagnos anmälts. Av dessa har 1 133 personer avlidit. Antalet anmälda aidsfall har dock minskat markant efter det att nya behandlingsmetoder har börjat användas. 1995 anmäldes 198 nya aidsfall, 1997 anmäldes 77 nya aidsfall och 1998 anmäldes 63 nya aidsfall. Mellan dessa år har således antalet årligen anmälda aidsfall mer än halverats. Behandlingsmetoderna har också medfört att antalet aidssjuka som avlidit kraftigt minskat. Samtidigt bör dock erinras om att antalet nyanmälda fall av hivinfektion inte har minskat.

Anmälningstatistiken visar att utvecklingen av förekomsten av hivinfektion i Sverige inte blev sådan som befarades i mitten av 1980-talet. Smittspridningen i Sverige är klart begränsad. 1997 anmäldes totalt 241 nyupptäckta fall av hivinfektion. I den heterosexuella gruppen, 115 personer, uppgav drygt 17 %, dvs. 19 personer, att de smittats i Sverige. Det omvända gäller för dem som uppgivit sig ha blivit smittade genom homosexuella kontakter vilket 1997 var 76 personer. I dessa fall uppgav sig drygt 71 %, dvs. 54 personer, att de blivit smittade i Sverige. Även bland de hivpositiva intravenösa missbrukarna har majoriteten blivit smittade i Sverige. Av 24 nyanmälda hivpositiva intravenösa missbrukare 1997 uppgav drygt 84 % att de smittats i Sverige. Den inhemska spridningen av hivinfektion synes således äga rum främst bland homosexuella män och intravenösa missbrukare.

3.5 Nya sjukdomar och problem

Som redogjorts för i tidigare avsnitt är smittskyddssituationen föränderlig. Nya smittsamma sjukdomar har uppträtt och det har uppstått situationer som medfört nya problem. Utvecklingen av den medicinska forskningen har också givit ökade möjligheter att upptäcka smittämnen och påvisa nya samband mellan smittämnen och olika sjukdomar. Det har bl.a. visat sig att sjukdomar som inte tidigare betraktats som infektionssjukdomar är orsakade av bakterier eller virus. Så har kunnat påvisas att magsår och möjligen också magcancer orsakas av en bakterie, *helicobakter pylori*. Vidare är det nu klarlagt att den viktigaste orsaken till cancer i livmoderhalsen är infektion med humant papillomavirus (s.k. "könsvärtor" eller kondylom). Studier har också visat på möjliga samband mellan bakterier/virus och t.ex. diabetes och multipel skleros (MS).

En sjukdom som under de senaste åren väckt särskilt intresse är *Creutzfeldt Jacobs sjukdom (CJS)*. CJS är en sedan länge känd s.k. prionsjukdom som främst angriper hjärnan. Den hittills kända varianten är ärftlig eller uppkommer spontant av okänd orsak, men man har också kunnat påvisa smitta vid kontakt med t.ex. hjärnvävnad. Förekomsten av denna form av CJS är mycket sällsynt i Sverige. Våren 1996 rapporterades uppträdandet av ett tiotal särpräglade fall av CJS i Storbritannien, den s.k. *n.v.CJS*. Misstankar fanns att denna form av CJS kunde kopplas till konsumtion av kött från djur som hade smittats av Bovin spongiform encephalopati (BSE; en djursjukdom som också tillhör gruppen prionsjukdomar). Båda sjukdomsformerna står numera under särskild övervakning såväl nationellt som internationellt. I Sverige har inte några fall av n.v.CJS påvisats och några fall av BSE bland den svenska boskapen har heller inte påträffats. Det anses också vara osannolikt att en epidemi av n.v.CJS kommer att uppstå i Sverige.

En annan fråga som hänger samman med förekomst av smittämnen hos djur är s.k. *xenotransplantationer* (dvs. transplantation av organ från djur till människa). Det är idag inte känt om vissa former av virus eller andra smittämnen kan överföras till människan via djurorgan eller djurvävnad. Med hänsyn bl.a. till de okända smittriskerna har regeringen tillsatt en parlamentarisk kommitté som skall göra en översyn av bl.a. förutsättningarna för sådana transplantationer.

4 Vårdrelaterade infektioner

4.1 Inledning

I detta kapitel redogör kommittén för vissa frågor rörande infektioner som erhålls i samband med hälso- och sjukvård. Kostnaderna för vårdrelaterade infektioner berörs i kap. 18.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner och infektionshygieniska frågor har under de senaste åren väckt särskild uppmärksamhet, bl.a. på grund av oro för att sådana infektioner ökar inom vården. Det bör här anmärkas att infektioner i samband med sjukhusvård inte är något nytt problem och sedan 1960-talet har en särskild sjukhushygienisk verksamhet funnits inom sjukvården. Några särskilda lagbestämmelser finns inte på området. Infektioner som är relaterade till hälso- och sjukvården har emellertid diskuterats i ett antal nationella och regionala utredningar och rekommendationer. Det bör noteras att frågorna inte berördes i förarbetena till gällande smittskyddslag.

Mot bakgrund av de stora strukturförändringar som sjukvården genomgått har Socialstyrelsen under 1996 och 1997 genomfört en särskild verksamhetsöversyn rörande hygienverksamheten inom hälso- och sjukvården. Översynen har redovisats i Socialstyrelsens rapport 1998:19 "Vårdrelaterade infektioner. En verksamhetsöversyn". Bl.a. med anledning av vad som framkom vid översynen har Socialstyrelsen också till regeringen överlämnat en särskild skrivelse (S 98/6129/HS) med förslag till olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området.

Den följande redovisningen bygger i huvudsak på nu nämnda rapport. Kommittén har också haft ett seminarium om sjukhushygien den 29 oktober 1997. Med hänsyn till de samstämmiga uppgifter som framkommit vid såväl seminariet som i rapporten görs inte annat än undantagsvis särskilda hänvisningar till dessa i den följande redovisningen.

I skrivelsen till regeringen har Socialstyrelsen förespråkat att begreppen "*vårdrelaterade infektioner*" och "*infektionshygien*" skall användas i stället för "sjukhusinfektioner" respektive "sjukhushygien". Orsaken härtill är att det är fråga om infektioner som uppstår även vid

vård utanför sjukhusen. Kommittén har valt att använda dessa föreslagna begrepp.

Enligt Socialstyrelsens officiella definition från 1979 avses med begreppet sjukhusinfektioner – "vårdrelaterade infektioner" – följande.

"Med sjukhusinfektion avses varje infektionstillstånd som drabbar patient till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsalstrande ämnet tillförs i samband med vården eller härrör från patienten själv samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården. Med sjukhusinfektion avses även infektionstillstånd som personal ådragit sig till följd av arbetet."

4.2 Omfattningen av vårdrelaterade infektioner

Att det i Sverige finns problem med vårdrelaterade infektioner inom den slutna sjukvården och inom kommunernas hälso- och sjukvård vet man, men däremot är det okänt om problem föreligger inom övrig offentlig öppenvård och inom tandvården. Kunskaperna om problemens omfattning är bristfälliga, bl.a. på grund av att väl fungerande rapporteringssystem inte finns och att forskning om de svenska förhållandena är sparsamt förekommande. Flera infektioner som här är av intresse är t.ex. inte anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Såväl den obligatoriska rapporteringsskyldigheten av "oväntade infektioner" enligt den s.k. Lex Maria och uppgiftsskyldigheten till Socialstyrelsens slutenvårdsregister ger endast ofullständiga uppgifter om förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Viss frivillig registrering och rapportering förekommer, bl.a. genom den frivilliga laboratorierapporteringen till Smittskyddsinstitutet (SMI). Rapporteringen har dock en bristfällig täckning.

I Socialstyrelsens översyn tillställdes bl.a. sjuksköterskor och läkare vid sjukhusens hygiensektioner (om dessa se närmare nedan), smittskyddsläkare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i den kommunala vården en enkät rörande bl.a. förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Enligt enkätsvaren ansågs de största problemen inom den offentliga slutna vården vara diarrésjukdomar och antibiotikarestistenta mikroorganismer. Även inom den kommunala hälso- och sjukvården ansågs diarrésjukdomar vara ett av huvudproblemen. Härutöver ansågs återkommande urinvägsinfektioner, trycksår och influensautbrott vara vanligt förekommande vårdrelaterade infektioner. Det samstämmiga

intrycket var att de vårdrelaterade infektionerna ökat under de senaste åren.

Ett av de viktigaste framtidsproblemen som framfördes i enkätsvaren var antibiotikaresistenta bakterier och förbrukningen av antibiotika. Här skall anmärkas att förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier delvis har berörts i kap. 3.3.

Vissa studier har genomförts rörande förekomsten av vårdrelaterade infektioner inom den offentliga slutna vården. När det gäller t.ex. postoperativa sårinfektioner uppskattas frekvensen till mellan 2 och 4 % varje år, vilket dock med hänsyn till brister i registrering och rapportering antas vara en låg skattning. Enligt en studie av 17 600 patienter som vårdades på intensivvårdsavdelningar mellan 1995 och 1997 hade 10 % drabbats av en sjukhusförvärd infektion. I en nationell studie, genomförd av SMI, uppskattades att över 6 000 personer, varav tre fjärdedelar inom sjukhusvård, hade smittats 1995 av bakterien *Clostridium difficile* som kan ge svårbehandlad diarré. Antalet diagnosticerade fall 1984 var enligt SMI 555 fall. *Clostridium difficile* ingår numera i den frivilliga laboratorierapporteringen till SMI. Enligt denna rapportering har antalet rapporterade fall legat runt 5 000 fall per år. När det gäller antalet fall och utbrott av diarrésjukdomar som orsakats av *virus* är den närmare storleksordningen inte känd, bl.a. på grund av diagnossvårigheter, men bedöms vara betydande.

Allvarligare former av sjukhusförvärdade infektioner har orsakats av bl.a. *gula stafylokocker* och *enterokocker*. Dessa bakterier finns normalt på huden respektive i tarmfloran men kan ge infektioner om de kommer in i andra organ. Särskilt allvarligt är om sådana bakterier kommer in i blodomloppet och ger upphov till blodförgiftning. Läget beträffande *MRSA* (meticillinresistenta stafylokocker, dvs. gula stafylokocker som är resistenta mot ett stort antal antibiotika) är ganska väl känt. Med undantag för Göteborg, där man under 1990-talet haft viss kontinuerlig spridning av *MRSA*, har endast ett fåtal episoder med *MRSA*-infektioner förekommit på vårdinrättningarna i Sverige. Sedan 1995 ingår *MRSA* i den frivilliga laboratorierapporteringen till SMI. Mellan 1995 och 1997 har mellan 50 och 80 fall anmälts årligen. Under 1998 har en markant ökning märkts och antalet anmälda fall av *MRSA* för detta år beräknas uppgå till mellan 125 och 150 fall. Emellertid bör här beaktas att ungefär hälften av de anmälda fynden hänför sig till utomlands förvärdade bakterier. När det gäller *resistent enterokocker* har också en ökning märkts. Enligt uppgift från SMI uppgår de resistenta enterokockerna på flera håll i landet till 20–30 % av samtliga enterokockinfektioner. Före 1995 ansåg man vidare inte att den allvarligaste typen av resistenta enterokocker, vancomycinresistenta enterokocker (*VRE*), förekom i Sverige men därefter och fram till 1997

uppmärksammades sex fall. Två studier genomförda av SMI under 1997 och 1998 visar dock att förekomsten av VRE är mycket ovanlig i Sverige.

4.3 Ansvar och organisation

Hälso- och sjukvård bedrivs i såväl landstingens som kommunernas regi. Landstingen har enligt tandvårdslagen (1985:125) också ansvaret för tandvården. Kommunal hälso- och sjukvård omfattar hälso- och sjukvård till personer som bor i kommunernas särskilda boendeformer samt viss hemsjukvård. Den omfattar dock inte läkarvård.

Landstingen och kommunerna har således det övergripande ansvaret för vårdens bedrivande och därmed också det övergripande ansvaret för de vårdhygieniska frågorna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) skall det finnas särskilda verksamhetschefer som svarar för verksamheten på enheter inom den landstingsdrivna vården. Inom kommunernas verksamhetsområde skall finnas s.k. medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Hälso- och sjukvårdspersonalen har också ett personligt ansvar enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område bl.a. för att arbetet utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer finns i alla landsting s.k. hygiensektioner, med särskilt ansvariga läkare och sjuksköterskor. Några formella mandat att genomföra vissa åtgärder har dessa inte utan deras roll är främst rådgivande. Någon motsvarande särskild organisation finns inte inom den kommunala vården.

Utöver nu nämnda bestämmelser finns ansvarsbestämmelser som berör området för vårdhygien i annan lagstiftning. Så är t.ex. livsmedelslagens bestämmelser om livsmedelshantering tillämpliga även i de fall sjukhusen själva hanterar livsmedel. Även hälsoskyddsbestämmelserna i miljöbalken samt bestämmelserna i arbetsmiljölagen kan bli tillämpliga.

Även smittskyddslagen är tillämplig på förhållanden inom vården. Smittskyddsläkarens ansvar för att adekvata åtgärder vidtas mot smittsamma sjukdomar gäller därför formellt även smitta som sprids inom sjukhusen. Enligt praxis bedriver smittskyddsläkaren dock sällan utredningar eller vidtar åtgärder, med undantag för de samhällsfarliga sjukdomarna, inom sådana lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård. Motsvarande gäller även för kommunernas ansvar för objektinriktade åtgärder enligt smittskyddslagen. Problem med vårdrelaterade infektioner förutsätts i stället lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister.

Beträffande det statliga ansvaret kan här nämnas att i Socialstyrelsens ansvar för tillsynen över hälso- och sjukvården ingår även vårdhygieniska frågor. Socialstyrelsen har bl.a. utfärdat olika rekommendationer på området. Enligt sin instruktion har vidare SMI ansvar för bl.a. att stödja och samordna bekämpningen av de vårdrelaterade infektionerna. SMI har emellertid inte någon rätt att meddela föreskrifter utan kan endast verka genom rekommendationer och rådgivning.

För att belysa ansvarsfrågorna ställdes i Socialstyrelsens enkäter ett antal frågor rörande ansvarsfördelningen. Svaren visade att det förelåg en relativt stor enighet om vem som har huvudansvaret för åtgärder inom den slutna vården men att ansvarsförhållandena ansågs mer oklara inom öppenvården och den kommunala vården. Beträffande samarbete mellan hygiensektionerna och olika vårdgivarinstanser eller myndigheter framkom i enkätsvaren att många av sektionerna inte har något organiserat samarbete med olika former av öppenvård eller med kommunernas hälso- och sjukvård. Här skall anmärkas att detta inte innebär att man inte har kontakter vid behov, då t.ex. ett infektionshygieniskt problem uppstått vid ett kommunalt sjukhem. Enligt enkätsvaren var det vanligaste önskemålet för utökat samarbete med bl.a. kommunernas hälso- och sjukvård och intensiv- och operationsavdelningarna. Av enkäten framgick vidare att flertalet smittskyddsläkare samarbetade med hygiensektionen i smittspridningsfrågor såväl på som utanför sjukhusen, men att önskemål förelåg även här om utökat samarbete. Det framgick också att brister förelåg i samarbetet rörande antibiotikafrågor i såväl slutna som öppna vård.

4.4 Problem enligt bl.a. Socialstyrelsens översyn

Enligt Socialstyrelsen finns idag brister inom hygienområdet på flera håll. I Socialstyrelsens rapport utpekades ett flertal problem vilka också framfördes vid kommitténs seminarium. Några av de problem som har betydelse för förekomsten av vårdrelaterade infektioner är enligt detta underlag följande.

Ett grundläggande problem som också redogjorts för i avsnitt 4.2 ovan är bristerna i övervakningen av infektionerna genom registrering och rapportering. Eftersom det inte finns ett enhetligt eller tillförlitligt system går det inte att få en samlad bild av omfattningen av antalet vårdrelaterade infektioner och det går inte heller att med säkerhet uttala sig om utvecklingen av de vårdrelaterade infektionerna.

Det framkommer vidare i rapporten att oklarheter föreligger rörande vem som har ansvaret för övervakningen och för att åtgärder vidtas. De eventuella problem som detta kan medföra synes dock vara beroende av i vad mån aktörerna har ett fungerande samarbete. Beträffande den sjukhushygieniska verksamheten bedöms läkare och sjuksköterskor vid hygiensektionerna arbeta i stort enligt Socialstyrelsens rekommendationer, men ett problem anses vara att verksamheten är starkt koncentrerad till slutenvård. Enligt rapporten når hygienverksamheten inte ut till t.ex. den kommunala hemsjukvården i önskvärd omfattning.

Ett annat problem som har framförts är brister i kunskaper och utbildning om infektionshygien hos personal och ansvariga inom hälso- och sjukvården. Särskilt påpekas detta utgöra ett problem inom den kommunala vården, bl.a. med hänsyn till att det även inom denna vårdnumera är vanligt med kvalificerad sjukvård och behandling. Här bör uppmärksammas att kommunens omhändertagande av bl.a. dem som har särskilt boende omfattar såväl egentlig vård som social omsorg samt att personalen inom den kommunala vården och omsorgen till övervägande del inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och inte heller har sjukvårdsutbildning.

Slutligen har oro uttryckts inför följderna av en allmän brist på resurser inom sjukvården vilken medfört bl.a. underbemanning och brist på isoleringsmöjligheter.

5 Utredning av sjukdomsfall

5.1 Provtagningsförfarandet

5.1.1 Allmänt om skyldighet att genomgå eller utföra provtagning

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser som ålägger såväl läkare som enskild att medverka till undersökning rörande smittsamma sjukdomar, bl.a. genom provtagning. I vissa fall ger lagen möjlighet att utföra undersökningen med tvång (se vidare kap. 7). Enligt 10 § har varje läkare i princip skyldighet att undersöka den som har anledning att anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Läkaren skall ta de prov som behövs för att kunna konstatera om den undersökte smittats av sjukdomen. Den som har anledning att anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom är i sin tur skyldig att utan dröjsmål söka läkare och ta de prov som behövs för att fastställa om han smittats eller ej (13 §). För att skyldigheten skall inträda krävs att konkret misstanke om smitta föreligger. Även rättegångsbalken och lagen (1988:1473) om undersökning beträffande hiv-smitta i brottmål innehåller vissa bestämmelser om skyldighet att genomgå provtagning (se kap. 12.10).

I övrigt finns inte någon lagstadgad obligatorisk provtagning. Där emot erbjuds i många fall möjligheter till provtagning genom s.k. screeningprogram. Deltagande i screeningprogram är frivilligt för den enskilde, och i princip finns inte heller någon föreskriven skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att erbjuda sådan provtagning. Vid undersökning av blodgivare och dylikt samt vid organdonationer är dock enligt Socialstyrelsens föreskrifter provtagning obligatorisk beträffande vissa sjukdomar (se beträffande blodgivning SOSFS 1989:38, 1990:25, 1995:3 och 1995:14, och beträffande organdonation SOSFS 1994:4).

Syftet med screeningprogrammen är att finna symptomfria men smittsamma personer. Undersökning erbjuds således på andra grunder än att symptom på sjukdom uppstått i det enskilda fallet. Som huvudregel bestämmer varje sjukvårdshuvudman själv programmets omfattning, och screeningrutinerna varierar mellan landstingen. Socialstyrel-

sen har emellertid meddelat allmänna råd och föreskrifter beträffande vissa sjukdomar.

5.1.2 Något om provtagningsförfarandet

De prov som kan bli aktuella för att avgöra om någon drabbats av en smittsam sjukdom är prov från blod, saliv, urin, avföring eller andra kroppsutsöndringar. Förekomsten av ett smittämne eller en sjukdom fastställs vanligen genom laboratorieanalys av provet. Vid anmälan av smittsam sjukdom tillämpas en av Smittskyddsinstitutet (SMI) utarbetad kriterielista som i nästan alla fall förutsätter att diagnosen är verifierad genom sådan analys. Vid vissa sjukdomar kan det dock vara tillräckligt att diagnos ställs enbart med utgångspunkt i den kliniska bilden (dvs. läkarens egna iakttagelser och de uppgifter som patienten lämnar). Detta kan stundom även räcka vid större utbrott.

5.1.3 Anonymitet vid provtagning

En särskild fråga gäller vilken rätt den enskilde har att vara anonym vid provtagning. Enligt patientjournalagen (1985:562) skall uppgifter om provtagning och analysresultat antecknas i den enskilde patientens journal. Journalen skall alltid innehålla uppgift om patientens identitet. Enligt ett särskilt stadgande i lagen får emellertid regeringen, eller myndighet som regeringen bestämmer, meddela föreskrifter om undantag för identitetsuppgifter vid provtagning för viss sjukdom. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av den oro som fanns för att vissa grupper skulle avhålla sig från hivprovtagning för att de inte ville att deras identitet skulle bli känd. Enligt förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av hiv har den enskilde rätt att vara anonym vid provtagningen; begär patienten anonym provtagning skall uppgifter om hans eller hennes identitet inte föras in i journalen. Visar analysen att patienten är smittad upphör emellertid rätten till anonymitet och fullständiga uppgifter införs i journalen. Som framgår av kap. 5.3 nedan behåller patienten dock sin anonymitet i den anmälan som behandlande läkare enligt 20 § smittskyddslagen har att göra till smittskyddsläkaren och SMI. En fråga som hänger samman med rätten till anonymitet är märkningen av det undersökningsmaterial som skickas till laboratorium för analys. Normalt märks provna med patientens namn och personnummer. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 1989:18) har emellertid patienter som undersöks för gonorré, syfilis, klamydia eller hivinfektion rätt att få

laboratorieprovna märkta med en särskild kod istället för med personuppgifter. Koden som tillämpas överensstämmer med den kod som används vid anmälan av dessa sjukdomar till smittskyddsläkaren och SMI (se 5.3). Läkaren skall underrätta patienten om rätten till kodning. Vidare skall han föra en särskild förteckning över de prov som kodats och över de patienter från vilka prov har tagits. När svar inkommit från laboratoriet skall uppgifterna tas ur förteckningen och – med undantag för anonyma negativa svar från hivprovtagning – föras in i patientens journal.

För att få en uppfattning om i vilken mån rätten till anonymitet har utnyttjats m.m. har kommittén kontaktat några hivmottagningar och infektionskliniker i Stockholm och Göteborg. Därvid framkom bl.a. följande. Vid *infektionskliniken på Huddinge sjukhus* informeras samtliga som söker för provtagning om möjligheten till anonymitet. Under de nio första månaderna av 1997 hade 30 % av drygt 150 sökande utnyttjat möjligheten att vara anonym. Andelen personer som kvarstår som anonyma även efter ett positivt testsvaret uppgår f.n. till knappt 8 % av de hivsmittade patienterna. Flertalet av dessa patienter har känd identitet och adress för åtminstone någon av personalen på kliniken, men man använder ett s.k. anonymnummer vid framförallt extern kommunikation. *Klara hivmottagning i Stockholm* genomförde under 1996 drygt 1 700 hivprovtagningar. Mottagningens journalsystem är uppbyggt så att samtliga patienter är anonyma. På mottagningen är uppfattningen att inte så många skulle avstå från provtagning om rätten till anonymitet upphörde, men att denna möjlighet ingår som en "framskjuten" del i mottagningens information om kliniken. På *Hudkliniken Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg* genomförs drygt 100 hivprovtagningar per vecka. Samtliga patienter erbjuds att vara anonyma och drygt två patienter per vecka antar erbjudandet. Det särskilda teamet som behandlar de hivsmittade patienterna känner identiteten på samtliga, men fyra av patienterna är anonyma utanför teamet. *Venhälsan på Södersjukhuset i Stockholm* (med särskild inriktning på homo- och bisexuella män) genomför cirka 1 200–1 400 hivprovtagningar per år. Identitetsuppgifterna förs aldrig in i journalen vid provtagning. Före 1990 förekom i högre grad att patienter kvarstod som anonyma även efter det att de konstaterats vara smittade. Nu är det drygt en patient per år som är anonym även efter diagnos. Enligt klinikens uppfattning har det blivit mindre intressant för de hivsmittade patienterna att vara anonyma eftersom kliniken i princip inte utfärdar några "anonyma" recept.

Den i betänkandets del B redovisade delrapporten från Torsten Berglunds pågående enkätstudie om sexuell livsstil, hiv och säkrare sex (se bilaga 2) utvisar att ytterst få personer svarat att de skulle avstå från

provtagning om rätten till anonymitet upphörde. Däremot trodde de flesta av de tillfrågade att andra personer skulle avstå från provtagning vid detta förhållande.

5.1.4 Laboratorieverksamheten

I smittskyddslagen finns inga bestämmelser om vem som skall analysera tagna prov. De flesta landsting har dock ett mikrobiologiskt och/eller virologiskt laboratorium som undersöker provna. Vissa landsting utnyttjar även privata laboratorier. Socialstyrelsen har tillsyn över laboratorierna, men även SMI har här viktiga funktioner. Institutet bedriver forskning och metodutveckling samt ansvarar för standardisering och kvalitetsövervakning av den metodik som används inom den mikrobiologiska diagnostiken. Inom ramen för ett särskilt program för externa provtagningsjämförelser har institutet i samverkan med Swedish External Quality Assurance in Laboratory Medicine genomfört kvalitetskontroller. Vidare pågår ett standardiseringsarbete avseende referensmetodik för laboratediagnostik vid kliniska mikrobiologiska laboratorier i samarbete med Svenska Läkarsällskapets sektion för Medicinsk Mikrobiologi. SMI håller ett nationellt förråd av smittämnen och andra biologiska substanser som referensmaterial och som s.k. standarder. Vidare skall institutet svara för att det finns tillgång till diagnostik för alla kända smittsamma sjukdomar. Institutet kan bl.a. ge assistans då det är fråga om ovanliga sjukdomar där det låga antalet fall ger diagnostiska svårigheter eller kräver dyr analys samt då ett laboratorium i övrigt inte har kapacitet för erforderlig analys.

Enligt SMI har de mikrobiologiska laboratorierna i Sverige generellt sett hög ambitionsnivå och god kvalitet. Ett led i kvalitetsutvecklingen har varit s.k. ackreditering av metoder och teknik hos Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC). Majoriteten av de kliniska mikrobiologiska laboratorierna är ackrediterade hos SWEDAC.

5.1.5 Provtagningsverksamhetens omfattning

Varken i den lagstadgade laborierapporteringen eller i den s.k. frivilliga rapporteringen redovisas det totala antalet analyserade prov, utan endast positiva prov redovisas. SMI begär alltid in allmänna provtagningsuppgifter då det gäller klamydia, gonorré och hivinfektion, men beträffande övriga smittsamma sjukdomar finns inte någon samlad statistik beträffande det totala antalet analyserade prov. Såväl SMI som

Socialstyrelsen bedömer dock att provtagningsfrekvensen i Sverige generellt sett är hög.

5.2 Smittspårning

5.2.1 Allmänt om smittspårning

Smittskyddslagens regler om smittspårning gäller endast de samhällsfarliga sjukdomarna. Det primära ansvaret för smittspårningen åvilar enligt 18 § smittskyddslagen den behandlande läkaren. Genom att ställa frågor till den som smittats av samhällsfarlig sjukdom skall läkaren söka få veta av vad eller av vem patienten kan ha blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Läkaren skall också försöka få reda på till vem som den smittade kan ha fört smittan vidare. Den som smittats har en lagstadgad skyldighet att medverka i smittspårningen (14 §). Någon sanktion mot den som vägrar delta finns emellertid inte.

Som nämnts under 5.1.1 är den som har anledning att anta att han eller hon smittats av samhällsfarlig sjukdom skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta sig undersökas. Om behandlande läkare i ett smittspårningsärende finner anledning att misstänka att någon smittats av samhällsfarlig sjukdom skall han på lämpligt sätt underrätta denne om hans skyldighet. Låter den misstänkt smittade inte utan dröjsmål undersöka sig skall läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren skall även underrättas om behandlande läkare inte omgående och utan svårighet kan nå den misstänkt smittade med underrättelse om skyldigheten att genomgå undersökning. Vidare skall behandlande läkare anmäla till smittskyddsläkaren då fall av samhällsfarlig sjukdom har konstaterats (20 § smittskyddslagen, se nedan 5.3). Efter sådan anmälan har smittskyddsläkaren att se till att ytterligare åtgärder vidtas, om han anser att sådana behövs för att hindra smittspridning. Detta innebär bl.a. att smittskyddsläkaren skall se till att smittspårning kommer till stånd om han finner brister i denna. Efter underrättelse från behandlande läkare om att någon som misstänks vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom vägrar låta sig undersökas skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som krävs för att få till stånd en läkarundersökning.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) framhålls att den läkare som anser sig sakna kompetens vad gäller smittspårning kan överlämna behandlingsansvaret för den smittade och därmed också ansvaret för smittspårningen till annan läkare. Han kan vidare överlåta det praktiska arbetet på kurator eller sjuksköterska, men

han har då kvar det formella ansvaret för smittspårningen. För att få råd om hur smittspårningen skall bedrivas kan läkaren vända sig till smittskyddsläkaren.

Som nämnts ovan skall behandlande läkare på lämpligt sätt underrätta den misstänkt smittade om skyldigheten att låta sig undersökas. För de sexuellt överförbara sjukdomarna framhålls i de allmänna råden att det i första hand är den smittade själv som bör kontakta den eller dem som han kan blivit smittad av och den eller dem som han själv kan ha fört smittan vidare till. I annat fall åvilar detta den som bedriver smittspårningen. Det bör då göras klart för den smittade att hans namn eller tidpunkten för den eventuella smittoöverföringen inte kommer att avslöjas för dem som kontaktas. Den som misstänks ha smittats bör helst inställa sig hos den läkare som ansvarar för smittspårningen; går den misstänkt smittade till annan läkare måste denne läkare meddela den smittspårningsansvarige om att den smittade undersökts. Och den misstänkt smittade som låter sig undersökas av annan läkare än den smittspårningsansvarige är skyldig att på ett godtagbart sätt snarast underrätta den senare om att han blivit undersökt och vilket resultat undersökningen givit (5 § smittskyddsförordningen). Behandlande läkare som kallar en misstänkt smittad till undersökning får vänta i högst 14 dagar på besked från annan läkare att undersökning ägt rum (SOSFS 1989:18). Därefter skall smittskyddsläkaren underrättas om att någon undersökning inte kommit till stånd, 26 § smittskyddslagen.

Det är stor skillnad i förfaringsättet då det gäller smittspårning av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) och den uppföljning som sker vid sjukdomar som sprids via objekt såsom vatten och livsmedel. Samarbetet mellan myndigheter är särskilt viktigt då det gäller den senare typen av sjukdomar; då smittspridningen inte sker mellan människor är den enskilde patienten (eller läkaren) sällan i stånd att peka ut smittkällan. Det är ofta först då smittskyddsläkaren fått uppgifter om flera likartade fall som han kan se ett mönster för smittans väg.

5.2.2 Särskilt om smittspårning vid STD

Då det är fråga om STD används ofta begreppet kontaktspårning istället för smittspårning. Kontaktspårningen bygger alltid på ett möte mellan patienten och en behandlare som utför utredningen. Ofta räcker det med ett informationsutbyte dessa två emellan för att utredningen skall kunna slutföras. På hudklinikernas särskilda enheter för STD har kontaktspårningen lång tradition och stark förankring, och det är nästan uteslutande kuratorer som sköter kontaktspårningen där. Allmänläkarna

utför oftare kontaktspårningen själva, ibland med hjälp av en sjuksköterska.

Kontaktspårning vid behandlingsbara STD

När det gäller behandlingsbara STD (syfilis, gonorré och klamydia) påbörjas kontaktspårningen ofta vid patientens första besök hos läkaren. Många patienter som söker för klamydia eller gonorré får behandling redan vid provtagningstillfället och då kan även kontaktspårningen påbörjas. Prov tas, patienten ges information om sjukdomen och får tillfälle att ställa frågor. Behandlaren frågar patienten om denne har en pågående relation; partnern uppmanas i sådant fall att snarast söka läkare. Tidigare partners diskuteras och patienten informeras om att ett positivt provsvar innebär att alla uppgivna partners måste söka läkare för undersökning. När diagnosen är fastställd går behandlaren igenom de uppgivna kontakterna och beslutar om patienten eller behandlaren skall kalla kontakterna. Ibland använder sig behandlaren av en skriftlig kallelse, ett s.k. "partnerbrev". Skall patienten kalla en partner, men misslyckas med att förmå denne att söka läkare, tar behandlaren över ansvaret. Oavsett vem som förmått partnern att söka läkare måste behandlaren förvissa sig om att partnern verkligen undersökts för den aktuella sjukdomen.

Kontaktspårning vid hivinfektion

Kontaktspårning vid hivinfektion skiljer sig i flera avseenden från kontaktspårning beträffande övriga STD. Vid hivinfektion handlar det inte i första hand om att spåra själva smittan utan snarare om att följa upp och ta kontakt med före detta partners. Dessutom kan man tvingas att gå flera år tillbaka i tiden, vilket kan innebära att möjligheten att finna smittkällan försämras. De flesta hivpatienter lever med en pendlande känslomässig process inom sig, med å ena sidan hopp om förbättring och bot, och å andra sidan det ständiga hotet om sjukdom och död. Detta måste beaktas i kontaktspårningsarbetet.

På flertalet kliniker finns team av kurator, läkare och sköterska som träffar patienten när hivbeskedet ges. I de flesta fall är det sedan kuratorn som utför den faktiska kontaktspårningen. Redan under första samtalet informeras patienten om att kontaktspårning så småningom kommer att ske. Om patienten då han får sin hivdiagnos har en pågående relation kallas enligt praxis partnern – oftast av patienten själv –

till mottagningen för samtal och eventuell testning. Partnern erbjuds egna stödsamtal.

Den allmänna uppfattningen bland kuratorer är att varje patient skall ges möjlighet att själv säga till sin eller sina tidigare partners att de måste söka läkare för rådgivning och hivtestning och att patienten skall få stöd i denna process. Väljer patienten istället att låta kuratorn kalla partnern informeras patienten om att hans namn inte kommer att lämnas ut till partnern. S.k. partnerbrev används inte lika ofta som vid behandlingsbara STD, många kuratorer använder istället ett standardbrev där adressaten uppmanas att kontakta kuratorn i ett angeläget ärende. Sättet att kalla partnern varierar emellertid beroende på dennes sociala situation. Kravet på kontroll av att uppgivna partners verkligen undersökts är detsamma som vid behandlingsbara STD. Det finns enstaka fall då man enligt praxis inte bör inleda, eller fullfölja, en kontaktspårning. Detta kan t.ex. vara fallet då patienten är svårt sjuk eller så påverkad av sitt tillstånd att man finner det olämpligt eller omöjligt att tala om tidigare sexuella kontakter.

5.2.3 Husläkarstudierna och kommitténs enkät

Kunskapen om hur smittspårning rent faktiskt går till är begränsad. De flesta vetenskapliga undersökningar som gjorts har syftat till att belysa värdet av smittspårningen som sådan eller att finna den mest kostnads-effektiva metoden.

SMI och Socialstyrelsen har genomfört studier bland husläkare avseende klamydia under 1994 och 1997. Av dessa framgår bl.a. att husläkarna i alltför stor utsträckning inte bedriver kontaktspårning i enlighet med sina skyldigheter och att detta främst beror på tidsbrist. Enligt studierna förekommer vidare att husläkare ibland helt underlåter att genomföra kontaktspårning och istället ger "dubbla" recept till patienten, ett till patienten själv och ett till partnern.

För att få en uppfattning om hur smittspårning utförs i praktiken har kommittén sänt ut enkäter rörande smittspårning beträffande klamydia, hivinfektion, hepatit B och tuberkulos. Enkäterna har tillställts läkare samt för klamydia och hivinfektion även kuratorer. I enkäterna har bl.a. ställts frågor om vem som kallar uppgivna kontakter, hur man kontrollerar att en kallad partner verkligen sökt läkare samt om smittskyddslagen uppfattas som ett problem eller en resurs i arbetet. Dessutom har en enkät sänts till alla Sveriges 24 smittskyddsläkare för att få en uppfattning om smittspårningsrutinerna vid samtliga ovan nämnda sjukdomar. Nedan redovisas några huvuddrag i enkätsvaren.

Klamydia

Enkäten besvarades av 18 allmänläkare, 30 hudläkare och 32 kuratorer. Av enkätsvaren att döma fungerar kontaktspårningen mycket väl på STD-klinikerna. Majoriteten av kuratorerna ansåg att de alltid har den tid de behöver för arbetet. Läkare och kuratorer vid STD-klinikerna låter, i större utsträckning än övriga tillfrågade, patienten själv bestämma hur partners skall kallas och man begär nästan alltid skriftlig bekräftelse som bevis på att partnern sökt läkare. En mycket liten andel av samtliga läkare och kuratorer som tillställdes enkäten påstod att de skulle förändra sitt arbete i någon högre grad om inte lagen reglerade verksamheten.

Hivinfektion

Enkätens specifika frågor om det praktiska arbetet besvarades av 13 infektions- och hudläkare och 23 kuratorer. 16 kuratorer och sju läkare angav att de alltid har den tid de behöver för arbetet. De flesta av kuratorerna och åtta läkare uppgav att de låter patienten själv bestämma vem som skall kalla partnern. Kontrollen av att alla angivna partners sökt läkare fungerar väl såtillvida att de allra flesta kräver skriftlig bekräftelse från den mottagning som testat partnern. Den svåra balansgången att vara både övervakare och behandlare nämndes i olika kommentarer som orsak till att relationen till patienten kan störas av lagens regler om kontaktspårning, men många ansåg att relationen inte påverkas härav. Om kontaktspårningsarbetet inte reglerades i lag skulle de flesta tillfrågade arbeta på likartat sätt.

Hepatit B

Enkäten besvarades av 32 infektionsläkare. Läkarna utför i större utsträckning smittspårningen själva än då fråga är om hivinfektion. 14 läkare ansåg att de alltid har den tid de behöver för smittspårning. Sättet för kallelse av partner varierar mycket inom gruppen. Beträffande kontroller om partnern uppsökt läkare uppgav sex läkare att de litar på patientens uppgifter, medan 20 kräver skriftlig bekräftelse på att undersökning ägt rum. Majoriteten av läkarna ansåg inte att relationen vårdgivare-patient påverkas av smittskyddslagens regler. De flesta angav att de skulle arbeta på likartat sätt även om arbetet inte reglerades i lag.

Tuberkulos

Enkäten besvarades av 13 läkare. Frågan om hur uppgivna kontakter kallas besvarades av åtta läkare som samtliga angav att alla kontakter kallas via sjukvårdspersonal. Fem läkare angav att de undersöker alla kontakterna själva. Samtliga läkare svarade nej på frågan om relationen patient-vårdgivare påverkas av smittskyddslagens regler. De flesta skulle arbeta likadant även om smittspårningsarbetet inte reglerades i lag.

Smittskyddsläkarna

Enkäten besvarades av 22 smittskyddsläkare. Ett flertal påpekade att det alltid är behandlande läkare som utför kontaktspårningen vid smittsamma sjukdomar. Vid problem finns smittskyddsläkaren till hands som rådgivare och i vissa fall (efter anmälan enligt 26 § smittskyddslagen) kan han kalla uppgiven partner. De flesta smittskyddsläkare handlägger varje ärende individuellt när det gäller hepatit B, hivinfektion och tuberkulos medan det vid klamydia sker en mer standardiserad handläggning.

5.3 Anmälningförfarandet enligt 20 § och 22 § smittskyddslagen

Enligt smittskyddslagens bestämmelser föreligger skyldighet för bl.a. behandlande läkare att anmäla förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar till smittskyddsläkaren i det landsting läkaren har sin verksamhet och till SMI. Vid vissa sjukdomsfall skall anmälan även göras till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Anmälningförfarandet har två olika syften. Det ena är att mottagarna av anmälan snabbt skall få kunskap om inträffade fall av en allvarligare sjukdom för att direkta åtgärder skall kunna vidtas. Det andra syftet är att ge mer långsiktiga kunskaper om utbredningen av sjukdomarna för att på så sätt ge grund för bl.a. utvärdering av smittskyddet och utvecklande av åtgärdsstrategier. Genom anmälningarna får smittskyddsläkaren och SMI en total och aktuell bild av smittskyddsläget i respektive län. Uppgifterna i anmälningarna ligger också till grund för rapportering till Världshälsoorganisationen (WHO) och andra internationella organ.

De sjukdomar som skall anmälas enligt lagen (s.k. anmälningspliktiga sjukdomar) utgörs dels av de samhällsfarliga sjukdomarna, dels av

vissa andra smittsamma sjukdomar som i och för sig inte utgör ett lika stort hot mot befolkningens hälsa men vilkas utbredning och variationer i samhället det ändock ansetts angeläget att följa. Riksdagen beslutar om vilka sjukdomar som skall anses som samhällsfarliga, medan regeringen bestämmer vilka övriga sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga. Förteckningar över ifrågavarande sjukdomar återfinns i bilagor till smittskyddslagen respektive smittskydds-förordningen.

Även annan sjukdom än de förtecknade skall anmälas, om sjukdomen är eller misstänks vara smittsam samt har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i elakartad form (22 § smittskyddslagen). Det kan t.ex. vara fråga om en tidigare känd eller okänd sjukdom som lokalt eller regionalt fått en anmärkningsvärd spridning. Exempel på sådana tidigare inte kända sjukdomar är "Bua-sjukan" och "Ockelbosjukan". Förut anmäldes bl.a. EHEC och utbrott på daghem av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin enligt bestämmelsen; numera ingår dock dessa sjukdomar bland de anmälningspliktiga. Behandlande läkare skall vidare anmäla då en person med hivinfektion utvecklat aids (enligt WHO:s kriterier för aidsanmälan) samt då en person smittad av hepatit B, tuberkulos och tyfoidfieber upphör att vara smittbärande (SOSFS 1997:7).

Anmälningskyldigheten åvilar läkare när denne i sin verksamhet konstaterar att någon smittats av en anmälningspliktig sjukdom. Även läkare som vid obduktion finner smitta av anmälningspliktig sjukdom är skyldig att anmäla detta, liksom läkare vid mikrobiologiskt laboratorium som finner *smittämne* av anmälningspliktig sjukdom (laboratorier skall dock inte anmäla de samhällsfarliga sjukdomar som upptas under 1.3 i smittskyddslagens bilaga). Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om vissa undantag i anmälningskyldigheten för läkare vid mikrobiologiskt laboratorium.

Smittskyddslagen stipulerar att anmälan skall göras då ett sjukdomsfall konstaterats, dvs. när det klart fastställts att patienten är smittad av viss sjukdom. Lagen innehåller inte någon definition av de närmare kriterierna för diagnosen. För att få en enhetlig och korrekt rapportering har SMI utarbetat en förteckning för s.k. klinisk anmälan och för laboratorieanmälan. Eftersom det i vissa fall föreligger behov av att uppmärksamma smittskyddsläkarna redan på misstanke om smittsam sjukdom bör, enligt SMI:s förteckning, även osäkra fall anmälas. Detta sker regelmässigt per telefon. Socialstyrelsen har i föreskrift upprättat en förteckning över vilka smittämnen som skall anmälas av laboratorier.

Anmälan skall som huvudregel göras senast dagen efter det att läkaren fått vetskap om att den undersökte smittats, 2 § smittskydds-förordningen. För sjukdomar som upptas under 1.3 i bilagan till smittskydds-

lagen skall anmälan dock göras inom sju dagar. Misstänker läkaren att flera patienter smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom skall han, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta. Anmälan per telefon skall göras även i andra brådskande situationer, SOSFS 1997:7. Så bör bl.a. ske vid fall av listerios, difteri eller meningokockinfektion.

Rör det sig om en samhällsfarlig sjukdom skall anmälan innehålla uppgift om den smittades namn, personnummer och adress, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de förhållningsregler som läkaren meddelat och de åtgärder han vidtagit för att hindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet, 21 § smittskyddslagen. Gäller anmälan sjukdom som upptas under 1.3 i bilagan till smittskyddslagen skall dock uppgift om identitet eller sannolik smittkälla inte lämnas. I stället skall en kod bestående av de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades personnummer anges (den s.k. rikskoden) jämte uppgift om hemortslän. Saknar den smittade personnummer (vilket t.ex. kan vara fallet med asylsökande) skall istället en reservkod användas. Reservkoden utgörs av ett nummer som läkaren själv väljer. Är fråga om hivsmitta och tillhör den smittade en riskutsatt grupp skall, enligt 4 § smittskyddsförordningen, denna grupp anges i anmälan. Anmälan av anmälningspliktig sjukdom som inte är samhällsfarlig skall innehålla uppgift om den smittades identitet och de övriga uppgifter som behövs för att följa sjukdomens utbredning, 23 § smittskyddslagen. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om vad som skall ingå i anmälan enligt 21 § och 23 §, SOSFS 1997:7.

Smittskyddsläkaren är skyldig att vidta de åtgärder som erfordras då anmälan inkommit. Det räcker inte att han noterar och registrerar inkomna anmälningar; ett förebyggande och aktivt smittskydd förutsätter att han noga tar del av uppgifterna, bedömer dem och söker analysera vilka konsekvenser de kan få i smittskyddshänseende. I praktiken lägger smittskyddsläkarna ned ett stort arbete på denna uppföljning. Smittskyddsläkaren skall vidare på basis av inkomna anmälningar föra s.k. smittbärförteckning över hepatit B, tuberkulos och tyfoidfieber. När uppgift inkommer om att en person upphört vara smittsam, avlidit eller flyttat utomlands skall denne avföras från förteckningen.

Det åligger SMI att fortlöpande sammanställa de till institutet inkomna anmälningarna och med lämpliga mellanrum förse berörda myndigheter, läkare och veterinärer med redogörelse för dessa, 8 § smittskyddsförordningen. En sammanställning och analys redovisas i institutets årsrapporter.

Reglerna om anmälan har, enligt uppgift från smittskyddsläkarna och Socialstyrelsen, i princip fungerat väl. Det har emellertid från flera håll framförts att det förekommer att skriftlig anmälan inte görs inom

föreskriven tid. Vidare har underrapportering av klamydia förekommit, och det har även inträffat att läkare underlåtit att rapportera fall av hiv-infektion. Användandet av den s.k. rikskoden bereder vissa problem. Rikskoden fungerar inte då det gäller patienter som inte har eller vill uppge personnummer. Påhittade koder förekommer och det har inträffat att samma fall anmälts flera gånger med olika koder. Kodanvändningen har lett till statistikproblem, bl.a. då det gäller att koppla ihop hivanmälningar med aidsfall. För att få bukt med dessa bekymmer skärpte Socialstyrelsen 1997 föreskrifterna om tillämpningen av koder (SOSFS 1997:7).

Förutom det här beskrivna anmälningsystemet sker genom en överenskommelse mellan de mikrobiologiska laboratorerna och SMI frivillig rapportering av ytterligare cirka 40 smittämnen. Inga personuppgifter finns i dessa anmälningar. De deltagande laboratorerna (ett trettio-tal) sammanställer resultaten veckovis och rapporterar därefter till SMI och smittskyddsläkarna.

6 Förhållningsregler

6.1 Allmänt om förhållningsregler

Den behandlande läkaren är skyldig att meddela den som undersöks för samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs för att hindra smittspridning. Meddelade förhållningsregler skall tas in i den undersöktes patientjournal, 16 § smittskyddslagen. Enligt 13 § är den enskilde skyldig att följa reglerna. Uppgifter om meddelade förhållningsregler skall av behandlande läkare lämnas i den anmälan som han enligt 20 § bl.a. har att göra till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet, se vidare kap. 5.3.

Förhållningsreglerna får avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt och skall avpassas både till den sjukdom som är ifråga och till den smittades person. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) bör i förhållningsreglerna ingå en uppmaning om fortsatt läkarkontakt. Förhållningsreglerna för konstaterad eller misstänkt hivinfektion skall bl.a. omfatta information om åtgärder för att förhindra risken för smitta vid sexuellt umgänge. Vidare skall reglerna alltid innehålla en föreskrift om att den smittade måste underrätta sin sexualpartner om att han är hivsmittad.

För att söka åstadkomma enhetlighet över landet har smittskyddsläkarna enats om vissa grundläggande förhållningsregler för de olika sjukdomarna. Dessa ges ut på s.k. smittskyddsblad. Förutom själva förhållningsreglerna innehåller smittskyddsbladen bl.a. information till läkare och patient om sjukdomen ifråga. De standardiserade reglerna kan anpassas av behandlande läkare genom strykningar och tillägg.

Smittskyddslagen reglerar inte i vilken form förhållningsreglerna skall lämnas. I SOSFS 1989:18 anges emellertid att patienten, utöver muntlig information, även bör erhålla förhållningsregler i skriftlig form. Den skriftliga handlingen är till för att patienten skall kunna erinra sig och förstå innebörden av reglerna. I de allmänna råden understryks vidare att det är viktigt att läkaren ger sig tid att muntligen gå igenom reglerna och förvissa sig om att patienten verkligen förstår dessa. Detta gäller särskilt i de fall patienten inte har svenska som

modersmål eller lider av ett fysiskt eller psykiskt handikapp. Om den smittade inte behärskar det svenska språket eller är allvarligt hörsel- eller talskadad bör tolk anlitas, 8 § förvaltningslagen (1986:223).

Är patienten missnöjd med förhållningsreglerna kan han begära att smittskyddsläkaren prövar dem. Smittskyddsläkaren får, enligt 17 § smittskyddslagen, ändra reglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt. Detta innebär att smittskyddsläkaren fritt kan bedöma vilka regler som är lämpliga från smittskyddssynpunkt, och att prövningen även kan leda till att givna regler skärps. Vid prövningen kan smittskyddsläkaren behöva ytterligare beslutsunderlag. Han har möjlighet att begära ytterligare information från den som ansökt om prövning eller inhämta uppgifter från bl.a. läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, 8 §. Smittskyddsläkarens beslut kan överklagas till länsrätten. Enligt uppgifter som kommittén inhämtat från ett flertal smittskyddsläkare är det mycket ovanligt att smittskyddsläkaren gör en formell prövning av förhållningsreglerna. Vanligare är att patienterna informellt kontaktar smittskyddsläkaren för att höra sig för om meddelade förhållningsregler är rimliga. Enligt vad kommittén erfarit har beslut om förhållningsregler inte varit föremål för domstols prövning.

Övertas behandlingsansvaret för en patient av en läkare från en annan skall den nye läkaren självständigt ta ställning till vilka förhållningsregler som skall gälla. Eventuella ändringar skall anmälas till smittskyddsläkaren. De förhållningsregler som smittskyddsläkaren själv meddelat får emellertid inte ändras av den nye läkaren (SOSFS 1989:18).

Den behandlande läkaren är skyldig att så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Möjligheterna att utöva denna kontroll är emellertid av naturliga skäl starkt begränsade. Läkaren kan inte hålla uppsikt över patienten i dennes dagliga liv. I förarbetena uttalas att läkaren på olika sätt bör vara uppmärksam på tecken som tyder på att patienten inte hörsammat förhållningsreglerna. Det är därför nödvändigt att läkaren har tillräckligt täta kontakter med patienten även då denne avböjer behandling eller då sådan inte finns. Läkaren bör även vara lyhörd för de upplysningar han kan få från myndigheter eller enskilda. Finner den behandlande läkaren anledning att anta att patienten inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler skall han skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren, 25 § smittskyddslagen. Vilka förhållanden som skall föreligga för att underrättelse skall ske får avgöras från fall till fall. Efter att ha fått en sådan underrättelse har smittskyddsläkaren att vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning, se kap. 7 och 8.

6.2 Kommitténs enkät

För att få en klarare bild av när och hur förhållningsregler meddelas och för att få kunskap om eventuella problem har kommittén tillställt ett antal läkare enkäter rörande klamydia, hivinfektion, hepatit B, tuberkulos och salmonella. Enkäterna har dels bestått av ett antal konkreta frågor om när förhållningsregler ges, hur patientens iakttagande av reglerna följs upp m.m., dels av två frågor av mer allmän karaktär. De senare har rört hur läkaren skulle utföra sitt arbete om smittskyddslagen inte innehöll några bestämmelser om förhållningsregler samt om man uppmärksammat några problem som har samband med förhållningsreglerna.

Vissa huvuddrag av enkätsvaren redovisas nedan. Sammanfattningsvis kan dock följande sägas. Behandlande läkare har i sitt arbete stor hjälp av de smittskyddsblad som utges av smittskyddsläkarna. Vid de kroniska sjukdomarna hivinfektion och hepatit B kan svårigheterna att hantera kunskaperna om patientens eventuella smittfarliga beteende stundom leda till att läkaren medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om detta. Flertalet av de tillfrågade läkarna tror att det vid dessa sjukdomar ibland förekommer att patienten själv undanhåller information om sina sexuella kontakter p.g.a. rädsla för smittskyddslagens tvångsregler. Läkarnas uppfattning om förhållningsreglerna och läkarens kontrollerande funktion varierar. Bland annat har man framhållit svårigheten att förena skyldigheten att kontrollera att patienten iakttar förhållningsreglerna med rollen som behandlande läkare. Flera har emellertid påpekat att lagens bestämmelser utgör ett stöd i arbetet. Mer än hälften av tillfrågade läkare (beträffande samtliga sjukdomar) tror att de skulle utföra sitt arbete likadant, även om smittskyddslagen inte innehöll några bestämmelser om förhållningsregler.

Klamydia

Enkäten tillställdes 16 allmänläkare och 27 hudläkare. De allra flesta ger förhållningsregler redan vid patientens första besök. Efter fastställd diagnos lämnar majoriteten av hudläkarna och en fjärdedel av allmänläkarna skriftliga förhållningsregler. Allmänläkarna använder då de regler som rekommenderats av smittskyddsläkarna, medan hudläkarna även har egna regler. De flesta läkarna följer upp patientens iakttagande av reglerna vid återbesök eller vid telefonsamtal. Ingen av läkarna anmäler direkt till smittskyddsläkaren om det visar sig att patienten inte iakttar reglerna; många läkare samtalar istället med patienten för att få denne att komma till insikt om smittrisk m.m.

Hivinfektion

Enkäten tillställdes 38 läkare med behandlingsansvar för hivpatienter. Majoriteten av dessa – 20 stycken – lämnar förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos ger 12 läkare enbart muntliga förhållningsregler medan 25 använder sig av både muntliga och skriftliga. De skriftliga reglerna som ges är i huvudsak de av smittskyddsläkarna rekommenderade. 20 läkare följer regelbundet upp patientens iakttagande av förhållningsreglerna; övriga frågar ibland. På frågan om hur ofta läkaren tror att han medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om patientens eventuellt smittfarliga beteende p.g.a. svårigheterna att hantera kunskaperna har 19 läkare svarat aldrig, 14 ibland och två ofta. Flertalet av de tillfrågade läkarna (30 stycken) tror att det emellanåt kan inträffa att patienten undanhåller information om sexuella kontakter av rädsla för smittskyddslagens tvångsregler.

Hepatit B

Enkäten tillställdes 32 infektionsläkare. Hälften av läkarna ger förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos använder sig samtliga av både muntliga och skriftliga förhållningsregler. De skriftliga förhållningsreglerna är i huvudsak smittskyddsläkarnas. Åtta läkare följer upp patientens iakttagande av förhållningsreglerna vid varje besök, 12 gör det regelbundet och 11 frågar då och då. 16 läkare tror att det aldrig förekommer att de medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om patientens eventuellt smittfarliga beteende p.g.a. svårigheter att hantera kunskaperna, men 15 tror att det kan förekomma emellanåt. Majoriteten av de tillfrågade tror att det ibland kan inträffa att patienten undanhåller information om sina sexuella kontakter p.g.a. rädsla för smittskyddslagens tvångsregler.

Tuberkulos

Enkäten tillställdes 13 läkare. Fyra av dessa lämnar förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos ger alla muntliga förhållningsregler; fem använder både muntliga och skriftliga. Alla läkare utom en följer upp patientens iakttagande av förhållningsreglerna vid varje besök.

Salmonella

Enkäten tillställdes 16 läkare. Av dessa lämnar 11 stycken förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos ger 14 både muntliga och skriftliga förhållningsregler, medan två enbart ger muntliga regler. De skriftliga förhållningsregler som används är huvudsakligen smittskyddsläkarnas. Nio läkare följer upp patientens iakttagande av reglerna vid varje besök; övriga tillfrågade följer upp patienten på annat sätt (men har inte angett hur).

7 Tillfälligt omhändertagande och tvångsundersökning

7.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs den faktiska tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder mot personer som *misstänks* bära på en smittsam sjukdom, dvs. tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen och tvångsundersökning enligt 36 § samma lag. Redovisningen bygger främst på av kommittén genomförda intervjuer med smittskyddsläkarna rörande tillämpningen 1995 och 1996 och på undersökningar av Socialstyrelsen rörande tillämpningen 1992. Inhämtade uppgifter belyser i huvudsak bestämmelsernas formella tillämpning. Undersökningarna ger också en översiktlig bild av hur sådana ärenden hanteras men samtidigt bör anmärkas att undersökningarna inte har gett möjlighet till en djupgående jämförelse mellan de olika smittskyddsläkarna.

7.2 Tillfälligt omhändertagande

Enligt 37 § smittskyddslagen får smittskyddsläkaren i vissa fall besluta att den som misstänks vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom, skall omhändertas i avvaktan på resultatet av läkarundersökning. Tillfälligt omhändertagande får dock inte beslutas beträffande hivinfektion och de andra sjukdomarna som tas upp under 1.3 i bilagan till lagen. Förutsättningen för tillfälligt omhändertagande är att det av särskilda skäl behövs för att förhindra smittspridning. Enligt förarbetena innebär detta att det skall föreligga speciella omständigheter som tyder på att man inte kan påräkna personens frivilliga medverkan till erforderliga åtgärder. Omhändertagandet får äga rum under högst sju dagar från och med den dagen personen togs in på sjukhus.

Erfarenheterna av denna tvångsåtgärd är mycket begränsade hos smittskyddsläkarna. Enligt kommitténs undersökning är det mellan 1989 och 1997 endast i något enstaka fall som frågan om tillfälligt

omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen har aktualiserats. Endast i ett fall, vilket avsåg ett misstänkt fall av tuberkulos, har beslut fattats om tillfälligt omhändertagande.

7.3 Tvångsundersökning

7.3.1 Regleringen

Enligt 36 § smittskyddslagen får smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning av någon som är skyldig att låta sig undersökas men som inte utan dröjsmål gör detta. Den behandlande läkaren har skyldighet att i vissa fall underrätta smittskyddsläkaren om sådana personer. Sådan underrättelse skall göras om den behandlande läkaren i smittspårningsarbetet finner att en person som kan misstänkas ha smittats av samhällsfarlig sjukdom inte låter sig undersökas (26 §). Enligt 5 § smittskyddsförordningen skall smittskyddsläkaren omedelbart underrättas om en person som är skyldig att låta sig läkarundersökas inte utan svårighet kan nås omgående. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:7) skall underrättelse ges inom 14 dagar. När smittskyddsläkaren erhåller underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen skall han få till stånd läkarundersökning. Om det kan ske utan risk för smittspridning bör han först försöka få personen att frivilligt låta sig läkarundersökas (28 §). För att verkställa ett beslut om tvångsundersökning kan smittskyddsläkaren begära biträde av polis (62 § 1 p).

7.3.2 Statistiska uppgifter

Tabell 7:1 Antal underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen i landet

	1992	1995	1996
klamydia	1 292	1 348	1 453
hivinfektion	91	118	122
gonorré	19	10	*
syfilis	*	*	12
tuberkulos	22	*	*
hepatit B	15	30	17
hepatit C	24	43	34
övriga	21	17	9
Totalt	1 484	1 566	1 647

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm: Under "övriga" ryms bl.a. tuberkulos, syfilis och gonorré då endast enstaka underrättelser har gjorts. 1995 ingick även enstaka underrättelse rörande hepatit A och 1996 enstaka underrättelse rörande shigella.

Med * avses att endast enstaka underrättelser gjorts, dessa ingår därför i "övriga".

Som framgår av tabell 7:1 har majoriteten av underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen avsett personer som misstänkts bära på klamydia. Förklaringen till detta torde främst ligga i den omfattande förekomsten av klamydia, jfr kap. 3.3. Enligt undersökningarna har samtliga smittskyddsläkare erhållit underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen de undersökta åren om än i mycket skiftande omfattning. I tabell 7:2 redovisas antalet underrättelser till de län som fått flest underrättelser undersökta år. Av naturliga skäl, bl.a. med hänsyn till befolkningsstorleken, står Stockholms län för den övervägande andelen underrättelser. I tre län (Blekinge, Gotland och Halland) har antalet underrättelser inte något år överstigit femton stycken. Lägst antal underrättelser inkom till Smittskyddsläkaren i Gotlands län, nämligen tio stycken 1992, tre stycken 1995 och fem stycken 1996. I övrigt visar undersökningarna inte någon enhetlig trend vare sig mellan de olika länen eller mellan åren inom respektive län. Emellertid har flera smittskyddsläkare uppgivit att antalet underrättelser legat på en relativt konstant nivå mellan de undersökta åren.

Tabell 7:2 Län med flest antal underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen

	1992	1995	1996
Stockholms län	463	581	678
Västmanlands län	272	97	102
Malmöhus län	109	87	72
Göteborg och Bohus län*	89	81	61
Södermanlands län	82	132	129
Uppsala län	87	85	56
Gävleborgs län	62	87	67

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm. * Smittskyddsorganisationen i Göteborgs stad och i Bohus läns slogs samman under 1996. För enkelhetens skull har uppgifterna för dessa smittskyddsläkare sammanräknats även för 1992 och 1995.

Det är endast i få fall som underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen leder till *beslut om tvångsundersökning*. Som framgår av tabell 7:3 avser de flesta tvångsbesluten misstänkt klamydia. Räknat i procent ledde 3 % av underrättelserna 1992 till beslut om tvångsundersökning. 1995 och 1996 ledde 2,5 % respektive 2,3 % av underrättelserna till beslut om tvångsundersökning. Av undersökningarna framgår att antalet beslut om tvångsundersökning fördelas på ett fåtal smittskyddsläkare. Besluten var 1992 och 1995 fördelade på sju smittskyddsläkare respektive år och 1996 på 11 smittskyddsläkare. Åtta smittskyddsläkare meddelade inte beslut om tvångsundersökning under något av de undersökta åren. I tabell 7:4 jämförs antal beslut mellan de smittskyddsläkare som erhållit flest underrättelser de undersökta åren. Stockholms län och Västmanlands län har vardera sammantaget meddelat flest beslut. Intressant att notera är att t.ex. i Malmöhus län är beslut om tvångsundersökning ytterst sällsynta trots att smittskyddsläkaren erhållit ett stort antal underrättelser och att länet, enligt Smittskyddsintitutets årsrapporter, har en relativt hög förekomst av t.ex. klamydia. Det skall härvid också nämnas att beslutet 1995 av smittskyddsläkaren i Malmöhus län rörde tuberkulos.

Tabell 7:3 Antal beslut om tvångsundersökning

	1992	1995	1996
klamydia	*	36	31
hivinfektion	*	1	6
hepatit B	*	2	1
syfilis	*	-	1
tuberkulos	*	1	-
Totalt	42	40	39

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Teckenförklaring: * = uppgift saknas, - = inte något beslut.

Tabell 7:4 Antal beslut om tvångsundersökningar i vissa län

	1992	1995	1996
Stockholms län	15	10	12
Västmanlands län	18	5	7
Malmöhus län	0	1	0
Göteborg och Bohus län*	2	1	1
Södermanlands län	1	12	4
Uppsala län	5	0	0
Gävleborgs län	0	3	3

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm. * Smittskyddsorganisationen i Göteborgs stad och i Bohus läns slogs samman under 1996. För enkelhetens skull har uppgifterna för dessa smittskyddsläkare sammanräknats även för 1992 och 1995.

Socialstyrelsens undersökning rörande 1992, liksom en tidigare undersökning 1991, visar att det förelåg stora variationer mellan länen såväl när det gäller antal underrättelser enligt 26 § i förhållande till folkmängden i länet som beträffande antalet tvångsundersökningar som följd av sådan underrättelse. Liknande variationer framkommer även i kommitténs undersökning. Orsakerna till dessa variationer har inte kunnat närmare analyseras men såväl Socialstyrelsens undersökning som kommitténs intervjuer pekar på att variationerna åtminstone till viss del kan förklaras med skillnader i hur smittskyddsläkarna hanterar och bedömer dessa ärenden, särskilt beträffande ärenden som rör misstänkt klamydia.

Den absoluta majoriteten av ärenden som rör underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen avslutas genom att berörd person frivilligt låter sig undersökas. På smittskyddsläkarenheten i Stockholm avslutades, såväl 1995 som 1996, drygt 75 % av ärendena på detta sätt. I andra fall har ärendena skrivits av, främst p.g.a. att personuppgifterna har varit så ofullständiga att personen inte gått att identifiera eller p.g.a. att personen har flyttat till ett annat län och ärendet därför flyttats över till annan smittskyddsläkare. Det förekommer även andra skäl till att ett ärende skrivs av. Det kan t.ex. vara så att personen redan har blivit undersökt, att underrättelse ägt rum på felaktiga grunder eller att personen av olika anledningar inte gått att nå. I några fall har vissa smittskyddsläkare skrivit av ärenden som rör klamydia p.g.a. att smittskyddsläkaren inte ansett att det förelegat epidemiologiska skäl till tvångsätgård, t.ex. att det gått så lång tid sedan smittillfället att undersökning inte framstått som meningsfull.

En ur epidemiologisk synvinkel intressant fråga är i vad mån tvångsundersökningarna leder till att människor med smittsam sjukdom upptäcks. I kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna ställdes frågan om provresultaten vid genomförda tvångsundersökningar. Med hänsyn till osäkerheten i vissa av uppgifterna ger redovisningen dock endast en bild av resultaten.

Tabell 7:5 Sammanlagda provresultat från tvångsundersökningar för 1995 och 1996

	<i>klamydia</i>	<i>hivinfektion</i>	<i>hepatit B</i>	<i>syfilis</i>	<i>tuberkulos</i>
Positiv diagnos	17	2	1	-	1
Negativ diagnos	29	5	2	1	-
Totalt	67*	7	3	1	1

Anm. * Beträffande 23 av dessa undersökningar har uppgifter har inte kunnat erhållas eller så har resultaten uppgivits vara osäkra eller ospecificerade. Detta sammanhänger bl.a. med att analysmetodiken för klamydia inte haft tillräckligt hög grad av känslighet och därför inte kunnat ge ett säkert svar.

7.3.3 Några tillämpningsfrågor

I kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna ställdes allmänna frågor om rutinerna då underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen inkommit. Smittskyddsläkarna försöker i de allra flesta fallen att få berörd person att frivillig söka läkare för undersökning. Det är ytterst sällsynt att beslut om tvångsundersökning meddelas utan att smittskyddsläkaren

har försökt att få kontakt med personen. Beslut om tvångsundersökning fattas vanligen först efter det att den berörde personen anmanats en eller flera gånger. Emellertid framgår av kommitténs intervjuer att rutinerna varierar. Detta gäller också hur kontakterna tas. Enligt intervjuerna förekommer såväl skriftliga som muntliga anmaningar och i vissa fall kombineras dessa förfaranden.

Flertalet beslut om tvångsundersökning under 1995 och 1996 har genomförts med biträde av polis. Enligt kommitténs intervjuer är det vanligaste tillvägagångssättet att beslutet om tvångsundersökning delges personen genom polisens försorg varvid polisen samtidigt tar med vederbörande för undersökning. Emellertid skiftar rutinerna mellan smittskyddsläkarna. Så uppgav t.ex. en smittskyddsläkare att berörd person först delges ett beslut om tvångsundersökning i vilket vederbörande ges två dagar på sig att efterkomma beslutet. Först om läkarundersökning ändå inte kommer till stånd begärs biträde av polis för att genomföra undersökningen. En smittskyddsläkare uppgav att han t.ex. aldrig begär biträde av polis för undersökning som rör misstänkt klamydia.

8 Tvångsisolering

8.1 Inledning

I kapitlet redogörs för tillämpningen av bestämmelserna om tvångsisolering. Underlaget för avsnitt 8.3 har erhållits genom intervjuer med samtliga smittskyddsläkare och genom två rapporter från Socialstyrelsen, nämligen "Socialstyrelsens uppföljning av tillämpningen av 38 § smittskyddslagen", redovisning 8 februari 1996 och "Rapport beträffande undersökning av till smittskyddsläkarna under 1992 inkomna underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen", Socialstyrelsen 12 december 1994.

Enligt kommitténs direktiv skall särskild vikt fästas vid bestämmelserna om bl.a. tvångsisolering och särskild uppmärksamhet skall riktas mot tvångsisoleringens varaktighet, den tvångsisoleras rättigheter och de stöd- och hjälpåtgärder som erbjuds den isolerade. I syfte att belysa dessa frågor har domstolarnas akter mellan den 1 januari 1989 och den 31 maj 1997 studerats. Kommittén har även tagit del av smittskyddsläkarnas akter och inhämtat kompletterande uppgifter från smittskyddsläkarna och från den särskilda enheten vid Danderyds sjukhus för omhändertagande enligt smittskyddslagen.

För att närmare belysa de tvångsisoleras situation ur ett psykiatriskt perspektiv har inhämtats ett särskilt utlåtande från socialläkaren Anders Annell. Utlåtandet finns intaget i del B, bilaga 9.

8.2 Regleringen

Den behandlande läkaren har enligt 25 § smittskyddslagen skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om det finns anledning att anta att en patient som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler. Enligt samma lagrum skall den behandlande läkaren också anmäla om en sådan patient avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med detta.

Enligt 28 § smittskyddslagen skall smittskyddsläkaren efter att ha fått en underrättelse enligt 25 § vidta de åtgärder som behövs för att förhindra vidare smittspridning. I paragrafen anges vidare att smittskyddsläkaren innan han tillgriper en tvångsåtgärd bör söka nå rättelse på frivillig väg.

Enligt 38 § smittskyddslagen kan länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren fatta beslut om tvångsisolering i två fall. Det ena är om den som för smitta inte medverkar frivilligt till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Underlåtenheten är emellertid en tillräcklig grund för isolering endast om den medför risk för smittspridning. Ett beslut om tvångsisolering kan också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning. Det bör härvid uppmärksammas att tvångsisolering endast kan äga rum beträffande en person som konstaterats vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom. Om det är fråga om någon som endast misstänks vara smittad och denne inte frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder kan det däremot bli fråga om ett tillfälligt omhändertagande enligt 37 § (jfr kap. 7.2).

Om länsrättens beslut inte kan avvaktas på grund av risken för smittspridning kan smittskyddsläkaren enligt 39 § smittskyddslagen omedelbart fatta beslut om tvångsisolering. Smittskyddsläkarens beslut skall dock omedelbart underställas länsrättens prövning.

Tvångsisolering får enligt 40 § smittskyddslagen pågå under högst tre månader från den dag den smittade togs in på sjukhus på grund av beslutet om isolering. Om smittskyddsläkaren bedömer att det finns behov av isolering även efter denna tid skall han, enligt 41 §, före tremånaderstidens utgång ansöka om förlängning av tvångsisoleringen hos länsrätten. Ett beslut om fortsatt isolering får avse högst sex månader åt gången. Någon yttersta gräns för hur länge isoleringen sammanlagt får pågå finns inte. I propositionen anges att tvångsisolering skall pågå så länge det finns risk för smittspridning på grund av att den smittade inte frivilligt underkastar sig de åtgärder och inskränkningar i sin livsföring som är nödvändiga för att hindra smittans vidare spridning. Först när situationen för den isolerade har ändrats på ett sådant sätt att förutsättningar för tvångsisolering inte längre föreligger kan beslutet om tvångsisolering hävas. Isoleringstidens längd blir således enligt propositionen beroende av den isolerades inställning till sin situation och sin omgivning.

Enligt 42 § smittskyddslagen skall tvångsisolering ofördröjligen upphöra när det inte längre finns skäl för den. Smittskyddsläkaren skall vidare ofördröjligen pröva frågan om tvångsisoleringens upphörande

när den isolerade begär det. Avslår han begäran kan den isolerade överklaga detta beslut.

I 43–50 §§ smittskyddslagen finns bestämmelser om omhändertagandet under isoleringstiden, om den isolerades rättigheter och vilka inskränkningar som får göras och om tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet. Beträffande dessa bestämmelser se avsnitt 8.7.1 nedan.

Som ovan redogjorts för fattas beslut rörande tvångsisolering av länsrätten och flertalet av de beslut som fattas av smittskyddsläkaren, t.ex. rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet, kan överklagas till länsrätten. Beträffande handläggningen av dessa mål gäller huvudsakligen bestämmelserna i förvaltningsprocesslagen. Vissa kompletterande bestämmelser finns dock i 54–61 §§ smittskyddslagen. Dessa innebär i korthet följande.

Smittskyddsmålen skall handläggas skyndsamt. Om smittskyddsläkaren fattat beslut om omedelbar tvångsisolering enligt 39 § smittskyddslagen eller om målet rör ansökan om fortsatt tvångsisolering skall länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in eller underställning enligt 39 § skedde. Huvudregeln är vidare att muntlig förhandling skall hållas i mål om tvångsisolering eller om upphörande av tvångsisolering. I mål som rör tvångsisolering skall vidare nämndemän ingå i rätten.

Här bör också uppmärksammas att särskilda bestämmelser gäller rörande beslutens offentlighet. Beslut enligt smittskyddslagen omfattas som huvudregel av hälso- och sjukvårdssekretessen i 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) (SokrL). Undantag görs dock i 7 kap. 2 § 2 p. SokrL för vissa beslut. Enligt denna bestämmelse gäller inte hälso- och sjukvårdssekretessen om beslutet angår frihetsberövande åtgärd. Undantagna är dock mål som rör sådana smittsamma sjukdomar som anges i bilaga 1.3. i smittskyddslagen, dvs. gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle. Beträffande dessa sjukdomar är även beslut som rör frihetsberövande åtgärd sekretessbelagda. Detta innebär att i mål som rör tvångsisolering av en hivpositiv person är alla uppgifter i domen, utom själva domslutet, sekretessbelagda. Om målet rör en person som bär på tuberkulos är uppgifterna i domen däremot offentliga.

8.3 Handläggningen före beslut om tvångsisolering

8.3.1 Statistiska uppgifter rörande underrättelse enligt 25 § smittskyddslagen

Som redogjorts för i avsnitt 8.2 skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om läkaren misstänker att en smittad eller misstänkt smittad person inte följer meddelade förhållningsregler. I tabell 8:1 och i tabell 8:2 presenteras antalet underrättelser i enlighet med bl.a. de uppgifter kommittén erhållit vid intervjuer under 1997 med smittskyddsläkarna i landet.

Tabell 8:1 Antal underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen fördelat på sjukdomar

	1989– 1995-06-30	1992	1995	1996
Klamydia	-	180	171	176
Hivinfektion	-	96	146	129
Hepatit B och/eller C	-	97	244	231
Övriga	-	27	21	22
Totalt	699	400	582	558

Källor: Socialstyrelsens uppföljning av tillämpningen av 38 § smittskyddslagen, redovisning 8 februari 1996, Rapport beträffande undersökning av till smittskyddsläkarna under 1992 inkomna underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 december 1994, samt intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm: Det bör observeras att uppgifterna från smittskyddsläkarna lämnats med förbehåll för viss felmarginal, dock torde det endast röra sig om något enstaka fall mer eller mindre. Under "övriga" ryms enstaka underrättelser rörande tuberkulos, syfilis, gonorré, salmonella och shigella.

Tabell 8:2 Län med flest antal underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen 1995 och 1996

	1995	1996
Stockholms län	215	253
Göteborg och Bohus län*	147	74
Uppsala län	47	41
Värmlands län	41	42
Malmöhus län	29	28

Källor: Intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

*Anm. ** Smittskyddsorganisationen i Göteborgs stad och i Bohus län slogs samman under 1996. Uppgifterna för dessa smittskyddsläkare har för enkelhetens skull sammanräknats även för 1995.

Som framgår av tabell 8:2 hänför sig det övervägande antalet underrättelser till storstadsområdena Stockholm och Göteborg. När det gäller hivinfektion hänför sig underrättelserna, med några få undantag, till Stockholm eller Göteborg. Smittskyddsläkaren i Stockholm erhöll 1995 och 1996 drygt 100 underrättelser rörande hivinfektion vardera året.

Med undantag för de län som tagits upp i tabell 8:2 är underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen relativt sporadiskt förekommande hos de flesta smittskyddsläkare. Majoriteten av smittskyddsläkarna får färre än 10 underrättelser per år. 1995 erhöll fyra smittskyddsläkare drygt 15–22 underrättelser vardera och 1996 erhöll två smittskyddsläkare motsvarande antal underrättelser. Det bör anmärkas att sju smittskyddsläkare inte erhöll några underrättelser 1995 och att tre smittskyddsläkare inte erhöll några underrättelser 1996.

Majoriteten av underrättelserna har föranletts av att den smittade personen avbrutit föreskriven läkarkontakt. För bl.a. klamydia har det därvid rört sig om att personen inte återkommit på sådant kontrollbesök som erfordras för att kunna konstatera att personen är smittfri. Drygt hälften av underrättelserna rörande hivinfektion har avsett avbruten läkarkontakt. Övriga fall har huvudsakligen avsett underlåtenhet att vid sexuellt umgänge använda skydd och/eller informera om sin sjukdom. Några få fall har avsett underlåtenhet att informera sjukvårdspersonal eller sprutdelning.

Underrättelseskyldighet enligt 25 § smittskyddslagen åvilar behandlande läkare. Beträffande hivpositiva personer som misstänkts bryta mot förhållningsregler rörande sexuellt umgänge, sprutdelning o.dyl. visade Socialstyrelsens undersökningar dock att ärendena många gånger anmäldes från andra myndigheter, som t.ex. polismyndigheter, samt från anhöriga, sexualpartner och privatpersoner i övrigt. Av totalt 183 underrättelser rörande nu nämnda misstankar i Stockholms län under tidsperioden fr.o.m. 1989 t.o.m. 30 juni 1995 hade endast 11 underrät-

telser gjorts av behandlande läkare. Enligt de intervjuer kommittén har gjort framgår att motsvarande förhållanden fortfarande synes gälla i Stockholm och Göteborg medan endast enstaka ärenden i andra lands-ting initierats genom annan än behandlande läkare.

Här skall också uppmärksammas att smittskyddsläkaren enligt 30 § smittskyddslagen, med vissa undantag, skall underrätta socialnämnden, polismyndigheten och frivårdsmyndigheten om en hivpositiv person inte följer eller misstänks inte följa förhållningsreglerna, och att dessa myndigheter då får en skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren om de uppmärksammar förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs. Enligt Socialstyrelsens kartläggning av tillämpningen av 38 § fram t.o.m. den 30 juni 1995 uppgav smittskyddsläkaren i Stockholms län att man ytterst sällan fick några svar från myndigheterna utom från socialtjänstens s.k. prostitutionsgrupp. Vid kommitténs kontakter med smittskyddsläkarna i Stockholm, Göteborg och Malmö framgår att det fortfarande är mindre vanligt att upplysningar erhålls enligt dessa bestämmelser. Även enligt dessa uppgifter har återrapporteringen främst avsett prostituerade.

8.3.2 Smittskyddsläkarens åtgärder efter underrättelse om brott mot förhållningsregler

Av kommitténs kartläggning framgår att handlägningsrutinerna vid ärenden som avser brott mot förhållningsregler varierar dels mellan smittskyddsläkarna, dels hos den enskilde smittskyddsläkaren beroende på vad underrättelsen avser. I allmänhet kontaktas inledningsvis den behandlande läkaren för närmare uppgifter om omständigheterna och i de allra flesta fallen begärs också journalhandlingarna in för kontroll av vilka förhållningsregler som givits.

Som framgår av avsnitt 8.3.1 ovan har de allra flesta ärenden avsett avbruten läkarkontakt. Enligt de uppgifter kommittén har erhållit söker smittskyddsläkaren få kontakt med den berörda personen, antingen genom brev eller samtal, för att förmä honom eller henne att återuppta kontakten med läkaren. Ett flertal ärenden har rört personer som saknar adress eller som har oklara adressuppgifter. Detta har bl.a. gällt missbrukare men även utländska medborgare som t.ex. sökt asyl i Sverige. I de sistnämnda fallen är det inte ovanligt att osäkerhet föreligger om dessa personer överhuvudtaget längre vistas i Sverige. För smittskyddsläkaren innebär detta således att arbetet många gånger består i att söka leta reda på den berörde personen. Under förutsättning att andra uppgifter inte framkommer om smittfarligt beteende leder inte ärenden som avser avbruten läkarkontakt till andra än nu beskrivna åtgärder.

I det här sammanhanget skall uppmärksammas att i såväl Socialstyrelsens undersökningar som i kommitténs kartläggning har framkommit att det förekommer att underrättelser avser underlåtenhet att medverka vid smittspårning. Det kan härvid anmärkas att det inte finns någon sanktion enligt smittskyddslagen mot en person som inte medverkar vid smittspårning. Smittskyddsläkaren saknar således möjlighet att tillgripa någon tvångsåtgärd i dessa fall. Enligt kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna uppger flera smittskyddsläkare att man vid sådana ärenden framhåller i brev och i vissa fall även vid telefonkontakt vikten av att smittspårning genomförs och att man även upplyser vederbörande om dennes skyldighet att delta. För det fall personen i fråga ändå inte medverkar avstår man emellertid från vidare åtgärder.

Beträffande brott mot andra förhållningsregler än att vederbörande skall ha läkarkontakt har, som framgår av föregående avsnitt, sådana ärenden i huvudsak avsett hivinfektion och det har varit fråga om fall där personen underlåtit att vid sexuellt umgänge använda skydd och/eller informera om sin sjukdom. Av såväl Socialstyrelsens undersökningar som kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna framgår att ett flertal åtgärder vidtas för att förmå den enskilde att på frivillig väg följa givna förhållningsregler. Det skall också här anmärkas att den absoluta majoriteten av ärenden enligt 25 § smittskyddslagen inte har lett till ansökan om tvångsisolering.

Ett viktigt moment efter underrättelse om brott mot förhållningsregler som nu är i fråga är att kontrollera vilka förhållningsregler som givits och vad som är orsaken till att personen inte lyckats följa dessa. Av kartläggningen framgår att smittskyddsläkarna i de allra flesta fallen har en eller flera samtalskontakter med den berörda personen. Åtgärder som har genomförts har bl.a. varit att utforma förhållningsregler som är särskilt anpassade för den enskilde personen, att föranstalta om samtalskontakter med kuratorer eller psykologer och att föranstalta om insatser inom narkomanvård m.m. Enligt kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna i Stockholm, Göteborg och Malmö tas i förekommande fall kontakt med socialnämnden för att försöka få till stånd lämpliga åtgärder. I såväl Malmö som Göteborg håller smittskyddsläkaren vid behov särskilda konferenser rörande den berörde där bl.a. socialnämnd och behandlande läkare deltar.

Enligt en uppskattning av smittskyddsläkaren i Stockholm handläggs ett ärende som avser brott mot förhållningsregler i regel mellan tre och sex månader innan en ansökan om isolering görs. I vissa fall kan det dock vara fråga om betydligt längre tid. I några fall har smittskyddsläkaren också omgående fattat beslut om isolering med stöd av 39 § smittskyddslagen.

8.4 Uppgifter om domstolarnas beslut om tvångsisolering

Inledningsvis skall erinras om att domstolarnas handläggning av mål om tvångsisolering vid bl.a. hivinfektion i sin helhet är sekretessbelagd. Med undantag för domslutet gäller detta även uppgifterna i domen. Någon egentlig statistik finns inte. Nedanstående uppgifter bygger således uteslutande på kommitténs genomgång av domar (se avsnitt 8.1) och tillgängliga akter med kompletterande muntlig information från bl.a. smittskyddsläkarna. Detsamma gäller uppgifterna i avsnitt 8.5.

Från och med 1989 till och med maj 1997 har länsrätten i Stockholm handlagt 186 mål rörande tvångsisolering enligt smittskyddslagen. Övriga länsrätter har handlagt mål som rört sammanlagt 20 personer. Ett antal mål har prövats av kammarrätten medan regeringsrätten endast har lämnat prövningstillstånd i ett mål vilket rörde en processuell fråga. Majoriteten av smittskyddsmålen har avsett isolering enligt 38 §, underställning av smittskyddsläkarens beslut om omedelbar tvångsisolering enligt 39 § eller förlängning av isoleringstiden. Endast ett fåtal mål har avsett prövning av smittskyddsläkarens beslut rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet. Här kan nämnas att utöver Stockholm har tio länsrätter i övriga delar av landet beslutat om eller fastställt smittskyddsläkarens beslut om tvångsisolering.

Smittskyddsmålen rör nästan enbart hivpositiva personer. Under den studerade perioden har fyra mål rört ansökan om tvångsisolering av personer som smittats av tuberkulos (två mål), hepatit C respektive hepatit B. Av dessa fyra ansökningar om tvångsisolering har emellertid endast de två ansökningarna rörande tuberkulos-smittade personer lett till tvångsisolering. Det ena av dessa fall rörde en man med svårt alkoholmissbruk och det andra en man av utländsk härkomst vars tuberkulos hade utvecklats så att resistens mot ett flertal mediciner hade uppstått. Ingen av männen hade frivilligt medverkat till den isolering som ansågs nödvändig. Isoleringstiderna var i båda fallen korta. Beträffande mannen av utländsk härkomst, som fått avslag på en ansökan om uppehållstillstånd i Sverige, varade tvångsisoleringen en och en halv vecka varefter han lämnade Sverige. Målet rörande en person som smittats av hepatit B avskrevs efter det att smittskyddsläkaren återkallade sin ansökan vid länsrätten. Smittskyddsläkarens ansökan om tvångsisolering av en man som var smittad av hepatit C bifölls visserligen av länsrätten men mannen överklagade beslutet till kammarrätten som avlog ansökan.

Smittskyddsläkarnas ansökningar om tvångsisolering leder oftast till att länsrätten bifaller ansökan. Under den undersökta perioden har läns-

rätterna dock i sju fall funnit att det saknats tillräckliga skäl för tvångsisolering och avslagit ansökan. Härutöver har länsrätternas beslut om tvångsisolering upphävts genom beslut av kammarätt i tre fall, varav ett fall utgörs av ovan redovisade mål rörande en man som smittats av hepatit C. Såvitt framgår av akterna har grunderna för avslag huvudsakligen varit att det inte visats att den smittade inte följt eller inte kunnat antas följa förhållningsreglerna. Ett fall har rört en hivpositiv man som hade haft oskyddade samlag utan att informera om sin sjukdom och därigenom smittat sin hustru. Med hänsyn till att hustrun redan var smittad och det inte hade påståtts att mannen hade andra sexuella kontakter ansåg länsrätten inte att risk för ytterligare smittspridning förelåg.

8.5 Tvångsisolerade hivpositiva

8.5.1 Allmänt

Som framgår av avsnitt 8.4 har, med några få undantag, besluten om tvångsisolering rört hivpositiva personer. Sedan nuvarande smittskyddslag trädde i kraft och t.o.m. 1998 har 65 personer tvångsisolerats, varav 62 hivpositiva. Det skall anmärkas att antalet avser sådana fall där beslut om tvångsisolering vunnit laga kraft. Kommitténs närmare kartläggning omfattar 52 hivpositiva som tvångsisolerats vid något tillfälle från och med 1 januari 1989 till och med den 31 maj 1997. Beträffande 41 av dessa personer har beslut om tvångsisolering fattats av länsrätten eller av smittskyddsläkaren i Stockholms län och beträffande åtta personer har beslut fattats av länsrätt eller av smittskyddsläkare i annat län. Härutöver har tre personer varit föremål för beslut om tvångsisolering av såväl länsrätt eller smittskyddsläkare i Stockholms län som annat län. Sju av de tvångsisolerade har varit föremål för beslut om tvångsisolering vid flera separata tillfällen. Smittskyddsläkaren har rörande 24 tvångsisolerade fattat beslut om omedelbar tvångsisolering enligt 39 § smittskyddslagen.

De 52 hivpositiva som ingått i kommitténs kartläggning har utgjorts av 33 män och 19 kvinnor. 26 av de tvångsisolerade har varit av svensk härkomst; 19 män och en kvinna har varit av utomeuropeisk härkomst. Övriga sex tvångsisolerade har sitt ursprung i ett nordiskt eller annat europeiskt land. De tvångsisolerade har varit mellan 20 och 49 år gamla vid beslutet om tvångsisolering. Medelåldern för de tvångsisolerade har varit runt 33 år. Såvitt framgår av tillgängliga uppgifter var 16 av de hivpositiva som omfattats av kartläggningen avlidna vid tiden för denna.

De hivpositiva som tvångsisolerats kan delas in i tre huvudsakliga grupper; män med omfattande missbruk och/eller allvarlig psykisk störning, övriga män samt kvinnor. I följande avsnitt redogörs närmare för respektive grupp. Här kan dock konstateras att tvångsisolering i majoriteten av fallen har avsett personer med en omfattande missbruksproblematik. Missbruket har därvid indirekt varit orsak till det smittfarliga beteendet. För ett flertal av dessa missbrukare har också förelagat en psykiatrisk diagnos som försvårat eller omöjliggjort ett undanröjande av risken för smittspridning. En annan stor grupp har utgjorts av män av utländsk härkomst. Gruppen "övriga män" består nästan uteslutande av män av utomeuropeisk härkomst. Det kan noteras att inte något av fallen har rört män med en uttalad homosexuell läggning. Två fall har dock rört hivpositiva män som åtminstone vid enstaka tillfällen ägnat sig åt bl.a. homosexuell prostitution och två fall har rört hivpositiva män med pedofil läggning. De allra flesta av dem som tvångsisolerats har vidare av olika anledningar tidigare varit kända för smittskyddsläkaren t.ex. på grund av underrättelser om avbruten läkarkontakt eller misstankar om svårigheter att följa andra förhållningsregler.

Beslut om tvångsisolering gäller enligt smittskyddslagen i tre månader men smittskyddsläkaren har möjlighet att ansöka om förlängning med sex månader åt gången. Som tidigare redogjorts för finns inte någon yttersta tidsgräns för tvångsisolering. Av akterna framgår att det endast är undantagsvis som tvångsisolering inte förlängts. Endast i åtta fall har tvångsisolering upphört före eller vid tremånaderstidens utgång, varvid den kortaste tiden uppgick till 19 dagar. Genomsnittlig tid för tvångsisolering har legat mellan sex och nio månader. Emellertid har den sammanlagda tiden för tvångsisolering i 12 fall sträckt sig över två år. Det får dock här anmärkas att i några av dessa fall har den tvångsisolerade varit föremål för åtminstone två separata beslut om tvångsisolering. Enligt de tillgängliga akterna har den längsta tiden för tvångsisolering varat i drygt sju år och sex månader. Dessa långa tider har främst avsett personer som haft svårartad missbruksproblematik och/eller allvarlig psykisk störning.

Beträffande skälen för fortsatt isolering har dessa främst varit att länsrätten ansett att risk funnits för återfall i missbruk och därmed sammanhängande risk för smittfarligt beteende. I flera fall har anförts att den isolerade visserligen genomgått en positiv utveckling men att ytterligare isoleringstid ansetts erforderlig för att säkerställa utvecklingen. I vissa fall har förlängning av isoleringstiden medgivits med hänsyn till att det ansetts föreligga behov av utslussning i betryggande former till vård eller annat boende.

8.5.2 Män med omfattande missbruk och/eller konstaterad allvarlig psykisk störning

Denna grupp utgörs av 16 män varav samtliga utom fyra är av nordiskt ursprung. Alla utom en av de tvångsisolerade har haft ett omfattande missbruk, främst intravenöst narkotikamissbruk. I flertalet av dessa fall har missbruket direkt eller indirekt varit orsaken till det smittfarliga beteende som legat till grund för isoleringen. För ett antal av de tvångsisolerade i denna grupp har utöver missbruket också funnits en psykiatrisk diagnos av varierande svårighetsgrad som försvårat eller omöjliggjort ett ansvarsfullt agerande. De flesta av männen i denna grupp har tidigare varit föremål för ett flertal insatser för att komma tillrätta med missbruket och de har i flertalet fall någon gång varit föremål för vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och/eller tvångspsykiatrisk vård. Enligt vad som framgår av de tillgängliga akterna är det emellertid endast ett fåtal som deltagit i metadonprogram. För tre av de isolerade har beslut om vård enligt LVM gällt samtidigt med beslut om tvångsisolering och två av de isolerade har samtidigt med beslutet om tvångsisolering varit föremål för vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Härutöver har beslut om vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) fattats för en man under det att tvångsisoleringen pågick. Det kan också nämnas att majoriteten har varit kriminellt belastade.

Det smittfarliga beteendet har i majoriteten av fallen rört sig om oskyddat sexuellt umgänge med kvinnor och/eller att den hivpositive inte informerat om sin sjukdom. I ett fall har också homosexuell prostitution förekommit och i ett annat fall förekom ett pedofilt beteende. I några fall har det varit fråga om sprutdelning eller om ett sådant aggressivt beteende som utmynnat i blodiga slagsmål med andra. Endast i några enstaka fall har dock männen uppmärksammats genom att de förekommit i något kontaktspårningsärende. Enligt de tillgängliga akterna har beträffande fyra män kunnat konstaterats att de har överfört smitta. I tre fall har männen under eller efter tvångsisoleringen dömts enligt brottsbalken för att ha överfört smitta eller för att ha utsatt någon för risk att smittas.

De allra flesta var vid beslutet om tvångsisolering mellan 33 och 45 år. Den yngste har varit 26 år och den äldste 49 år. Den kortaste isoleringstiden i denna grupp uppgick till 19 dagar då den tvångsisolerade mannen avled. Isoleringstiderna har i majoriteten av fallen sträckt sig mellan sex och tio månader. I fem fall har den sammanlagda isoleringstiden uppgått till över två år. I ett av dessa fall upphävdes isoleringen då mannen överfördes till kriminalvårdsanstalt efter isolering i två år och fyra månader. I ett annat fall upphörde isoleringen efter två år och

20 dagar då mannen avled. Den längsta isoleringstiden i denna grupp uppgick vid tiden för kartläggningen till sex år och hänför sig till en man som fortfarande var tvångsisolerad vid tiden för kartläggningen. Den tvångsisolerade mannen har enligt akterna ett omfattande narkotikamissbruk samt en gränspsykotisk sjukdom och en sänkt intellektuell nivå vilket medför att han saknar insikt om sitt sjukdomstillstånd.

8.5.3 Övriga män

Denna grupp består av 17 män varav samtliga utom en är av utomeuropeiskt ursprung. Enligt akterna har i dessa fall inte funnits ett dokumenterat omfattande missbruk eller allvarlig psykisk störning. I några fall har dock förelegat en omfattande alkoholkonsumtion och beträffande två av de tvångsisolerade i denna grupp har förelegat förmodad hjärnskada. Majoriteten av männen har vidare haft sociala eller psykiska problem (jfr utlåtande av socialläkaren Anders Annell, del B bilaga 9). I de allra flesta fallen i denna grupp har det konstaterats att den hivpositive haft bristande insikt i riskerna för smittspridning eller inte kunnat känslomässigt integrera kunskaperna om sjukdomen. I några fall har den tvångsisolerade förnekat eller ifrågasatt att han överhuvudtaget varit smittad.

I detta sammanhang kan noteras att det kan föreligga betydande svårigheter och därmed även en viss rättsosäkerhet när det gäller att bedöma huruvida en person bibringats erforderlig insikt, inte minst med hänsyn till de språksvårigheter och kulturskillnader som kan föreligga när det gäller personer inom denna grupp. Personens vilja till samarbete under isoleringstiden torde även kunna ha en viss inverkan på bedömningen. Svårigheten att avgöra graden av insikt och attitydförändring när det gäller smittfarligt beteende och att olika uppfattningar därvidlag kan råda har också återspeglats i några av målen där en uppfattning annan än smittskyddsläkarens dokumenterats i intyg av t.ex. personal på den särskilda enheten eller av personer som är verksamma inom sjukvården.

Det smittfarliga beteendet i denna grupp har främst bestått i att männen haft oskyddat sexuellt umgänge med kvinnor och inte informerat om sin hivinfektion. I ett fall har det också varit fråga om homosexuell prostitution och ytterligare ett fall har rört en person med pedofilt beteende. De flesta i denna grupp har aktualiserats genom att personen i fråga uppgivits som smittkälla i ett kontaktspårningsärende och således överfört smitta till en annan person.

Enligt de tillgängliga akterna har fem av dessa tvångsisolerade under tvångsisoleringen dömts enligt brottsbalken för att ha överfört

smitta eller för att ha utsatt någon för risk att smittas. Det kan därvid anmärkas att en av de tvångsisolerade var häktad vid tiden för beslutet om isolering och att detta beslut fattades som en säkerhetsåtgärd för det fall häktningsbeslutet skulle hävas. Denne person överfördes efter sju månaders isolering till kriminalvårdsanstalt.

De allra flesta av dessa män var vid beslutet om tvångsisolering mellan 25 och 34 år. Den yngste har varit 20 år och den äldste 46 år. Den kortaste isoleringstiden var vid kommitténs kartläggning två månader och sex dagar. Detta fall rörde en person som erhållit aidsdiagnos vid tiden för beslutet och isoleringen upphörde på grund av hans dåliga hälsotillstånd. För fyra av männen har tvångsisoleringen varat i tre månader och för sex av männen mellan sex månader och tio månader. I två fall har isoleringen överstigit två år. Ett av dessa fall avser en person med en förmodad hjärnskada som medför att han inte vet vad det innebär att iaktta förhållningsregler. Denne man var tvångsisolerad i två år och sex månader och dömdes sedermera för hivrelaterad brottslighet. I ytterligare ett fall, i vilket tvångsisoleringen fortfarande pågick vid kommitténs kartläggning, har tiden för tvångsisolering uppgått till två år och tre månader. Även i detta fall har den tvångsisolerade en förmodad hjärnskada.

8.5.4 Kvinnor

Denna grupp består av 19 kvinnor varav samtliga utom två är av nordiskt ursprung. Med några få undantag har dessa kvinnor haft ett pågående omfattande narkotikamissbruk, i vissa fall i kombination med allvarlig psykisk störning. En ung kvinna av utomeuropeiskt ursprung är dock utvecklingsstörd och har därtill haft akuta psykoser. Kvinnan bodde vid tiden för beslut om isolering i ett gruppboende som dock inte ansågs kunna ge tillräcklig tillsyn för att förhindra att hon utanför boendet hade oskyddat sexuell umgänge.

Flertalet kvinnor har tidigare varit föremål för flera beslut om vård enligt LVM och/eller LPT. I vart fall fem av de tvångsisolerade kvinnorna har under någon tid deltagit i metadonprogram. I några fall har den tvångsisolerade kvinnan varit föremål för vård enligt LVM eller LPT vid tiden för beslutet om tvångsisoleringen. I dessa fall har beslutet löpt parallellt.

Enligt akterna har i 13 av fallen den huvudsakliga grunden för tvångsisolering varit missbruksrelaterad prostitution. Endast i något enskilda fall har kvinnorna uppmärksammats genom att de förekommit i något kontaktspårningsärende. Här kan nämnas att i ett flertal av prostitutionsfallen har det varit fråga om *misstanke* om överträdelse av för-

budet mot prostitution. Enligt akterna har grunden därvid varit bl.a. att vederbörande kvinna kunnat iakttas på de ställen där prostitution förekommit. Det kan vidare noteras att länsrätten då ansökan om tvångsisolering bifallits i flera av dessa fall hänvisat till det begränsade beviskrav som uppställs i smittskyddslagen. Beträffande två av kvinnorna finns uppgifter om att de har överfört smitta till annan person. Enligt vad som framgår av akterna har en kvinna blivit dömd enligt brottsbalken för att ha överfört smitta.

De allra flesta var vid beslutet om tvångsisolering mellan 25 och 35 år. Den yngsta har varit 25 år och den äldsta 42 år. Den kortaste isoleringstiden har uppgått till tre månader. I flertalet fall har tiden för tvångsisolering i denna grupp sträckt sig från sju månader och upp till något över ett år. I sex fall har den sammanlagda isoleringstiden uppgått till över två år. Beträffande tre av dessa tvångsisolerade kvinnor pågick tvångsisoleringen fortfarande vid tiden för kartläggningen. Här kan uppmärksammas en kvinna som förutom narkotikamissbruk också bedömts ha en kronisk psykos. Inför utskrivning från en psykiatrisk klinik beslutades om tvångsisolering av henne. Tvångsisoleringen har vid tiden för kommitténs kartläggning varat i fyra år och nio månader. Enligt akterna framgår att försök har gjorts att hitta en alternativ vårdform men möjligheterna ansetts begränsade med hänsyn till kvinnans behov av ständig tillsyn. Den längsta isoleringstiden i denna grupp varade i sju år och drygt sex månader. Isoleringen i detta fall gällde en kvinna med narkotikamissbruk och en psykiatrisk grundsjukdom. Enligt akterna hade resultatlösa ansträngningar gjorts för att hitta en lämplig vårdform för henne. Det skall anmärkas att kvinnan efter det att tvångsisoleringen upphörde bodde kvar på "Gula Villan" (se avsnitt 8.6) fram till sin död.

8.6 Särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus

Enligt smittskyddslagen skall tvångsisolering ske på sjukhus som drivs av ett landsting. För tvångsisolering av hivpositiva inrättades 1989 en särskild enhet vid Danderyds sjukhus, den s.k. Gula Villan. Sedan 1990 har den särskilda enheten hela riket som upptagningsområde. Den särskilda enheten utökades vidare med ytterligare avdelningar på Beckomberga sjukhus. Sedan våren 1998 är dock isoleringen helt förlagd till Danderyds sjukhus. De allra flesta hivpositiva personer som har varit

föremål för tvångsisolering har varit omhändertagna på den särskilda enheten.

Den särskilda enheten har för närvarande tolv platser till förfogande varav fem platser på "Gula villan" och sju platser ytterligare på en avdelning vid Danderyds sjukhus. Verksamheten finansieras huvudsakligen genom anslag från Stockholms läns landsting och genom vårdavgifter från det landsting utanför Stockholms läns landsting där den isolerade personen annars är hemmahörande. Vårdavgifterna uppgår till drygt 7 000 kr/vårddygn. Härutöver erhåller den särskilda enheten också statsbidrag vilket för 1997 uppgick till 7 750 000 kr.

Efter en lagändring 1991 kan det övergripande ansvaret för isolering av en person som är hivpositiv innehas av annan än en chefsöverläkare under förutsättning att den som tillförordnas är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt har tillräcklig erfarenhet och kompetens. Idag är verksamhetschefen för den särskilda enheten vid Danderyds sjukhus legitimerad sjuksköterska. Enligt verksamhetsplanen för 1998 utgörs den övriga fast anställda vårdpersonalen av två chefsjuksköterskor, 15 sjuksköterskor, 42 s.k. terapeutisk vårdpersonal och en psykolog. Till enheten är också på konsultbasis knuten en specialistläkare i psykiatri.

8.7 Omhändertagandet under tvångsisoleringen

8.7.1 Allmänt om regleringen av omhändertagandet

Enligt 43 § smittskyddslagen skall den tvångsisolerade tas väl om hand under isoleringen och han skall få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så att tvångsisoleringen kan upphöra. Genom en lagändring 1996 fastslogs att den isolerade inte utan stöd i smittskyddslagen får underkastas annan inskränkning i sin frihet än vad som påkallas av ändamålet med isoleringen. Samtidigt gavs den isolerade en uttrycklig rätt till dels sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans ålder och hälsotillstånd, dels möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder häremot. Enligt 43 a § har den isolerade vidare rätt att föra telefonsamtal och att ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på sjukhuset. Beslut om inskränkningar i nu nämnda rättigheter medges enligt 43 b § och kan vara både generella eller avse en enskild tvångsisolerad. Beslut fattas av chefsöverläkaren resp. verksamhetschefen vid den särskilda enheten efter samråd med

smittskyddsläkaren. Beslut som gäller inskränkningar i ett enskilt fall kan överklagas.

Härutöver finns i 44–48 §§ smittskyddslagen bestämmelser om särskilda befogenheter vid isoleringen. I dessa bestämmelser föreskrivs förbud mot innehav av t.ex. narkotika och alkoholhaltiga drycker och att kontroll, bl.a. genom kroppsvisitation och kroppsbesiktning, får utföras samt att förbjuden egendom skall försäljas eller förstöras.

Enligt 49 § smittskyddslagen får den isolerade ges tillstånd att under viss tid vistas utanför sjukhusets område. Enligt förarbetena till lagen kan sådant tillstånd beviljas bl.a. av personliga skäl t.ex. för att närvara vid en begravning men också för att ge möjlighet att pröva huruvida den isolerade klarar av att leva på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras.

8.7.2 Stöd och motivation m.m.

Nedanstående uppgifter bygger på skriftlig och muntlig information från verksamhetschefen vid den särskilda enheten på Danderyds sjukhus och får ses som en allmän beskrivning av innehållet i verksamheten. Kommittén har inte gjort någon genomgång av de insatser som gjorts i de enskilda ärendena.

När en person anlant till enheten efter ett beslut om isolering får vederbörande vistas i minst ett dygn på ett observationsrum under övervakning av personalen. Tjänstgörande sjuksköterska bedömer härvid personens s.k. omvårdnadsstatus. När omvårdnadsstatusen tillåter flyttar den tvångsisolerade in i eget rum och erhåller en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktpersoner. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ställer herefter en omvårdnadsdiagnos och upprättar en individuell vårdplan tillsammans med kontaktpersoner och den isolerade.

Den isolerade erbjuds också bedömning av läkare och psykolog. I den individuella vårdplanen kan ingå olika moment, såsom

- avgiftning, nedtrappning, komma tillrätta med sitt drogmissbruk
- patienten konfronteras med sitt smittfarliga beteende för att få ökad självinsikt
- krisbearbetning och andra former av samtalskontakt
- djupgående information om hiv/aids samt vägar för smittspridning och hur man skyddar sig
- psykiatrisk diagnos och behandling
- psykologisk utredning och bedömning
- omvårdnadsdiagnostik/ordination.

Enligt verksamhetschefen på den särskilda enheten tas rutinmässigt kontakt med den behandlande läkaren i anslutning till intagningen och man försöker främja att den tvångsisolerade har kontakt med läkaren under isoleringstiden. Vidare kontaktas socialnämnden efter den tvångsisolerades medgivande. Man tillser också att den tvångsisolerade får ordinerad medicinsk behandling. Vid behov har den tvångsisolerade vistats viss tid på somatisk eller psykiatrisk klinik. Enligt vad som framkommit av akterna rörande de tvångsisolerade vistades t.ex. en man drygt sex månader av tvångsisoleringen inom slutna psykiatrisk vård.

Huvudmålet enligt omvårdningsplanen är alltid att den intagne skall tillägna sig sådan kunskap och insikt att han eller hon kan leva icke smittfarligt. Vid bedömning av den intagnes kunskaper och insikter beaktas hur han eller hon t.ex. informerar sjukvårdspersonal vid besök hos vårdgrannar, hur han eller hon hanterar eventuella sårskador etc. samt vad som framkommer vid de kontinuerliga samtal som han eller hon har med sina kontaktpersoner, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, konsulterande psykiatriker, smittskyddsläkare m.fl. De åtgärder som vidtas för att uppnå målet beslutas med utgångspunkt i den intagnes resurser och de kan därför se mycket olika ut. I omvårdningsplanerna har som en del av åtgärderna allt oftare planerats in individuella utbildningsprogram rörande hivinfektion där läxor kan ingå, såsom att läsa en artikel. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktpersoner går sedan igenom med den intagne vad denne förstått.

Från verksamhetschefen har följande inhämtats rörande rutinerna vid enheten. Dagen är strukturerad med olika aktiviteter i enlighet bl.a. med vårdplanerna. En till två gånger om dagen görs promenader. Under de två första veckorna av isoleringen får den isolerade dock endast vistas på avdelningen. Skälet härtill har angivits vara att personalen behöver lära känna personen i fråga innan utgång tillåts. De aktiviteter utanför sjukhusets område i vilka de isolerade kan tillåtas delta efter viss tid är anpassade efter vederbörandes behov. Ibland behövs t.ex. träning i att gå på post och i affärer eller annan social träning. Härutöver görs utflykter eller besök på olika utställningar som kan vara av intresse. Vidare går man till simhallar eller andra lokaler för fysisk träning. Under några somrar har enheten hyrt ett sommarställe en period under sommaren.

Under tvångsisoleringen försöker man också främja sociala kontakter utanför sjukhuset, bl.a. med eventuella anhöriga, och de isolerade som vill har möjlighet att ta emot privata besök efter godkännande av verksamhetschefen. Sociala nätverksorganisationer kan också kontaktas. Vilka organisationer som därvid kommer i fråga beror på den isolerades önskemål och vilka problem som kan anses föreligga. Det kan

härvid vara fråga om organisationer som ger särskilt stöd åt hivpositiva som t.ex. Noaks Ark/Röda Korset och Oasen eller stödorganisationer för missbrukare som t.ex. Anonyma Alkoholister och Anonyma Narkomaner.

Innan tvångsisoleringen upphör vistas oftast den tvångsisolerede en tid i familjehem, behandlingshem eller eget boende. Socialnämnden medverkar vid planering av sådan vistelse. Enligt uppgifter från smittskyddsläkaren i Stockholm beviljas inte tillstånd till vistelse i familjehem m.m. utan att kontakt etablerats mellan socialnämnden och den isolerade. Smittskyddsläkaren vill vidare att socialnämnden före ett beslut om familjehemsplacering förbinder sig att under en viss tid efter isoleringens upphörande svara för att vederbörande får viss hjälp såsom t.ex. möjlighet att kvarstanna på familjehemmet eller hjälp till annat boende. Den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen erbjuder därvid öppenvårdskontakt som stöd i ett övergångsskede.

8.7.3 Särskilt om tillämpningen av bestämmelserna rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet

Enligt uppgift från den särskilda enheten ges den tvångsisolerede först efter ungefär två veckor tillstånd att vistas utanför sjukhusets område och delta i olika aktiviteter inledningsvis med två personer ur personalen och därefter med en av dem. Efter ytterligare en tid, vanligtvis ungefär två månader, kan personen ifråga få möjlighet att vistas på egen hand utanför sjukhusets område om de tidigare utevistelserna och aktiviteterna med personalen ej utvisat att sådant tillstånd är olämpligt. Smittskyddsläkaren beslutar i samråd med verksamhetschefen om tillstånd som gäller vistelse utanför sjukhusets område.

Av akterna i isoleringsmålen framgår att tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet har beviljats i ett relativt stort antal fall. Tillstånd har efter viss tid i de flesta fall getts för besök på t.ex. Noaks Ark, Anonyma narkomaner eller andra frivilliga stödorganisationer. Tillstånd har också beviljats för stadigt återkommande aktiviteter, exempelvis en danskurs två gånger per vecka eller för regelbunden träning på gym. Tillstånd har även beviljats för studier på heltid. Så följde t.ex. en av de kvinnor som var tvångsisolerad under 1997 en datakurs på heltid.

Ett flertal av de tvångsisolerade har erhållit tillstånd för att besöka anhöriga. Sådana tillstånd har kunnat sträcka sig allt från ett par timmar till flera dagar. Från akterna kan ges följande exempel. Den tvångsisolerade mannen erhöi i detta fall först tillstånd att vistas hos sin far

under några timmar vilket därefter utökades till regelbundna vistelser några timmar under en helg. Detta tillstånd utökades till att även omfatta övernattnings. Efter drygt tre månaders isolering erhöll mannen möjlighet att vistas hos sin sambo och också tillstånd att ha semester med sin mor under en veckas tid. Under senare delen av isoleringen, som varade i sex månader, fick mannen tillstånd att vistas hos sin sambo under nätter och helger. I ett annat fall erhöll en tvångsisolerad man tillstånd att under en månads tid besöka sin familj som var bosatt utomlands. Det kan nämnas att en sådan resa även erbjöds en annan tvångsisolerad man som dock avböjde.

I många fall, främst när det gäller narkotikamissbrukare, har upphörandet av tvångsisoleringen föregåtts av en tids vistelse på behandlingshem eller i familjehem. En placering i ett familjehem har ofta föregåtts av ett provboende under en viss kortare tid, t.ex. en vecka. Vistelse i familjehem torde inte dock inte, enligt uppgift från den särskilda enheten, komma ifråga förrän efter omkring nio månaders isolering. Vistelserna har varit av olika längd. Det har under pågående tvångsisolering förekommit t.ex. en placering om fyra månader och en placering om ett år.

8.8 Avslutande kommentarer

Inledningsvis kan konstateras att kommitténs kartläggning visar att i förhållande till antalet underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen har tvångsisolering tillgripits i mycket få fall. Det bör dock här anmärkas att majoriteten av underrättelserna föranletts av att patienten avbrutit föreskriven läkarkontakt vilket inte självständigt kan ligga till grund för tvångsisolering. Materialet visar också att smittskyddsläkarna efter underrättelse vidtar ett flertal åtgärder för att förmå den enskilde att på frivillig väg följa givna förhållningsregler.

Med några få undantag har tvångsisolering avsett hivpositiva. Sedan den 1 januari 1989 och fram t.o.m. 1998 har 65 personer tvångsisolerats. Av dessa har 62 varit hivpositiva. En viktig del av kommitténs arbete har varit att undersöka tillämpningen av bestämmelserna om tvångsisolering, inte minst mot bakgrund av den debatt som förekommit bl.a. i riksdagen. I sammanhanget bör uppmärksammas att genom att samtliga akter som rört tvångsisolerade hivpositiva, inklusive domstolarnas avgörande, är sekretessbelagda har tillämpningen inte kunnat bli föremål för en offentlig insyn eller utvärdering på motsvarande sätt som är möjlig vid tvångsvård enligt annan lagstiftning. Kommittén har därför gjort en omfattande kartläggning av de ärenden som rör hivpositiva som tvångsisolerats mellan den 1 januari 1989 och den 31 maj 1997. Kartläggningen omfattar 52 hivpositiva, varav drygt en tredjedel

kvinnor. De tvångsisolerade har huvudsakligen bestått av människor med ett omfattande missbruk, främst narkotikamissbruk, och/eller allvarliga psykiska störningar. Ytterligare en grupp har utgjorts av utländska män med ett riskfyllt sexuellt beteende. Det kan här noteras att sammanlagt 18 av de tvångsisolerade männen har varit av utomeuropeisk härkomst. Kartläggningen har visat att de som tvångsisolerats genomgående har varit personer med särskilt behov av stöd eller vård och att det rört sig om personer som kan betecknas som socialt utsatta. Fler-talet har också varit kända för smittskyddsläkaren sedan tidigare.

Kartläggningen visar att tvångsisoleringen i de flesta fallen varat i mellan fem och nio månader. För anmärkningsvärt många har dock tvångsisoleringen sträckt sig över två år. Den längsta tiden för tvångsisolering har uppgått till drygt sju år och sex månader. Skälen för dessa långa isoleringstider har bl.a. varit att hivinfektion inte är botbar och att det varit fråga om mycket vårdkrävande personer. I flera fall framgår att tvångsisoleringen har samband med att det föreligger brister i utbudet av adekvat vård eller omhändertagande i annan form. Inte minst har detta gällt ett litet antal mycket vårdkrävande personer som har behov av en lång tids tillsyn och omhändertagande. I bl.a. det fall där en kvinna var tvångsisolerad i över sju år framgår av akten att isoleringen ansetts nödvändig eftersom man inte kunnat finna en lämplig vårdform. Det bör här uppmärksammas att dessa förhållanden också påpekas av socialläkaren Anders Annell (del B, bilaga 9). Enligt hans uppfattning har bristen på utbud av boendesituationer för psykiskt svårt störda narkotikamissbrukare påtagligt begränsat möjligheterna att placera de enligt smittskyddslagen långtidsomhändertagna i andra vårdformer.

Underlaget liksom socialläkaren Anders Annells utlåtande pekar emellertid på att brister i vård och omhändertagande i andra former också har haft betydelse i andra fall än de nu berörda. Enligt t.ex. Anders Annells uppfattning skulle ett resursstarkare och mer omsorgsfullt omhändertagande av hivsmittade invandrare och narkotikamissbrukare samt ett bättre beaktande av deras kulturella, psykiska och sociala svårigheter sannolikt ha onödiggjort flera av isoleringsfallen.

Beträffande innehållet i omhändertagandet under tvångsisoleringen bygger underlaget huvudsakligen på skriftligt och muntligt material från verksamhetschefen vid den särskilda enheten på Danderyds sjukhus. Kommittén har inte gjort någon djupare genomgång av omhändertagandet i de enskilda fallen. Emellertid framgår av tillgängliga uppgifter att omhändertagandet vid isoleringen närmast sig sådant behandlingstänkande som ligger i tvångsvård enligt t.ex. LVM. Detta framskymtar även i domstolarnas motiveringar rörande beslut om förlängning av isoleringstiden. I vissa fall har domstolarna t.ex. medgivit förlängning av isoleringstiden med hänsyn till att det ansetts föreligga

behov av utslussning i betryggande former till vård och annat boende. Det bör här noteras att även om det vid omhändertagandet enligt smittskyddslagen skall tillses att den tvångsisolerede ges erforderligt stöd och hjälp samt motiveras att ändra sin inställning och livsföring under tvångsisoleringen medger smittskyddslagen inte att tvångsvård äger rum. Det framstår som tveksamt om smittskyddslagen ger stöd för en längre syftande social rehabilitering under tvång.

Såväl de långa isoleringstiderna som ovan nämnda behandlingstänkande synes också ha haft effekt på beviljandet av tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet. Som framgår har sådana tillstånd beviljats tämligen generöst. Även om dessa huvudsakligen synes vara i överensstämmelse med intentionerna i gällande smittskyddslag framstår tillämpningen i vissa fall som anmärkningsvärd med hänsyn till att tvångsisolering endast skall äga rum då det finns risk för smittspridning. Detta gäller särskilt de fall där den tvångsisolerede under en längre sammanhållen tid fått vistas hos anhöriga eller då det varit fråga om långa vistelser på familjehem, såsom placeringar som uppgått till ett år och mer.

Effekterna av tvångsisoleringen är en fråga som har varit mycket svår att belysa. Av kartläggningen framgår att sju av de tvångsisolerede varit föremål för återkommande beslut eftersom de återfallit i smittfarligt beteende. I de flesta fall har dock, enligt vad som uppgivits till kommittén, smittskyddsläkaren inte erhållit uppgifter om nytt smittfarligt beteende. Detta behöver dock inte innebära att det smittfarliga beteendet upphört. Vidare måste beaktas att inte ett obetydligt antal av dem som varit föremål för tvångsisolering var avlidna vid tiden för kartläggningen och att flera har dömts till längre fängelsestraff och/eller blivit föremål för utvisning. Kommittén anser därför inte att det går att dra några egentliga slutsatser om i vad mån tvångsisoleringen påverkat individerna till ett mindre smittfarligt beteende efter isoleringens upphörande.

9 Åtgärder vid smitta från djur och objekt

9.1 Inledning

I kapitlet behandlar kommittén frågor som rör åtgärder då smitta sprids från djur, livsmedel och andra objekt. Enligt smittskyddslagen har kommunen ansvar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur och objekt som sprider smitta, men ansvar – såväl för kommunen som för andra myndigheter – för att åtgärder vidtas för att förhindra smittspridning finns också i andra lagar. Med hänsyn till att flera lagar kan vara tillämpliga parallellt ägnas särskild uppmärksamhet åt gränsdragningen mellan lagarnas ansvarsområden.

För att belysa bl.a. det kommunala smittskyddsarbetet har kommittén intervjuat 14 kommunala förvaltningar som ansvarar för smittskyddsfrågor. Vidare har 24 kommuner tillställts en särskild enkät rörande hanteringen av smittskyddsärenden. Frågor om det objektinriktade smittskyddet har också belysts vid ett särskilt seminarium som hölls i oktober 1997. I den utvärdering av smittskyddsorganisationen som Statskontoret har gjort på kommitténs uppdrag, se närmare kap. 16, behandlades också frågor om det kommunala smittskyddsarbetet.

9.2 Det objektinriktade smittskyddet enligt smittskyddslagen

9.2.1 Allmänt om det kommunala smittskyddsarbetet

Kommunen skall enligt 9 § smittskyddslagen svara för att åtgärder vidtas mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar.

Vid smittskyddslagens tillkomst låg ansvaret för de kommunala smittskyddsåtgärderna på miljö- och hälsoskyddsnämnden. En sådan

nämnd skulle, enligt dåvarande bestämmelse i hälsoskyddslagen, finnas i varje kommun. I samband med att den nuvarande kommunallagen infördes 1992 gavs kommunerna större frihet att besluta om sin organisation. Enligt en enkätundersökning genomförd av Svenska kommunförbundet 1997 har flera kommuner efter lagändringen ändrat sin organisation. Antalet särskilda miljö- och hälsoskyddsnämnder har därvid minskat från 229 år 1992 till 166 år 1996. Motsvarande förändringar har ägt rum när det gäller de förvaltningskontor som bereder nämndens ärenden och verkställer dess beslut. Enligt uppgifter från de förvaltningar som kommittén och Statskontoret varit i kontakt med har förändringarna i nämndorganisationen dock inte påverkat smittskyddsarbetet i någon nämnvärd utsträckning

Antalet anmälningar enligt smittskyddslagen uppgick år 1997 enligt Statskontorets rapport till mellan 10 och 40 i de små kommunerna (med mindre än 25 000 innevånare) och upp till några hundra i de större kommunerna (med 35 000–100 000 innevånare). I de tre storstäderna, Stockholm, Göteborg och Malmö låg antalet anmälningar på mellan 600 och 1 300. Bland anmälningarna dominerade sjukdomarna campylobacter, salmonella och giardia.

Ärenden som rör smittskydd utgör dock endast en liten del av de ärenden som handläggs vid de aktuella förvaltningarna bl.a. beroende på att flertalet anmälningar rör personer som misstänks ha smittats utomlands. Hos flera av de kommunala miljö- och hälsoskyddsförvaltningar som kommittén intervjuat föranleder färre än tio ärenden enligt smittskyddslagen per år någon åtgärd utöver mottagandet av anmälan. Vid Stockholms miljöförvaltning leder uppskattningsvis omkring 100 ärenden, dvs. ca 10 procent av anmälningarna till nämnden, till utredningsåtgärd. Enligt Statskontorets rapport tar smittskyddsärenden i genomsnitt i anspråk 5–10 persondagar per år i en liten kommun och ca 10 dagar i en medelstor kommun. I de tre storstäderna används 20–30 dagar per år härför. I den angivna tiden ingår även sådan tid som åtgått till utredningar av matförgiftningar och informationsträffar med smittskyddsläkaren. I betänkandet av Utredningen om kommunernas arbete för en god livsmiljö (KLIV), Kommunerna och miljöarbetet (SOU 1993:19), redovisas en uppskattning av arbetstidens fördelning på olika arbetsuppgifter vid miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Enligt denna uppskattning används i genomsnitt c:a 4 procent av arbetstiden till uppgifter inom området för skadedjur, djurskydd och smittskydd.

9.2.2 Åtgärder vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från objekt

Som inledningsvis redogjorts för skall kommunen svara för att åtgärder vidtas mot djur och objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Vad som avses med åtgärd är inte närmare angivet i lagtexten. Av förarbetena framgår dock att i kommunens ansvar ingår att söka lokalisera smittkälla.

För att belysa i vad mån kommunerna genomför utredningar för att lokalisera smittkällor tillställdes 24 kommunala förvaltningar som ansvarar för smittskyddsfrågor under våren 1997 en enkät i vilken ställdes vissa frågor om smittspårning vid salmonella och campylobacter. 18 förvaltningar besvarade enkäten. Enligt flertalet av förvaltningarna hade smittspårningsärenden rörande dessa sjukdomar sällan förekommit. Rutiner för smittspårning fanns dock hos alla förvaltningar utom två. Samtliga förvaltningar påbörjade en smittspårningsutredning vid inhemska fall och hos övervägande antalet förvaltningar började sådan utredning redan vid ett enskilt fall. Det vanligaste sättet att få kännedom om inträffat fall var genom anmälan från behandlande läkare. Enligt en majoritet av förvaltningarna återfanns sällan smittkällan. Innan en utredning där smittkällan inte återfunnits avslutades samrådde man alltid eller ofta med smittskyddsläkaren.

För att fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen har nämnden också getts befogenhet att vidta vissa tvångsåtgärder. För att förhindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan nämnden utfärda förelägganden och förbud, vilka kan förenas med vite, samt förordna om rättelse på den enskildes bekostnad (33 §). Vidare får nämnden om det är nödvändigt för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur (34 §). Den enskilde som drabbas av beslut har i vissa fall rätt till ersättning, se närmare kapitel 17.

Tvångsåtgärder synes emellertid sällan ha tillgripits. Endast en av de förvaltningar kommittén intervjuat kunde erinra sig att ett beslut om tvångsåtgärd fattats. Beslutet avsåg ett parti salmonellasmittade sköldpaddor. Även enligt den undersökning som Statskontoret genomfört har endast något enskilda beslut fattats.

Ett beslut av den kommunala nämnden kan överklagas till länsrätten. Tillgänglig statistik från Domstolsverket, som avser perioden 1993–1997, tyder dock på att det inte förekommit någon prövning av beslut enligt smittskyddslagen som meddelats av kommunala nämnder. Uppgifter från länsrätterna i Stockholm och Malmö talar i samma riktning.

9.2.3 Samarbete och samordning

Smittskyddsläkaren har bl.a. på grund av sin kompetens på smittskyddsområdet och den samlade information han erhåller ålagts olika övergripande uppgifter. Smittskyddsläkaren skall t.ex. enligt 24 § smittskyddslagen, om anmälningarna enligt smittskyddslagen ger anledning därtill, se till att sådana åtgärder vidtas som behövs för att hindra smittspridning. För det objektinriktade smittskyddsarbetets del kan enligt förarbetena en sådan åtgärd vara att samordna flera miljö- och hälsoskyddsnämnders smittskyddsåtgärder. Vidare ingår bland smittskyddsläkarens särskilda uppgifter enligt 7 § att planera, organisera och leda smittskyddet. Detta anges kunna innebära bl.a. att smittskyddsläkaren vid epidemisk spridning av smittsam sjukdom måste ta ledningen över det samlade smittskyddsarbetet. Smittskyddsläkaren skall också enligt 7 § hjälpa bl.a. kommunala nämnder som fullgör uppgifter på miljö- och hälsoskyddsområdet. Enligt departementschefen skall landstinget emellertid inte vara ett överordnat organ med ansvar också för kommunens uppgifter. Smittskyddsläkaren har således vare sig rätt att ge direktiv till kommunen eller skyldighet att vidta sådana objektinriktade åtgärder som inte kommer till stånd genom kommunens försorg.

Med hänsyn till behovet av samarbete och samordning när det gäller smittskyddsarbetet föreskrivs i smittskyddslagen att smittskyddsläkaren och de kommunala nämnderna skall samverka dels med varandra, dels med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Härutöver har nämnderna ålagts skyldighet att informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder som berör smittskyddet (12 §). Någon särskild form för samverkan och samråd föreskrivs dock inte i lagen.

Att döma av de uppgifter som inhämtats synes samarbetet mellan de kommunala förvaltningarna och smittskyddsläkaren i allmänhet fungera väl. Vid de smittskyddsärenden som föranleder vidare utredning har förvaltningarna regelmässigt kontakt med smittskyddsläkarna. Smittskyddsläkare och smittskyddssjuksköterskor uppges vanligtvis vara lätta att nå. I vissa landsting har man också regelbundna träffar med smittskyddsläkaren ett par gånger per år eller en gång i kvartalet medan man i andra landsting saknar denna form av regelbundet informationsutbyte. Samarbetet är dock sällan formaliserat genom skriftliga avtal eller liknande.

I vissa landsting har ett system med kontaktläkare byggts upp. Kontaktläkaren är ofta en distriktsläkare vid en vårdcentral. Enligt Statskontorets rapport är de kommunala förvaltningarnas samarbete

med kontaktläkare/distriktsläkare liksom med länsveterinär vanligen av mer sporadisk karaktär. Samverkan med den behandlande läkaren består ofta enbart av läkarnas anmälningar av sjukdomsfall enligt smittskyddslagen. När det gäller kontakter med SMI och Livsmedelsverket är det i första hand SMI som förvaltningarna vänder sig till. Ett mindre antal kommuner uppger sig ha kontakt med Livsmedelsverket. Med hänsyn till kommunernas begränsade möjligheter att bygga upp egen kompetens och att vinna erfarenhet värderas dock möjligheterna till samverkan högt, framförallt samverkan med smittskyddsläkaren och SMI.

För att förstärka smittskyddet har vid några tillfällen utbildning hållits för s.k. fältepidemiologiska grupper. Dessa grupper är tänkta att bestå av representanter från infektionssjukvården, kommunens miljö- och hälsoskydd och från det veterinära området. Smittskyddsläkaren är ansvarig för sammansättningen och nyttjandet av gruppen. Fältepidemiologiska grupper har bildats i ett övervägande antal län men användandet av dem torde hitintills ha varit begränsat. Det finns emellertid exempel på effektiva insatser av sådan grupp vid utbrott. Härutöver finns i en del län också en s.k. epidemiledningsgrupp, ett samverkansorgan, bestående – förutom av smittskyddsläkaren – av representanter från olika sektorer inom hälsovården/hälsoskyddet. Gruppen skall bl.a. fungera som ett rådgivande organ vid kommunal planering men skall också kunna utnyttjas i en krissituation.

9.2.4 Vissa tillämpningsproblem

Vid kontakterna med de kommunala förvaltningarna och med smittskyddsläkarna har uppmärksammats vissa problem när det gäller kommunernas smittskyddsarbete enligt smittskyddslagen. Flera kommuner har påpekat att smittskyddslagens bestämmelser inte tillräckligt tydligt reglerar ansvaret mellan behandlande läkare, smittskyddsläkare och de kommunala nämnderna för smittutredningar enligt smittskyddslagen. Enligt dessa kommuner medför detta att det kan föreligga osäkerhet om vem som egentligen ser till att nödvändiga utredningar genomförs, särskilt då det brister i uppgifterna om smittvägar och smittkällor. Med detta sammanhänger vidare att kunskaperna om ett inträffat fall av smittsam sjukdom relativt ofta erhålls alltför sent och att anmälningarna är ofullständigt ifyllda. Det har uppgivits att anmälningarna enligt smittskyddslagen många gånger kommer till kommunen så sent att det inte är meningsfullt med ytterligare utredning.

Härutöver har också framkommit att det förhållandet att flera lagar kan vara tillämpliga samtidigt vid smitta från djur eller objekt har för-

anlett oklarheter beträffande kommunernas ansvar i förhållande till t.ex. Jordbruksverket. Detta berörs närmare i avsnitt 9.4.

När det gäller det kommunala smittskyddsarbetet har vidare påpekats att kostnaderna för provtagning kan innebära ett väsentligt problem, framförallt om det är fråga om en provtagning av större omfattning. Med hänsyn bl.a. till den begränsade förekomsten av utbrott torde i den kommunala nämndens budget sällan finnas anslaget medel som täcker de kostnader som en större utbrottsutredning kan medföra.

9.3 Det objektinriktade smittskyddet i annan lagstiftning

9.3.1 Livsmedelslagen (1971:511)

När det gäller livsmedel har kommunen förutom det i smittskyddslagen föreskrivna ansvaret också ett ansvar att i egenskap av tillsynsmyndighet enligt livsmedelslagen ingripa om livsmedel sprider eller misstänks sprida smitta. Vid vissa livsmedelsverksamheter, främst mejerier och stora slakterier, ligger istället det direkta tillsynsansvaret på Livsmedelsverket.

Ett av livsmedelslagens huvudsyften är att tillförsäkra konsumenterna livsmedel som inte är skadliga för hälsan. Med livsmedel avses även dricksvatten. Lagens bestämmelser gäller i princip all livsmedelshantering utom hantering av livsmedel i enskilt hushåll eller i kök i förskola eller fritidshem med högst två avdelningar. Livsmedelslagstiftningen innehåller detaljerade bestämmelser bl.a. om livsmedlens sammansättning och beskaffenhet, personalhygien samt livsmedelslokal. I lagen föreskrivs bl.a. att livsmedel som kan vara otjänligt till människoföda inte får saluhållas och att en person som har eller antas ha sjukdom eller smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda ej får vara sysselsatt i livsmedelshanteringen. Ansvaret för att de materiella reglerna i lagen följs åvilar primärt den som hanterar livsmedel. För att se till att lagen följs får emellertid tillsynsmyndigheten meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs och får även vidta rättelse på den enskildes bekostnad. Vidare får en vara som saluhålls eller avses saluhållas i strid med livsmedelslagens bestämmelser tas om hand och under vissa förutsättningar förstöras.

Förhållandet till smittskyddslagen

Eftersom livsmedelslagen är den lag som kommunen generellt tillämpar vid hantering av livsmedel tillämpas bestämmelserna i denna lag i första hand även vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från livsmedel. Möjligheterna till ingripanden är i princip desamma enligt smittskyddslagen och livsmedelslagen. Livsmedelslagens bestämmelser är dock inte begränsade till enbart samhällsfarliga sjukdomar. Beträffande den rätt till ersättning som kan utgå till den enskilde vid ingripanden enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen hänvisas till kapitel 17.

Problem rörande samordningen med smittskyddslagens bestämmelser har framförts föreligga i främst i två avseenden. Det ena gäller den konflikt som kan uppstå vid frågan om avstängning av en person från livsmedelshanteringen. Behandlande läkare kan vid samhällsfarlig sjukdom meddela en förhållningsregel av innebörd att en person skall avhålla sig från sitt arbete om risk för smittspridning föreligger. Ett beslut om avstängning kan också fattas av tillsynsmyndigheten med stöd av livsmedelslagen. Detta kan leda till att tillsynsmyndigheten och behandlande läkare i ett enskilt fall av smitta kan göra skilda bedömningar rörande behovet av att avstänga en person från arbete. Det andra problemet består i att bestämmelserna rörande anmälningsskyldigheten i de olika lagarna skiljer sig ifråga om vilken sjukdom eller smitta som skall anmälas och vem som skall göra den aktuella anmälan. Komplexa regler och otillräcklig samordning uppges leda till vissa brister i anmälningsförfarandet.

9.3.2 Miljöbalken (1998:808)

I miljöbalken, som trädde i kraft den 1 januari 1999, har femton lagar som berör miljö- och hälsoskyddsområdet sammansmältts. Av dessa är det främst hälsoskyddslagen (1982:1080), miljöskyddslagen (1969:387) och renhållningslagen (1979:596) som är av intresse från smittskyddssynpunkt. I den följande redogörelsen kommer endast hälsoskyddslagen att beröras särskilt. Målet med miljöbalken är att främja en hållbar utveckling och tillförsäkra levande och kommande generationer en hälsosam och god livsmiljö. I det andra kapitlet återfinns allmänna hänsynsregler som skall gälla all verksamhet och alla åtgärder enligt balken. Med åtgärd avses här sådan åtgärd som inte är av försumbar betydelse i det enskilda fallet. Hänsynsreglerna innebär bl.a. att alla försiktighetsmått som behövs skall vidtas så fort det finns risk för skada eller olägenhet för människors hälsa eller miljön.

Hälsoskyddslagen upphörde som nämnts att gälla när miljöbalken trädde i kraft. Flertalet av hälsoskyddslagens bestämmelser har emellertid inarbetats i balken eller i en till balken ansluten förordning. I miljöbalken återfinns dessa regler framförallt i kapitlet med särskilda bestämmelser om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd (kap. 9). Tillämpningsområdet för hälsoskyddsreglerna i miljöbalken är detsamma som för reglerna i hälsoskyddslagen och syftar till att förebygga och undanröja olägenheter för människors hälsa. Bestämmelserna tar sikte på olägenheter som har anknytning till användning av egendom, fast eller lös, dvs. olägenheter som har koppling till den fysiska miljön. I 3 § i kapitlet ges en definition av begreppet olägenhet för människors hälsa, som omfattar detsamma som det tidigare begreppet sanitär olägenhet enligt hälsoskyddslagen. Definitionen anger vilka störningar som är av sådan karaktär att balkens skyddsregler är tillämpliga. Med olägenhet för människors hälsa avses en störning som enligt medicinsk eller hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. Någon exemplifiering görs inte i lagen. I förarbetena till balken anges däremot exempel på sådana störningar, nämligen buller, kyla, drag, lukt, ohyra och andra skadedjur. Kapitlet rymmer vidare bestämmelser om att bostäder och lokaler för allmänna ändamål inte skall brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa uppstår och att de skall hållas fria från ohyra och skadedjur. Vidare föreskrivs att ägare eller brukare till berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att hindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Härutöver finns bestämmelser om bl.a. avloppsanläggningar och anläggningar för grundvattentäkter. Bestämmelser om tillsyn finns i ett särskilt kapitel (26 kap). Den närmare fördelningen av olika myndigheters ansvar och åligganden i detta hänseende anges emellertid i förordningen (1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. I balken föreskrivs dock att tillsynen över miljö- och hälsoskyddet inom kommunen, med undantag för sådan miljöfarlig verksamhet som kräver tillstånd, skall utövas av den eller de nämnder som fullmäktige bestämmer. I en uttrycklig bestämmelse i balken anges vidare att tillsynsmyndigheten skall kontrollera efterlevnaden av miljöbalken och de bestämmelser som följer av balken. Genom bestämmelsen understryks att tillsynsmyndigheten inte endast har rätt utan även en skyldighet att bedriva kontrollerande tillsyn genom myndighetsutövning med de verktyg som står till buds genom miljöbalkens regler. Liksom enligt hälsoskyddslagen har tillsynsmyndigheten rätt att meddela förelägganden och förbud, vilka får förenas med vite. En nyhet i förhållande till bl.a. hälsoskyddslagen är att tillsynsmyndigheten – om ett föreläggande eller beslut inte blir åttlytt – kan ansöka om verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten. Det finns emel-

lertid fortfarande möjlighet att istället förordna om rättelse på den enskildes bekostnad.

Förhållandet till smittskyddslagen

En förutsättning för att, med stöd av miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd, kunna ingripa mot djur eller objekt som sprider smitta är att förekomsten av smittämnen kan anses utgöra en sådan störning som omfattas av begreppet olägenhet för människors hälsa. Något klarläggande görs inte i denna fråga i förarbetena till vare sig den tidigare gällande hälsoskyddslagen eller nu den gällande miljöbalken. Det bör dock beaktas att hälsoskyddslagen har kommit att tillämpas på vitt skilda störningar som ansetts innebära fara för hälsan. Det har t.ex. varit fråga om buller från olika verksamheter, ventilation i lokaler och utsläpp av avloppsvatten. När det gäller djur har ärenden rört t.ex. verksamheter med djur som medfört ett påträngande illaluktande eller t.ex. hundar som oavbrutet skällt under en längre tid. Risken för smittspridning synes också ha varit ett av motiven för flera av bestämmelserna, bl.a. när det gäller djurhållning. Vidare finns inte något uttalande som motsäger att smittämnen kan anses ingå i olägenhet för människors hälsa. Beträffande det tidigare begreppet "sanitär olägenhet" synes frågan dock inte ha ställts på sin spets vid någon rättslig prövning.

Att åtgärder kan vidtas mot objekt med stöd av miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd är klart. Befogenheterna motsvarar härvid i princip de befogenheter som ges i smittskyddslagen. Däremot är det oklart i vilken mån bestämmelserna om hälsoskydd medger direkta ingripanden mot djur. Att den kommunala nämnden med stöd av hälsoskyddsbestämmelserna i ett enskilt fall kan t.ex. meddela förbud mot att ha ett djur som medför sanitär olägenhet i en bostad eller dylikt eller besluta om åtgärder mot skadedjur är klart. Bestämmelserna ger emellertid inte något uttryckligt stöd för ingripande åtgärder som riktar sig direkt mot andra djur än skadedjur.

När det gäller rätt till ersättning skall noteras att miljöbalken inte innehåller några regler om rätt till ersättning vid ingripanden enligt bestämmelserna om hälsoskydd.

9.3.3 Några andra lagar av betydelse för smittskyddet

Djurskyddslagen (1988:534)

Djurskyddslagen avser vård och behandling av husdjur och andra djur som hålls i fångenskap. Lagen innehåller bl.a. vissa grundläggande bestämmelser om hur djur skall hållas och skötas. Vidare finns bestämmelser om tillståndsplikt för viss djurhållning. Den lokala tillsynen utövas av kommunen medan länsstyrelsen svarar för den regionala och Jordbruksverket för den centrala tillsynen. Tillsynsansvaret är för närvarande föremål för utredning. Lagen torde såvitt gäller smittskyddet främst ha betydelse när det gäller att förebygga smittsamma sjukdomar.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Arbetsmiljölagen skall bl.a. skydda arbetstagare mot ohälsa. Till de faktorer som kan orsaka ohälsa räknas också smittämnen. Yrkesinspektionen utövar den löpande tillsynen under överinseende av Arbetarskyddsstyrelsen som har det centrala tillsynsansvaret.

9.3.4 Särskilda lagar rörande smittspridning från djur

Epizootilagen (1980:369)

Epizootilagen gäller allmänfarliga djursjukdomar. Det kan vara fråga både om sjukdomar som smittar endast mellan djur eller om zoonoser. Med zoonos menas sjukdom som smittar från djur till människa. Epizootilagen gäller endast vissa särskilt angivna sjukdomar f.n. omkring 30 stycken, däribland de samhällsfarliga sjukdomarna mjältbrand, rabies och tuberkulos. Salmonella regleras i särskild lagstiftning. De sjukdomar som omfattas av lagen är sådana som normalt inte skall förekomma bland djur i Sverige. Lagen föreskriver anmälningskyldighet vid misstanke om epizootisk sjukdom för den som har djuret i sin vård. Veterinärs anmälningskyldighet regleras i förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion. Vid misstanke om bl.a. epizootisk sjukdom skall denne skyndsamt underrätta Jordbruksverket, länsstyrelsen, smittskyddsläkaren, den kommunala nämnden och vederbörande distriktsveterinär. Han skall vidare omedelbart undersöka djuret. Om han har grundad anledning anta att epizootisk sjukdom föreligger skall han i den utsträckning det behövs, besluta om förbud

att besöka eller lämna den fastighet där sjukfallet inträffat eller där smitta annars kan antas förekomma och att utföra transporter till och från sådana fastigheter. Vid konstaterat fall har Jordbruksverket att, i den utsträckning det behövs, besluta om förbud enligt ovan eller om andra begränsningar i hanteringen av djur eller varor. Om det behövs skall verket också besluta om förbud mot transporter och andra begränsningar i hanteringen av djur eller varor inom områden där smitta förekommer och om tillträdesförbud till bl.a. vissa djurstallar. För att bekämpa och förebygga epizootiska sjukdomar har verket vidare rätt att utfärda föreskrifter om bl.a. avlivning av smittade eller misstänkt smittade djur, smittrening och undersökning i kontrollsyfte men också att meddela beslut och åtgärder i det enskilda fallet.

Jordbruksverket utövar den centrala tillsynen medan länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Länsstyrelsen har därvid rätt att meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs för efterlevnaden av lagen eller dess följdföreskrifter. Ersättning av statsmedel utges för vissa kostnader eller förluster som uppkommit till följd av ett ingripande enligt lagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

Jordbruksverket leder och samordnar bekämpningen och de förebyggande åtgärderna enligt epizootilagen. I samråd med Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt och länsstyrelserna skall Jordbruksverket upprätta beredskapsplaner.

Jordbruksverket har på uppdrag av regeringen gjort en översyn av epizootilagstiftningen. I verkets rapport 1997:11 (Översyn av epizootilagstiftningen) föreslås förändringar i lagen i bl.a. följande avseenden. Anmälningförfarandet förenklas och länsstyrelsen ges ett ansvar för att berörda myndigheter, däribland smittskyddsläkaren, får kännedom om fall av misstänkt zoonos hos djur. Vidare föreslås verket, i egenskap av central tillsynsmyndighet, få samma befogenheter som länsstyrelsen att meddela föreläggande och förbud. För att göra ansvarsfördelningen tydligare föreslås härutöver att verkets ledande och samordnande roll klargörs genom att länsstyrelsen åläggs följa de beslut och direktiv som verket beslutar rörande bekämpning och förebyggande åtgärder. Här skall anmärkas att det i dagarna lagts en proposition (prop. 1998/99:88 "Bekämpning av smittsamma djursjukdomar") som i huvudsak bygger på de förslag som Jordbruksverket redovisat i sin rapport.

Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur

Bestämmelser för att bekämpa och hindra spridning av uppkommen salmonellainfektion hos djur finns i lagen om bekämpande av salmonella hos djur. Till skillnad från epizootilagen är lagen begränsad med avseende på djurslag till husdjur och andra djur som hålls i fångenskap. Enligt den praxis som Jordbruksverket tillämpar har lagens tillämpningsområde ytterligare begränsats till att omfatta lantbrukets djur och sällskapsdjur som är föremål för yrkesmässig uppfödning. Enligt lagen kan Jordbruksverket besluta om en rad olika åtgärder bl.a. slakt, oskadliggörande av ägg, smittrening, provtagning och vaccination. Vissa befogenheter kan delegeras till länsstyrelsen eller veterinär. Tillsynen över efterlevnaden av ovanstående beslut utövas genom veterinär som verket utsett. Jordbruksverket får meddela de förelägganden som uppenbart behövs för efterlevnaden av lagen. Enligt förordningen som ansluter till lagen skall Jordbruksverket leda och samordna bekämpningen och de förebyggande åtgärderna.

Ersättning får utges till den som har orsakats vissa kostnader och förluster på grund av beslut enligt lagen eller dess följdbestämmelser.

Lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

Lagen om provtagning på djur, m.m. avser bl.a. kartläggning och kontroll av smittsamma djursjukdomar samt åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma djursjukdomar. Ett av lagens huvudsyften är att möjliggöra för myndigheter att genomföra tvingande kontroller hos djurägare som inte ansluter sig till frivilliga kontrollprogram. Lagens tillämpningsområde är inte begränsat till vissa sjukdomar. Genom lagen öppnas möjlighet till bl. a. provtagning, undersökning, avlivning, isolering och andra begränsningar enligt lagen. Provtagning eller undersökning får utföras på bl.a. djur och djurprodukter. Enligt lagens förarbeten är främst djur som används i animalieproduktionen eller i övrigt för produktion av livsmedel aktuella för provtagning, men någon uttrycklig begränsning görs inte i lagen. Liksom när det gäller lagen om bekämpande av salmonella hos djur ger lagen befogenheter att vidta vissa åtgärder men föreskriver inte någon skyldighet att vidta dessa. Jordbruksverket har i egenskap av tillsynsmyndighet ansvar för att kontrollera att det som föreskrivs eller beslutas enligt lagen efterlevs. Verket får överlåta viss tillsyn inom länet till länsstyrelsen. Verket kan också överlåta åt en kommun att inom kommunen kontrollera att föreskrifter och beslut följs rörande dels hantering av djurkadaver och annat djuravfall, dels kontroll rörande mjölkproduktion. Lagen medger

möjlighet att föreskriva att djurägare skall bekosta bl.a. provtagning och undersökning. Enligt uppgift från Jordbruksverket står dock verket för kostnader vid utredning av akut sjukdom.

Jordbruksverkets förslag till en ny lag om zoonoser hos djur

Jordbruksverket har av regeringen haft i uppdrag att utvärdera lagen om bekämpande av salmonella hos djur och att studera behovet av en särskild lagstiftning om zoonotiska sjukdomar hos djur. Uppdraget redovisades i verkets rapport 1998:10 (Salmonella och andra zoonoser hos djur). Mot bakgrund av att behov föreligger av möjligheter till åtgärder mot spridning av zoonoser som inte omfattas av epizootilagen och mot smittämnen som inte orsakar sjukdom hos djur men väl hos människan föreslår Jordbruksverket en ny lag om zoonoser hos djur. Avsikten är att lagen skall ersätta lagen om bekämpande av salmonella hos djur.

Lagen avser sjukdomar eller smittämnen som kan spridas naturligt från djur till människa, med undantag för de sjukdomar som regleras i epizootilagen, och omfattar alla djurslag och typer av djurhållning. De avgränsningsproblem som kan uppstå i enskilda fall beträffande åtgärder med avseende på djur bör enligt förslaget lösas genom kontakter mellan ansvariga myndigheter enligt respektive regelverk. Enligt Jordbruksverket bör det emellertid aldrig vara aktuellt att vidta åtgärder med stöd av smittskyddslagen mot lantbrukets djur eller djur som är föremål för yrkesmässig uppfödning. Smittskyddslagen bör därför enligt rapporten begränsas till att avse endast sällskapsdjur.

Den föreslagna lagen är uppdelad i två delar. En del innehåller allmänna förebyggande åtgärder vilka föreslås gälla alla sjukdomar och smittämnen som omfattas av lagen, dvs. samtliga kända zoonoser som inte är epizootiska sjukdomar. Här återfinns bestämmelser om anmälningsskyldighet vid misstanke om sjukdom eller smittämne och möjligheter att genomföra smittutredningar. Den andra delen innehåller bestämmelser om egentliga kontroll- och bekämpningsåtgärder. Dessa åtgärder bör enligt förslaget begränsas till de zoonoser för vilka samhället har en mer omfattande strategi avseende kontroll och bekämpning. Enligt förslaget bör, tills dess att ytterligare kunskap samlats om aktuella djursjukdomar och smittämnen, endast salmonella bli föremål för kontroll- och bekämpningsåtgärder. Andra sjukdomar såsom EHEC och campylobacter torde kunna bli aktuella för sådana åtgärder när tillräcklig kunskap och erfarenhet samlats. Här skall erinras om den nyss nämnda propositionen (prop. 1998/99:88 "Bekämpning av smittsamma djursjukdomar") som helt nyligen överlämnades till riksdagen.

Propositionen överensstämmer i stora delar med Jordbruksverkets förslag. Dock föreslås i propositionen att lagen endast skall omfatta de sjukdomar och smittämnen om vilka det finns tillräcklig kunskap för en effektiv kontroll och bekämpning. För att skydda samhället mot sjukangrepp från sådana sjukdomar som faller utanför lagens tillämpningsområde föreslås istället att vissa kompletterande bestämmelser om kartläggning och förebyggande åtgärder införs i lagen om provtagning på djur, m.m.

9.4 Vissa problem rörande ansvarsfördelningen mellan olika aktörer med uppgifter av betydelse för smittskyddet

Inledningsvis kan konstateras att flera olika myndigheter har uppgifter inom det objektinriktade smittskyddet och att samarbetet mellan dessa i allmänhet synes fungera väl. Den föreliggande regleringen av ansvaret i olika lagar innebär emellertid att ansvaret för att ingripa ibland kan åvila olika myndigheter samtidigt och att problem därvid kan uppstå bl.a. rörande ledningsansvar framförallt vid kostnadskrävande utbrott.

När det gäller ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnden enligt smittskyddslagen har, enligt Statskontorets rapport, ett flertal kommuner framfört att bestämmelserna rörande ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnden bör göras tydligare. Osäkerheten om vem som ser till att nödvändiga utredningar genomförs anges vara ett det allvarligaste problemen med den nuvarande regleringen.

Frågor rörande ansvaret för åtgärder och det därmed sammanhängande kostnadsansvaret har, enligt vad kommittén erfarit, främst uppstått då smitta som kan överföras till människor förekommer eller misstänks förekomma hos djur. I smittskyddslagen har den kommunala nämnden ålagts ansvar för att vidta åtgärder mot djur. Enligt den befintliga lagstiftningen vad gäller kontroll och bekämpning av smittsamma djursjukdomar är det Jordbruksverket som i första hand har att vidta olika åtgärder. Denna dubbla reglering har emellanåt medfört osäkerhet beträffande vilken myndighet som har ansvar för att erforderlig utredning och andra åtgärder kommer till stånd.

Vad gäller de sjukdomar som omfattas av epizootilagen synes inte några problem ha förekommit. Jordbruksverket har beträffande dessa sjukdomar tagit på sig ansvar både för utredning och andra åtgärder. I lagen om bekämpande av salmonella hos djur är tillämpningsområdet

som nämnts begränsat till att avse husdjur och djur som hålls i fångenskap. Någon annan begränsning med avseende på vilka djur som omfattas av lagen görs inte. Enligt den praxis Jordbruksverket tillämpar vid salmonella ansvarar emellertid verket för utredning och andra åtgärder för att förhindra smittspridning endast när det gäller lantbrukets djur och djur i verksamhet som avser yrkesmässig uppfödning av sällskapsdjur. Sällskapsdjur som innehas av privatpersoner och djur i zooaffärer anses enligt verket falla inom kommunens ansvarsområde. Enligt vad som framkommit bl.a. vid kommitténs seminarium om det objektinriktade smittskyddet har inte sällan problem rörande kostnaderna medfört svårigheter att få till stånd provtagning på sällskapsdjur.

Frågor rörande kostnadsansvar för utredning har annars framförallt uppstått vid andra än de samhällsfarliga sjukdomarna. Problemen är särskilt märkbara när en för Sverige ny sjukdom uppträder och tillräcklig kunskap om sjukdomen och dess smittvägar saknas. Ett exempel på detta uppges vara utredningen med anledning av utbrottet av EHEC 1995. En faktor som torde vara av betydelse när det gäller frågan om vem som skall ansvara för kostnaderna är att det kan röra sig om ett avsevärt antal prover och att kostnaderna för provtagningen därmed kan uppgå till betydande belopp.

10 Karantänslagstiftningen

10.1 Bakgrund

Karantänsbestämmelser har funnits i många länder sedan lång tid tillbaka. De första internationella hälsovårdsbestämmelserna antogs av fjärde världshälsovårdsförsamlingen 1951; de ersatte ett stort antal icke samordnade hälsovårdskonventioner och andra överenskommelser mellan olika länder. Nu gällande internationella överenskommelse, International Health Regulations (IHR) antogs år 1969 (för en beskrivning av IHR samt av den pågående översynen därav, se vidare kapitel 20). I likhet med de flesta andra länder i världen har Sverige anslutit sig till IHR. Vidare har Sverige, Norge, Finland och Danmark träffat särskilda överenskommelser rörande den sanitära kontrollen över trafiken mellan länderna. Innebörden av dessa är bl.a. att de uppräknade länderna skall ses som en enhet i karantänssammanhang; vid resa mellan dessa krävs ingen kontroll. Den befintliga svenska karantänslagstiftningen har utformats i syfte att stå i överensstämmelse med åtagandena enligt IHR och de nordiska överenskommelserna.

Den svenska karantänslagstiftningen utgörs av karantänslagen (1989:290) och karantänsförordningen (1989:302). Närmare föreskrifter om tillämpningen har utfärdats av Socialstyrelsen. Syftet med karantänslagen är att ge skydd mot att de s.k. karantänssjukdomarna förs in i landet eller sprids till utlandet. Med karantänssjukdom avses sådan sjukdom som omfattas av IHR:s bestämmelser, dvs. gula febern, kolera och pest. Lagen omfattar in- och utförsel av dessa sjukdomar genom land-, luft- eller sjötrafik. Karantänslagen utgör ett komplement till smittskyddslagen, och innehåller främst bestämmelser om de ytterligare åtgärder som erfordras i karantänssyfte. Vid en hearing med företrädare för berörda myndigheter och organisationer som Socialdepartementet höll vid karantänslagens tillkomst bedömdes det nationella behovet av en karantänslagstiftning som litet. Det betonades dock att Sveriges karantänslagstiftning måste ses som ett uttryck för internationell solidaritet med WHO och de länder som är särskilt utsatta för karantänssjukdomarna. Bestämmelserna i karantänslagen har således tillkommit

främst p.g.a. Sveriges åtaganden enligt IHR och inte p.g.a. att ett praktiskt behov har ansetts föreligga.

10.2 Närmare om karantänslagens bestämmelser

Socialstyrelsen utövar den centrala tillsynen över karantänsverksamheten. Vidare har Socialstyrelsen vissa speciella uppgifter, bl.a. att föreskriva vilka hamnar och flygplatser som skall vara s.k. karantänshamnar respektive karantänsflygplatser samt att under vissa förutsättningar förklara ett område inom eller utom landet som smittat av karantänssjukdom. Socialstyrelsen har föreskrivit att nio hamnar skall vara karantänshamnar och att fem flygplatser skall vara karantänsflygplatser. Vid dessa hamnar och flygplatser är berörda landsting och kommuner ansvariga för att det finns tillgång till den personal och utrustning som behövs för kontroll av trafiken.

Ansvaret för de direkta åtgärderna enligt karantänslagstiftningen är uppdelat på samma sätt som i smittskyddslagen. Den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddet har ansvaret för åtgärder beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur; smittskyddsläkaren har ansvaret för övriga smittskyddsåtgärder. Smittskyddsläkaren skall också samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser samt biträda den kommunala nämnden i dess uppgifter. Eftersom det inte är praktiskt möjligt för de kommunala nämnderna och smittskyddsläkarna att kontrollera alla transportmedel, allt bagage eller samtliga passagerare finns även bestämmelser om vissa skyldigheter för tullmyndighet, polis- och passkontrollpersonal.

I karantänslagen finns bestämmelser om särskilda åtgärder som skall vidtas vid bl.a. ankomst till och avresa från landet. Enligt lagen skall befälhavaren på ett fartyg eller luftfartyg i vissa fall lämna uppgifter till tullmyndigheterna om hälsotillståndet ombord, s.k. hälsodeklaration. Smittskyddsläkaren skall därefter underrättas om innehållet i hälsodeklarationen. Skyldigheten att avlämna hälsodeklaration är straffsanktionerad.

Karantänslagen innehåller inga egna bestämmelser om tvångsåtgärder mot personer. I lagen sägs uttryckligen att tvångsåtgärder endast får vidtas om det finns stöd för sådana i annan lagstiftning. Eftersom samtliga karantänssjukdomar ingår bland de samhällsfarliga sjukdomarna i den befintliga smittskyddslagen kan smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder bli tillämpliga även inom karantänsverksamheten.

Enligt bestämmelserna i karantänslagen får ett fartyg eller luftfartyg inte av smittskyddsskäl vägras tillträde till landet. Motsvarande bestämmelser finns inte beträffande enskilda resanden.

Smittskyddsläkaren är skyldig att vid behov genomföra läkarundersökning och vaccination. Vidare skall han i vissa fall förhindra att en smittad person lämnar landet. Detta gäller om den smittade tagits in på sjukhus, meddelats förhållningsregel om isolering eller isolerats enligt smittskyddslagen. I dessa situationer skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som behövs för att hindra den smittade från att lämna landet. Vilka åtgärder som kan komma i fråga berörs endast flyktigt i förarbetena; det får enligt dessa bero på omständigheterna i det enskilda fallet. Endast sådana tvångsåtgärder som kan vidtas med stöd av smittskyddslagen kan emellertid komma i fråga. I andra fall än de som nu nämnts får en smittad person inte vägras utresa.

Vad gäller sanitära åtgärder beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur innehåller karantänslagen endast allmänna bestämmelser. Lagen föreskriver att sanitära åtgärder skall vidtas utan dröjsmål och på ett sådant sätt att de inte vållar onödigt obehag, fara för någons hälsa, skada på transportmedel eller brandfara. Vidare skall försiktighetsåtgärder vidtas för att förhindra skada på åtgärdat gods. I karantänslagen ges vidare, i motsats till bestämmelserna i smittskyddslagen, en begränsning när det gäller vilket gods som får underkastas sanitära åtgärder. Post, tidningar och trycksaker får inte underkastas sanitära åtgärder (undantag görs om godset utgör någons bagage). Begränsningen gäller dock inte postpaket som misstänks innehålla livsmedel och som kommer från kolerasmittat område. Enligt förarbetena innebär nu beskrivna regler att aktuellt gods inte heller får underkastas åtgärder enligt smittskyddslagen; detta framgår dock inte av karantänslagens ordalydelse.

Karantänslagen inskränker möjligheterna att med stöd av smittskyddslagen tvångsvis vidta sanitära åtgärder. Om den kommunala nämnden har beslutat om sanitära åtgärder till skydd mot karantänssjukdomar beträffande ett fartyg eller luftfartyg får åtgärden inte vidtas mot befälhavarens vilja om farkosten omedelbart fortsätter sin resa. Farkosten får då inte anlöpa någon hamn eller gå ned på någon flygplats här i landet. Om det kan ske utan risk för smittspridning får dock farkosten om det behövs förses med bränsle, vatten och andra förnödenheter.

I karantänslagstiftningen finns särskilda regler om *råttbekämpning*. Bestämmelserna syftar till att förhindra att råttor förekommer i hamnar eller sprids på fartyg. Anledningen till detta är att pest bl.a. sprids med svartråttan. Det huvudsakliga ansvaret ligger på fartygets befälhavare som vid ankomsten till Sverige skall visa upp ett intyg på att utrotning

ombord ägt rum eller inte behövts (ett s.k. råttsaneringsbevis). Företes inget råttsaneringsbevis skall tullmyndigheten underrätta den kommunala nämnden, som i sin tur har att undersöka fartyget och vidta behövliga åtgärder. Socialstyrelsen har givit vägledning för sådan inspektion samt meddelat närmare föreskrifter om vilka kommuner som får utfärda råttsaneringsbevis m.m. (SOSFS 1996:20).

Den kommunala nämnden har enligt 17 § karantänslagen rätt att ta ut avgift för smittrening, desinfektion, utrotning av råttor och för undersökning av fartyg då något giltigt råttsaneringsbevis inte företetts. Socialstyrelsen har fastställt en enhetstaxa för dessa åtgärder (SOSFS 1996:20). I 17 § karantänslagen anges uttömmande de åtgärder enligt lagen för vilka avgift får tas ut. Detta innebär bl.a. att smittskyddsläkaren inte har rätt att ta betalt för vaccination eller för utfärdande av vaccinationsbevis.

10.3 Den faktiska tillämpningen av karantänslagstiftningen

Kommittén har, för att utröna i vilken utsträckning åtgärder enligt karantänslagstiftningen vidtagits sedan nuvarande karantänslags tillkomst, kontaktat Socialstyrelsen samt smittskyddsläkarna och miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna i Göteborg, Malmö och Stockholm. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen är det endast bestämmelserna om råttbekämpning som tillämpas rutinmässigt. Det är emellertid ovanligt att råttsanering behöver utföras. I övrigt har åtgärder enligt karantänslagen endast undantagsvis behövt vidtas. Denna bild har bekräftats av de övriga myndigheter som kommittén kontaktat.

När det gäller beredskap för tillämpning av lagen har smittskyddsenheten i Stockholm en handlingsplan för karantänssjukdomar vid Arlanda flygplats med instruktioner och ansvarsfördelning. Smittskyddsenheten i Göteborg har en särskild karantänsskyddsplan avseende pestsmitta vid Landvetter flygplats, och såväl i Göteborg som i Malmö finns telefonlistor över kontaktpersoner. Sedan karantänslagen trädde i kraft har dess bestämmelser emellertid, för de av kommittén kontaktade smittskyddsenheterna, endast aktualiserats vid två konkreta tillfällen. Det första fallet inträffade 1992 och gällde två personer som misstänktes ha smittas av kolera. Personerna befann sig på ett flygplan som skulle ankomma till Arlanda, och på flygplatsen och vid smittskyddsenheten i Stockholm förbereddes åtgärder inför landningen. Innan planet hunnit landa hade man emellertid kunnat konstatera att det rört sig om ett missförstånd och att smitta inte förelåg. Några ytterligare åtgärder

vidtogs därför inte. Det andra fallet inträffade 1994 i samband med att en epidemi av lungpest brutit ut i vissa regioner i Indien. Smittskyddsenheten kopplades här in först efter det att en person, som p.g.a. egna uppgifter misstänktes ha kunnat smittats av pest, anlant från Indien och tagits in på infektionsklinik i Stockholmsområdet. Efter kontakt med anhöriga till personen i fråga samt myndigheter i Indien kunde man emellertid konstatera att någon smittrisk inte förelåg. Ärendet avslutades därefter.

11 Lagen om s.k. bastuklubbar

11.1 Bakgrund till nuvarande reglering

Bastu- och videoklubbar för homo- och bisexuella män (fortsättningsvis benämnda *bastuklubbar*) blev allmänt kända i Sverige under 1970-talet. Vid tidpunkten för lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagens) införande våren 1987 fanns det i landet cirka tio sådana klubbar, främst i storstäderna. Verksamheten utmärkte sig genom att den möjliggjorde tillfälliga sexuella kontakter i klubblokalen.

Socialstyrelsen överlämnade i december 1986 en rapport till Socialdepartementet som belyste klubbarnas betydelse vad gäller spridningen av hivinfektion. I rapporten redogjordes bl.a. för en kartläggning av kontaktställen. Socialstyrelsen konstaterade att verksamheten vid klubbarna innebar en risk för spridande av smitta och att en frivillig överenskommelse som träffats mellan Riksförbundet för sexuellt lika-berättigande (RFSL) och några av klubbarna i Stockholm inte medfört några nämnvärda förändringar. Man menade att övervägande skäl talade för att det borde införas legala möjligheter att ingripa mot lokaler som underlättade tillfälliga sexuella kontakter. Även Aidsdelegationen tog under hösten 1986 upp frågan om smittspridningen på bastuklubbarna. Delegationen menade att risken för smittspridning var stor och att verksamheten inte kunde godtas från smittskyddssynpunkt. Som första åtgärd ställde man sig bakom ett försök till självsanering. Då det konstaterats att detta inte var tillräckligt förespråkades istället ett förbud mot verksamheten.

I propositionen (1986/87:149) till bastuklubbslagen uttalade departementschefen att hivsmittan fått en allt vidare spridning och inte längre var begränsad till vissa riskutsatta grupper. Hon menade att det därför var nödvändigt att vidta åtgärder mot miljöer som var särskilt farliga från smittskyddssynpunkt. Enligt departementschefen sade det sig självt att en miljö där människor träffas och har anonyma, sexuella kontakter som en naturlig och ofta avsedd umgängesform utgjorde en utomordentlig grogrund för spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Vidare framhölls att eftersom hivinfek-

tion utgjorde ett utomordentligt hot mot befolkningens hälsotillstånd så kunde verksamheter som underminerar arbetet med att begränsa smittspridningen inte godtas. Till sådana verksamheter ansågs bastuklubbarna för homo- och bisexuella män höra, och man fann heterosexuella klubbar med samma inriktning lika farliga. Man menade att särskilda lagstiftningsåtgärder var nödvändiga för att möjliggöra ingripanden mot klubbarna; någon befintlig lagstiftning ansågs i princip inte tillämplig. Då det gällde formen för de rättsliga åtgärderna diskuterades i propositionen två varianter. Den ena lösningen innebar att det genom förelägganden i det enskilda fallet skulle ges möjlighet att framtvinga en förändring av verksamheten på klubbarna som kunde godtas från smittskyddssynpunkt. Fördelen med denna lösning ansågs bl.a. vara att den epidemiologiska grunden för ett ingripande klart skulle komma till uttryck. Departementschefen menade dock att en sådan ordning skulle medföra mycket stora praktiska svårigheter, inte minst beträffande tillsynen över verksamheten. Det alternativ som i stället förordades – och genomfördes – var en generell kriminalisering av verksamheten genom ett straffsanktionerat förbud. I bastuklubbslagen förbjuds således anordnande av tillställning och sammankomst till vilken allmänheten har tillträde om den, med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet, är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare. Förbudet gäller såväl umgänge mellan kvinnor och män som mellan personer av samma kön.

Ett problem som uppmärksammades vid konstruktionen av bastuklubbslagen var klubbarnas relation till den grundlagsskyddade mötesfriheten. Enligt 2 kap. 1 § regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna bl.a. tillförsäkrad mötesfrihet. Mötesfriheten definieras i RF som en frihet att ordna och bevista sammankomst för upplysning, meningsyttring eller annat liknande syfte eller för framförande av konstnärligt verk. Undervisningssituationer, föredrag, debatter och diskussioner omfattas av mötesfriheten liksom gudstjänster och sammankomster för religionsutövning. Vidare omfattas teater- och biograf-föreställningar, konserter, poesiافتnar m.m. Att något är "konstnärligt" i lagens mening har inte en kvalitativ innebörd utan tar närmast hänsyn till formen för yttrandet. Även framförande av film vars konstnärliga värde kan diskuteras är grundlagsskyddat. Grundlagsskydd föreligger däremot inte då det enligt "vanligt språkbruk" framstår som helt främmande att överhuvudtaget tala om konstnärligt verk.

Vid sin granskning av förslaget till bastuklubbslag uttalade Lagrådet att det inte kunde uteslutas att den föreslagna lagstiftningen under vissa

förhållanden kunde innebära en begränsning i mötesfriheten. Det var därför viktigt att den förbjudna verksamheten avgränsades så klart som möjligt. Även departementschefen utgick från att den aktuella klubbverksamheten i vissa fall kunde omfattas av mötesfriheten.

11.2 Tillämpningen av reglerna

Av polismyndigheterna i Göteborg, Malmö och Stockholm är det endast polismyndigheten i Stockholm som uppgett sig ha någon egentlig erfarenhet av bastuklubbslagen. Polismyndigheten i Stockholm genomför årligen cirka fem kontroller av lokaler p.g.a. misstanke om brott mot bastuklubbslagen. I princip samtliga kontroller har avsett videoklubbar, där besökarna varit män. Kontrollerna har i några fall lett till att lokalerna stängts. Bara ett litet antal kontroller har utmynnat i åtal. Polismyndigheten anser att det är svårt att dra gränsen mellan vad som är tillåten och otillåten verksamhet, men menar att lagen oavsett tillämpningssvårigheterna har en viss kontrollfunktion.

Endast ett fåtal åtal för brott mot bastuklubbslagen har prövats av domstol. Kommittén har endast kunnat inhämta fyra avgöranden. Samtliga mål har prövats av hovrätt. Högsta domstolen har inte tagit upp något av avgörandena till prövning. Den centrala frågan i målen har varit om tillställningen i fråga varit särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge med annan besökare. Särskild vikt har därvid fästs vid lokalernas utformning och inredning. Tre av målen har rört s.k. videoklubbar, och i alla dessa fall har domstolarna ansett att brott mot bastuklubbslagen förelegat. Vid domstolarnas bedömning har vikt bl.a. lagts vid ljusförhållanden (dunkla rum eller helt mörklagda sådana), omotiverade avbalkningar (t.ex. uppdelning av lokalerna med bås) och övrig inredning. Även andra omständigheter har haft betydelse, såsom t.ex. förekomsten av använda kondomer på golvet, kondomautomater samt anslagstavlor för kontaktförmedling. Det fjärde målet gällde en "erotisk klubb" som hade regelbundna sammankomster i en från verksamheten fristående s.k. sexklubb. Lokalen bestod av ett rum inrett med scen, soffor, stolar och bord, ett rum för filmvisning och två s.k. poseringsrum. Annat befanns emellertid inte utrett, än att poseringsrummen var låsta. En polisman vittnade om att två kvinnor uppträtt nakna inför publik, varvid de haft sexuella kontakter med varandra. Tingsrätten fann, med hänsyn till lokalens utformning samt den verksamhet som förekom eller var avsedd att förekomma där, att tillställningarna varit särskilt ägnade att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge med andra besökare. De två åtalade arrangörerna dömdes därför för brott mot bastuklubbslagen. Hovrätten, däremot, fann att loka-

lerna inte på något avgörande sätt kunde anses avvika från vad som får anses normalt i en miljö som utformats för att tjäna som samlingspunkt för sammankomster. Vidare menade hovrätten att den omständigheten att vad som föreföll ha varit en otillåten pornografisk föreställning pågick vid polisens besök inte ledde till någon annan bedömning. Åtalet ogillades således.

11.3 Lagstiftningens betydelse för smittspridningen

Några statistiska uppgifter om antalet personer som i Sverige smittats av hivinfektion genom sexuella kontakter på bastuklubbar har inte kunnat erhållas. Inte heller har det funnits någon sådan information i de studier av hivpositiva där frågor ställts om smittvägar. Frågorna berörs dock något i en rapport av socionomen Mikael Westrell, "Livsstil och sexualitet hos homosexuella män – En beskrivning och analys av Venhälskohorten 1983–1993", januari 1997. I rapporten har Westrell sammanställt och analyserat ett antal frågeformulär besvarade av ett urval av de homo- eller bisexuella män som under tidsperioden besökt Venhälsan, en mottagning för homo- och bisexuella män på Södersjukhuset i Stockholm. Projektet med frågeformulär startade 1983 varvid 166 män valdes ut. Både hivpositiva och osmittade män ingick i denna grupp och samtliga kallades till årliga kontroller fram till och med 1993. Bortfallet har varit relativt stort bl.a. eftersom samtliga formulär inte har återfunnits och då inte alla kommit på årliga återbesök. För varje år har i snitt 74 formulär påträffats. Frågorna i formulären har vidare ändrats genom åren. Dessa faktorer medför att materialet inte präglas av sådan säkerhet att det klart har kunnat tolkas. För att kunna göra en grundligare analys har Westrell valt ut formulär från de 24 män, varav en hivpositiv, som gjort nio eller tio återbesök. Med grund i dessa formulär har Westrell bl.a. analyserat frågor om männens sexuella beteende.

Frågor om frekvensen av anonyma sexuella kontakter och platserna för dessa ingick inte i formulären åren 1985–1988. För övriga år har mellan 15 och 18 män uppgett att de haft anonyma sexuella kontakter under det år frågan ställdes (det framgår inte av studierna i vilken mån kondom användes vid dessa kontakter). Under 1983 och 1984 svarade en absolut majoritet av dessa män att de hade sina tillfälliga sexuella kontakter på "gay-sauna". Från och med 1989 var det endast enstaka patienter som uppgav "gay-sauna"; i övrigt var det en jämn fördelning mellan park, allmänna bad, "porrbio" och disco. Med tillfällig sexuella

kontakter avsågs i formulären kontakt med såväl känd partner som anonym partner. Det framgår inte i vad mån kontakterna ägde rum i Sverige eller utomlands.

För att få en uppfattning om i vilken utsträckning anonyma sexuella kontakter vid sådana sammankomster och tillställningar som avses i bastuklubbslagen uppges som motiv för hivtestning och i vad mån hivsmittade personer har uppgivit sådana kontakter som smittkälla har kommittén kontaktat några av sjukhusklinikerna i Stockholmsområdet (Venhälsan, hudklinikerna på Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset samt infektionskliniken på Danderyds sjukhus). På Venhälsan bedömdes det inte vara ovanligt att personer kommer för att testa sig p.g.a. att de haft på anonyma sexuella kontakter på videoklubb eller liknande, men bland de hivsmittade patienterna har endast ett fåtal uppgivit anonyma sexuella kontakter på sådan klubb som eventuell smittkälla. På de övriga klinikerna ansågs det vara mycket sällsynt att patienter uppgav sådana sexuella kontakter som motiv för provtagning eller som smittkälla.

I avhandlingen "Risk Factor Love – Homosexuality, Sexual Interaction and HIV Prevention" (1995) behandlar sociologen Benny Henriksson frågor om homosexuella mäns riskbeteende och förebyggande åtgärder. Henriksson har studerat riskbeteendet både vid tillfälliga sexuella kontakter på "erotiska oaser" (dvs. i parker, på offentliga toaletter och på videoklubbar) och i fasta relationer. Studierna bygger dels på en undersökning av tre videoklubbar i Stockholm, dels på intervjumaterial. Undersökningen av videoklubbarna har varit omdiskuterad bl.a. på grund av den metod med vilken den utfördes (sex män agerade som s.k. deltagande observatörer på klubbarna under sammanlagt 400 timmar sommaren och hösten 1991).

På grundval av observatörernas rapporter konstaterade Henriksson bl.a. följande. Videoklubbarna besöktes av män i alla åldrar varav flertalet identifierade sig som homosexuella. De flesta männen använde säkrare sextekniker och en del av männen var mycket kompetenta förhandlare när det gäller säkrare sexuellt beteende. Masturbation var vanligast och därefter oralsex; anala samlag utgjorde uppskattningsvis endast ett par procent av det sexuella umgänget. Vid de fall som observatörerna iakttog användes för det mesta – men inte alltid – kondom vid samlagen. I de fall kondom inte användes kunde detta, ansåg Henriksson, hänföras dels till individuella faktorer, dels till miljön som sådan; för många besökare var miljön laddad med sådana symboliska värden som kom i konflikt med ett säkrare sexuellt beteende vilket kan ha inverkan på det personliga agerandet. Vidare fanns det mycket få budskap om "säkrare sex" i de filmer som visades eller på annat sätt i lokalerna.

11.4 Något om situationen i de övriga nordiska länderna

Vare sig Norge, Finland eller Danmark har, till skillnad från Sverige, något förbud mot bastuklubbar. På Statens institut för folkhälsa i Norge har man kunnat fastställa att fyra eller fem personer smittats av hiv-infektion på bastuklubb. Om fler har smittats har inte kunnat utredas med någon högre grad av säkerhet, eftersom många av dem som frekventerar klubbarna och som smittats av hivinfektion även har oskyddat anonymt sex på andra ställen. Man menar att bastuklubbarna, trots smittrisen där, inte har någon central roll i epidemin eftersom det finns så många andra ställen där personer kan mötas och ha anonymt sexuellt umgänge (parker, offentliga toaletter m.m.). På Folkhälsoinstitutet i Finland uppger man att det sedan början av 90-talet skett en självsanering av klubbarna och att det nu endast finns ett fåtal kvar. Man har inte några egentliga uppgifter om verksamheten på klubbarna idag. I Danmark (Sundhetsstyrelsen) säger man sig inte känna till om någon på senare år smittats vid besök på bastuklubb. Emellertid har kunnat konstateras att det fortfarande förekommer oskyddat sexuellt umgänge på klubbarna. Några större ansträngningar vad gäller smittspårning görs dock ej i Danmark.

12 Straffrättsliga frågor m.m.

12.1 Inledning

Flera länder har särskilda straffbestämmelser som tar sikte på handlingar som medför att smittsamma sjukdomar överförs från en person till en annan. Gällande svensk rätt saknar emellertid sådana; 1988 års smittskyddslag innehåller inte några straffbestämmelser, och inte heller i brottsbalken finns några ansvarsbestämmelser som är särskilt avpassade för överföring av smittsamma sjukdomar. Som framgått av kap. 2.4.5 innehåller emellertid brottsbalken flera bestämmelser som alltefter omständigheterna i det enskilda fallet kan bli tillämpliga på förfaranden som innebär att smitta överförs eller riskeras att överföras. Tillämpningen av dessa bestämmelser har emellertid varit långt ifrån okomplicerad.

Syftet med det avsnitt som nu följer är främst att belysa de svårigheter som förelegat vid tillämpningen av befintliga straffbestämmelser. I princip samtliga domar på området har införskaffats och studerats (det rör sig om ett tjugotal avgöranden från hela landet). Den absoluta majoriteten fall gäller handlingar av sexuell natur som inneburit att överföring eller risk för överföring av hivsmitta förelegat. Något enstaka avgörande handlar om hepatit. Detta medför att det i framställningen nedan främst relateras till överföring av hivinfektion. De resonemang som förs gäller dock i princip även andra svåra smittsamma sjukdomar.

För att – utöver vad som framgår av domarna – få en uppfattning om praktisk erfarenhet av aktuell brottslighet och vilka problem som uppmärksammats under förundersökningarnas gång m.m. upprättades en enkät, som våren 1997 tillställdes landets åklagarkammare. I enkäten ställdes bl.a. frågor om tillämpningsproblem och infordrades synpunkter på straffrättsliga särbestämmelser beträffande hivinfektion. Nedan beskrivs (se kap. 12.7) några av de synpunkter som framförts från åklagarkammarna.

12.2 Kortfattad historisk bakgrund och något om frågans tidigare behandling

År 1918 infördes i strafflagen en särskild straffbestämmelse som tog sikte på spridning av veneriska sjukdomar. Vid införandet av brottsbalken togs bestämmelsen med vissa ändringar in i den befintliga lagen (1918 nr. 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar och sedermera överfördes den till 1968 års smittskyddslag. Bestämmelsen straffbelade könsligt umgänge för den som led av venerisk sjukdom och som hade vetskap eller misstanke om detta. Påföljden var böter eller fängelse i högst två år. För ansvar krävdes inte att den smittade hade uppsåt att sprida smitta eller att partnern verkligen löpt risk att smittas. Samma straffansvar gällde för den som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet på något annat sätt utsatte annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom (denna bestämmelse kunde, enligt de ursprungliga motiven, bl.a. tillämpas då en syfilisdrabbad amma överförde sjukdomen till barnet).

När smittskyddslagens regler år 1985 gjordes tillämpliga på hiv-infektion upphävdes straffbestämmelsen. Skälet till ändringen var bl.a. en önskan att stärka förtroendet för smittskyddsarbetet. I motiven (prop. 1985/86:13) konstaterades att totalt sex personer lagförts för brott mot bestämmelsen under åren 1972–1982. Departementschefen anförde att det ofta gjorts gällande att straffhotet avskräckte den som drabbats av venerisk sjukdom från att söka läkare, vilket bl.a. hängde samman med att smittskyddsläkaren under vissa förutsättningar var skyldig att anmäla misstanke om sådant brott. Enligt departementschefen fanns det skäl att anta att många av dem som drabbats av hivinfektion skulle dra sig för att uppsöka hälso- och sjukvården om straffhotet kvarstod. Det förhållandet att hivinfektionen inte var botbar medförde vidare andra hänsynstaganden än de som gällt tidigare, bl.a. ansågs inte rimligt att av den smittade kräva fullständig sexuell avhållsamhet för all framtid. I propositionen framhölls särskilt att upphävandet av den särskilda straffbestämmelsen inte innebar att könsligt umgänge vid venerisk sjukdom fortsättningsvis skulle vara straffritt. Det hänvisades i stället till straffbestämmelserna i 3 och 13 kap. brottsbalken. I förarbetena till nuvarande smittskyddslag framfördes samma ståndpunkter (SOU 1985:37, prop. 1988/89:5). Vidare framhöll departementschefen bl.a. att det finns tecken som talar för att den avskräckande effekt en kriminalisering åsyftar i stort uppnås genom den risk för tvångsisolering som föreligger beträffande den som utsätter andra för smitta.

I 1968 års smittskyddslag fanns en bestämmelse enligt vilken den som bröt mot meddelade föreskrifter om isolering och inskränkning i sin verksamhet kunde straffas med böter. Bestämmelsen gällde s.k. allmänfarliga sjukdomar som behandlades i öppen vård. I betänkandet inför nuvarande smittskyddslag (SOU 1985:37) föreslogs att smittskyddsläkarens förhållningsregler skulle vara bindande, och att den som inte följde dem skulle straffas med böter. Departementschefen menade emellertid att det inte var lämpligt med böter som påföljd för brott mot förhållningsregel. Det ansågs tveksamt om böter skulle kunna förmå den som bryter mot förhållningsregel att vidta rättelse, i synnerhet som man menade att det kunde antas att sådana brott oftast torde begås av personer med sociala problem (prop. 1988/89:5). Någon regel som straffbelägger brott mot förhållningsregler infördes därför inte i 1988 års smittskyddslag.

Justitieutskottet behandlade under hösten 1992 (1992/93:JuU5) en motion med förslag till lagändring av innebörden att överförande av hivsmitta skulle kunna betraktas som mordförsök. Utskottet avstyrkte bifall till yrkandet i motionen och uttalade att gällande rätt ger tillräckliga möjligheter till bestraffning av olika förfaranden som medför att aktuell smitta sprids. Frågan om straffansvar vid spridning av hivinfektion blev även 1995 föremål för särskild behandling i Justitieutskottet (1995/96:JuU4). Ett flertal motioner hade väckts, bl.a. med förslag till en särskild straffbestämmelse och till straffskärpning för medvetet överförande av hivinfektion. Yttranden över motionerna inhämtades från ett antal instanser; flera ställde sig positiva till särskild straffbestämmelse, medan andra bedömde befintliga brottsbalksregler vara tillfyllest och pekade på att en särreglering skulle kunna motverka arbetet mot spridningen av hivinfektion. Utskottet avstyrkte bifall till motionerna med hänvisning till det pågående arbetet i Straffansvarsutredningen (SOU 1996:185) och den planerade översynen av smittskyddslagen.

12.3 Närmare om tillämpliga bestämmelser i brottsbalken

Under 1990-talet har ett antal fall rörande gärningar som inneburit att hivinfektion överförts eller riskerat att överföras till annan prövats av domstolarna. Vid tillämpningen av bestämmelserna i brottsbalken på gärningarna har en mängd centrala straffrättsliga regler kommit att aktualiseras beträffande adekvans, påföljder, verkan av samtycke m.m. En särskild svårighet i dessa fall är vidare frågan om vilket uppsåt gär-

ningsmannen haft med sitt handlande. Högsta domstolen (HD) har avgjort tre rättsfall, och därvid bl.a. belyst problemet med bedömningen av gärningsmannens uppsåt. De problem som hänger samman med bedömningen av det s.k. subjektiva rekvisitet behandlas i ett särskilt avsnitt nedan, 12.4.1.

De bestämmelser som kan bli aktuella att tillämpa vid överföring av smitta återfinns i brottsbalkens 3 kap. (om brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (om allmänfarliga brott). I 3 kap. finns bestämmelser om mord (1 §), dråp (2 §), misshandel (5–6 §§), vållande till annans död (7 §), vållande till kroppsskada eller sjukdom (8 §) samt framkallande av fara för annan (9 §) som kan komma att tillämpas då en gärning riktar sig mot en enskild person. Vilken bestämmelse som kan komma ifråga beror på omständigheterna i det enskilda fallet, men en uppdelning kan göras mellan sådana fall då smitta överförs och då så inte skett. En annan uppdelning kan göras mellan fall då gärningen begåtts uppsåtligt och då den begåtts av oaktsamhet. Skillnaderna mellan de straff som kan bli aktuella för ett brott begånget uppsåtligt respektive av oaktsamhet är stora. Straffskalornas variationer markerar bl.a. den skillnad i straffvärde som traditionellt har ansetts föreligga mellan uppsåtliga brott och sådana som begåtts av oaktsamhet. Riktar sig gärningen mot allmänheten kan bestämmelserna i 13 kap. om spridande av gift eller smitta (7 §) eller vårdslöshet med gift eller smittämne (9 §) tillämpas.

12.3.1 Brott då smitta överförs

I de fall där smitta verkligen överförs kan bli aktuellt att döma för *mord, dråp, vållande till annans död, misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom*. För *mord* döms den, som uppsåtligt berövar annan livet. Påföljden är fängelse i tio år eller på livstid. Är brottet att anse som mindre grovt, skall dömas för *dråp*. Om den utsatte inte dör kan bli aktuellt att döma för försök till mord eller dråp. Den som av oaktsamhet orsakar annans död döms för *vållande till annans död* till fängelse i högst två år. Är brottet grovt är påföljden fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Något åtal för fullbordat mord eller dråp beträffande gärning som inneburit överföring av hivsmitta har såvitt kommittén känner till inte prövats i Sverige. Vid ett tillfälle har frågan om ansvar för försök till mord prövats (Södra Roslags tingsrätt, 1993-04-23, DB 213). Målet gällde en hivsmittad man som haft oskyddade samlag med två kvinnor, vilka smittades. Tingsrätten ansåg att de objektiva förutsättningarna för försök till mord förelåg, men att det inte var styrkt att gärningsmannen hade uppsåt att döda. I Svea hovrätts dom av den 24 mars 1998 (vilken överklagats till HD) dömdes en per-

son som genom oskyddat sexuellt umgänge smittat annan med hiv för grov misshandel samt grovt vållande till annans död. Frågan om tillämpligheten av bestämmelserna om mord och dråp berörs i ett särskilt yttrande till Nytt Juridiskt Arkiv avd I (NJA) 1994 s. 614. I yttrandet utgår man från att de objektiva förutsättningarna för mord är uppfyllda då hivsmitta överförs genom sexuellt umgänge, dvs. att faran för att effektens (dödens) inträde är reell. Däremot pekas på det orimliga i att tillämpa läran om det s.k. eventuella uppsåtet på så sätt att ett frivilligt oskyddat samlag skulle kunna leda till ansvar för mord eller dråp (se vidare nedan, 12.4).

Ansvar för *misshandel* inträder om någon uppsåtligen tillfogat annan kroppsskada, sjukdom eller smärta. Påföljden är fängelse i högst två år. Är brottet att anse som grovt skall dömas för grov misshandel till fängelse i lägst ett och högst tio år. Åsamkar någon av oaktsamhet annan person sådan kroppsskada eller sjukdom som ej är ringa, döms för *vållande till kroppsskada eller sjukdom* till böter eller fängelse i högst sex månader. Är brottet grovt döms till fängelse i högst fyra år. Att hivinfektion är en sjukdom i bestämmelsernas mening har accepterats av domstolarna. Frågan är vad som krävs för att ett *tillfogande* i den mening som avses i bestämmelsen om misshandel skall anses föreligga. Att tala om att smärta eller kroppsskada tillfogas en person då denne utsätts för slag eller sparkar framstår som naturligt, men att ett tillfogande föreligger då sjukdom överförs genom sexuellt umgänge är kanske inte lika självklart. I NJA 1995 s. 448 konstaterade emellertid HD att kravet på att effekten (sjukdom) skall tillfogas var uppfyllt då båda parter frivilligt inlätit sig på sexuellt umgänge. Det har i praxis vid ett flertal tillfällen förekommit att bestämmelserna om misshandel tillämpats i fall då hivsmitta överförs vid sexuellt umgänge.

För att ansvar skall föreligga enligt någon av de ovan nämnda bestämmelserna fordras att gärningsmannens handlande *orsakat* sjukdomen; adekvat kausalitet skall ha förelegat. Ofta brukar sägas att adekvat kausalitet föreligger då den brottsliga gärningen vid tidpunkten för dess företagande innefattar en objektiv fara för den skadliga effekten och för effektens inträde just på det sätt som blivit fallet. När det gäller sexuellt umgänge har i praxis misshandel ansetts föreligga då smitta överförs vid ett enda samlag (NJA 1995 s. 119). Frågan torde bl.a. ha betydelse i fall där överföring ägt rum trots att skyddsmedel använts. Om adekvat kausalitet skulle föreligga i ett sådant fall har såvitt kommittén känner till inte prövats rättsligt; betydelsen av skyddsmedel är således oklar enligt praxis. I doktrinen (Madeleine Leijonhufvud, Hiv-smitta – straff och skadestånd, 1993) har dock anförts att kravet på adekvans inte synes tillåta att en hivsmittad som genomfört sexualhandling där skyddsmedel använts på ett riktigt sätt, men smitta ändå överförs, döms för

t.ex. misshandel. En annan svårighet i sammanhanget är att man måste kunna konstatera att smittan överförts från just den aktuella gärningsmannen, något som kan vålla svårigheter då målsäganden haft flera partners.

I praxis har man, då en gärning som inneburit att hivinfektion överförts vid sexuellt umgänge rubricerats som vållande till annans död, misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom, regelmässigt gjort bedömningen att det rört sig om ett grovt brott. Man har därvid bl.a. tagit fasta på att gärningens livsfarlighet och att det rört sig om en svår sjukdom. Frågan om när vållande till annans död samt vållande till kroppsskada eller sjukdom skall bedömas som grovt brott har behandlats av Straffansvarsutredningen. Utöver vissa situationer som gäller förande av motorfordon anges för närvarande vare sig i lagtext eller förarbeten vilka omständigheter som skall beaktas vid bedömningen huruvida grovt brott föreligger. Straffansvarsutredningen föreslår att det i lagtexten skall anges att kvalificerande omständigheter särskilt skall beaktas, bl.a. om gärningen medfört ett medvetet allvarligt risktagande. Som exempel på ett sådant medvetet risktagande anføres de fall då uppsåt inte kan anses styrkt vid överförande av hivsmitta.

12.3.2 Brott då smitta inte överförts

Om smitta inte överförts kan det bli aktuellt att döma för *försök till mord, dråp, misshandel eller grov misshandel eller för framkallande av fara för annan*. I praxis har vid ett flertal tillfällen förekommit att bestämmelserna om försök till grov misshandel tillämpats i fall då en hivsmittad haft oskyddat samlag med annan utan att denne smittats (bl.a. NJA 1994 s. 614 och 1995 s. 119).

Straffrättsligt ansvar för försök till brottslig gärning kan endast komma ifråga vid uppsåtliga gärningar. De närmare förutsättningarna för när ett straffbart försök anses föreligga anges i 23 kap. 1 § BrB. Det första kravet är att gärningsmannen skall ha påbörjat utförandet av ett visst brott; den s.k. försökspunkten skall vara uppnådd. Klart är att försökspunkten i nu aktuella fall är uppnådd om samlag i någon form ägt rum. Vidare skall fara för brottets fullbordan ha förelegat eller ha varit utesluten endast p.g.a. tillfälliga omständigheter. För att en sådan fara skall anses föreligga krävs att det funnits en beaktansvärd risk för att effekten skulle inträffa. Hur domstolarna rent allmänt bestämmer graden av risk vid försöksbrott varierar. Då det gäller fråga om fara för överföring av hivsmitta vid sexuellt umgänge får bedömningen göras med utgångspunkt från smittorisken vid respektive sexuell aktivitet. HD uttalade i NJA 1995 s. 448, där fråga bl.a. var om enstaka oskydda-

de vaginala samlag och enstaka oskyddade orala samlag där partnern vidrört den smittade kvinnans könsorgan med munnen, att fara för fullbordat brott förelåg eftersom smittorisken inte var försumbar.

Framkallande av fara för annan föreligger då någon av grov oaktsamhet utsätter annan för livsfara eller fara för svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom. Påföljden är böter eller fängelse i högst två år. Hiv-infektion räknas som allvarlig sjukdom i bestämmelsens mening. Faran för sjukdomen måste ha varit konkret; en bedömning måste göras i det enskilda fallet om en person verkligen skulle kunnat komma att smittas. När det gäller farebedömningen i hivfallen har denna i praktiken motsvarats av den bedömning som görs vid bedömningen av försök-brotten (se ovan).

12.3.3 Allmänfarliga brott

Vid allmänfarliga brott är gärningarna riktade mot allmänheten. Till skillnad från vad som gäller för brotten mot enskild behöver det inte klargöras vem angreppet riktar sig mot. För de flesta allmänfarliga brott gäller att fler än en person skall vara i farozonen.

De allmänfarliga brott som här kan komma i fråga är *spridande av gift eller smitta samt vårdslöshet med gift eller smittämne*. Spridande av gift eller smitta begås uppsåtligen, medan det för vårdslöshet med gift eller smittämne räcker med oaktsamhet. För att man skall kunna döma till ansvar krävs i båda fallen att någon framkallat allmän fara för människors liv eller hälsa t.ex. genom att överföra eller sprida allvarlig sjukdom. Påföljden för spridande av gift eller smitta är fängelse i högst sex år. Är brottet grovt skall dömas till fängelse i lägst fyra och högst tio år eller på livstid. Straffet för vårdslöshet med gift eller smittämne är böter eller fängelse i högst två år.

Att allmän fara i paragrafernas mening skall föreligga innebär att någon skall ha kommit i farozonen, men faran måste även hota en mer obestämd krets personer. Att blott en eller två människor hotas är enligt förarbetena inte tillräckligt. Däremot räcker det i och för sig att en enstaka person smittas, om det därigenom framkallas en allmän fara för spridning av smittan. Straffrättsligt ansvar föreligger även vid försök till spridande av gift eller smitta.

Frågan om en hivsmittad man kunde fällas till ansvar för spridande av smitta då han haft oskyddade samlag med fem kvinnor (varav två smittades) har prövats av HD i NJA 1995 s. 119. HD konstaterade inledningsvis att ansvar för fullbordat brott endast kunde vara aktuellt beträffande de två kvinnor som verkligen smittats, och att det inte kunde anses att smittoöverföringen till dessa framkallat sådan allmän fara

för människors liv och hälsa som krävs för att man skall kunna döma för spridande av gift eller smitta. Samlagen med dessa kvinnor tillsammans med samlagen med de tre kvinnor som inte smittats var dock tillräckligt för att man skulle anse att risk hade förelegat för att hans handlande hade kunnat leda till allmän fara för människors liv och hälsa. Mannen dömdes för försök till spridande av smitta. Brottet bedömdes som grovt (två justitieråd var dock skiljaktiga; de ansåg inte att det var styrkt att mannen hade uppsåt till brottet).

12.4 Särskilt om uppsåt, oaktsamhet och hivinfektion

12.4.1 Bedömningen i praxis

Uppsåt

I svensk straffrätt finns tre former av uppsåt; *direkt uppsåt* (då gärningsmannen avser att åstadkomma effekten), *indirekt uppsåt* (då gärningsmannen inte avser att åstadkomma effekten, men förstår att den är nödvändigt förbunden med det resultat han vill uppnå) och *eventuellt uppsåt* (då gärningsmannen inte avser att åstadkomma effekten, men inser att det finns risk för att effekten skall inträffa och skulle ha företagit handlingen även om han varit säker på att effekten skulle inträffa).

I Sverige torde ingen ha dömts för att med direkt uppsåt ha överfört eller försökt överföra hivinfektion vid sexuellt umgänge. Som påtalats bl.a. i det särskilda yttrandet till NJA 1994 s. 614 och i Straffansvarsutredningens betänkande torde gärningsmannen nästan aldrig ha för avsikt att smitta sin partner. Och även om så skulle vara fallet skulle detta mot gärningsmannens bestridande vara mycket svårt att bevisa. Att tillämpa indirekt uppsåt torde vara uteslutet i nu diskuterade fall; eftersom risken för överföring av hivinfektion vid sexuellt umgänge är förhållandevis låg kan smittoöverföringen inte anses vara en nödvändigt förbunden följd av oskyddat sexuellt umgänge. Den uppsåtsform som haft störst aktualitet är det eventuella uppsåtet. Svårigheterna att bedöma uppsåtsfrågorna har behandlats av HD i tre rättsfall.

Det första avgörandet där uppsåtsfrågorna berörs är **NJA 1994 s. 614**. A, som var hivsmittad, hade haft oskyddade samlag med en kvinna, som inte kände till A:s sjukdom. Kvinnan smittades ej. A åtalades för försök till grov misshandel alternativt framkallande av fara för annan. Tingsrätten fann styrkt att A vid åtminstone två tillfällen haft oskyddade samlag med kvinnan utan att upplysa henne om smittan och att A handlat med eventuellt uppsåt. Rätten ansåg att A måste ha insett

riskan för att han skulle kunna överföra hivinfektion till kvinnan och att han inte kan ha haft en aning om huruvida kvinnan skulle bli smittad eller inte. Enligt tingsrätten måste det därför anses att han vid samlagen inte brydde sig om huruvida kvinnan blev smittad varför det kunde hållas för visst att han skulle ha haft samlag även om han föreställt sig att hon skulle bli smittad. Tingsrätten dömde A för försök till grov misshandel och bestämde påföljden till fängelse i två år (påföljden innefattade även vissa andra gärningar). Hovrätten, som i övrigt fastställde tingsrättens dom, skärpte straffet till fängelse i tre år. Genom ett särskilt beslut begränsade HD sin prövning till att avse den straffrättsliga bedömningen av de gärningar som hovrätten funnit utgöra försök till grov misshandel och till påföljdsfrågan. HD fann vid denna begränsade prövning att förutsättningar för straffbart försök till grov misshandel förelåg samt fastställde påföljden till fängelse i tre år. Till följd av det processuella beslutet prövade HD således inte uppsåtsfrågan i det aktuella målet. Emellertid uttalade sig ett justitieråd, med huvudsakligt instämmande av tre andra, i ett särskilt yttrande och framhöll svårigheterna vid uppsåtsbedömningen i med aktuellt mål jämförliga fall. Justitierådet ansåg att det inte torde bereda några större svårigheter att pröva huruvida den tilltalade förstod att sexualpartnern utsattes för en smittorisk. Däremot blir det, enligt justitierådet, värre när domstolarna skall bedöma om samlaget skulle ha ägt rum även om gärningsmannen varit säker på att samlag skulle leda till smittoöverföring. Härvid anför han bl.a. följande.

"Den eventuella effekten – smittoöverföringen – kan inte konstateras omedelbart utan först efter en viss tid och då på grundval av särskilda medicinska undersökningar (Leijonhufvud a a s 17 f). Det är omöjligt att förutsäga om ett tilltänkt samlag kommer att leda till smittoöverföring. Gärningsmannens primära avsikt är inte alls att på något sätt skada motparten; han eller hon vill normalt ingenting annat än att ha ett samlag. Någon konfrontation med motparten förekommer inte eftersom båda är överens om att ha samlag. Mot bakgrund härav är det tydligt att det måste finnas någon särskild omständighet som kan läggas till grund för en bedömning att det andra ledet i det eventuella uppsåtet är uppfyllt. Vad det skulle kunna vara är svårt att förutse."

Yttrandet går därefter närmast ut på att det i hivfallen i princip skall dömas för något av oaktsamhetsbrotten grovt vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan.

NJA 1995 s. 119: B fick år 1986 besked om att han var hivpositiv enligt ett prov taget samma år. B hade mellan åren 1987 och 1992 oskyddade samlag med fem kvinnor och smittade två av dem. Kvinnorna kände inte till B:s sjukdom. B åtalades i nu berört hänseende för grov misshandel, försök till grov misshandel samt för spridande av smitta, grovt brott. Han bestred ansvar på grund av bristande uppsåt. Tingsrätten biföll åtalen för grov misshandel och försök till grov misshandel, men ogillade åtalet för spridande av smitta. Påföljden bestämdes till fängelse i sju år (påföljden innefattade även vissa andra brott). Hovrätten ändrade tingsrättens dom endast på så sätt att även åtalet för spridande av smitta, grovt brott, bifölls. HD (majoriteten) ändrade hovrättens dom i ansvarsdelen till att avse försök till spridande av smitta, grovt brott, men fastställde i övrigt hovrättens domslut. I domskälen hänvisade HD till det särskilda yttrandet i NJA 1994 s. 614 och betonade att det är viktigt att allmänna straffrättsliga principer inte tillämpas annorlunda när det är fråga om hivinfektion än då det gäller andra gärningar. HD konstaterade att B gjort gällande att han inte förrän 1992 fått klart för sig att han var smittad. Han uppgav att han inte tidigare trott på beskederna eller i varje fall förträngt vetskapen så att han inte var medveten om den när han hade samlag med målsägandena. HD redogjorde därefter för omständigheter som hade betydelse för bedömningen av uppsåtsfrågan (dessa kan sammanfattningsvis sägas utgöra en beskrivning av de olika tillfällen då B fått besked om att han hade hivinfektion och hur han vid flera av dessa tillfällen hade blivit erinrad om de förhållningsregler som gällde, men att han trots detta under tiden mellan och efter upplysningstillfällena hade oskyddade samlag med flera av målsägandena utan att berätta för dem om sin smitta). Vidare angav HD att B för flertalet av målsägandena (och även på direkta frågor) hade förnekat sin sjukdom, samt slog fast:

"Vid nu angivna omständigheter måste B ha varit medveten om sin HIV-infektion när han hade samlag med målsägandena. Han måste också haft klart för sig hur allvarlig en smittöverföring skulle vara för dem. B har trots detta inte använt kondom. Med hänsyn härtill och med beaktande av omständigheterna i övrigt finner HD att B handlat med ett sådant mått av hänsynslöshet gentemot målsägandena att det måste hållas för visst att han inte skulle ha avhållit sig från att genomföra samlagen även om han vetat att risken för smittöverföring skulle förverkligas. Därmed är det styrkt att han uppsåtligen gjort sig skyldig till misshandel och försök till sådant brott. Som domstolarna funnit är brotten att bedöma som grova."

Två justitieråd var skiljaktiga när det gällde uppsåtsbedömningen. Enligt deras bedömning kunde det inte med tillräcklig grad av säkerhet förutsättas att B skulle ha genomfört samlagen om han hade varit säker på att smittan därigenom skulle överföras. Emellertid ansåg de att B tagit en medveten risk att hans smitta skulle överföras till målsägandena. Härigenom hade han förfarit grovt vårdslöst och skulle enligt deras mening dömas för vållande till sjukdom, grovt brott, och framkallande av fara för annan.

NJA 1995 s. 448 gällde en hivsmittad kvinna, N, som haft oskyddade orala samlag med flera män och ett oskyddat vaginalt samlag. Även andra vaginala samlag hade förekommit, men N hade då medverkat till att kondom användes. N kände till sin smitta. De orala samlagen hade bestått dels i att hon vidrört människens könsorgan med sin mun, dels i att männen vidrört hennes könsorgan med sin mun. Männen (som inte kände till N:s sjukdom) blev inte smittade. N åtalades för försök till grov misshandel alternativt framkallande av fara för annan. Såväl tingsrätt som hovrätt dömde henne för försök till grov misshandel till fängelse i två år. Vid tingsrätten omfattade ansvaret samtliga oskyddade samlag. I hovrätten ogillades åtalet såvitt avsåg de fall då N med munnen berört människens könsorgan. Risken för smittoöverföring ansågs vid tidpunkten vara att bedöma som mycket osäker och det var också enligt hovrätten osäkert om N fått sådan information om att hon måste förstått att det fanns en beaktansvärd risk även vid sådan aktivitet. Beträffande övriga samlag anslöt sig hovrättens majoritet till tingsrättens bedömning att N fick anses ha eventuellt uppsåt. HD hänvisade i sina domskäl till det särskilda yttrandet i NJA 1994 s. 614 och till NJA 1995 s. 119. Det var, ansåg HD, klarlagt att N kände till att oskyddade vaginala samlag medförde smittorisk för partnern men utredningen gav inte lika entydigt belägg för att hon även förstått att orala samlag av aktuellt slag medförde smittorisk. HD fortsatte enligt följande.

"HD behöver emellertid inte ta bestämd ståndpunkt i frågan om vilken insikt N hade i sistnämnt hänseende. När det gäller det andra ledet i bedömningen av om eventuellt uppsåt föreligger ger nämligen utredningen inte stöd för slutsatsen att N varit helt likgiltig för om hennes sexualpartner blev smittade. I den delen är det av särskild betydelse att N, enligt vad utredningen visar, varit angelägen om att kondomer skulle användas vid vaginala samlag och att hon vid samvaron med W tog initiativet till att de skaffade kondomer innan de inledde det sexuella umgänget.

Det andra ledet vid tillämpningen av det eventuella uppsåtet är alltså inte uppfyllt i målet. Därmed är åtalet för försök till grov misshandel inte styrkt."

HD menade emellertid att N förfarit grovt oaktsamt och dömde henne för framkallande av fara för annan till fängelse i ett år.

Oaktsamhet

Om uppsåt inte är för handen kan, som ovan framgått, bli aktuellt att döma för brott begångna av oaktsamhet (vållande till kroppsskada eller sjukdom, vållande till annans död eller framkallande av fara för annan). Det subjektiva rekvisitet oaktsamhet föreligger när gärningsmannen åtminstone borde förstå att en viss effekt skall eller riskerar att inträffa. Straffbar oaktsamhet kan indelas i medveten oaktsamhet (då gärningsmannen insett eller misstänkt risken för viss effekts inträde) och omedveten oaktsamhet (då gärningsmannen visserligen inte har insett eller misstänkt möjligheten för effektens inträde, men haft skälig anledning att räkna därmed). Utgångspunkten för bedömningen är om gärningsmannen iakttagit vad som kan anses vara normala aktsamhetskrav. Vad gäller gärningar som inneburit överföring eller risk för överföring av hivinfektion har domstolarna vid bedömningen av frågan av vad som kan anses vara normal aktsamhet lagt vikt vid de råd och förhållningsregler som ges till skydd för smittspridningen. Vilka förhållningsregler som meddelats och vad för annan information som givits har även betydelse vid bedömningen av om en viss gärningsman i det enskilda fallet kan anses ha handlat av oaktsamhet.

En fråga som, såvitt känt, inte prövats av domstol är om straffbar oaktsamhet kan föreligga även i ett sådant fall då en person inte känt till sin hivinfektion, men haft skäl att misstänka att han blivit smittad. I samtliga de mål som prövats synes gärningsmannen ha vetat om att han burit på smittan. Det är därför svårt att uttala sig om i vilka fall domstolarna skulle anse att gärningsmannen haft skälig anledning att anta att risk för smittoöverföring förelegat. Straffbar oaktsamhet skulle t.ex. kunna föreligga om gärningsmannen tidigare haft oskyddade samlag med en person han känt till varit hivsmittad, men underlåtit att undersöka om smittan överförts till honom själv.

12.4.2 Ett nytt uppsåtsbegrepp?

Straffansvarsutredningen har bl.a. haft i uppgift att pröva om den nuvarande nedre gränsen för uppsåt, dvs. det område som gränsar mot den medvetna oaktsamheten, bör konstrueras på annat sätt än som eventuellt uppsåt och i så fall föreslå en lämplig ordning. Bland annat med hänsyn till de problem som är förenade med tillämpningen av det eventuella uppsåtet har utredningen föreslagit att ett nytt uppsåtsbegrepp införas (det s.k. insiktsuppsåtet) och att definitionen av detta ges i lag.

Enligt Straffansvarsutredningen skall uppsåt föreligga först och främst då gärningsmannen haft för avsikt att åstadkomma den brottsliga effekten, "avsiktsuppsåt". Uppsåt skall emellertid också föreligga när effekten motsvarar vad gärningsmannen insett, uppfattat eller antagit om den. Denna uppsåtsform benämns "insiktsuppsåt" och föreslås ersätta nuvarande indirekta och eventuella uppsåt. I praktiken är det fråga om ett kvalificerat sannolikhetsuppsåt.

Insiktsuppsåtet skall för det första omfatta sådana fall, där gärningsmannen är säker på att effekten kommer att förverkligas genom gärningen. Uppsåtsformen omfattar vidare även fall där gärningsmannen inte varit säker på att effekten skulle förverkligas, men ändå haft tillräcklig insikt för att det skall kunna sägas att det var rimligt för honom att utgå från att så skulle vara fallet. Införandet av insiktsuppsåtet torde, menar Straffansvarsutredningen, i den praktiska rättstillämpningen inte medföra några större förändringar av det straffbelagda området för uppsåtliga brott. Dock kommer gränsdragningarna mellan uppsåt och oaktsamhet att förskjutas i vissa fall. Man förutser att uppsåt kommer att kunna konstateras i något fler fall än enligt gällande rättspraxis vid grövre våldsbrott där skjutvapen och kniv kommit till användning. Ett insiktsuppsåt torde t.ex., enligt utredningen, ha lett till att uppsåt att beröva annan livet hade bedömts föreligga i ett fall som NJA 1968 s. 500. Gärningsmannen var åtalad för försök till mord bestående i att han på nära håll skjutit med en skarpladdad pistol mot två personer, varvid skotten träffat i magtrakten. HD fann utrett att gärningsmannen måste ha menat att träffa målsägandena med skotten, men ansåg det inte styrkt att han avsett att döda eller att det med säkerhet kunde antas att han, om han hade föreställt sig skotten som ofrånkomligt dödande, inte skulle ha avhållit sig från att skjuta eller riktat vapnet annorlunda. HD dömde därför för grov misshandel. Att medvetet och med avsikt att träffa skjuta med pistol mot någons vitala kroppsdelar bör normalt leda till att gärningsmannen måste anses ha insett, uppfattat eller antagit att döden skulle inträda som en följd av skottlossningen. En tillämpning av insiktsuppsåtet torde därför, menar Straffansvarskommittén, ha lett till att gärningsmannen dömts till ansvar för försök till dråp.

När det gäller insiktsuppsåtets betydelse för bedömningen av gärningar som innebär överförande eller risk för överförande av hivinfektion vid sexuellt umgänge kommer, enligt Straffansvarsutredningen, den nya uppsåtsformen inte att innebära någon förenkling av uppsåtsprövningen i den meningen att fler fall kommer att bedömas som uppsåtliga. De svårigheter som för närvarande föreligger vid tillämpningen av det eventuella uppsåtet kommer att kvarstå vid en tillämpning av insiktsuppsåtet. Straffansvarsutredningen anser således att dess förslag inte innebär någon lösning på de problem som idag föreligger vid den straffrättsliga bedömningen av överföring av smitta.

12.5 Samtyckes straffrättsliga betydelse

En särskild fråga är hur ansvarsfrågan skall bedömas i fall där en person medvetet väljer att utsätta sig för risk att smittas av allvarlig sjukdom. Detta blir huvudsakligen aktuellt då det gäller smittrisk vid sexuellt umgänge. I svensk straffrätt utgör förekomsten av samtycke i vissa fall en s.k. allmän ansvarsfrihetsgrund. Samtycke har i princip ingen betydelse då det gäller ansvar för brott mot allmänheten eller staten (t.ex. spridande av smitta enligt 13 kap. 7 § BrB). Även i de fall då den brottsliga gärningen riktar sig mot en enskild är emellertid ett samtyckes ansvarsbefriande verkan begränsat.

År 1994 intogs en bestämmelse om samtycke i 24 kap. 7 § BrB. I bestämmelsen stadgas att en gärning som begås med samtycke från den mot vilken den riktar sig endast utgör brott om gärningen är oförsvarlig med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter. Bestämmelsen avsågs utgöra en kodifiering av gällande rätt. Enligt praxis (NJA 1993 s. 553 och 1997 s. 636 m.fl.) medför normalt sett inte ett samtycke till misshandel att gärningsmannen befrias från straffrättsligt ansvar; den enskilde har i princip inte rätt att förfoga över de regler som syftar till att upprätthålla respekten för liv och hälsa. Undantag görs om fråga är om ringa misshandel. Detta innebär att en osmittads samtycke till oskyddat samlag med en person han vet är hivsmittad inte kan medföra att den sistnämnde går fri från straff. Även då fråga är om oaktsamhetsbrott som rör våld mot person (vållande till kroppsskada eller sjukdom, framkallande av fara för annan) torde utrymmet för samtyckets ansvarsbefriande verkan vara mycket begränsat (jfr Jareborg, *Brotten* – första häftet 1984). Ett samtycke skall dock beaktas vid bestämmandet av gärningens straffvärde. Enligt 29 kap. 3 § BrB skall samtycke beaktas som för mildrande omständighet då straffvärdet bestäms, med hänsyn härtill

kan man t.o.m. utdöma lindrigare straff än vad som är föreskrivet för brottet.

12.6 Andra brott med anknytning till smittsamma sjukdomar

I praxis har, som ovan framgått, främst uppmärksammats sådana fall som rör hivinfektion och sexuellt umgänge. Åtal har emellertid väckts i ett par fall då en hivsmittad bitit en annan person. I ett av dessa fall dömdes gärningsmannen för misshandel, i ett annat för rån (här hade den hivsmittade gärningsmannen tagit struhtag på och bitit en läkare på ett sjukhus, samt tilltvingat sig hans plånbok). När det gäller överföring eller risk för överföring av hivinfektion vid andra handlingar än sexuellt umgänge torde tillämpningsproblemen i många fall vara desamma som de som föreligger då fråga är om handlingar av sexuell natur. Det gäller således bl.a. att bedöma risken för att smitta överförs genom aktuell handling samt gärningsmannens uppsåt.

Något bör även nämnas om sådana situationer då en person hotar med att överföra hivinfektion till en annan. Detta är inte helt ovanligt förekommande t.ex. i samband med ingripande av polis. Ansvar kan då under vissa förutsättningar komma i fråga för olaga hot (4 kap. 5 § BrB) eller hot mot tjänsteman (17 kap. 1 §).

Frågan om betydelsen av överföring eller risken för överföring av smittsam sjukdom aktualiseras även då det gäller brott enligt 6 kap. BrB, dvs. straffbestämmelser som tar sikte på sexuella övergrepp i olika former samt andra gärningar som har med sexuella handlingar att göra. I praxis synes det förhållandet att gärningsmannen varit hivsmittad och smitta överförts eller risk för sådan överföring förelegat medföra att sexualbrottet bedöms som grovt. Exempelvis bedömdes i Rättsfall från hovrätterna (RH) 1989:116 en våldtäkt som grov just med hänsyn till att gärningsmannen, som kände till sin hivsmitta och inte använde skyddsmedel, utsatt målsäganden för fara att smittas. Några andra försvårande omständigheter förelåg inte i fallet.

12.7 Åklagarenkäten

Under våren 1997 tillställdes 39 åklagarkammare en enkät, i vilken bl.a. ställdes frågor om vilken erfarenhet av brottsliga gärningar rörande överföring av smitta som kammaren hade, vilka problem med tillämpningen av gällande bestämmelser som förelegat samt infordrades

synpunkter på om det vore befogat att införa ett särskilt hivbrott. Enkäten besvarades av 31 kammare. Vissa åklagarkammare har avgett ett för kammaren gemensamt svar medan det från andra enbart givits svar från viss åklagare. Svaren har vanligen varit ganska allmänt hållna, och det har inte varit möjligt att göra några djupare analyser härav.

Av de åklagarkammare som svarat har 18 stycken haft praktisk erfarenhet av aktuell brottslighet. I de allra flesta fallen har ärendena rört hivinfektion, men i några fall hade det varit fråga om hepatit. Vad gäller tillämpningsproblem har främst framhållits de svårigheter som föreligger att styrka gärningsmannens uppsåt. Bestämmelserna om sekretess i hälso- och sjukvården har också lyfts fram som ett problem (se vidare 12.9 nedan). Vissa åklagare har även pekat på de problem som kan föreligga när det gäller att fastställa att en målsägande, som haft flera partners, smittats av just den misstänkte och inte av någon annan person. Endast ett fåtal synpunkter har erhållits beträffande ett särskilt hivbrott. Ingen enhetlig linje har här kunnat skönjas. Vissa anser att gällande reglering är tillfyllest, medan andra hävdar att det vore bra med en särskild reglering.

12.8 Sammanfattande kommentarer, straffbestämmelser

I svensk rätt saknas straffbestämmelser som specifikt tar sikte på fall då en person agerar på ett sådant sätt att smittsam sjukdom överförs från honom till en annan person. I brottsbalken finns emellertid ett antal bestämmelser som alltefter omständigheterna i det enskilda fallet kan bli tillämpliga på sådana förfaranden. Bestämmelserna återfinns i 3 kap. (om brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (om allmänfarliga brott). I rättspraxis finns flera fall där domstolarna tagit ställning till åtal för gärningar som inneburit överföring eller risk för överföring av hivsmitta. Det har då i huvudsak varit fråga om gärningar av sexuell natur.

Tillämpningen av befintliga bestämmelser har aktualiserat flera svåra frågor, bl.a. vilken risk för smittoöverföring som föreligger i det enskilda fallet och vilken betydelse ett samtycke från en informerad motpart skall tillmätas. En särskild svårighet är vidare att ta ställning till uppsåtsfrågan, dvs. att bedöma vilken avsikt gärningsmannen haft med sitt handlande. HD har i tre rättsfall gjort uttalanden om vilka krav på uppsåt som bör ställas vid överföring av hivsmitta. Rättsläget på denna punkt är dock fortfarande komplicerat.

Det kan således konstateras att det föreligger problem vid tillämpningen av brottsbalkens bestämmelser när det gäller handlingar som in-

nebär överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom. I praxis förekommer emellertid stundom liknande problem även beträffande andra brottsliga handlingar, inte minst då det gäller tillämpningen av det s.k. eventuella uppsåtet. Straffansvarsutredningen har bl.a. med anledning härav föreslagit ett nytt uppsåtsbegrepp, det s.k. insiktsuppsåtet. Enligt Straffansvarsutredningens egen uppfattning torde dock inte det nya begreppet underlätta bedömningen då det gäller överföring av smittsamma sjukdomar.

12.9 Sekretessfrågor vid utredning av brott

I vissa fall kan hälso- och sjukvårdssekretessen brytas vid misstanke om brott. När detta kan ske regleras i 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen (1980:100). Där föreskrivs att uppgift inom hälso- och sjukvården som angår misstanke om brott får lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet endast om det för brottet inte är föreskrivet lindrigare straff än två års fängelse. Sekretessen hindrar inte heller att uppgift som rör misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt 18 år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. Av de brott som det idag kan bli aktuellt att döma för vid överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom är det endast för mord, dråp, våldtäkt och spridande av smitta (grovt brott) som det inte är föreskrivet lindrigare straff än två års fängelse. Detta innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdssekretessen som huvudregel inte får brytas vid grov misshandel (minimistraff fängelse ett år), vållande till kroppsskada eller sjukdom, grovt brott (minimistraff fängelse 14 dagar) eller framkallande av fara för annan (minimistraff böter), vilka är de brottsrubriceringar som vanligen åsätts nu aktuella gärningar.

I kapitel 12.4.1 ovan har nämnts att uppgifter om t.ex. meddelade förhållningsregler kan utgöra viktig bevisning i mål som rör överföring av smitta, bl.a. då det gäller att bedöma gärningsmannens uppsåt. För att polis och åklagare skall få tillgång till den misstänktes patientjournal krävs emellertid i princip, då misstanken rör grov misshandel eller annat brott för vilket är föreskrivet ett lindrigare minimistraff än fängelse två år, att den misstänkte själv efterger sekretessen. Detta kan dock vara svårt att uppnå. I den enkät som tillställts åklagarmyndigheterna (se 12.7) har flera åklagare påpekat att det kan vara svårt att få fram nödvändig utredning på grund av sekretessbestämmelserna.

Ovan beskrivna regler om sekretess inverkar även på möjligheten att höra vissa vittnen vid rättegång. I rättegångsbalkens 36 kap. 5 § finns

begränsningar i möjligheten att ställa frågor till ett vittne (det s.k. frågeförbudet). Vård- och viss socialtjänstpersonal får enligt denna bestämmelse höras som vittnen om något som i deras yrkesutövning anförtratts dem eller som de i samband därmed erfarit endast om det är medgivet i lag eller om den, till vars förmån tystnadsplikten gäller, samtycker till det. Detta innebär i nu diskuterat sammanhang att personalen endast kan höras vid misstanke om sådana brott som enligt 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen medför att vårdsekretessen bryts. Motsvarande bestämmelser som gäller hörande av vittnen tillämpas då fråga är om företeende av skriftlig handling inför domstol, 38 kap. 2 § rättegångsbalken.

12.10 Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Vid vissa typer av brottsliga gärningar kan smitta överföras från gärningsmannen till målsäganden. I sådana fall kan det vara av intresse för målsäganden att få kännedom om gärningsmannens eventuella sjukdomstillstånd. En sådan kännedom kan oftast fås genom att blodprov tas från gärningsmannen. Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF) är emellertid medborgarna gentemot det allmänna skyddade mot varje påtvingat kroppsligt ingrepp. Blodprov anses vara ett sådant ingrepp. Begränsningar i detta skydd får enbart göras i lag och då bara för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. En begränsning får vidare aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den, 2 kap. 12 § RF.

Begränsningar i ovan nämnda skydd återfinns idag, såvitt här är av intresse, dels i rättegångsbalken, dels i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål med därtill hörande förordning. Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken får i vissa fall kroppsbesiktning (t.ex. blodprov) företas på den som är skäligen misstänkt för ett brott som kan medföra fängelse, om syftet med kroppsbesiktningen är att få fram omständigheter som kan vara av betydelse för utredningen av brottet. Däremot får kroppsbesiktning inte vidtas i syfte att *upptäcka* eventuellt brott. Eftersom frågan om den misstänkte är smittad eller inte måste ha konkret betydelse för bedömningen av gärningen är möjligheterna enligt rättegångsbalken till provtagning för att få vetskap om en eventuell smitta tämligen begränsade.

Ytterligare möjlighet att besluta om provtagning ges i lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål. Lagen reglerar, till skillnad från bestämmelserna i rättegångsbalken som avser alla typer av

smittsamma sjukdomar, endast provtagning beträffande hivinfektion. Syftet med lagen är att tillgodose målsägandens intresse av att kunna få reda på om han utsatts för smittrisk, och undersökning kan endast äga rum på målsägandens begäran. Risken för smitta måste ha uppstått genom en brottslig gärning. Undersökning kan exempelvis inte begäras av en polisman som råkar sticka sig på en spruta vid avvisitering av en narkotikamissbrukare eller som hjälpt en skadad person att tvätta av sig blod i samband med en trafikolycka. Beslut om undersökning fattas av åklagare eller domstol. Undersökning kan ske i fråga om den som skäligen kan misstänkas för sexualbrott varigenom hivinfektion kunnat överföras. Vidare kan undersökning ske i fråga om den som är skäligen misstänkt för något annat brott, men då endast om det p.g.a. särskilda omständigheter kan befaras att hivinfektion kunnat överföras genom brottet. Att särskilda omständigheter skall ha förelegat innebär enligt förarbetena att konkreta omständigheter skall peka på att hivinfektion verkligen kan ha överförts. Dels måste händelseförloppet varit sådant att det, med hänsyn till sjukdomens smittvägar, verkligen finns risk för smittoöverföring. Dels krävs att det finns särskild anledning att tro att den misstänkte är smittad. Det räcker inte med att han tillhör en särskild riskgrupp, utan misstanken om smitta måste vara mer konkret. Som typfall anges i förarbetena att den misstänkte själv i samband med brottet uttalat att han är smittad. Målsäganden och åklagaren skall underrättas om resultatet av en undersökning enligt lagen. En hänvisning i sekretesslagen 1 kap. 2 § och 7 kap. 1 § medför att undantag i sekretessen gäller i dessa fall.

13 Information och vissa andra förebyggande åtgärder

13.1 Inledning

Förebyggande (preventiva) insatser är en mycket viktig del av smittskyddsarbetet. Insatserna kan vara av olika karaktär. Information till allmänheten är ett exempel på en preventiv åtgärd som har stor betydelse oavsett vilken smittsam sjukdom det är fråga om. Andra exempel på förebyggande åtgärder är vaccinering och rådgivning i samband med testning. I detta kapitel beskrivs några av de förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar som förekommer i Sverige. Redogörelsen är på intet sätt uttömmande. Tyngdpunkten i kapitlet ligger på information men i kapitlet behandlas även särskilda insatser för hivpositiva. Någon utvärdering av de beskrivna åtgärderna ges inte här.

Inledningsvis förklaras indelningen av förebyggande åtgärder i primär-, sekundär- och tertiärprevention. Därefter redogörs allmänt för vissa förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar, varefter följer ett avsnitt om vaccinationsverksamheten. Några preventiva insatser mot sexuellt överförbara sjukdomar (s.k. STD) inklusive hiv/aids beskrivs särskilt. Slutligen behandlas hivtestning och rådgivning i samband därmed.

13.2 Olika typer av prevention

Prevention kan delas in i primär-, sekundär- och tertiärprevention. Med *primärprevention* menas åtgärder för att förhindra att människor smittas av en smittsam sjukdom. De primärpreventiva åtgärderna kan bestå av insatser i form av information och utbildning som syftar till att få människor att antingen ändra ett visst beteende eller att förstå hur de skall bete sig för att undvika att utsätta sig för risk att få en sjukdom. Andra primärpreventiva åtgärder är screening av blodgivare och av gravida för att hindra blodmottagare respektive foster från att smittas. Dessa åtgärder har även ett sekundärpreventivt syfte. Med *sekundär-*

prevention menas åtgärder som har till ändamål att tidigt upptäcka en sjukdom för att minimera perioden av smittsamhet. Genom att man så snart som möjligt får reda på om en person är smittad förkortas den tid under vilken den sjuke omedvetet sprider smitta. Sekundärpreventiva insatser kan vara uppmaning till provtagning, behandling och kontaktspårning. Bland sekundärpreventiva åtgärder vid kroniska infektioner ingår också olika psykosociala insatser för den smittade. Sekundärprevention bedrivs framförallt inom sjukvården, men också frivilligorganisationer spelar en stor roll här. Med *tertiärprevention* avses åtgärder som syftar till att förhindra att samma person på nytt smittas av en smittsam sjukdom samt till att lindra följdverkningarna av en sjukdom. Rådgivning i samband med behandling inklusive regelbundna återbesök kan ses som en tertiärpreventiv åtgärd.

13.3 Allmänt om förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar

Preventiva insatser görs mot i stort sett samtliga smittsamma sjukdomar. Den enskilde får bl.a. information om hur fortsatt smittspridning samt återinsjuknande skall undvikas då han söker vård på en läkarmottagning för en misstänkt infektionssjukdom. Många infektionskliniker har dessutom särskilda vaccinationsmottagningar (se vidare avsnitt 13.4), och i samband med vaccinering ges ofta information om hur man skall undvika även andra sjukdomar i det land man skall resa till. Hälso- och sjukvårdspersonalen får information och utbildning om smittsamma sjukdomar genom smittskyddsläkaren (se nedan). Vidare har de i sitt arbete hjälp av allmänna råd, utredningar och rapporter från Socialstyrelsen samt information från Smittskyddsinstitutet (SMI).

Det mer övergripande preventiva arbetet i ett län utförs till stor del av smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkarens insatser riktar sig dels till hälso- och sjukvårdspersonal, dels till allmänheten. Nästan samtlig hälso- och sjukvårdspersonal kommer i sitt dagliga arbete i kontakt med patienter som har olika typer av smittsamma sjukdomar, och där förebyggande åtgärder behöver vidtas. Personalen måste därför vara väl utbildad i dessa frågor. De flesta smittskyddsläkare sammanställer informationsblad om sjukdomars förekomst, utbredning i tid och rum, vem som löper risk att drabbas m.m. Dessa skickas ut till vårdcentraler, infektionsmottagningar m.fl. och används som hjälpmedel i det individinriktade arbetet. Riktade utbildningar samt telefonrådgivning till personal inom landsting och kommun förekommer också.

Smittskyddsläkaren når allmänheten med information bl.a. via massmedia. Det rör sig framförallt om annonser i tidningar och tidskrifter. Vissa smittskyddsläkare gör även inslag i radio och tv, t.ex. om vaccination mot influensa och om hur man skyddar sig mot olika typer av STD. Vidare förmedlas preventiv information genom broschyrer, som t.ex. kan distribueras genom miljö- och hälsovårdsförvaltningar, apotek eller läkarmottagningar. Primärpreventiva åtgärder kan även inriktas speciellt mot vissa grupper; information kan exempelvis ges genom informationsblad eller genom föreläsningar eller liknande. Exempel på en sådan riktad åtgärd är information till daghems-, häktes- och härbär-gespersonal om hur smitta av hepatit A och B kan undvikas och om pre- och postprofylax härför.

Även andra aktörer än smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdspersonal ger information till allmänheten om hur smittsamma sjukdomar kan undvikas. Livsmedelsindustrin informerar om risker vid beredning av råvaror, t.ex. att kyckling skall vara genomstekt till undvikande av campylobacter och legionella. Apoteken ger regelbundet ut broschyrer, bl.a. om STD och mag- och tarmsmitta. Den gravida kvinnan får vid sitt besök på mödravårdscentralen skriftlig information om hur hon skall skydda sig mot bl.a. livsmedelsburna infektioner. Folkhälsoinstitutet ger information om olika STD till allmänheten genom massmedia och broschyrer.

13.4 Vaccinationsverksamheten

Tillgången till vaccin har haft stor betydelse för att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Goda vaccinationsprogram är ett mycket kostnadseffektivt sätt att förhindra spridningen av många infektionssjukdomar, även om man numera inte tror att alla infektionssjukdomar kan utrotas genom vacciner. Vaccinationsprogrammen i Sverige har bl.a. inneburit drastiska minskningar av förekomsten av allvarliga sjukdomar som t.ex. difteri och polio. Vidare har spridningen av de tidigare allmänt förekommande barnsjukdomarna mässling, pås-sjuka och röda hund starkt begränsats.

I Sverige finns ingen allmän skyldighet att låta sig vaccineras. Emellertid föreligger en möjlighet att införa obligatorisk vaccination vid krig eller andra utomordentliga förhållanden. Enligt lagen (1952:270) om skyddssympning vid krig eller krigsfara m.m. får regeringen vid krig, krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden besluta att alla som befinner sig inom landet eller inom en viss del av landet skall vaccineras för att hindra smittspridning. Ett beslut om vaccination kan

även gälla vissa befolkningsgrupper som är eller kan bli särskilt utsatta för smitta.

Även om det inte föreligger någon skyldighet att låta sig vaccineras, verkar samhället för att vaccinationer skall erbjudas medborgarna. Rekommendationer om vaccinationsprogram har givits av Socialstyrelsen i allmänna råd. Vidare har Socialstyrelsen utfärdat särskilda föreskrifter om vaccinationsverksamheten (SOSFS 1990:20) som innehåller bestämmelser om bl.a. ansvaret för vaccineringen i det enskilda fallet, om dokumentation och om hantering av vaccinpreparaten. Vad gäller vaccinationsprogram finns f.n. rekommendationer om det s.k. allmänna vaccinationsprogrammet för barn samt om riktade vaccinationsprogram till vissa grupper av befolkningen som löper större risk än andra att smittas av viss sjukdom (t.ex. personer som i sin yrkesutövning löper risk att smittas). I övrigt kan vaccinationer äga rum i form av en individuellt upplagd profylaktisk behandling, t.ex. inför en utlandsresa. Syftet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn är att befolkningen skall erhålla ett grundskydd mot vissa infektionssjukdomar. Programmet infördes successivt i Sverige mellan år 1952 och 1958. De nu gällande rekommendationerna ges i Socialstyrelsens allmänna råd om vaccination av barn (SOSFS 1996:1 (M)). Enligt dessa rekommendationer bör det allmänna vaccinationsprogrammet innehålla vaccination mot difteri, stelkramp, polio, mässling, röda hund, påssjuka, kikhosta och haemophilus influenzae B (HIB). Diskussioner förs nu om vaccination mot vattkoppor bör införas.

Lagregler som ger uttryckligt besked om vem som har kostnadsansvaret för en vaccination saknas. I allmänhet ses vaccination som en individuell förebyggande åtgärd som den enskilde själv får bekosta. Vissa undantag finns dock. I somliga fall kan vaccinering i det enskilda fallet anses vara behövlig med hänsyn till det allmänna behovet av smittskydd och därför vara kostnadsfri enligt 63 § smittskyddslagen. Med hänsyn till ansvaret enligt arbetsmiljölagstiftningen för vidtagande av åtgärder mot hälsorisker i arbetet kan arbetsgivare i vissa fall vara skyldig att stå för kostnaden. Vaccinationsprogrammet för barn finansieras inom ramen för barn- och skolhälsovården, och kommunerna respektive landstingen svarar för kostnaderna. Landstingen står även för kostnaderna vid vaccination mot rabies då den enskilde utsatts för smitta. Vidare förekommer att enskilda landsting frivilligt påtagit sig kostnadsansvar för vaccinationer i vissa sammanhang, t.ex. när det gäller vaccination av patienter på vårdhem.

Vaccinationsverksamhet förekommer såväl inom offentlig hälso- och sjukvård som på enskild läkarpraktik. Vaccinationer utförs bl.a. på vårdcentraler, barnvårdscentraler och på vissa infektionskliniker. De flesta länen i landet har regionala rådgivande vaccinationsgrupper i

vilka smittskyddsläkaren spelar en central roll. De enskilda sjukvårdshuvudmännen beslutar, med beaktande av Socialstyrelsens allmänna råd på området, om innehållet i och omfattningen av vaccinationsverksamheten.

Socialstyrelsen utövar tillsyn över vaccinationsverksamheten. Inom Socialstyrelsen finns ett rådgivande organ, Socialstyrelsens expertgrupp för vaccinationsfrågor. I gruppen ingår representanter för Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SMI, Svenska Läkarsällskapet, Arbetarskyddsstyrelsen och smittskyddsläkarna. Expertgruppens uppgifter är bl.a. att lämna råd och upplysningar i vaccinationsfrågor på Socialstyrelsens begäran, följa utvecklingen på området, föreslå åtgärder och verka för samordning av vaccinationsåtgärderna. För försörjningen av vaccinationspreparat svarar kommersiella vaccinproducenter. Det finns inte något nationellt organ som ansvarar för att det finns tillgång till vaccin i landet.

Ansvar för att kontinuerligt följa upp vaccinationsprogrammets genomförande och immunitetsläget hos befolkningen åvilar SMI. SMI skall även genomföra forskning kring nya vacciner. De redskap som används för uppföljning är dels undersökningar av vaccinationstäckningen (dvs. antalet vaccinerade mot viss sjukdom) dels den epidemiologiska statistiken över smittsamma sjukdomar och undersökningar av immunitetsläget hos befolkningen. Den senaste immunitetsundersökningen (1990–1991) visade att immunitetsläget var gott hos de individer som varit föremål för det allmänna vaccinationsprogrammet, men att vissa brister förelåg hos de äldre generationerna. Männerna hade generellt sett en högre immunitetsfrekvens än kvinnorna. Detta ansågs huvudsakligen bero på att man inom försvaret sedan lång tid erbjudit vaccinationer för vissa sjukdomar.

13.5 Särskilt om förebyggande åtgärder mot sexuellt överförbara sjukdomar

Det förebyggande arbetet mot STD har en lång tradition i Sverige. De primärpreventiva åtgärderna består främst av information och de sekundärpreventiva bl.a. av kontaktspårning och behandling av smittade. När förekomsten av hivinfektion blev känd i landet vidtogs snabbt en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. Arbetet tog sitt avstamp i den långa erfarenheten av förebyggande arbete beträffande övriga STD. Information om hivinfektion, hur den smittas och om hur man kan skydda sig från att smittas utgjorde basen i det hivpreventiva arbetet. En särskild delegation, Aids-delegationen, med socialministern

som ordförande inrättades. Delegationens uppgifter var bl.a. att bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, att följa och initiera angelägen forskning och att bedöma och påtala behov av omedelbara åtgärder. Aids-delegationen avslutade sitt arbete 1992 i samband med att Folkhälsoinstitutet inrättades.

Sedan budgetåret 1986/87 har regeringen anslagit särskilda medel för hivpreventivt arbete. Anslaget har de senaste åren varit omkring 150 miljoner kr, varav cirka 60 miljoner kr disponerats av Folkhälsoinstitutet. Från anslaget har vidare fram t.o.m. 1997 utbetalats ett extra bidrag till kommuner och landsting i storstadsregionerna. I vårpropositionen för år 1997 uttalades att statens stöd till kommunernas och landstingens hivpreventiva arbete får anses ingå i det generella statsbidraget. För att värna den verksamhet som byggts upp i samarbete mellan kommuner, landsting och frivilligorganisationer har regeringen emellertid gett ett tillfälligt bidrag till storstadsområdena under år 1998 och detsamma har beviljats för år 1999.

13.5.1 Arbetet på öppenvårdsmottagningar

Information, rådgivning och provtagning för STD sker på många öppenvårdsmottagningar. Ett av syftena med rådgivningen vid behandlingsbara STD är att patienterna skall förstå hur de skall skydda sig i framtiden så att de inte återinsjuknar. Många landsting har bildat särskilda enheter för behandling av STD, s.k. *Sesam-mottagningar*. I vissa landsting har Sesam-mottagningarna även ett stort ansvar för utbildningen av primärvårdspersonal i framförallt sekundärprevention. Förebyggande åtgärder vad gäller hivinfektion sker även på infektionskliniker, där en stor del av hivtesterna utförs (om hivtestning se vidare avsnitt 13.6). Vid vissa infektionskliniker finns mottagningar med särskild inriktning på hiv/aids.

Förutom Sesam-mottagningarna finns ett antal andra särskilda mottagningar som arbetar med STD-prevention. Bland dessa kan särskilt nämnas ungdomsmottagningar (UM), Venhälsan, PH-center och mödravårdscentraler (MVC). Det finns cirka 200 UM i landet. Deras syfte är bl.a. att förebygga aborter och STD hos människor under 20 år. Vid UM ges rådgivning och information till de ungdomar som söker där, samt bedrivs uppsökande arbete i samband med skolornas sex- och samlevnadsundervisning. *Venhälsan* är Stockholms läns landstings särskilda mottagning för homo- och bisexuella män. Mottagningen startade som en kvällsmottagning 1982 för att diagnosticera asymptomatiska könssjukdomar och identifiera symptom på den då nyupptäckta sjukdomen aids. 1985 öppnades en dagmottagning för hivpositiva samt

en vårdavdelning; vårdavdelningen är numera stängd. *PH-center* är Stockholms läns landstings psykosociala öppenvårdsmottagning för homo- och bisexuella män. I första hand vänder sig mottagningen till dem som har hivrelaterad problematik samt till deras närstående. Mottagningen är den enda med denna inriktning i Sverige. De allra flesta *MVC* har särskilda preventivmedelsmottagningar, där sexuellt aktiva kvinnor kan få råd om preventivmedel. *MVC* arbetar också för att minska förekomsten av behandlingsbara STD.

13.5.2 Preventiva insatser från Folkhälsoinstitutet, landsting och kommuner samt frivilligorganisationer

Informationsinsatser för att hindra spridningen av STD görs bl.a. av Folkhälsoinstitutet, landsting och kommuner samt av olika organisationer. *Folkhälsoinstitutet* har som huvuduppgift att förebygga sjukdomar och ohälsa samt främja en god hälsa för alla. När det gäller smittsamma sjukdomar arbetar Folkhälsoinstitutet enbart med hiv/aids och andra STD. Informationsarbetet bedrivs på många olika sätt. Bland annat bedrivs kampanjer i massmedia samt ges information genom broschyrer, böcker, vykort m.m. Folkhälsoinstitutet ger ut en tidning, *Hiv-aktuellt*, om hiv/STD i ett brett sex- och samlevnadsperspektiv. Tidningen distribueras gratis till ett nätverk av s.k. vidareinformatörer över landet samt till ytterligare cirka 18 000 personer som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med hivproblematiken och behöver tillgång till aktuell information. En del av Folkhälsoinstitutets aidsanslag går till olika förebyggande projekt i landsting och kommun. Projekten är riktade mot målgrupperna för Folkhälsoinstitutets hiv/aidsprogram, nämligen ungdomar, män som har sex med män, invandrare och flyktingar samt hivpositiva och deras närstående.

I *kommunerna* ges information om STD vid sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna. Undervisningens främsta syfte är att genom information, kommunikation och utbildning främja ett säkrare sexuellt beteende. Skolans hivinformation startade i större skala läsåret 1985/86. Informationen integrerades sedan i den befintliga samlevnadsundervisningen. Vid en utvärdering har man funnit att kvaliteten på undervisningen varierar starkt mellan kommuner och också mellan skolorna i enskilda kommuner.

Frivilligorganisationerna har en viktig roll inom det preventiva arbetet mot STD, och då särskilt hivinfektion. Organisationerna har speciella möjligheter att nå sina målgrupper och de kan arbeta på ett friare sätt än vad myndigheterna har möjlighet till. Frivilligorganisatio-

nerna stöds till stor del av statliga medel från Folkhälsoinstitutet. De tre organisationer som får det mesta stödet är Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Stiftelsen Noaks Ark–Röda korset (Noaks Ark).

RFSU grundades 1933 och är en sexualpolitisk bildningsrörelse. Preventivt arbete mot hivinfektion är en del av organisationens STD-förebyggande arbete i stort. *RFSU*:s verksamhet riktas mot allmänheten, stundtals med fokus på ungdomar. *RFSL*, som bildades 1950, är en sexualpolitisk organisation som kämpar för att homosexuella skall få samma mänskliga och sociala rättigheter som andra. Organisationen har ett särskilt hivkansli, varifrån de centrala informationsinsatserna sköts. *Noaks ark* startade 1987 i syfte att förse allmänheten med information om hivinfektion. Stiftelsen skall även ge information och utbildning till personer som arbetar med frågor kring hivinfektion samt ge stöd till hivpositiva. *Noaks ark* erbjuder även stöd i form av gästhemsverksamhet för personer som drabbats av hivinfektion. Stiftelsen har också en stödfond för hivpositiva och i undantagsfall även för deras närstående. Parallellt med stiftelsen finns sex stycken *Noaks Ark*-föreningar som är verksamma ute i landet.

Det finns även ett antal frivilligorganisationer med särskild inriktning på att stödja hivpositiva. *Riksförbundet för hivpositiva* (RFHP) är en paraplyorganisation för sex självhjälpsgrupper/föreningar för hivpositiva. Tre av dessa (*Positiva Gruppen Syd*, *Positiva Gruppen Väst och Positiva Gruppen Örebro*) är regionala grupper som är öppna för alla hivpositiva. Övriga tre föreningar riktar sig till särskilda målgrupper. *Positiva Gruppen* med säte i Stockholm är rikstäckande men öppen enbart för hivpositiva homo- och bisexuella män. *Kvinnocirkeln Sverige* vänder sig till landets alla hivpositiva kvinnor. *Kamratföreningen Convictus* riktar sig till hivpositiva f.d. missbrukare. Självhjälpsgrupperna/föreningarna verkar för att ge psykiskt och socialt stöd till sina medlemmar och arbetar bl.a. för att skapa en bättre social och medicinsk situation för alla hivpositiva.

Preventiva insatser bland *invandrargrupperna* har ansetts angelägna, bl.a. för att minska smittspridningen kring de redan smittade och för att motverka att invandrarna från länder med hög hivprevalens smittas vid besök i hemlandet. Den nyanlända invandraren ges visserligen information om hivinfektion och andra STD i samband med hälsoundersökning vid flyktingförläggningen. För en asylsökande torde dock rädslan för att vara hivsmittad sällan vara det mest överhängande bekymret. Det finns därför en risk för att information om sjukdomen och dess smittvägar inte når fram. Den information som ges till allmänheten om hivinfektion och andra STD kan vidare vara besvärlig att förstå för

många invandrare p.g.a. språksvårigheter. Andra åtgärder har därför ansetts nödvändiga.

Invandrarnas egna organisationer och föreningar spelar en viktig roll i det hivpreventiva arbetet. I ett stort antal lokala invandrarföreningar över hela landet anordnas hivförebyggande aktiviteter. Man samarbetar ofta med de kommunala eller landstingskommunala projekten och söker ekonomiskt stöd från dem. Även invandrarnas riksorganisationer spelar en betydelsefull roll, bl.a. eftersom de genom tidningar och tidskrifter kan nå ut till landsmän i små kommuner där underlag för en förening saknas.

Invandrare och flyktingar är vidare en av målgrupperna för Folkhälsoinstitutets hivarbete. Åtskilliga projekt har startats med stöd av Folkhälsoinstitutet. Ett sådant projekt är Oasen, vars målgrupp är hivsmittade afrikaner i Stockholmsområdet. Oasen, som har en lokal på Huddinge sjukhus, drivs av afrikaner med administrativt stöd från Svenska flyktingrådet. Syftet med Oasen är bl.a. att bryta isoleringen för hivsmittade afrikaner, att öka förståelsen och respekten för dem och att arbeta med prevention. Man gör bl.a. sjukbesök och har informationsträffar. Oasen bygger på kamratstöd för dem som deltar i aktiviteterna.

Ekonomiskt stöd från Folkhälsoinstitutet får också Afrikanska hälsoteamet. Hälsoteamet verkar i Stockholm och erbjuder afrikanska invandrare information om hivinfektion och andra STD, ger rådgivning åt dem som vill hivtesta sig samt stöd åt de hivsmittade. Verksamheten innefattar även stöd till alkohol- och narkotikamissbrukare. En viktig del av hälsoteamets arbete är att öka kunskapen om hiv/STD hos afrikaner och få dem att inte utsätta sig själva eller andra för risker. Man anordnar seminarier för akademiker, religiösa ledare och ledare för olika organisationer, vilka i sin tur kan sprida kunskaperna vidare. Hälsoteamet försöker även nå ut med information genom uppsökande verksamhet på t.ex. afrikanska festivaler, i organisationer och i kyrkor.

13.5.3 Något om de s.k. sprututbytesprojekten

Att hivsmitta sprids mellan narkomaner genom infekterade injektionsredskap uppmärksammades redan i början av den svenska hivepidemin. Liksom beträffande andra riskutsatta grupper består det hivpreventiva arbetet bl.a. av rådgivning och information. Sedan mitten av 1980-talet bedrivs dessutom i Malmö och Lund försöksverksamhet med utdelning och utbyte av sprutor och kanyler. Då verksamheten inleddes hade man bl.a. stöd av att Världshälsoorganisationen (WHO) förespråkade prevention i form av sprututbytesprogram eller åtgärder för att underlätta

rengöring av injektionsredskap. Sprututbytesprogram utgör numera en del av UNAIDS strategi för att motverka spridningen av hivinfektion.

I Malmöprojektet ingår årligen cirka 1 200 besökare; motsvarande siffra i Lund är cirka 300. För deltagande krävs att personen är injektionsmissbrukare och minst 20 år. Missbrukaren får inte vara inlagd på sjukhus, intagen på behandlingshem eller liknande. I princip utlämnas endast sprutor och kanyler om motsvarande antal begagnade verktyg återlämnas. Vid besöken får missbrukarna information om riskbeteende rörande hivinfektion och de erbjuds provtagning för hivinfektion och hepatit B (i Malmö även för hepatit C). Infektionsläkare finns tillgänglig. Man försöker påverka missbrukarna att söka vård och behandling.

Projektet i Malmö och Lund har varit mycket omdiskuterade med hänsyn till inriktningen av den svenska narkotikapolitiken. I Sverige finns inte något direkt förbud för läkare att vid sin behandling av en missbrukare förse denne med rena sprutor och kanyler. Enligt 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall emellertid läkaren handla i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har uttalat att en generell utdelning strider mot rådande riktlinjer för narkotikapolitiken, men att det är svårt att hävda att utdelning inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet om läkaren vid utlämnandet utifrån säkra kriterier kan dra slutsatsen att patienten skulle hamna i en mer riskabel situation om han inte fick rena sprutor och kanyler.

Socialutskottet har behandlat försöksverksamheten vid ett flertal tillfällen (1986/87SoU:19, 1988/89SoU:21, 1995/96SoU:5 samt 1997/98SoU:2). I betänkandet från 1995/96 uttalade utskottsmajoriteten bl.a. att de pågående projekten i Malmö och Lund inte bör avbrytas, men att verksamheten även fortsättningsvis borde ha karaktären av försök och syfta till att söka vetenskapligt stöd för dess värde i kampen mot aids. Vidare stod utskottet fast vid tidigare gjorda uttalanden om vikten av att försöksverksamheten bedrivs under noggrant kontrollerade former och i allt väsentligt omgärdas av de regler och villkor som hittills gällt. Utskottet förutsatte att huvudmännen dokumenterar sin verksamhet och att Socialstyrelsen förstärker sina insatser för att fortlöpande följa verksamheten och utvärdera denna. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottsmajoritetens bedömning. I det senaste betänkandet har utskottet med skärpning vidhållit sin tidigare inställning.

Socialstyrelsen överlämnade 1993 en utvärdering av försöksverksamheten till regeringen. Enligt Socialstyrelsen kunde inte de utredningar som genomförts ge något entydigt svar på vilka effekter som försöksverksamheten haft på smittspridningen av hivinfektion eller på missbruksutvecklingen i området. Försöksverksamheten granskades ånyo 1997; granskningen utfördes denna gång av Socialstyrelsens re-

gionala tillsynsmyndighet i Malmö. I inspektionsrapporten påtalade Socialstyrelsen vissa brister, bl.a. att kontakten och samarbetet med socialtjänsten var otillräcklig i Malmö, att man kunde behöva diskutera krav på märkning av verktyg och att dokumentationen av verksamheten var otillräcklig för att ge ett bra underlag för uppföljning och utvärdering. Inte heller i denna rapport kunde man dra några säkra slutsatser om försöksverksamhetens effekter, bl.a. eftersom antalet nyinsjuknade i hivinfektion i området var så lågt att säkra slutsatser ansågs svåra att dra. Socialstyrelsen menade dock att projekten i Malmö och Lund borde få fortsätta, men med krav på strikta och tydliga regler.

Hösten 1998 färdigställde, på Socialstyrelsens begäran, infektionskliniken i Malmö en rapport med utvärdering av sprututbytesverksamheten på kliniken. I rapporten har man bl.a. konstaterat att ingen ökad nyrekrytering av injektionsmissbruk skett, att en mycket hög frekvens av kanyler och sprutor återlämnats, att spridningen av hivinfektion bland de missbrukare som deltagit i projektet varit mycket låg (de få fall som upptäckts har smittats på annan ort eller eljest utanför projektet) samt att kontaktytorna i arbetet med sprutnarkomanerna ökat, eftersom sprututbytesprojektet innebär en ökad möjlighet för kuratorn att förmedla kontakt mellan enskilda narkomaner och narkomanvården.

13.5.4 Något om de s.k. metadonprogrammen

Metadon är ett narkotikaklassat läkemedel som vid regelbundet intag kan ersätta och i viss mån blockera opiater, främst heroin. I Sverige kan metadon användas för behandling av heroinmissbrukare som utan framgång provat annan behandling. Behandling med metadon introducerades i Sverige 1966 på Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Med hänsyn till bl.a. goda erfarenheter av metadonets terapeutiska effekt vid vård av narkomaner och till spridningen av hivinfektion bland narkotikamissbrukarna byggdes verksamheten ut under 1980- och 90-talet. Numera kan metadonbehandling ges vid enheter inom allmänpsykiatri i Uppsala, Stockholm, Lund och Malmö till sammanlagt högst 600 personer.

Programmen är strikt kontrollerade enligt regler som har beslutats av Socialstyrelsen (Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 1990:16 om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani, med ändringar i SOSFS 1991:33, 1994:19 och 1997:17). För att komma i fråga för underhållsbehandling med metadon skall patienten enligt Socialstyrelsens föreskrifter ha

- minst fyraårigt dokumenterat intravenöst opiatmissbruk,
- prövat drogfri behandling,
- fyllt 20 år,
- uppgifter som visar att avancerat sidomissbruk inte föreligger samt
- en acceptabel valfrihetssituation (inte vara anhållen, häktad samt inte dömd till eller intagen i fängelse)

Den 31 mars 1997 var totalt i Sverige 493 missbrukare inskrivna i metadonprogrammet, varav 80 var hivpositiva. Majoriteten av de hivpositiva missbrukarna, 61 personer, deltog i Stockholmsprogrammet. I de andra programmen var antalet hivpositiva patienter mycket få, vilket främst beror på att majoriteten av de hivpositiva missbrukarna finns i Stockholmsområdet. Enligt utvärderingar av socialtjänstens insatser för hivpositiva narkotikamissbrukare i Stockholm har metadonprogrammet utgjort ryggraden för hjälpen till flertalet av dessa. Heroinmissbrukare som är hivpositiva har vidare en viss förtur till behandling i Stockholm.

Socialstyrelsen har gjort en utvärdering av metadonprogrammen i Sverige vilken redovisats i rapporten "Metadonbehandlingen i Sverige. Beskrivning och utvärdering. SoS-rapport 1997:22". Enligt utvärderingen begår missbrukare som är inskrivna i metadonprogram avsevärt färre brott och vistas mindre i sjukhusvård jämfört med tiden före inskrivningen. Även i övrigt uppnår patienterna en förbättrad social situation. Någon särskild redovisning av situationen för de hivpositiva patienterna i programmen gjordes inte. Emellertid konstaterades att metadonbehandlingen hade positiva effekter även för dessa. Enligt Socialstyrelsen talar utvärderingen för att metadon är ett värdefullt behandlingsalternativ för personer med tungt heroinmissbruk där andra behandlingsinsatser misslyckats. För de flesta av patienterna tycks det emellertid ofta röra sig om en livslång behandling. Med beaktande av den inte obetydliga andel patienter som ofrivilligt blivit utskrivna och som inte återinskrivits påpekas dock att utvärderingen bekräftar erfarenheterna från andra länder, nämligen att metadon som behandlingsform har sina begränsningar.

13.6 Särskilt om rådgivning i samband med hivtestning

Hivtestning ses av många länder som ett betydelsefullt inslag i det förebyggande arbetet, bl.a. med hänsyn till möjligheten att i samband

med testningen ge rådgivning. Förutsättningarna för den svenska testpolicyn ges i Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter, SOSFS 1985:4 och 1989:18. Där sägs bl.a. att människor som lever riskfyllt och testat sig bör få provsvar vid återbesök. Detta gäller även om testet är negativt (men inte om provet tagits i samband med en screeningundersökning). Strategin ger förutsättningar för vårdgivaren att även erbjuda rådgivning. Vidare sägs att partners till hivpositiva skall erbjudas muntlig information och stöd. Ytterligare råd ges i Socialstyrelsens skrifter Hiv och aids i vården (Socialstyrelsen redovisar 1988:6) samt Hiv och aids i vården II (SoS-rapport 1991:46). Där anges bl.a. att patienten skall vara informerad om testet och om hivinfektion innan testet tas och att rådgivning skall ges framförallt till personer som uppger att de haft ett riskbeteende. Råd om säkrare sex bör ges redan vid första besöket. Provsvar bör erbjudas vid återbesök; annan bedömning kan dock göras i det enskilda fallet. Vid negativt provsvar kan information om hur man skyddar sig mot hivinfektion upprepas.

Rådgivning i samband med hivtest har ansetts som mycket viktig, och betydelsen härav har uppmärksammats allt mer. De flesta hivtesterna i Sverige utförs emellertid vid screeningverksamhet (t.ex. på blodcentraler och MVC), och på vissa mottagningar – t.ex. STD-kliniker – där hivtest erbjuds som rutin. Vid flertalet av dylika testningstillfällen finns inget behov av rådgivning, och någon sådan erbjuds därför inte. På specialistmottagningarna dit patienterna kommer enkom för hivtestning erbjuds dock rådgivning i större utsträckning. Där finns även tid för längre samtal, vilket är avgörande för att patienten skall få möjlighet att reflektera över sitt handlingsätt och kunna förändra ett framtida beteende.

14 Beteendevetenskapliga frågor

14.1 Inledning

I kapitlet redovisas kunskapsläget gällande olika beteendevetenskapliga aspekter av spridningen av smittsamma sjukdomar, bl.a. bakomliggande faktorer till riskbeteenden, beteendeförändringar och åtgärders inverkan på människors beteenden. Redovisningen bygger på såväl internationell som svensk forskning. Med hänsyn till den omfattande förekomsten av internationella studier rörande hivinfektion har det inte varit möjligt att göra en fullständig genomgång av denna forskning. Främst har valts sådana studier som publicerats i vetenskapligt ansedda tidskrifter och som genomförts under senare år. Som bilaga till betänkandet, del B, finns intaget referenslista över de arbeten som legat till grund för detta kapitel.

TVå stora internationella konferenser rörande hivinfektion och beteendevetenskapliga frågor har arrangerats med stöd av bl.a. UNAIDS (FN:s samlade program för hiv/aids) och Europeiska kommissionen. Dessa konferenser hölls i Berlin 1994 och i Paris 1998. Vid konferenserna har redovisats flera intressanta studier. Mycket få är dock ännu publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Med hänsyn till intresset av att få ta del av nya forskningsresultat har dock i kapitlet i vissa fall redovisats sådana. Konferensen som hölls 1998 benämns fortsättningsvis "Beteendekonferensen".

Kommittén har vidare under 1997 låtit genomföra särskilda studier bl.a. för att belysa frågor om smittskyddslagens inverkan på beteenden och om hur smittskyddslagens bestämmelser uppfattas. Frågor om hur människor uppfattar smittskyddslagens bestämmelser behandlas särskilt i kap.15.

Tyngdpunkten i kapitlet ligger på hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar då forskningen och kunskaperna beträffande beteendevetenskapliga aspekter vid andra sjukdomar är mycket begränsade.

14.2 Allmänt om kommitténs studier och metodologiska frågor

14.2.1 Särskilt om vissa svenska studier

Som redogjorts för i avsnitt 14.1 har kommittén låtit utföra särskilda studier för att belysa bl.a. beteendevetenskapliga frågor rörande smittsamma sjukdomar. För att bl.a. kunna jämföra skillnader och likheter mellan olika smittsamma sjukdomar har tre "typsjukdomar" valts; tuberkulos, hivinfektion och klamydia. Samtliga studier genomfördes under 1997. Dessa studier finns intagna som bilagor till betänkandet, del B. Här skall dock ges en kort presentation av studierna.

Socionomen Mikael Westrell har genomfört en enkätstudie bland hivpositiva patienter på infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus, Stockholm. Studien har redovisats i rapporten "Inte har väl doktorn tid med sånt", i fortsättningen benämnd "*Danderydsstudien*". I studien delades 224 enkäter ut och svarsfrekvensen var 40 %, dvs. 91 personer svarade. Dessa fördelade sig på 61 män, varav 33 homosexuella män, och 28 kvinnor, varav 27 heterosexuella kvinnor. Bland männen var 11 män av utländsk härkomst och bland kvinnorna var 16 kvinnor av utländsk härkomst.

Leg. läkaren Lars Olof Larsson har genomfört en studie bland patienter med tuberkulos på tre sjukhus i Sverige. Studien har redovisats i rapporten "Tuberkulos och smittskyddslagen", i fortsättningen benämnd "*Tbc-studien*". I studien delades 136 enkäter ut och svarsfrekvensen var 64 %, dvs. 87 personer svarade. Majoriteten av dessa var av svensk härkomst. Härutöver intervjuades 35 patienter av utländsk härkomst bosatta i Göteborg. Av de sammantaget 122 deltagande patienterna var 51 män och 71 kvinnor.

Leg. barnmorskan Tanja Tydén har genomfört en enkätstudie bland klamydiapatienter på fyra specialistmottagningar i Stockholm. Studien har redovisats i rapporten "Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia", i fortsättningen benämnd "*Klamydiastudien*". I studien delades 240 enkäter ut och svarsfrekvensen var 80 %, dvs. 192 personer. Dessa fördelade sig på 88 män och 104 kvinnor. Majoriteten, 92 %, var heterosexuella män och kvinnor.

Kuratorerna Christina Persson och Gunilla Östlund har genomfört djupintervjuer med nio personer som i samband med kontaktpårning misstänkts ha kunnat smittats av hivinfektion och därför kallats till provtagning. Studien genomfördes på hivmottagningen på Huddinge sjukhus och på hivmottagningen på Danderyds sjukhus. Vid intervju-tillfället hade samtliga fått besked att de var hivnegativa. Studien har redovisats i rapporten "Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna

hända mig", i fortsättningen benämnd "*Intervjustudien*". Samtliga intervjuade, fyra män och fem kvinnor, var av svensk eller nordisk härkomst. Samtliga kvinnor var heterosexuella, två män homosexuella och en man bisexuell.

Utöver de studier kommittén har beställt har andra svenska studier genomförts under 1996–1997.

Socionomen Mikael Westrell har också genomfört en enkätstudie bland hivpositiva patienter på Venhälsan, en mottagning för främst homo- och bisexuella män på Södersjukhuset i Stockholm. Studien genomfördes under 1996–1997 och redovisades i rapporten "Var tog den lustfyllda sexualiteten vägen?", i fortsättningen benämnd "*Venhälsstudien*". I studien delades 390 enkäter ut och svarsfrekvensen var 62 %, dvs. 212 personer svarade. 89 % av männen var homosexuella, 6 % bisexuella och 4 % heterosexuella.

Kuratorn Torsten Berglund påbörjade 1997 en enkätstudie bland besökare vid två mottagningar för hivtestning i Stockholm; Venhälsan på Södersjukhuset och dess filial Klara hivmottagning. Syftet med studien är att få en bild av attityder och risker bland osmittade personer som söker för hivtestning. Berglund har färdigställt en delrapport till kommittén "Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex", i fortsättningen benämnd "*Hivtestningsenkäten*". Delrapporten bygger på svar av 200 personer, vilket utgör minst 60 % av de personer som testat sig vid mottagningarna under studieperioden. Dessa fördelade sig på 149 män, varav 122 homo- eller bisexuella män, och 51 kvinnor, varav två bisexuella kvinnor.

Under 1989 och 1994 genomfördes, bl.a. på Folkhälsoinstitutets uppdrag, studier rörande allmänhetens kunskaper om och attityder till hivinfektion. En motsvarande studie utfördes på Folkhälsoinstitutets uppdrag av Claes Herlitz under 1997. Den sistnämnda studien vände sig till 4 000 män och kvinnor mellan 16 och 44 år. Svarsfrekvensen var 64 %, dvs. 2 527 personer svarade. Studien redovisades med jämförelser med de tidigare studierna i rapporten "Allmänheten och Hiv/aids", i fortsättningen benämnd "*Attitydstudien*".

14.2.2 Vissa metodologiska frågor

Resultat i frågeundersökningar påverkas alltid av olika metodologiska osäkerhetsmoment. Urval av tillfrågade och storlek på eventuellt bortfall bland de tillfrågade påverkar säkerheten på svarens representativitet och därmed generaliserbarheten av resultaten. Andra i det här sammanhanget viktiga faktorer sammanhänger med hur de tillfrågade besvarat frågorna, dvs. frågan om tillförlitligheten i svaren.

Beträffande frågor om bortfall och urval vad gäller de studier kommittén har beställt kan följande sägas. Såväl "Klamydiastudien" som "Tbc-studien" har ur statistisk synvinkel acceptabla bortfall, varför resultaten kan representera de patientgrupper som studierna avsåg att beskriva. Däremot har "Danderydsstudien" ett högt bortfall, 58 %, vilket innebär att resultaten inte är generaliserbara. Kontroll av bortfallet visade också brister i förhållande till patientgruppens sammansättning på infektionskliniken. Så är de homosexuella männen till viss del överrepresenterade i studien medan personer med utländsk härkomst däremot är underrepresenterade. Könsfördelningen är dock densamma som i patientgruppen på kliniken. Med hänsyn till bortfallet och nämnda brister i representativiteten är det inte säkert att resultaten på ett riktigt sätt speglar de allmänna uppfattningarna bland hivpositiva personer och studien kan därför inte i sig utgöra grundval för generaliseringar. "Danderydsstudien" får därför ses mer som ett komplement till andra studier, bl.a. "Venhäsestudien". Beträffande såväl "Venhäsestudien" som "Hivtestningsenkäten" får bortfallet och representativiteten i deltagandet anses acceptabla enligt gängse sätt att analysera dylika brister i den här typen av studier.

När det gäller tillförlitligheten i svaren är detta en fråga som är särskilt svårbedömd vid studier som rör känsliga områden, t.ex. enskildas sexualliv. Det föreligger risk för att den tillfrågade, medvetet eller omedvetet, lämnar osanna uppgifter eller uppgifter som för honom eller henne framstår som mer fördelaktiga, inte minst när det gäller handlingar som är mindre socialt accepterade. Emellertid torde risken för sådana felaktigheter vara betydligt mer begränsad då den tillfrågade anonymt fått besvara en skriftlig enkät.

Andra faktorer som kan påverka tillförlitligheten i svaren är bl.a. felaktigheter som uppstår p.g.a. glömska eller missförstånd rörande aningen vad som förevarit eller vad som efterfrågas. Så kan t.ex. den tillfrågade inte ha förstått att han eller hon deltagit i kontaktspårning eller ha glömt bort detta. Glömska kan också bero på att den tillfrågade velat tränga bort påfrestande eller besvärliga situationer som t.ex. då man som hivpositiv haft oskyddade samlag. Här bör också särskilt beaktas att när det gäller frågor om attityder till viss lagstiftning, som t.ex. smittskyddslagen, kan svaren vara beroende av den tillfrågades kunskaper om innebörden av lagregleringen och dess konsekvenser i praktiken.

Problemet är att det inte finns säkra metoder för att klarlägga tillförlitligheten i svaren. Detta påkallar således viss försiktighet vid tolkningen av resultaten i enskilda studier. Samtidigt torde de sammantaget dock ge en god bild av såväl de rent beteendevetenskapliga frågorna som hur smittskyddslagen uppfattas.

14.3 Andra smittsamma sjukdomar än hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar

Mycket litet forskning har bedrivits som rör smittade personers beteende eller beteende hos personer i riskzonen när det gäller andra sjukdomar än hivinfektion och de sexuellt överförbara sjukdomarna. Även om man inom infektionssjukvården har erfarenhet av vissa kroniska sjukdomar har vården i decennier präglats av strävan att kunna erbjuda behandling för alla infektionssjukdomar om patienten söker i tid. Innan de första patienterna diagnosticerades med hiv/aids hade man därför inte någon beteendevetenskaplig expertis på dessa kliniker, varför ej heller någon sådan forskning bedrivits i någon nämnvärd utsträckning.

Vissa mindre översikter och beskrivningar av riskfaktorer som t.ex. alkohol eller narkotikamissbruk har gjorts när det gäller t.ex. hepatit och difteri. Så har t.ex. en mindre epidemi av difteri i Göteborg 1984 beskrivits främst med avseende på smittspårningen, vid vilken det kunde konstateras att smittspridning skedde p.g.a. att smittan kom in bland en grupp människor med mycket liten motståndskraft i kombination med största tänkbara förutsättningar för smittspridning, nämligen grava narkotika- och alkoholmissbrukare. Vidare har Livsmedelsverket genomfört studier som visat att befolkningens kunskaper om hur man skall bete sig för att undvika mag- och tarmsjukdomar generellt sett är bristfälliga.

Inte heller när det gäller tuberkulos finns någon svensk vetenskaplig litteratur som beskriver beteenden hos dem som smittats av tuberkulos. Den allmänna erfarenheten har dock visat att information till befolkningen om smittvägar samt förbättrad levnadsstandard var, utöver sanatorieväsendet, de stora orsakerna till minskningen av tuberkulos redan på 1930-talet, dvs. innan behandling fanns tillgänglig. Kommittén har i syfte att belysa frågor om främst hur smittskyddslagens bestämmelser uppfattas av personer som smittats av tuberkulos genomfört en särskild studie. Studien redovisas huvudsakligen i kap. 15 men resultaten har i tillämpliga delar även tagits upp i den följande redovisningen.

14.4 Bakomliggande orsaker till riskbeteende vid hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar

14.4.1 Allmänt

Forskare världen över har ställt sig frågan varför människor, trots tillgången till skyddsmedel och kunskaper därom, utsätter sig för risken att smittas. Forskningen har därvid tagit sikte på bakomliggande psykosociala faktorer till risktagandet. Eftersom forskningen fokuserat på olika beteendemönster i olika grupper redogörs för resultaten på samma sätt.

14.4.2 Homosexuella män

Den allmänna uppfattningen är att homosexuella män i hela västvärlden tidigt förstod att de var särskilt riskutsatta och att de homosexuella männen, trots att smittspridning bland homosexuella män fortfarande äger rum, generellt sett har genomgått störst förändringar jämfört med andra grupper när det gäller riskbeteende. I det följande redovisas olika faktorer som visat sig ha särskild betydelse för riskbeteendet.

Fasta relationer

En amerikansk författare (*Hoff*) kom fram till att när det gäller att fatta beslut om huruvida man skall skydda sig eller ej fattar individer och par beslut om sitt sexualbeteende baserat på kunskap om det egna och partners hivstatus. Stora studier visar dock att cirka 25 % har ett annat hivstatus än de tror. Vid "beteendekonferensen" redovisades studier där 50–60 % av de nysmittade uppgivit att de smittats i fasta relationer. En australisk forskare beskrev på samma konferens hur parterna i en fast relation efter konstaterande att båda har samma hivstatus kan förhandla bort kondom i relationen. Säkerheten ligger i att båda har en absolut kännedom om varandras hivstatus, att kommunikationen fungerar och att man vid sexuella kontakter med andra personer är noga med att använda kondom. En holländsk studie med syftet att utvärdera sådant beteende visade dock att 18 % av de intervjuade personerna även hade oskyddade samlag med tillfälliga kontakter, vilket inte diskuterades i den fasta relationen.

En holländsk forskare (*Tielman*) intervjuade nära 2 000 homosexuella män 1984 och 1987. De flesta hade minskat antalet partner

och ändrat sin sexualteknik till en mer säker teknik. Den vanligaste orsaken till att man hade oskyddade sexuella kontakter var att man levde i ett fast förhållande.

Oskyddade anala samlag

Från "beteendekonferensen" rapporterades att åtskilliga studier bekräftar att homosexuella män fortsätter att ha oskyddade anala samlag. Studierna pekar också på att antalet homosexuella män som alltid skyddar sig och andra blir färre ju längre tiden går.

Den australiske forskaren *Gold* har i en studie visat att unga homosexuella, till skillnad från äldre homosexuella män, hade oskyddade anala samlag såväl med fasta som med tillfälliga anonyma partner. De äldre homosexuella männen hade företrädesvis oskyddade samlag med sin fasta partner. *Gold* fann att den främsta anledningen till de unga männens risktagande var att de var frustrerade över hur illa behandlade de blev av andra homosexuella män. I sin frustration över detta behandlade de sig själva illa genom att utsätta sig för risk att bli hivpositiva.

En kanadensisk forskare *Strathdee* har funnit att de män som hade en bakgrund av sexuella övergrepp utsatte sig dubbelt så ofta för oskyddade anala samlag med tillfälliga partner, jämfört med män som inte varit utsatta för sådana övergrepp.

Andra faktorer

Den norska forskaren *Prieur* djupintervjuade 64 homosexuella män 1988 varav nästan alla i sitt sexualliv tog hänsyn till att aids finns. Av de intervjuade hade över hälften under det senaste halvåret varit i en situation där risk förelegat att smitta skulle överföras. Samlade riskfaktorer för dem som tog de största riskerna var att de inte hade "erkänt" sin homosexualitet, att de hade fler partner det senaste året än övriga intervjuade och att de oftare drack alkohol i samband med sexuell kontakt. I jämförelse med övriga intervjuade hade de också i större utsträckning ett dåligt socialt nätverk och bodde kvar hos sina föräldrar. Färre i denna grupp var organiserade i föreningar för homosexuella. En gemensam faktor för dem som tog de största riskerna var också att de inte hade hivtestat sig.

Prieur fann också att de intervjuade männen uppgav rationella skäl att inte använda kondom; de vill tillfredsställa behovet av intimitet. *Benny Henriksson* (1993) kom i sin avhandling till liknande resultat, nämligen att närheten betydde så mycket att det var de homosexuella

männen som levde i längre kärleksrelationer som tog de största riskerna avseende hivinfektion. Oskyddade anala samlag symboliserar för många homosexuella att relationen är för evigt varför man enbart har sådana samlag i fasta parförhållanden. Därför är enligt Henriksson kärlek den största riskfaktorn.

I en journalstudie omfattande 1 007 patienter som uppsökt PH-center 1986–1994 fann *Westrell* att en liten grupp män som konstaterats vara nysmittade hade en överkonsumtion av alkohol. Männerna hade också givit uttryck för en svag självbild och självförakt. Psykiskt smärtsamma separationer från partner kännetecknade också denna grupp nysmittade. Sådana riskfaktorer fann även *Berglund* vid genomgång av kuratorsjournalerna på nydiagnostiserade individer 1992–1995 på Venhälsan.

Linder och Strandberg fann i djupintervjuer med fem homosexuellt nysmittade män 1996 sammanfattningsvis att alla var välinformerade om hur hivinfektion smittar och hur man skyddar sig, men att denna kunskap var underordnad lusten i de sexuella kontakterna. Olika slags förluster gjorde männen deprimerade och utgjorde utlösande faktorer till att de utsatte sig för allt större risk att smittas. Bidragande faktorer var personliga psykiska problem knutna bl.a. till identiteten. Flera av intervjupersonerna gav uttryck för att den egna existensen var knuten till att uppfylla andra människors behov och de uppfattade alla sig som isolerade. Samtliga gav på olika sätt uttryck för att de varit utsatta för mobbning, psykiska och/eller fysiska övergrepp eller hot därom under uppväxten. När männen hade det svårt eller på olika sätt mådde psykiskt dåligt sökte de sexuella aktiviteter. Vidare gav nästan alla uttryck för en ambivalent hållning till sina sexuella behov och uttryck.

Nilsson Schönnesson har i en rapport gått igenom den internationella empiriska kunskap som finns idag beträffande bidragande faktorer till oskyddade sexuella kontakter bland homosexuella män. Enligt henne kan individens riskbeteende förklaras med en komplext sammansatt väv av psykologiska, kognitiva och demografiska faktorer. Beträffande *psykologiska faktorer* har ett flertal studier visat på ett samband mellan droger, inklusive alkohol, psykisk obalans och sexuellt risktagande. Andra studier har visat samband mellan undvikande eller passivt förhållningssätt till hotet om hivinfektion och praktiserande av osäker sex. När det gäller *kognitiva faktorer* är en grundsten i de flesta teoretiska modeller kring hälsobeteenden den subjektiva upplevelsen av risk. Om individen gör bedömningen att hans sexuella beteenden gör honom till en potentiell måltavla för hivinfektion ökar sannolikheten att han förändrar sina sexuella riskbeteenden. Flera studier visar att enbart kunskap kring hivinfektion inte är tillräcklig för att individen skall ha skyddat sex. Därtill krävs attitydförändring eller en upplevelse av hiv-

infektion som en personlig angelägenhet. Beträffande de *demografiska faktorerna* visar ett flertal studier på ett samband mellan att ha en fast parrelation och att ha oskyddade samlag i denna relation.

Nilsson Schönnesson intervjuade 33 homosexuella män 1990 mot bakgrund av de ovan beskrivna faktorerna. Oavsett hivstatus fanns det enligt denna studie ett samband mellan följande faktorer och sexuellt risktagande vid orala och/eller anala samlag månaden innan intervjutillfället: lägre ålder, få vänner med hivinfektion, få vänner som avlidit i aids, ringa ångest och oro för hivinfektion, tveksamhet till säkrare sexualtekniker som hivpreventiv åtgärd samt alkoholpåverkan vid sexuellt umgänge.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar forskningen på en mångfacetterad bild av olika bakomliggande faktorer till att homosexuella män, trots kunskaper, utsätter sig för risken att smittas med hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar. De faktorer som särskilt uppmärksammats är behovet av intimitet som bevis för kärlek, att inte uppleva risken att smittas som ett hot för en själv, svag självbild, personliga förluster av olika slag, depression, alkoholkonsumtion och att personen tidigare varit utsatt för övergrepp av olika slag.

14.4.3 Intravenösa narkotikamissbrukare

Den viktigaste bakomliggande orsaken till att intravenösa narkotikamissbrukare (IV-missbrukare) utsätter sig för risk är själva narkotikaberoendet. Att dela spruta med en hivpositiv person utgör en av de allvarligaste riskerna för överföring av hivvirus. Den allmänna erfarenheten, som stöds av olika studier, är dock att IV-missbrukarna har lyckats minska riskbeteendet vid sprutdelning. Under 1990–1993 följde den engelske forskaren *Hunter* 2 062 IV-missbrukare och konstaterade en stor minskning i riskbeteende när det gällde hantering av sprutor. Undersökningar i Sverige har visat att nästan alla nysmittade IV-missbrukare vet när och från vem de fått smittan. *Käll* har också i en avhandling pekat på att öppenheten bland narkomanerna om det egna hivstatuset gör att man är väl medveten om när man utsätter sig för risk och att man också kalkylerar med den risken.

En annan riskfaktor som uppmärksammats är missbrukarnas sexuella kontakter. Forskning har därför inriktats på IV-missbrukarnas sexualbeteende, dock utan att koncentrera sig på de bakomliggande

riskfaktorerna på samma sätt som när det gäller de homosexuella männen.

Käll beskriver i sin avhandling bl.a. olika narkotikapreparats betydelse för sexualbeteendet och konstaterar att amfetaminmissbrukarna har större sexualbehov än andra missbrukare och att det är vanligare att de har både missbrukande och icke missbrukande sexualpartner. Det är bland de sexuellt aktiva amfetaminmissbrukarna som man nu framför allt diagnosticerar hivinfektion. Den öppenhet om sitt hivstatus som råder mellan missbrukarna räcker inte alltid i dessa fall. Så har t.ex. i parförhållanden där en av parterna är hivpositiv det varit lättare att förhindra smittöverföring vid sprutdelning (om sådan förekommer) än att ändra sexualbeteende.

Ett flertal internationella undersökningar tyder på att en majoritet av IV-missbrukarna har sexuella kontakter även med personer som inte missbrukar narkotika och att de flesta härvid har oskyddade samlag. Flera forskare har vidare visat att kvinnliga missbrukare i större utsträckning har sexuell kontakt med missbrukare. Missbrukande män har däremot oftare sexuell kontakt med kvinnor som inte missbrukar.

14.4.4 Heterosexuella

I en studie från Los Angeles (*Kusseling* och *Wenger* 1996) tillfrågades 652 sexuellt aktiva personer som besökte en STD-klinik och en studentmottagning om sin senaste sexuella kontakt och huruvida man då använde kondom eller ej. Sammanfattningsvis konstaterar författarna att konceptet "säker sex" ofta missuppfattas av heterosexuella. Man upplever det som "säkert" att ha en sexuell kontakt med en person som inte verkar vara homosexuell, narkoman eller från ett land där hivinfektion är vanligare. Man vet alldeles för litet om sin partner och hans/hennes tidigare partner för att kunna avgöra om sexuell kontakt utan kondom med just denna partner är "säker sex".

I ett svenskt perspektiv där kunskapsnivån är mycket hög pekar flera studier på att orsakerna till att heterosexuella personer utsätter sig för risk främst är att man inte tror sig vara riskutsatt.

Anderssons tvååriga studie (1990) omfattande 16–18-åriga kvinnor i Karlstad visade att kunskapsnivån inte påverkade sexualbeteendet. En faktor av mer socialpsykologisk karaktär, nämligen tidig sexualdebut (före 15 år), var däremot associerad till att man hade oskyddade samlag och fler partner.

Faber har för Folkhälsoinstitutet studerat heterosexuella svenskars beteende utomlands sett ur ett socialantropologiskt perspektiv. Hon intervjuade 27 svenska män som uppgav att de haft sexuella kontakter

med thailändska kvinnor i Thailand. En faktor som hade betydelse för om männen hade oskyddade samlag var att de inte insåg att kvinnorna var prostituerade, en annan att männen blev förälskade vilket innebar att man använde kondom de första dagarna men slutade med detta då förhållandet "kändes som en vanlig romans".

Faber djupintervjuade också 20 svenska kvinnor som uppgav att de haft semesterromanser utomlands. Hon kompletterade dessa med intervjuer i en fältstudie på Cypern. Även i den studien var förälskelsen den största riskfaktorn, dock hade alkoholkonsumtion också betydelse för beteendet.

När det gäller riskfaktorer för kvinnor kan man till viss del överföra den kunskap som finns beträffande olika riskfaktorer hos homosexuella. Det finns dock faktorer som ej går att generalisera, t.ex. vissa kvinnors utsatthet. Forskningen har länge antytt att kvinnors risk för att hivsmittas genom heterosexuella kontakter ökar om de har flera partner, om partnern inte använder kondom och om partnern kommer från länder där hivinfektion är mycket vanligt, s.k. högendemiska länder. För kvinnor i s.k. utvecklingsländer stämmer dock oftast inte detta. För dessa kvinnor, som vanligen endast har sexuell kontakt med en man under hela sin livstid, har mannens eventuella riskbeteende avgörande betydelse. Den senaste forskningen visar att även riskutsatta kvinnor i västvärlden inte behöver ha "eget" riskbeteende, utan att det avgörande är beteendet hos kvinnornas män, dvs. om männen har flera sexualpartner, har ett drogmissbruk m.m.

Flera studier visar vidare att kvinnors upplevelse av risk stämmer dåligt överens med den verkliga risk de utsätter sig för. Sociala och kulturella normer spelar stor roll. Ofta vet de inte om att de lever med en man som utsätter sig för större risker och använder därför inte kondom.

En riskfaktor som diskuterats mycket, främst utomlands, är prostitutionens betydelse för den heterosexuella spridningen. Det skall anmärkas att i ett svenskt perspektiv finns det knappast något fall där hivsmitta med säkerhet överförts vid en prostitutionskontakt i Sverige. Däremot är det inte ovanligt att framför allt män med gonorré uppger sin smittkälla vara en prostituerad kvinna utomlands.

I många länder finns vidare en stark koppling mellan prostitution och missbruk. Några studier har visat att alkohol och andra droger ökar risktagandet i sig men också att människor som söker sig till prostitutionsmiljön, främst kunderna, är allmänt intresserade av risktagande. En studie gjord av Stockholms socialtjänst 1992 innefattade intervjuer med 50 män som köpte sexuella tjänster på Stockholms gator. Majoriteten av dessa män ansåg att de inte hade något riskbeteende eftersom de "kände" de prostituerade som de hade osäker sexuell kontakt med.

Drygt hälften av de tillfrågade männen trodde inte att de själva kunde få hivinfektion av prostituerade och ungefär lika många svarade att vetenskapen om att de kunde drabbas av hivinfektion inte påverkade deras inställning till att vara tillsammans med en prostituerad kvinna.

14.5 Kunskaper om beteende hos hivpositiva

14.5.1 Allmänt

Internationellt och i Sverige har man först på senare tid fokuserat forskningen på beteendet hos hivpositiva. Särskilt med tanke på de nya medicinernas livstidsförlängande verkan torde det vara av största vikt att få kunskaper om sexualbeteendet hos hivpositiva.

På den senaste "beteendekonferensen" i Paris 1998 presenterades arbeten om hivpositivas beteenden och i vad mån man informerar sin sexualpartner om sin infektion. Vissa av dessa arbeten redovisas nedan. På några ställen i detta avsnitt görs jämförelser med vad klamydia- och tuberkulospatienterna uppgivit om sitt beteende.

14.5.2 Faktiskt beteende

Som tidigare redovisats har forskningen mest varit inriktad på bakomliggande faktorer som har betydelse för olika riskbeteenden när det gäller hivinfektion. Mycket begränsad del av forskningen har gällt de hivpositiva individernas faktiska beteende.

Möjligheten till professionell krisbearbetning har av många ansetts som avgörande för att hivpatienten skall klara av att leva med sin infektion utan alltför stora påfrestningar. Den allmänna uppfattningen är att den hivpatient som är i psykisk balans också har större möjligheter att tillgodogöra sig information angående hur han/hon bör undvika att utsätta andra för hivrisk. Den epidemiologiska situationen i Sverige och framför allt studier i USA visar dock att det förekommer att personer som är medvetna om sin hivdiagnos utsätter andra för risk att bli smittade. En studie kring nydiagnosticerade i Stockholm 1994 (*Åsander*) visade att minst 12 av 109 individer var smittade av redan kända hivpositiva.

I *Niklowitz* studie 1992 omfattande 117 hivpositiva individer i Schweiz var avsikten att utvärdera förutsägbara faktorer för riskbeteende. Nästan hälften av individerna uppgav att de sex månader före intervjun hade haft åtminstone ett oskyddat samlag, varav en tredjedel med en tillfällig kontakt. Nästan alla som hade heterosexuella partner

och 4/5 av de med homosexuella partner hade använt kondom minst en gång de senaste sex månaderna. De flesta uppgav att de hade ändrat sitt beteende efter diagnos såtillvida att de använde kondom oftare, hade färre tillfälliga kontakter och mer sällan hade anala samlag. Ju fler samlag man uppgav med sin fasta partner desto större risk fanns att man också hade erfarenhet av oskyddade samlag. Samma samband fanns inte när det gällde tillfälliga kontakter i den heterosexuella gruppen. För alla intervjuade fanns ett starkt samband mellan dålig självvaktning och större risktagande.

Marks gjorde en enkätstudie 1994 bland 609 hivpositiva homosexuella män i Los Angeles. Männerna uppgav sina sexuella aktiviteter de senaste två månaderna varvid 9 % av männen hade haft oskyddade anala samlag med en eller flera partner under denna tid. Främst förekom oskyddade anala samlag om den hivpositives partner också var hivpositiv. Oskyddade samlag i sådana situationer var tre gånger vanligare än i sådana situationer då den hivpositive mannen antingen visste att partnern var osmittad eller inte kände till partnerns hivstatus.

En annan studie från Los Angeles (*Wenger*) utgick från 227 hivpositiva personer och uppgifter om deras senaste samlag. 20 (9 %) intervjuade uppgav att de hade haft oskyddat samlag med sin senaste sexualpartner som var hivnegativ och 30 (13 %) att de hade haft oskyddat samlag med partner med okänd hivstatus. Kondomanvändning rapporterades vid 84 % av samlagstillfällena då man visste att partnern var osmittad. Motsvarande siffra om partnern var hivsmittad eller hade okänt hivstatus var 51 % respektive 59 %.

Icke publicerade studier från London och Köpenhamn pekar på att personer med känd hivinfektion också diagnosticeras med andra STD (sexuellt överförbara sjukdomar), vilket visar på att man har oskyddade kontakter. Så t.ex. hade 20 % av ett urval homo- och bisexuella män i London haft en sexuellt överförbar sjukdom efter det att de fått besked att de var hivpositiva.

Nilsson Schönnesson följde 1992 i en studie 29 hivpositiva homosexuella män. Denna studie bestod av en selekterad grupp som intervjuades vid fyra olika tillfällen under ett års tid. De flesta hade känt till sin diagnos i minst två år. Majoriteten av männen berättade att de i huvudsak praktiserade sexuella beteenden som inte motsvarade deras sexuella beteendepreferens, dvs. såsom de skulle vilja bete sig sexuellt. Ingen hade, enligt egen utsago, aktiva oskyddade anala samlag. Vid framför allt tillfälliga sexuella kontakter använde många av männen dubbelskydd vid anala och orala samlag, dvs. kondom och avbrutet samlag.

Ulla Backe-Nylund och *Leslie Pursche* vid Huddinge sjukhus redovisar i sin enkätstudie "Avhållsamhet eller ..." hivpositiva patien-

ters sexualvanor. Studien omfattar 90 patienter, 67 män och 23 kvinnor, och resultaten tyder på att en stor andel, omkring hälften, inte hade haft några sexuella kontakter de senaste tre månaderna. 9 av 23 kvinnor och 17 av 67 män hade enbart haft sexuell kontakt med fast partner. Inte någon av kvinnorna och 17 av männen hade haft tillfälliga kontakter. Vid förfrågan om sexualteknik med fasta partner framkom att de flesta, dock ej alla, använde kondom vid vaginala och anala samlag men ej vid orala samlag. Med något undantag angav samtliga som hade oskyddade samlag att de levde med hivpositiv partner eller partner med okänt hivstatus.

Westrells studier utgående från individer med hivinfektion på Venhälsan respektive Danderyds sjukhus och Tydéns klamydiastudie tar upp frågan om pågående sexuell livsstil, tabell 14:1.

Tabell 14:1 Sexuell livsstil hos personer med hivinfektion eller klamydia

<i>Sexuell livsstil</i>	<i>Venhälsesstudien 212 patienter</i>	<i>Danderydsstudien 91 patienter</i>	<i>Klamydiastudien 192 patienter</i>
Monogamt med en partner	29 %	44 %	48 %
Fast partner + tillfälliga partner	18 %	3 %	20 %
Enbart tillfälliga partner	25 %	8 %	29 %
Inga sexuella kontakter	28 %	44 %	2 %

De 212 patienterna i "Venhälsstudien" var med några få undantag homosexuella män medan det i "Danderydsstudien" fanns patienter med skilda smittvägar. Som framgår av tabell 14:1 uppgav en stor del, 40 patienter, i "Danderydsstudien" att de inte hade några sexuella kontakter; av dessa var 19 homosexuella män, 14 heterosexuella män och 7 kvinnor. 12 av de 40 personerna var ej födda i Sverige. I "Klamydiastudien" uppgav 60 % av männen att de varit tillsammans med tillfälliga partner under senaste sex månaderna, motsvarande siffra för kvinnorna var 41 %. Som framgår av tabell 14:1 uppgav endast 2 % av samtliga tillfrågade att de inte haft någon sexuell relation de senaste sex månaderna. Av tabellen framgår att det är en stor skillnad mellan den blandade patientgruppen i "Danderydsstudien" och patienterna i "Venhälsstudien" beträffande den sexuella livsstilen. Venhälspatienterna uppvisar en sexuell livsstil som är relativt lik klamydiapatienternas.

I såväl "Danderydsstudien" som "Venhälsstudien" ställdes frågor om huruvida kondom användes vid samlag. I "Danderydsstudien"

besvarades dessa frågor av 35 av de 51 patienter som uppgav sig ha sexuella kontakter. De allra flesta uppgav sig använda kondom eller "säkrare sex" vid penetrerande samlag, dvs. vaginala, orala eller anala samlag. Bland dem som hade fast partner som också var hivpositiv förekom oskyddade samlag. En av de män som hade tillfälliga sexuella kontakter uppgav att han oftast inte hade kondom vid orala eller anala samlag då han var "mottagande part". Även ett par av de kvinnor som ingick i studien uppgav att de inte använde kondom om de var "mottagande part" vid orala samlag med sin osmittade fasta partner. Det skall vidare anmärkas att fyra av de svarande, samtliga homosexuella män, uppgav att de inte hade penetrerande samlag med sin hivnegativa partner utan endast hade ömsesidig onani.

I "Venhäsestudien" uppgav ungefär 75 % av dem som levde med en hivpositiv partner att de inte använde kondom vid sexuell kontakt med denne. Bland de män som hade en partner som inte var smittad uppgav nästan samtliga att de använde kondom vid anala samlag och 70 % använde även kondom vid orala samlag. När det gällde tillfälliga kontakter uppgav nästan samtliga att man använde kondom vid anala samlag, men inte i lika hög utsträckning vid orala samlag.

14.5.3 Beteendeförändringar efter erhållande av hivdiagnos

En central fråga är huruvida individen förändrar eventuella riskbeteenden efter det att han eller hon får vetskap om sin hivdiagnos. Samhällets motiv till provtagning bygger bl.a. på att en beteendeförändring sker. Internationellt har detta varit en mycket omdiskuterad fråga. En uppfattning har varit att människor inte ändrar sitt beteende eller t.o.m. blir så psykologiskt stressade av hivbeskedet att det får till följd att de blir mer sexuellt aktiva. Frågan om möjligheten att påverka till förändring efter hivtestning behandlas närmare i avsnitt 14.8.1. De internationella studierna har redovisat motsägelsefulla resultat när det gäller frågan om förändring av beteendet efter erhållandet av hivdiagnos.

En studie där författarna ställer sig tveksamma till förändringen av beteendet är en studie av *Cleary* m.fl. 1991 som utgick från 243 personer som fått sin diagnos vid blodgivarscreening. När det gäller oskyddade samlag så uppgav initialt 68 % av männen och 58 % av kvinnorna att de haft oskyddade samlag veckan innan de erhållit hivbeskedet. Två veckor efter att man fått hivbeskedet uppgav fortfarande 40 % av männen och 38 % av kvinnorna att de hade oskyddade samlag. Författarna drog visserligen den slutsatsen att riskbeteendet reducerades i åtminstone ett kort perspektiv men att det var ett stort antal patienter som fort-

satte att ha oskyddade samlag trots att de fått kännedom om att de var hivpositiva.

Westrell har formulerat frågan om eventuella beteendeförändringar efter hivdiagnos lika i de båda studierna på "Venhåsestudien" och "Danderydsstudien" varför resultaten slagits samman i tabell 14:2. Sammanlagt 289 patienter har svarat på denna fråga.

Tabell 14:2 Beteendeförändring efter diagnos

Ändrat sitt beteende efter diagnos	Homosexuella män (n=234)	Bisexuella män (n=9)	Heterosexuella män (n=21)	Heterosexuella kvinnor (n=25)
JA	218 (93%)	8 (89 %)	18 (86%)	20 (80 %)
NEJ	16 (7 %)	1 (11 %)	3 (14%)	5 (20 %)

Oavsett kön och sexuell orientering tycktes de vanligaste beteendeförändringarna i "Danderydsstudien" vara att man helt slutat att ha sexuell kontakt med andra eller att man börjat använda kondom vid sexuell kontakt. De tre vanligaste beteendeförändringarna som männen i "Venhåsestudien" angav var att de börjat använda kondom framför allt vid anala samlag, att de har minskat antalet sexuella kontakter och att de efter hivdiagnosen börjat med "säkrare sex" utan att precisera vad detta innebar. Många uttryckte att de hade blivit "försiktigare". Den fjärdedel som angav att de levde helt utan sexuella kontakter angav att detta var en förändring jämfört med hur de levde innan de fick besked om att de var hivpositiva.

Totalt svarade 25 av 289 patienter (9 %) att de inte ändrat sitt beteende. Övervägande delen av dessa personer uppgav att de lever med en hivpositiv partner eller att de inte haft något riskbeteende som behöver förändras. De kan t.ex. ha blivit smittade för mycket länge sedan eller varit ovarsamma enbart vid smittotillfället. Några patienter uppgav dock att de fortfarande hade oskyddade samlag ibland vid tillfälliga sexuella kontakter.

Liknande resultat framkom även i Nilsson Schönnessons studie 1993 i vilken 29 hivpositiva homosexuella män intervjuades. Studien pekade tydligt på att de hivpositiva männen hade gjort stora sexuella beteendeförändringar. Alla utom en ansåg sig ha förändrat sitt sexuella beteendemönster efter sin hivdiagnos.

Dessa svenska studier – i motsats till vad många internationella forskare anser – tyder på att erhållandet av diagnos gör att hivpositiva förändrar sitt sexualbeteende. Samtidigt får uppmärksammas att även om majoriteten av dem som deltagit i de svenska studierna sagt sig ha förändrat sitt beteende innebär detta *inte* att samtliga av dem som

uppgivit förändringar därmed också helt har upphört med beteenden som kan innebära risk för smittspridning. Även för svenska förhållanden är således erhållandet av diagnosen i sig inte en tillräcklig åtgärd.

14.5.4 Öppenhet med diagnos

Det finns få studier som behandlar frågan om individens benägenhet att öppet tala om sin smittsamma sjukdom.

En mindre studie i Los Angeles (*Simoni*) omfattande 65 kvinnor med hivinfektion visade att de flesta berättade om sin hivinfektion för sina sexuella partner, något färre för sina närmaste familjemedlemmar och ganska få berättade öppet om sin diagnos för bekanta och arbetskamrater.

I en studie från San Francisco som omfattade 93 homosexuella hiv-positiva män intervjuades dessa ett år efter diagnosen. Efter ett år hade 92 % berättat för sina homosexuella vänner, 82 % för sina fasta partner, 56 % för nya partner under året, 46 % för sina arbetskamrater, 71 % för läkare, 37 % för sina tandläkare, 57 % för sina fysioterapeuter och 37 % för sina familjemedlemmar. De intervjuade upplevde att de fick minst stöd från manliga familjemedlemmar och tillfälliga sexualpartner.

Westrell konstaterar i sina rapporter att trots att hivinfektion nu varit känd i Sverige i över 15 år har en mycket stor andel hivpositiva personer svårt att berätta för sin omgivning om sin infektion. Enbart 10 % av 87 patienter som besvarade denna fråga i "Danderydsstudien" uppgav att *alla* i omgivningen var informerade, motsvarande andel i "Venhälsestudien" var 15 %. I Danderydsstudien uppgav vidare 58 % av de svarande patienterna att *ingen* i deras omgivning visste om diagnosen, motsvarande siffra i Venhälsestudien var 10 %.

Den stora skillnaden mellan studierna när det gäller hur många patienter som inte hade berättat för någon om sin hivinfektion synes främst ha sin förklaring i att en stor del av dessa patienter i "Danderydsstudien" hade ett utomeuropeiskt ursprung. Enligt studien hade dessa patienter svårare att berätta för sin omgivning än de patienter som var födda och uppvuxna i Sverige. Enligt studierna är det bland homosexuella hivpositiva män vanligt att man först berättar att man är homosexuell och därefter berättar om sin hivinfektion, beroende på den första reaktionen. För patienterna av utomeuropeiskt ursprung handlade oviljan att tala med personer i sin omgivning om hivinfektionen till stor del om rädslan för isolering och stigmatisering. En afrikansk kvinna kommenterade t.ex. att "Om mina vänner från mitt hemland skulle veta att

jag hade hiv skulle de aldrig velat träffa mig igen och jag skulle aldrig få en man."

Huruvida människor som bär på andra smittsamma sjukdomar talar öppet om sin sjukdom har belysts i "Tbc-studien" men inte i "Klamydiastudien". I "Tbc-studien" uppgav 54 % av patienterna att *alla* i omgivningen kände till diagnosen medan 14 % uppgav att *ingen* kände till den. Även i denna studie framkom att personer ej i Sverige födda var mer återhållsamma med att berätta om sin diagnos jämfört med de svenskfödda patienterna.

En särskild fråga är i vad mån den hivpositiva personen informerar *sin sexuella partner* om infektionen. I en studie av *Stein m.fl.* 1998 tas frågan upp om information till partner. 203 hivpatienter vid två kliniker i USA tillfrågades om de haft sexuella kontakter under de senaste sex månaderna. De som haft sexuella kontakter (129 individer) intervjuades om huruvida de avslöjat sitt hivstatus och om de använt kondom. 52 (40 %) av patienterna hade inte talat om att de hade hivinfektion. Av dessa hade hälften en fast partner som således inte kände till deras hivinfektion. 30 av de 52 patienterna uppgav vidare att de hade haft oskyddade sexuella kontakter vid något tillfälle. Vad som utmärkte dem som alltid talade om att de var hivpositiva när de skulle inleda en sexuell relation var att de var vita kvinnor med svagt kamratstöd men med ett starkt partnerstöd och ett färre antal partner. Bland de 99 som hade en fast partner hade 12 % inte talat om för denne att de hade hivinfektion. Den vanligaste orsaken till detta var att det var "alldeles för stressande", "partnern kommer att lämna mig", "jag måste ta itu med mina egna känslor först" och "partnern kan inte ta det". Patienter som uppgav sexuell kontakt med enbart en partner senaste sex månaderna var betydligt mer benägna att berätta om sin infektion än de som uppgav kontakt med flera sexualpartner under samma period. Kondomanvändning hade inget samband med om man informerade sin partner eller ej. Författarna konstaterar att det är starka inre krafter som verkar för att man skall slippa berätta att man har hivinfektion. Orsakerna kan vara risken att man blir avvisad, att man aldrig får tillfredsställa sin önskan om att träffa en partner eller att man blir nekad försäkringsskydd av olika slag.

En studie av *Perry* utgående från 129 hivpositiva personer (104 homo/bisexuella, 19 IV-missbrukare, 6 heterosexuella) visade att efter i genomsnitt 2,3 års vetskap om sin diagnos hade 29 % inte berättat för sin fasta sexualpartner och 30 % hade aldrig berättat för en sexuell kontakt om sin infektion. Det fanns ett samband mellan att inte berätta och mindre socialt stöd och sexuell kontakt med tillfälliga partner.

Andra amerikanska studier har visat att homosexuella män har mycket lättare att berätta om sin diagnos för sin fasta partner än för till-

fälliga partner. I en studie från San Francisco (*Stempel*) omfattande 93 hivpatienter fann man att ett år efter att patienterna fått sin diagnos hade de berättat för 82 % av sina fasta partner och för 56 % av sina tillfälliga partner. En studie visade att 89 % av de homosexuella männen berättade för sin fasta partner, en annan forskare konstaterar att 93 % av männen berättar för sina sexualpartner och i ytterligare en studie konstaterar man att 98 % berättar för sina sexualpartner om sin infektion (*Marks, Schnell, Mansergh, Hays*). *Schnells* studie tar även upp frågan om hur budskapet mottagits av partnern. 44 hivpatienter hade berättat för sina fasta homosexuella partner att de var hivpositiva. Patienterna intervjuades sex månader efter denna tidpunkt om hur relationen hade utvecklats. Majoriteten uppgav att relationen var bättre än någonsin.

Några studier har belyst frågan om sambandet mellan oskyddade samlag och information om hivinfektionen. Så hade i en studie av *Marks* bland 609 homosexuella män i Los Angeles 14 män (2 %) de senaste två månaderna haft oskyddade anala samlag varvid de inte hade informerat om sin hivinfektion. *Wenger* fann i sin studie (se avsnitt 14.5.2) att av 227 hivpositiva patienter hade 50 uppgivit att deras senaste samlag var oskyddat. 33 patienter informerade samtidigt om sin infektion men 17 partner fick inte vetskap om detta.

I en sydafrikansk studie av *Seidel* tillfrågades 15 personer om för vilka närstående man vågade berätta om sin infektion (tuberkulos, hiv eller en sexuellt överförbar sjukdom). Resultatet från denna studie visade att alla män och majoriteten av kvinnorna berättade för sina mödrar om tuberkulos och de flesta berättade även om hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Dock var det mycket stor skillnad när det gällde att berätta för sexualpartner och hustrur. 57 % av männen skulle inte informera sin hustru om en sexuellt överförbar sjukdom och 66 % skulle inte berätta om hivinfektion. Samtliga kvinnor ansåg dock att deras män hade rätt att veta. När det gällde tillfälliga sexualpartner skulle 71 % av männen och kvinnorna tillsammans berätta om sin hivinfektion.

I *Westrells* båda studier ("Danderydsstudien" och "Venhäsestudien") tillfrågades patienterna om det fanns situationer där de inte skulle kunna tänka sig att informera en sexualpartner om den egna hivinfektionen, varvid 209 av 303 patienter svarade på frågan (54 av 91 patienter i "Danderydsstudien" och 155 av 212 i "Venhäsestudien"). Totalt beskrev 55 % av de tillfrågade patienterna (44 % i "Danderydsstudien" och 58 % i "Venhäsestudien") situationer då de skulle undvika att berätta om sin hivinfektion. Några exempel får belysa patienternas ursäkter. "Om det framgår tydligt av situationen att det är en engångsträff och jag ser till att vi håller oss till säker sex, då anser jag

inte att jag är förpliktigad att underrätta om min hivinfektion" och liknande skäl angavs av flera. En utländsk kvinna skrev "Han kommer att bli rädd för mig, kanske också berätta för andra, och det är inte bra för jag vill leva hemligt med min hiv". Några uppger att utlandsresor med mycket alkohol kan få dem att ha sexuella kontakter vid vilka man inte berättar om hivinfektionen. Övriga 95 patienter (45 %) kunde däremot inte tänka sig att frånga att informera om att de hade hivinfektion vid en sexuell förbindelse.

14.5.5 De nya medicinernas inverkan på beteendet

En mycket intressant fråga är huruvida användandet av den nya medicinska behandlingen kommer att påverka riskbeteendet. Emellertid har tillgången till behandling bara funnits under en kort tid varför det endast finns ett fåtal studier som belyser denna fråga. Vid "beteendekonferensen" i Paris redovisades vissa ännu inte publicerade amerikanska studier som tyder på att hivpositiva under kombinationsbehandlingen och med icke mätbara virusmängder börjar anse att skyddade anala samlag inte längre är lika viktigt. När det gäller behandlingsmöjligheternas påverkan på osmittades riskbeteende redovisades andra studier som inte visade några tendenser till att de osmittade skulle ha ökat sitt riskbeteende på grund av de nya möjligheterna till behandling. Det bör här anmärkas att det naturligtvis är vanskligt att från dessa utländska studier dra några slutsatser beträffande hur situationen utvecklas i Sverige. Några svenska studier med denna frågeställning har inte genomförts.

14.6 Kunskaper om osmittade personer som varit riskutsatta

Med osmittade avses i detta avsnitt personer som inte bär på hivinfektion. Kommittén har för att belysa frågor om beteendet hos osmittade personer som varit riskutsatta genomfört två studier; "Hivtestningsenkäten" och "Intervjustudien". Huvudsakliga delar av dessa studier redovisas i kap.15 bl.a. när det gäller vilken inverkan man anser att smittskyddslagen har på det egna beteendet. Här redovisas uppgifter som speglar dessa personers riskuppfattning samt attityder till sexuella relationer med hivpositiva och till skyldigheten att informera om sin hivinfektion.

I "Hivtestningsenkäten" framkom att 67 % av de homosexuella männen, 88 % av de heterosexuella männen och 94 % av de hetero-

sexuella kvinnorna ansåg att hivpositiva alltid skall informera om att de är smittade med hivinfektion vid en eventuell sexuell kontakt. Inte någon av de heterosexuella männen och endast några enstaka av kvinnorna kunde tänka sig att ha sexuell kontakt med en person som är hivsmittad. Däremot uppgav 31% av de homosexuella männen att de skulle kunna ha sexuell kontakt med en person som uppger att han är hivpositiv. 56 % av de heterosexuella männen och 37 % av kvinnorna uppgav att de skulle ha oskyddade samlag med en person som uppger sig vara hivtestad. En mindre andel, 23 %, av de homosexuella männen uppgav att de skulle ha oskyddat samlag under sådana förhållanden.

Huvuddelen (7 av 9) av intervjupersonerna i "Intervjustudien" ansåg att hivpositiva skall vara skyldiga att berätta för sina partner om hivinfektionen. De tillfrågades också huruvida de vid en ny relation frågade om vederbörande tagit ett hivtest. Två intervjuade uppgav att de alltid frågade, fyra aldrig och tre frågade ibland. Fyra av dem som vid i vart fall något tillfälle frågade efter hivtest uppgav att de dessutom skulle fråga om testresultatet. De flesta av de intervjuade trodde att hivpositiva personer kan tänkas ha sexuell kontakt eller dela spruta utan att tala om att de är smittade. Allmänt trodde dock de intervjuade att det var lättare att vara ärlig vid sprutdelning än vid en sexuell kontakt.

Sju av de intervjuade sade sig aldrig ha varit med om att en blivande partner sagt sig vara hivpositiv. Av dessa uppgav tre intervjuade att de i en sådan situation skulle avstå helt från sexuellt umgänge och tre att de skulle avstå från penetrerande samlag. En av de intervjuade skulle ha samlag men endast om kondom användes. Två kvinnor hade varit med om en sådan situation och då haft sexuellt umgänge men krävt att kondom användes. Sex av de nio intervjuade uppgav däremot att man inte skulle kräva kondom om den blivande partnern uppger att hivtestet visat att han eller hon inte var smittad. Några hade varit med om en sådan situation, andra inte. Samtliga ansåg att det skall vara ett delat ansvar för att kondom används; dock ansåg fem intervjuade att huvudansvaret ligger hos den hivpositive.

I "Klamydiastudien" uppgav 10 % av de svaranden att de kände någon som hade hivinfektion. Enbart 8 % trodde att alla som hade hiv berättade det för sin sexualpartner och 28 % skulle fråga en ny partner om han/hon var hivpositiv.

14.7 Allmänhetens beteende och kunskaper om risk att smittas

14.7.1 Allmänt

Uppgifterna om allmänhetens beteenden är främst hämtade från Folkhälsoinstitutets sexualvanestudie från 1996 ("Sex i Sverige") och från *Herlitz* rapport "Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och vanor 1986–1997". Det bör här erinras om att i "allmänheten" naturligtvis även kan ingå personer med hivinfektion, klamydia eller andra infektionssjukdomar.

14.7.2 Sexualvanor och riskbeteende

Vid "beteendekonferensen" i Paris redovisades en EU-studie i vilken man jämfört sexualvanorna i elva västeuropeiska länder (Belgien, Finland, Frankrike, Grekland, Holland, Norge, Portugal, Spanien, Schweiz, Storbritannien och Tyskland). Studien visade på ett samband mellan ålder för samlagsdebut, som sjunker i hela Västeuropa, och sexuella aktiviteter senare i livet. Män och kvinnor skiljer sig åt enligt studien såtillvida att männen har flera sexuella partner under sin livstid, de är oftare otrogna och praktiserar oftare mindre vanliga sexuella aktiviteter som anala och orala samlag. De som har sexuella kontakter med någon av samma kön har ofta också haft sex med personer av motsatt kön.

Den svenska sexualvanestudien 1996 visar många likheter med EU-studien. Enligt den svenska studien äger samlagsdebuten rum betydligt tidigare i dag än för trettio år sedan och det totala antalet samlagspartner under livstiden har också ökat. Liksom i EU-studien har männen fler sexuella partner under sin livstid än kvinnorna och har även i större utsträckning än kvinnorna haft parallella sexuella relationer.

Av *Herlitz* rapport framgår att andelen personer som haft fler än två sexualpartner de senaste 12 månaderna ökat från 7 % 1988 och 1994 till 8 % 1997. Studierna visar vidare att förändringar ägt rum inom vissa åldersgrupper. Beträffande åldersgruppen 18–19 år har, i jämförelse med tidigare år, en större andel i 1997 års undersökning haft fler än två sexualpartner. Däremot har andelen personer i åldersgruppen 20–24 år med fler än två sexualpartner minskat mellan 1994 och 1997. Motsvarande resultat framkommer även i sexualvanestudien.

När det gäller kondom användning framgår av *Herlitz* rapport att andelen personer som använt kondom någon gång under den senaste månaden uppgick totalt 1997 till 23 % vilket inte utgjorde någon egentlig

förändring från tidigare år. I gruppen ensamstående utan fast partner uppgick andelen som använt kondom någon gång under den senaste månaden till 36 % 1988, 44 % 1994 och 43 % 1997. En från smittspridningssynpunkt angelägen grupp är de personer som under det senaste året haft samlag "första kvällen" utan att använda kondom. I Herlitz rapport utgjorde denna grupp 7 % 1989 och 1994 men ökade 1997 till 9 %. Företeelsen som sådan var lika vanlig bland manliga och kvinnliga tonåringar men i de äldre åldersgrupperna var detta beteende vanligare bland män än bland kvinnor. Den största ökningen mellan 1994 och 1997 hade dock ägt rum bland kvinnorna.

Enligt sexualvanestudien hade 72 % av dem som haft det senaste samlaget i en tillfällig relation inte använt kondom. Detta beteende var vanligast bland männen och särskilt i åldersgruppen 18–24 år. Enligt sexualvanestudien hade drygt var femte av de deltagande personerna någon gång haft en sexuellt överförbar sjukdom och drygt 6 % hade haft en sådan sjukdom mer än en gång.

14.7.3 Kunskaper om hivinfektion och riskuppfattning

Herlitz undersökningar visar att allmänhetens kunskaper om smittvägarna för hivinfektion är goda. Vidare var kunskapsnivån om hur hivinfektion *inte* smittar väsentligt högre 1997 än 1986 och något högre än 1994. Andelen av de svarande som t.ex. trodde att smittrisk för hivinfektion finns på offentliga toaletter var 30 % 1986, 16 % 1994 och 13 % 1997.

I 1997 års undersökning togs också in frågor om riskbedömningar för tuberkulos, klamydia och gonorré. Risken för att smittas med hivinfektion och tuberkulos bedömdes likartat; 3 % trodde det fanns mycket eller ganska stor risk för dem att smittas med någon av sjukdomarna. Något större andel trodde att det fanns mycket eller ganska stor risk att de skulle smittas med klamydia (6 %) respektive gonorré (5 %).

Knappt en tredjedel trodde att alla eller nästan alla berättar om sin hivinfektion om de skall ha en sexuell kontakt. Bland dem som uppgivit att de haft samlag "första kvällen" utan att använda kondom trodde 35 % att alla eller nästan alla hivpositiva berättar om sin infektion.

Totalt 27 % trodde att rädslan för hiv/aids kommer att minska p.g.a. de nya medicinerna och 24 % menade att man kommer att bli mindre noga med att skydda sig mot hivinfektion sedan de nya medicinerna kommit.

14.8 Metoder att bryta riskbeteenden

14.8.1 Testning och rådgivning som metod att åstadkomma beteendeförändringar

Ett av syftena med rådgivning i samband med hivtest är att om individen haft ett riskfyllt beteende skall han eller hon få hjälp med att förändra detta beteende till ett mindre riskfyllt sådant. Särskilt utomlands har stora resurser avsatts för att få svar på frågan om man uppnår förändringar genom rådgivning. Åtskilliga forskare och policyskrivande institutioner har hävdad att rådgivning före och efter hivtestning är viktig, men sällan beskrivs olika metoders effektivitet när det gäller beteendeförändring. Det skall redan här påpekas att det inte finns något entydigt svar. Forskarna har haft olika frågeställningar i studierna och få forskare har beskrivit exakt vad rådgivningen innehållit. Regelrätta jämförelser mellan studierna är därför mycket svåra.

En utbredd uppfattning är att om individen känner till sitt hivstatus kommer denna kännedom att påverka möjligheten till förändring. De studier som genomförts rörande hivtestning och dess konsekvenser för beteendeförändringar uppvisar dock motstridiga resultat. Vissa studier visar att hivpositiva män i högre utsträckning avstår från oskyddade anala samlag än osmittade eller otestade personer. En forskare fann det motsatta, dvs. att det var de osmittade männen som avstod från oskyddade anala samlag. En annan forskare fann att de män som testat sig var mer sexuellt aktiva och i större utsträckning hade skyddat sex än de otestade männen. Slutligen har flera forskare inte kunnat finna någon skillnad mellan testade och otestade.

I avsnitt 14.5.3 redovisades resultat från studier som enbart tagit sikte på beteende och beteendeförändringar efter hivpositivt resultat. Följande redovisning behandlar projekt som haft syftet att mäta värdet av testning och rådgivning när det gäller beteendeförändring.

Den stora amerikanska MACS-studien (Multicenter AIDS Cohort Study) som är ett samarbete mellan forskare i USA har till syfte att följa nära 5 000 homosexuella män. En delrapport omfattande 2 500 män som vid studiens start var osmittade visade att 3,8 % hade serokonverterat och blivit hivpositiva. "Passivt analsex" var den största riskfaktorn. 60 % av dem som fick personlig rådgivning vid utlämnandet av ett negativt hivtest fortsatte ändå att praktisera "passivt analsex". Rådgivningen borde därför, enligt författarna, ha varit mer koncentrerad på undvikande av detta beteende.

Higgins (1991) konstaterar i en översiktsartikel att all forskning sammantaget före 1991 tydde på att bland homosexuella män en minskning av riskfyllt sexualbeteende hade skett både bland testade och otes-

tade personer. Många studier tydde dock på att den största minskningen skett bland de män som testats hivpositiva. För narkomaner hade samma minskning i riskbeteende skett oavsett om testning och rådgivning ägt rum eller inte. I den heterosexuella gruppen av par där en var smittad hade stora förändringar skett till ett mindre riskfyllt beteende.

En stor studie 1993 i Florida visade att rådgivning och testning minskade förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar i en hivpositiv population. I jämförelse med den i studien ingående hivnegativa gruppen var förekomsten av gonorré lägre i den hivpositiva gruppen. Författarna ansåg dock att rådgivningen måste förbättras eftersom en stor andel av de hivpositiva i studien fortfarande hade ett riskbeteende vilket visade sig i att de reinfekterades av sexuellt överförbara sjukdomar.

I en studie av den amerikanske forskaren *Wykoffs* 1991 erbjöds 137 partner till hivpositiva i samband med hivtestningen en 45–60 minuter lång lektion om personlig risk och hur man skyddar sig. Vid utlämnandet av hivbeskedet fick alla en timmes rådgivning för att förstärka den tidigare informationen. De individer som diagnosticerades med hivinfektion rapporterade vid studiestarten 5,6 "sex- eller sprutdelningskontakter" under en period om sex månader. Efter 24 månader, varvid fyra rådgivningstillfällen hade ägt rum, uppgav dessa individer i medeltal 1,1 kontakter. För de osmittade sjönk antalet kontakter från fyra till två under motsvarande period. Författarna konstaterade att metoden åstadkom en omedelbar beteendeförändring men att man inte vet om den skulle bestå efter dessa två år.

Ramstedt intervjuade i en studie från Göteborg 1993 75 "STD-patienter" som fått rådgivning i samband med hivtestning efter utlandsresa där oskyddade sexuella kontakter förekommit. Intervjuerna ägde rum sex månader efter rådgivningen. Majoriteten upplevde rådgivningen positivt och av dem som under den närmaste tiden efter rådgivningen åter reste utomlands var det inte någon som hade oskyddade sexuella kontakter under resan.

En del forskare har studerat rådgivningens betydelse för sexualbeteendet i fasta parrelationer framför allt där hivstatus är olika. *Rådö* beskrev i en rapport från Danderyds sjukhus 1993 behovet av särskild rådgivning till heterosexuella par där en part var smittad. Hon fann bl.a. att patienter och partner hade olika psykologiska strategier för att försvara sitt beteende.

Den amerikanska forskaren *Padian* erbjöd i en studie 1991 parrådgivning till 144 par (fasta relationer) med olika hivstatus. I rådgivningen behandlades frågor om användande av kondom, valet av olika sexualtekniker, tillfälliga sexuella kontakter samt frågan om att leva i sexuell avhållsamhet. Paren besökte kliniken för rådgivning ungefär var

sjätte månad. I genomsnitt hade paren 2–3 samlag i månaden. Under studietiden serokonverterade inte någon av de osmittade. Författaren konstaterar att det är mycket effektivt att erbjuda professionell enskild rådgivning till osmittade partner och till deras hivpositiva partner samt parsamtal.

Colon utvärderade i Puerto Rico 1995 test och rådgivning till 374 intravenösa narkotikamissbrukare (IV-missbrukare) som stod utanför behandlingsprogram och fann i sina studier att IV-missbrukare behöver mycket rådgivning för att förstå innebörden av testresultatet. Riskbeteendet när det gäller sprutsmitta var i denna studie lika oavsett om hivresultatet var positivt eller negativt. Flera andra studier i USA visar dock på att IV-missbrukare som får reda på att de är hivpositiva ändrar sitt riskbeteende i avseende på sprutsmitta. När det gäller sexualbeteendet rapporterade de hivpositiva i *Colons* studie en stor förändring till ett säkrare beteende, medan andra studier visar på mycket små förändringar.

Käll behandlar i sin avhandling frågan om hur en verkligt riskutsatt grupp som IV-missbrukare kan förändra såväl sexualbeteende som sprutbeteende. Enligt henne kan den sjunkande hivincidensen bland IV-missbrukare, trots att t.ex. sprutdelning fortfarande förekommer, förklaras med flera faktorer. Betydelsen av testningen och rådgivningen sammanfattar hon enligt följande. Det viktigaste är troligen den tidiga upptäckten av infektionen genom att IV-missbrukarna erbjuds testning mycket ofta. På detta sätt förkortas tiden som personen är ovetande om sin infektion. Frivillig testning erbjuds på sjukhus, på häkten och i fängelser och missbrukare accepterar i mycket hög grad testningen. Det verkar t.o.m. vara så att det finns ett "kamrattryck" på att man skall testa sig och vara "öppen" med sin diagnos. I missbrukarkulturen i Sverige har man etablerat en egen "harm reduction"-strategi så att man fortsätter att dela sprutor men undviker att göra detta med hivpositiva. Detta innebär i många fall att hivpositiva får delta när några i en grupp skall injicera men får använda sprutan sist.

I en studie "Torsken i flickstimmet" i Stockholm som innefattade intervjuer med 50 män som köpte sex på Stockholms gator uppgav 18 av männen att de hade hivtestat sig. I rapporten framkommer inte om man uppgivit orsaken till hivtestning för sjukvårdspersonalen eller hur männen upplevt den eventuella rådgivningen men enligt studien är det tydligt att männen upplevde det hivnegativa provsvaret som bevis på att de kunde fortsätta sitt riskbeteende.

14.8.2 Andra metoder att förändra beteenden

Förutom testning och rådgivning har Sverige under ett flertal år bedrivit andra preventionsprojekt på många olika plan. Dessa har varit både allmänt inriktade och inriktade på specialgrupper. Även om få utvärderingar av enskilda projekt gjorts så har Brorsons och Herlitz undersökningar om attitydförändringar och beteendeförändringar visat att alla insatser sammantaget haft effekt. Av dessa undersökningar kan dock inte några slutsatser dras om eventuella effekter av enskilda kampanjer eller enskilda förebyggande åtgärder. Forskningen och teorier bakom metoder som använts poängterar behovet av hivpreventiva interventioner som är mångsidiga och som inriktar sig både på personer som utsätter sig för den största hivrisken och på den allmänna befolkningen. Det är inte helt enkelt att avgöra vilka metoder som har de bästa effekterna.

Internationell forskning har givit vid handen att det mest effektiva sättet att förändra beteenden är när man haft en teoretisk psykologisk grund att utgå från och att man involverar s.k. "förhandlingsteknik" i övningar. Det är viktigt att övningarna oavsett gruppstorlek pågår under en längre tid om man vill uppnå bestående beteendeförändringar. Det har också visat sig mycket effektivt att använda personer inom den egna gruppen för att i olika sammanhang propagera för ett nytt beteende.

14.9 Avslutande kommentarer

Beteendevetenskaplig kunskap när det gäller smittsamma sjukdomar i allmänhet exklusive hivinfektion och andra STD är mycket knapphändig vilket belyses av det ringa utrymme dessa kunskaper fått i detta kapitel. Som påpekats i avsnitt 14.2.1 har kommittén i syfte att belysa dessa frågor även beträffande andra smittsamma sjukdomar än hivinfektion låtit utföra särskilda studier beträffande klamydia och tuberkulos. Emellertid ger även dessa studier endast begränsad information i nu aktuella avseenden. De sexuellt överförbara sjukdomarna skiljer sig också i beteendevetenskapligt hänseende från andra smittsamma sjukdomar genom att frågor rörande sexualbeteendet i sig är mycket komplext sammansatta. Mot bakgrund av vad nu sagts rör analysen främst hivinfektion men i den mån det varit möjligt görs även jämförelser med andra smittsamma sjukdomar. Beträffande den beteendevetenskapliga forskningen rörande hivinfektion bör vidare anmärkas att det, bl.a. med hänsyn till kulturella skillnader som kan inverka på beteendet, kan vara vanskligt att dra generella slutsatser om svenska förhållanden med stöd av utländska studier.

Senare tids forskning har visat en mångfacetterad bild av olika bakomliggande faktorer till att personer utsätter sig för risken att smittas med STD/hiv. Följande faktorer har särskilt uppmärksammats; alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, behov av intimitet som bevis för kärlek, svag självbild, ingen upplevelse av hot att smittas och för kvinnor en av olika skäl betingad oförmåga att kräva kondom.

När det gäller beteendet hos hivpositiva individer är främst tre aspekter mycket intressanta, nämligen det faktiska beteendet, eventuell förändring av riskbeteendet efter diagnos och frågor rörande öppenheten kring sjukdomen, särskilt i vad mån man informerar en tilltänkt sexualpartner om sin infektion.

Vad först gäller det faktiska beteendet visar internationella forskningsresultat att en stor andel hivpositiva fortfarande har oskyddade sexuella kontakter. I de svenska studierna är det dock mycket få av de hivpositiva patienterna som uppger att de har oskyddade sexuella kontakter. Av dem som hade oskyddade samlag lever den största delen i relation med en hivpositiv partner.

Den svenska hivtestningspolicyn bygger på teorin att om man identifierar hivpositiva personer så förväntas dessa personer därefter följa lämnade förhållningsregler och inte sprida infektionen vidare. Internationella forskningsresultat i detta avseende ger dock en ganska motsäggelsefull bild av huruvida människor ändrar sitt beteende när de fått vetskap om att de är hivpositiva. De svenska studierna tyder däremot på att erhållandet av diagnos gör att hivpositiva förändrar sitt sexualbeteende. Samtidigt får uppmärksammas att även om majoriteten av dem som deltagit i de svenska studierna sagt sig ha förändrat sitt beteende så innebär detta *inte* att samtliga av de som uppgivit förändringar därmed också helt har upphört med beteenden som kan innebära risk för smittspridning. Även för svenska förhållanden är således erhållandet av diagnosen i sig inte en tillräcklig åtgärd utan måste kompletteras med andra metoder, t.ex. kontinuerlig rådgivning och stöd. Såväl den svenska som den internationella forskningen tyder på att sådan rådgivning där patienterna får reflektera över sitt beteende och där rådgivningen sker vid upprepade tillfällen resulterar i ett säkrare sexualbeteende. Rådgivning till par med olika hivstatus har visat sig vara en effektiv preventiv åtgärd liksom särskilda program med testning och rådgivning för IV-missbrukare.

När det gäller andra metoder än enskild rådgivning för att få till stånd en beteendeförändring har särskilt gruppövningar innehållande förhandlingsteknik och självförtroendeträning givit goda resultat. Det har också visat sig mycket effektivt att använda personer inom den egna gruppen t.ex. prostituerade och "trendiga" homosexuella på barer för att i olika sammanhang propagera för säkrare sexualbeteende.

Beträffande frågan om hivpositiva inför andra är öppna om sin diagnos visar studierna helt klart att det generellt inte är så. Mycket få uppgav att alla i omgivningen var informerade om att de var hivpositiva. Att uppmärksamma här är vidare att en mycket stor andel, 58 %, av patienterna i "Danderydsstudien" uppgav att ingen i deras omgivning kände till att de var hivpositiva. Detta rörde främst patienter som var av utländsk härkomst. Studien tyder här på att dessa patienter har svårare att berätta för sin omgivning än patienter som var födda och uppvuxna i Sverige.

Vid jämförelse med tuberkulospatienter framgår en mycket stor skillnad beträffande i vad mån man vill eller anser sig kunna berätta för sin omgivning. I motsats till de hivpositiva patienterna uppgav majoriteten, 54 %, i "Tbc-studien" att alla i omgivningen kände till deras sjukdom. Det skall dock anmärkas att även beträffande tuberkulos syntes patienter som var av utländsk härkomst vara mer återhållsamma med att berätta om sin diagnos.

Vad slutligen gäller frågan om huruvida patienterna informerar framför allt tillfälliga sexuella partner om sin hivinfektion visar både internationella och svenska studier att det inte är ovanligt att man avstår från att berätta om sin infektion. Det är tydligt att skyldigheten att informera en sexuell partner kan innebära stora problem och ett flertal hivpositiva kan, enligt studierna, tänka sig situationer då man skulle underlåta att informera en sexuell partner. Många av dessa hivpositiva har angivit som skäl härför att man är rädd för att bli lämnad ensam och ett flertal anser att det viktiga är att det är fråga om "säker sex", dvs. att man inte har oskyddade samlag.

Samtidigt visar studierna rörande personer som inte är hivsmittade att majoriteten av dessa personer anser att hivpositiva skall informera sin partner om att de bär på hivinfektion. De allra flesta synes inte tro att hivpositiva i praktiken alltid gör detta. Emellertid är det en förhållandevis stor grupp i Herlitz studie, 35 % av dem som uppgivit att de haft samlag första kvällen utan kondom, som trodde att alla eller nästan alla hivpositiva berättar om sin hivinfektion för en sexualpartner. Här kan dock reflekteras över om svaren egentligen mer skall ses som ett försvar av det egna agerandet än som verklig uppfattning. Emellertid pekar detta på, liksom de studier som visat att de flesta nydiagnosticerade hivpatienter inte vet om att de haft sexuell kontakt med en hivpositiv person, behovet av preventiva åtgärder som inte enbart riktar in sig på hivpositiva personer och deras beteende.

När det gäller osmittades kunskaper om bl.a. hivinfektion kan konstateras att undersökningarna visar att allmänhetens kunskaper om smittvägarna för hivinfektion är goda och det är relativt få som har en felaktig eller överdriven uppfattning om hur hivinfektion sprids. Enligt

Herlitz studie tror ytterst få, 3 %, att de själva löper mycket eller ganska stor risk för att bli smittade med hivinfektion eller tuberkulos. Bara obetydligt fler tror de löper mycket eller ganska stor risk för att smittas av klamydia och gonorré.

15 Hur uppfattas bestämmelserna i smittskyddslagen?

15.1 Inledning

I utvärderingen av smittskyddslagen är en viktig fråga hur smittskyddslagens bestämmelser påverkar de människor som berörs av bestämmelserna. I syfte att belysa hur smittskyddslagens bestämmelser om bl.a. smittspårning, undersökningsskyldighet och förhållningsregler uppfattas ställdes frågor om detta i de beteendevetenskapliga studier kommittén har beställt. I det följande redovisas sammanfattningsvis vad som framkommit i studierna om de intervjuades uppfattning om smittskyddslagens bestämmelser. Studierna har närmare redogjorts för i kap. 14 och finns intagna som bilagor till betänkandet. Med osmittade avses liksom i kap. 14.6 personer som inte bär på hivinfektion.

15.2 Inställning till smittskyddslagen i allmänhet

15.2.1 Studier rörande smittade personer

I "Tbc-studien" framkom att majoriteten, 106 av 122 tillfrågade patienter, ansåg att smittskyddslagens bestämmelser behövdes för kontrollen av tuberkulos. Endast åtta patienter ansåg att samarbetet och kontakterna med behandlande personal påverkades negativt av smittskyddslagen. Även i "Klamydiastudien" ansåg majoriteten, 90 %, av de tillfrågade att det var bra att klamydia reglerades i smittskyddslagen.

När det gäller hivpositivas inställning till smittskyddslagens bestämmelser framkom i "Danderydsstudien" att 26 av de 91 tillfrågade patienterna ansåg att regleringen påverkade deras livssituation, inklusive det sexuella beteendet. Merparten av dessa ansåg att lagen har en negativ påverkan. Endast få av de tillfrågade, 6 av 70 svarande patienter, ansåg dock att relationen till läkaren påverkades av smittskyddslagens bestämmelser rörande förhållningsregler. I studien var det främst de homosexuella/bisexuella männen som var kritiska till smittskyddsla-

gens reglering av hivinfektion. Detta kan jämföras med resultaten i "Venhäsestudien" där 55 % av de tillfrågade ansåg att smittskyddslagen inte påverkade deras sexuella beteende och 63 % att lagen inte påverkade deras livssituation i övrigt. Av kommentarerna från dessa patienter framgår att man bl.a. anser att beteendet styrs av den egna moraluppfattningen och inte av lagens bestämmelser. Kommentarer från dem som varit negativt inställda i "Venhäsestudien" och "Danderydsstudien" har främst rört kritik mot den s.k. informationsplikten och den behandlande läkarens skyldighet att kontrollera och anmäla missförhållanden till smittskyddsläkaren, samt patientens rädsla för att själv komma ifråga för smittskyddslagens tvångsåtgärder.

15.2.2 Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta

Av Berglunds "Hivtestningsenkät" framgår att kännedomen om den svenska smittskyddslagstiftningen och de föreskrifter som gäller för hivpositiva personer genomgående var hög bland de tillfrågade personerna. I syfte att belysa uppfattningen om smittskyddslagens inverkan på beteendet fick de tillfrågade personerna ta ställning till några konkreta påståenden om lagens effekter.

I påståendet att "smittskyddslagens bestämmelser gör att jag undviker att utsätta mig för risken att bli hivpositiv" instämde helt eller delvis 32 % av de homosexuella männen, 44 % av de heterosexuella männen och 43 % av kvinnorna.

I påståendet "P.g.a. smittskyddslagen är risken liten att bli smittad av någon som känner till sin hivinfektion" instämde helt eller delvis 17 % av de homosexuella männen, 19 % av de heterosexuella männen och 34 % av kvinnorna. Övriga svar fördelade sig relativt jämnt mellan "Delvis avstånd", "Helt avstånd" och "Ej ta ställning".

Vidare instämde 22 % av de homosexuella männen, 16 % av de heterosexuella männen och 8 % av kvinnorna helt eller delvis i att "smittskyddslagens bestämmelser gör att jag skulle låta bli att hivtesta mig om jag verkligen trodde att jag var hivsmittad". Emellertid tog nära 60 % av samtliga tillfrågade män helt avstånd från detta påstående och av de homosexuella männen uppgav 78 % att smittskyddslagen inte hindrar dem från att ta reda på om de är smittade om de verkligen tror sig kunna vara det. Av dem som instämt i påståendet har många i kommentarer givit uttryck för att de uppfattar bestämmelserna som hotfulla eller svåra att följa. Emellertid bör här uppmärksammas att samtliga män som deltog i studien faktiskt hivtestade sig i samband med besvare av enkäten.

Däremot var det en större andel som trodde att smittskyddslagens bestämmelser påverkade andra människors benägenhet att testa sig. 50 % av männen och 26 % av kvinnorna instämde helt eller delvis i påståendet att "Smittskyddslagens bestämmelser gör att jag tror att andra skulle låta bli att testa sig om de verkligen trodde att de var hivpositiva".

De riskutsatta personer som intervjuats i "Intervjustudien" syntes, med något undantag, ha relativt liten kännedom om smittskyddslagens bestämmelser men uttryckte huvudsakligen positiva åsikter om de åtgärder och skyldigheter som regleras i lagen.

15.2.3 Allmänhetens attityder

I den av Herlitz 1997 genomförda studien rörande bl.a. allmänhetens kunskaper och attityder till hiv/aids ställdes också några frågor för att belysa beteendeeffekterna av smittskyddslagens bestämmelser rörande hivinfektion, gonorré, klamydia och tuberkulos.

Drygt hälften av de tillfrågade uppgav att smittskyddslagens bestämmelser medförde att de själva var extra noga med att skydda sig mot klamydia, gonorré och hivinfektion. Hälften av de tillfrågade trodde även att människor i allmänhet skyddade sig extra noga mot hivinfektion på grund av bestämmelserna i smittskyddslagen. Däremot trodde endast en fjärdedel att detta även gällde vid klamydia och gonorré.

Huruvida människor i allmänhet skulle avstå från att söka läkarhjälp p.g.a. smittskyddslagens bestämmelser trodde 14 % av de tillfrågade att så var fallet när det gäller hivinfektion. 12 % trodde att så var fallet vid klamydia och 11 % trodde att så var fallet vid gonorré. Mycket få av de tillfrågade uppgav dock att de själva skulle avstå från att söka läkarhjälp p.g.a. smittskyddslagens bestämmelser. Andelen, 4 %, som hade denna uppfattning var densamma vid alla tre sjukdomarna. Över 90 % av de tillfrågade uppgav vidare att man utan att vänta på kallelse från sjukvårdspersonal själv skulle uppsöka läkare om en f.d. partner meddelat att han/hon hade hivinfektion, gonorré eller klamydia.

Frågan om smittskyddslagens inverkan på benägenhet att uppsöka läkare ställdes också beträffande tuberkulos. Endast 8 % av de tillfrågade trodde att människor i allmänhet skulle avstå från att uppsöka läkare vid misstanke om tuberkulos och endast 3 % att de själva skulle avstå från att uppsöka läkare.

15.3 Särskilt om testning och kontaktspårning

15.3.1 Studier rörande smittade personer

I såväl "Danderydsstudien", "Tbc-studien" som "Klamydiastudien" ansåg en övervägande majoritet att den som utsatts för risk att ha smittats av hivinfektion, klamydia eller tuberkulos skall vara skyldig att låta sig undersökas av läkare.

74 patienter i "Danderydsstudien" svarade på frågan vad man skall göra med de personer som trots kallelse inte infinner sig för rådgivning och hivtest. 9 ansåg att ingen åtgärd borde vidtas, 32 tyckte att polishämtning skulle vidtas som sista utväg, 7 ansåg att man aldrig skulle använda polishjälp och övriga hade lämnat förslag på andra åtgärder. Dessa handlade om att vederbörande bör erbjudas "motivationssamtal" men också att "hembesök" bör ske, "övertalning", "någon typ av civilpolis" och tvångsåtgärd nämndes också.

I "Klamydiastudien" svarade 192 patienter på samma fråga och 86 kunde tänka sig polishämtning som sista utväg medan 46 uteslöt detta alternativ. Däremellan förekom förslag om åtgärder, likartade dem som patienterna i "Danderydsstudien" föreslog.

Av de tillfrågade i "Klamydiastudien" ansåg 90 % att det var bra att det enligt smittskyddslagen föreligger skyldighet att bedriva kontaktspårning och studien visar en stor acceptans för kontaktspårning som metod. Endast ett fåtal patienter uppger sig ha undanhållit information om personer som de haft kontakt med.

Resultaten är mer svårtolkade när det gäller "Danderydsstudien". Enligt denna studie var det endast 38 % av 87 svarande patienter – dvs. 33 patienter – som uppgivit sig ha varit med om kontaktspårning. Enligt studien förekom både positiva och negativa kommentarer om hur kontaktspårningen upplevdes med viss övervikt för de negativa. Kommentarererna hänför sig dock främst till den personliga upplevelsen av kontaktspårningen och belyser i mindre utsträckning uppfattningen till kontaktspårning i sig. I motsats till "Klamydiastudien" hade ett antal, 14 av 33 personer, undanhållit information om någon eller några kontakter.

Även i "Tbc-studien" är resultaten svåra att dra slutsatser från eftersom endast 55 av 122 tillfrågade har svarat på frågan om vad de ansåg om smittspårning. De som besvarade frågan var dock huvudsakligen positiva till att smittspårning ägde rum och ytterst få hade enligt egen uppgift undanhållit information om någon kontakt.

15.3.2 Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta

Som framgår av avsnitt 15.2.2 ansåg majoriteten av de tillfrågade i Berglunds "Hivtestningsenkät" att smittskyddslagens bestämmelser inte medförde att de skulle avstå från att låta sig läkarundersökas. Över 80 % av såväl de homosexuella/bisexuella männen som de heterosexuella männen och över 90 % av kvinnorna ville vidare bli kallade till provtagning om de hade uppgivits som kontakter i ett kontaktspårningsärende. Endast 9 % av de homosexuella männen och 7 % av de heterosexuella männen ville inte bli kallade till provtagning.

Majoriteten av de tillfrågade var positiva till kontaktspårning. 86 % av de homosexuella/bisexuella männen och 96 % av samtliga heterosexuella män och kvinnor svarade att de skulle medverka vid kontaktspårning om de befanns vara hivpositiva.

I "Intervjustudien" uppgav samtliga intervjuade att de skulle ha testat sig även om valet varit fritt och de ansåg också att alla uppgivna personer i ett kontaktspårningsärende skall låta sig undersökas. De intervjuade ställde sig positiva till kontaktspårning och samtliga uppgav att de skulle medverka vid kontaktspårning om de befanns vara hivpositiva. Två personer kunde dock tänka sig att undanhålla information i vissa situationer, t.ex. angående kontakter man skäms över eller om det är fråga om en anonym kontakt utomlands.

15.4 Särskilt om skyldigheten att följa förhållningsregler

I studierna har frågor som berört förhållningsregler ställts på olika sätt bl.a. avseende i vad mån man erhållit förhållningsregler, i vad mån man avser att följa förhållningsreglerna och förhållningsreglernas inverkan på relationen till läkaren.

I "Klamydiastudien" uppgav 96 % att de fått råd om hur man skulle förhålla sig tills klamydiainfektionen läkt. I "Danderydsstudien" (frågan ställdes ej i "Venhäsestudien") uppgav 82 % av de svarande att de fått förhållningsregler och i "Tbc-studien" uppgav 68 % av de tillfrågade patienterna att de fått förhållningsregler. Det skall här anmärkas att endast 13 % av de tillfrågade patienterna i "Tbc-studien" uppgav att de inte hade fått några förhållningsregler, övriga var inte säkra.

I såväl "Klamydiastudien" som "Tbc-studien" var majoriteten positivt inställda till att förhållningsregler meddelats. 90 % av de till-

frågade i "Klamydiastudien" hade för avsikt att följa förhållningsreglerna.

Som framgår av avsnitt 15.2.1 var det mycket få av de tillfrågade hivpositiva patienterna i "Danderydsstudien" som ansåg att relationen till läkaren påverkades av smittskyddslagens bestämmelser rörande förhållningsregler. I både "Venhäsestudien" och "Danderydsstudien" ansåg majoriteten att de kunde tala med sin läkare om eventuella sexuella problem. Kommentarer från dem som hade avvikande åsikter handlade bl.a. om rädsla för att läkaren skall meddela smittskyddsläkaren att patienten har problem och några beskyllde vårdpersonalen för att vara smittskyddslagens förlängda arm.

När det gäller hivinfektion har uppmärksamheten främst riktats mot skyldigheten att alltid informera en tänkt sexualpartner om sin hivinfektion. Som framgår av avsnitt 15.2.1 är det frågan om den s.k. informationsplikten och läkarens anmälningsskyldighet vid brott mot förhållningsregler som främst kritiserats av dem som uppgivit sig vara negativa till smittskyddslagens bestämmelser. Frågor om öppenhet om sin diagnos och i vad mån s.k. säkrare sexualtekniker används av hivpositiva har närmare behandlats i kap. 14. Av "Danderydsstudien" och "Venhäsestudien" framgår dock att 45 % av dem som besvarat frågan om informationsplikten inte kunde tänka sig att frånga att informera om sin hivinfektion vid en sexuell förbindelse. Övriga 55 % beskrev dock olika situationer där de skulle undvika att informera om sin hivinfektion (se närmare avsnitt 14.5.4). I avsnitt 14.5.2 framgår vidare att de tillfrågade i studierna säger sig ha mycket få "oskyddade" sexuella kontakter.

I det här sammanhanget skall beaktas att majoriteten av de tillfrågade i Berglunds "Hivtestningsenkät" ansåg att en hivpositiv alltid skall informera en sexuell kontakt om sin hivsmitta, nämligen 67 % av de homosexuella/bisexuella männen, 88 % av de heterosexuella männen och 94 % av kvinnorna. Även i "Intervjustudien" ansåg alla utom två intervjuade att den hivpositiva har en skyldighet att informera en sexuell kontakt.

15.5 Sammanfattande kommentarer

Smittskyddslagen har i den allmänna debatten varit föremål för kritik, särskilt vad gäller dess tillämpning vid hivinfektion. Som inledningsvis påpekats är vid utvärderingen av smittskyddslagen en viktig fråga hur människor, såväl smittade som osmittade, påverkas av lagens bestämmelser och hur de uppfattar dessa. I syfte att belysa dessa frågor har vissa studier genomförts under 1997. Några förhållanden bör

inledningsvis beaktas vid tolkning av resultaten. Även om det har eftersträvats att få likartade frågeställningar i de olika studierna har frågorna till viss del ställts på olika sätt och ibland varit allmänt hållna varför det inte är helt lätt att jämföra svaren. Det skall vidare beaktas att när det gäller t.ex. frågor om förhållningsregler är dessa inte helt jämförbara mellan de olika sjukdomarna eftersom förhållningsreglerna i vissa delar ser olika ut beroende på sjukdomen. Det är vidare så att svaren torde vara beroende av den svarandes kunskaper om lagen, vilket är svårt att analysera. Emellertid torde studierna sammantaget ge en god bild av hur vissa bestämmelser i smittskyddslagen uppfattas och vilken inverkan den har på dem som berörs.

Resultaten av de studier som bl.a. genomförts av kommittén pekar på en allmän positiv inställning till smittskyddslagen, även bland dem som smittats. I såväl "Klamydiastudien" som "Tbc-studien" framkommer att en övervägande majoritet anser att lagen är befogad vid dessa sjukdomar. Även bland hivpositiva patienter synes majoriteten ha en positiv inställning till lagen, även om det bland dessa patienter, särskilt bland homosexuella män, förekommer mer kritik än bland dem som smittats av klamydia eller tuberkulos och bland dem som deltagit i studierna rörande osmittade personer.

I vad mån lagen påverkar människors riskbeteende tas delvis upp i kap. 14. Av de resultat som redovisats i aktuellt kapitel är det av intresse att notera att majoriteten av de hivpositiva i såväl "Danderydsstudien" som "Venhäsestudien" inte ansåg att smittskyddslagens bestämmelser påverkade deras livssituation, inklusive det sexuella beteendet. Vad som avses härmed är visserligen svårtolkat men kommentarerna, i den mån sådana har lämnats, tyder på att man i de flesta fall inte uppfattar lagens bestämmelser som ett hot mot den egna livsföringen. Av dem, huvudsakligen homosexuella män, som sagt att lagen har inverkat på deras livssituation har flertalet framhållit lagens negativa inverkan och då främst effekterna av den s.k. informationsplikten samt lagens bestämmelser om läkarens anmälningskyldighet och om tvångsåtgärder.

Beträffande lagens inverkan på osmittade personers beteenden synes resultaten enligt "Hivtestningsenkäten" och Herlitz studier rörande allmänhetens attityder tyda på att lagen skulle ha en relativt stor inverkan på huruvida människor utsätter sig för risk att smittas. Särskilt verkar allmänheten ha en stor tilltro till lagens effekter i detta avseende. Emellertid bör dessa resultat tas med stor försiktighet. Det finns skäl att ifrågasätta vilka kunskaper om lagen människor i allmänhet har. Bl.a. den svenska sexualvanestudien pekar vidare på att många människor faktiskt utsätter sig för risk att smittas av t.ex. sexuellt överförbara sjukdomar genom oskyddade samlag med tillfälliga kontakter. I

"Hivtestningsenkäten" har de deltagande visserligen god kännedom om lagens bestämmelser men samtidigt får beaktas att dessa personer sökt sig till mottagningen för att testa sig för hivinfektion, vilket kan tyda på att de varit utsatta för smittrisk.

Frågor om smittskyddslagens inverkan på relationen till behandlande läkare har tagits upp i "Tbc-studien", "Danderydsstudien" och "Venhäsestudien". Främst har frågorna rört bestämmelserna om förhållningsregler. Det kan därvid konstateras att det såväl i "Tbc-studien" som i "Danderydsstudien" var ytterst få som ansåg att relationen påverkades negativt. Överlag har en majoritet av de deltagande i de olika studierna, oavsett sjukdom, varit positivt inställda till att förhållningsregler meddelas. Emellertid syns en klar skillnad mellan de hivpositiva patienterna och de som smittats av tuberkulos eller klamydia. Fler hivpositiva patienter var negativt inställda till förhållningsreglerna, främst de homosexuella männen. Även om majoriteten bland patienterna i "Danderydsstudien" ansåg att de kunde tala med sin läkare om eventuella sexuella problem fanns det ett flertal patienter som uttryckte rädsla för att läkaren skulle meddela smittskyddsläkaren om patienten hade problem att följa förhållningsreglerna. Den största kritiken har väckts mot den s.k. informationsplikten. Det är tydligt att skyldigheten att informera en sexualpartner kan innebära stora problem för individen och ett flertal hivpositiva kan, enligt studierna, tänka sig situationer då man skulle underlåta att informera en sexualpartner. Samtidigt visar studierna rörande personer som inte är hivsmittade att majoriteten av dessa personer anser att hivpositiva skall informera sin partner om att de bär på hivinfektion. Beträffande dessa frågor se vidare kap. 14.

Den allmänna uppfattningen i Sverige om testning, rådgivning och den kontaktspårning som sker efter positivt resultat är att det fungerar väl, mycket p.g.a. ett utbyggt sjukvårdssystem med möjlighet till rådgivning både före och efter testning och ett bra psykosocialt omhändertagande av smittade individer. Studierna visar att kontaktspårning som metod är väl förankrad hos majoriteten av såväl smittade som osmittade personer oavsett om det rör hivinfektion, klamydia eller tuberkulos. De allra flesta tillfrågade tycks också vilja få reda på att de varit utsatta för risk att smittas. I t.ex. "Hivtestningsenkäten" ville nästan samtliga bli kallade till läkarundersökning om de uppgivits som sexuell kontakt till en hivpositiv person. Samtidigt kan konstateras att kontaktspårning kan vara svår för vissa personer och att inte alla är positiva till att detta äger rum. Såväl "Klamydiastudien" som "Danderydsstudien" visar t.ex. att vissa av patienterna undanhållit information om sexuella kontakter vid kontaktspårning, främst bland de hivpositiva patienterna i "Danderydsstudien".

Här bör också uppmärksammas att det är en anmärkningsvärt liten grupp bland de tillfrågade i "Danderydsstudien" som säger sig ha varit med om kontaktspårning. Det är svårt att veta vad som ligger bakom detta. Det är inte troligt att kontaktspårning endast ägt rum i så liten utsträckning som svaren tyder på. Detta kan i stället vara ett uttryck för att kontaktspårningen ägt rum på ett sådant sätt att patienten inte själv varit medveten om att kontaktspårning *enligt lagen* ägt rum eller att den tillfrågade av olika anledningar förträngt att kontaktspårning ägt rum.

Majoriteten av de tillfrågade i studierna har vidare ansett att den som utsatts för risk att ha smittats av hivinfektion skall vara skyldig att låta sig undersökas. Det synes också vara ytterst få människor – oavsett sjukdom – som anser att bestämmelserna i smittskyddslagen medför att de skulle underlåta att uppsöka läkare om de trodde att de hade smittats. Däremot tror man i högre utsträckning att andra människor underlåter att uppsöka läkare p.g.a. smittskyddslagens bestämmelser. Motsvarande diskrepans mellan det egna förmodade agerandet och vad man tror om andras agerande återkommer när det gäller anonym testning vid hivinfektion. I "Hivtestningsenkäten" trodde en mindre del av de tillfrågade att de själva skulle avstå från testning om möjlighet inte gavs till anonym testning medan en större andel trodde att andra skulle avstå från hivtestning vid sådant förhållande.

16 Smittskyddsorganisationen

16.1 Inledning

I kapitlet behandlas frågor om ansvars- och uppgiftsfördelningen samt organisationen hos de centrala aktörerna inom smittskyddet enligt smittskyddslagen. Statskontoret har på kommitténs uppdrag utvärderat bl.a. den nuvarande smittskyddsorganisationens ändamålsenlighet. Utvärderingen har begränsats till att avse smittskyddsorganisationen i snäv bemärkelse på lokal, regional och nationell nivå, dvs. kommunerna, landstingen med smittskyddsläkarna, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet (SMI). Utvärderingen har redovisats i Statskontorets rapport nr 1998:25 "Smittskyddsarbetets organisation". I tillämpliga delar redovisas här vad som framkommit vid denna utvärdering. Frågor som hänför sig till det kommunala smittskyddsarbetet behandlas dock särskilt i kap. 9. Härutöver redovisas kostnaderna för och finansieringen av organisationen i kap. 18. Här skall också anmärkas att de enskilda läkarna har mycket betydelsefulla uppgifter för smittskyddet. Deras arbete redovisas inte särskilt här utan tas upp i samband med redovisning av de olika uppgifterna som åvilar dem (bl.a. i kap. 5 och kap. 6).

Statskontorets utvärdering genomfördes under perioden april–september 1998. Underlaget för utvärderingen har inhämtats bl.a. genom intervjuer med olika företrädare för berörda myndigheter. Vidare tillställdes samtliga smittskyddsläkare en enkät med frågor om bl.a. organisation, verksamhet och samverkan med andra aktörer. Härutöver genomfördes en intervjustudie med företrädare för ett urval av landets kommuner.

16.2 Landstinget och smittskyddsläkarna

16.2.1 Allmänt

Landstinget är enligt smittskyddslagen huvudman för smittskyddet med undantag för objektrinriktade åtgärder och för sådana konkreta åtgärder som åvilar de enskilda läkarna enligt smittskyddslagens bestämmelser.

I varje landsting skall enligt 6 § smittskyddslagen finnas en smittskyddsläkare som utses av den nämnd som inom landstinget utövar ledningen av hälso- och sjukvården. I frågor som inte gäller myndighetsutövning skall smittskyddsläkaren verka under nämnden. Detta innebär enligt förarbetena att landstinget har det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt avgör vilka resurser som skall avsättas för verksamheten. Den direkta ledningen av smittskyddsarbetet, verksamhetsplanering och organisation av smittskyddsarbetet i detalj ligger däremot på smittskyddsläkaren.

Smittskyddslagen innehåller, utöver bestämmelserna om smittskyddsläkaren, inte några regler om hur smittskyddet inom landstinget skall vara organiserat. Landstingen kan således själva bestämma hur smittskyddet skall organiseras under smittskyddsläkarens ledning.

Vad som sägs om landsting i smittskyddslagen gäller också kommuner som inte ingår i landsting. Fram till och med utgången av 1998 fanns 23 landsting och 3 s.k. landstingsfria kommuner (Malmö, Göteborg och Gotland) med ansvar för hälso- och sjukvård. Antalet smittskyddsenheter var vid tidpunkten för Statskontorets enkät till smittskyddsläkarna emellertid endast 24. Anledningen härtill var att Malmöhus läns landsting och Malmö stad hade en gemensam funktion för smittskyddsverksamheten sedan 1981 och att en sammanslagning av smittskyddsenheterna vid Göteborgs kommun och Bohus läns landsting ägt rum den 1 juli 1996. Fr.o.m. 1999 har landstingsindelningen ändrats på så sätt att Malmöhus läns landsting och Kristianstad läns landsting sammanlagts till Skåne läns landsting och Göteborgs och Bohus läns landsting, Älvsborgs läns landsting och Skaraborgs läns landsting sammanlagts till Västra Götalands läns landsting. Vid samma tidpunkt har Malmö och Göteborg trätt in i de nya landstingen, vilka också utgör regioner; Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

16.2.2 Smittskyddsläkarens organisation

I smittskyddslagen föreskrivs inte några särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkaren. Enligt förarbetena följer av namnet att det skall vara fråga om en läkare. Vidare förutsätts att endast sådan läkare utses

som har tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, i klinisk bakteriologi eller i klinisk virologi. Endast en smittskyddsläkare kan utses i ett landsting. Skälet härtill är enligt propositionen att mycket av de vinster som uppnås genom att beslutsfattandet och ansvaret för det övergripande smittskyddsarbetet samlas hos smittskyddsläkaren annars skulle kunna gå förlorat. Det finns emellertid inte något hinder mot att smittskyddsläkaren delegerar uppgifter som åvilar honom till läkare och annan personal som organisatoriskt knyts till honom. Den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagen får emellertid endast utövas av smittskyddsläkaren personligen eller av hans ersättare när han själv är förhindrad.

Något hinder mot att smittskyddsläkaren förenar sin smittskyddsläkartjänst med arbete vid t.ex. en infektionsklinik finns inte. I propositionen noterades att olägenheter kunde uppstå till följd härav men tillräckliga skäl ansågs inte finnas för att i smittskyddslagen ställa upp hinder mot en sådan ordning. Departementschefen förutsatte att smittskyddsläkartjänsten i de flesta landsting skulle innebära en heltidstjänst. Av Statskontorets utvärdering framgår dock att flera smittskyddsläkare även är verksamma som läkare inom den ordinarie vården. Hälften av smittskyddsläkarna arbetade deltid som smittskyddsläkare, varav en 80 %, sex 75 % och fem 50 %.

Vad avser *smittskyddsenshetens placering* i landstingsorganisationen framgår av utvärderingen att smittskyddsarbetet i fem fall var knutet till en infektionsklinik, i två fall till ett bakteriologiskt laboratorium och i ett fall till en hygienavdelning. I ett av dessa fall, Gotlands kommun, var smittskyddsarbetet knutet till samtliga tre alternativ. 18 enheter uppgavs vara organiserade på annat sätt. Det kunde här t.ex. vara fråga om att smittskyddsensheten utgjorde en egen basenhet, att den ingick som ett stabsorgan eller att den var samlokaliserad med sjukhushygien.

Antalet tjänster i smittskyddsläkarorganisationen uppgick omräknat i heltidstjänster till sammanlagt 93 tjänster, vilka upprätthölls av 116 anställda. 24 av de anställda var smittskyddsläkare. Den övriga organisationen skilde sig stort mellan de olika smittskyddsläkarna. Vid sju av smittskyddsensheterna, däribland enheterna i de tre storstadsområdena, fanns biträdande smittskyddsläkare. Heltidstjänster som biträdande smittskyddsläkare förekom endast vid storstadsområdenas enheter. Smittskyddsläkare, som saknade biträdande smittskyddsläkare, hade ersättare vid frånvaro men ersättaren hade inte något anställningsförhållande vid smittskyddsensheten. Vidare fanns totalt 40 sjuksköterskor samt 28 anställda med administrativa uppgifter. Bland dessa var det vanligt med tjänstgöring på deltid vid smittskyddsensheten. Vid vissa enheter, främst i storstadsområdena, förekom även andra yrkeskategorier, se nedan.

Antalet anställda vid de olika smittskyddsensheternas varierade mellan två och tjugotvå anställda. Störst personalresurser hade smittskyddsensheterna i storstadsregionerna. Smittskyddsläkaren i Stockholms läns landsting hade tjugotvå anställda, däribland en smittskyddsläkare, tre biträdande smittskyddsläkare, sex sjuksköterskor, en socionom, en psykolog och en jurist. Vid smittskyddsensheten i Göteborgs stad/Bohuslandstinget fanns en smittskyddsläkare, två deltidstjänstgörande smittskyddsläkare, fyra sjuksköterskor (som tillsammans upprätthöll 2,8 tjänster), en anställd med administrativa uppgifter och en konsulent. Smittskyddsensheten i Malmöhus läns landsting bestod av en smittskyddsläkare, två biträdande smittskyddsläkare, två sjuksköterskor, en socionom och en anställd med administrativa uppgifter. Övriga smittskyddsensheter hade mellan två och fem anställda.

Variationer i de olika smittskyddsensheternas resurser beror bl.a. på att det föreligger skillnader när det gäller invånarantal i de olika landstingen. För närmare uppgifter om landstingens resursanvändning hänvisas till kap. 18 där smittskyddsorganisationens kostnader behandlas.

Vidare fanns s.k. *kontaktläkare* i varje kommun i tio landsting och vid varje vårdcentral i fem landsting. I sex landsting uppgavs att "annan organisation" fanns, t.ex. kontaktläkare vid varje primärvårdsområde. I sex landsting saknades kontaktläkare med smittskyddsansvar. Dessa s.k. kontaktläkare har till uppgift att lokalt biträda smittskyddsläkaren i hans arbete.

16.2.3 Närmare om smittskyddsläkarens uppgifter

Smittskyddsläkaren har enligt smittskyddslagen ett flertal uppgifter av både allmän art och av myndighetskaraktär. De allmänna och grundläggande uppgifterna behandlas i 7 § smittskyddslagen. De myndighetsutövande uppgifterna består bl.a. i att pröva och ändra meddelade förhållningsregler och besluta om vissa tvångsåtgärder. Dessa uppgifter har närmare berörts i kap. 6, 7 och 8. I det följande redogörs därför främst för smittskyddsläkarens allmänna uppgifter enligt 7 § smittskyddslagen och för dennes samverkan och samarbete med andra aktörer på smittskyddets område.

Smittskyddsläkaren har enligt 7 § smittskyddslagen att *planera, organisera och leda smittskyddet*. Landstinget drar som nämnts upp riktlinjerna för och anslår medel till smittskyddsverksamheten. Den uppgift som ankommer på smittskyddsläkaren är att mer i detalj planera och organisera verksamheten liksom att ha den direkta ledningen över smittskyddsarbetet. I förarbetena anges härvid bl.a. att smittskyddsläkaren vid en epidemisk spridning av smitta har att ta ledningen över

det samlade smittskyddsarbetet. Någon direktivrätt mot t.ex. miljö- och hälsoskyddsnämnder eller läkare har han dock inte. Smittskyddsläkaren skall vidare *verka för samordning och likformighet av smittskyddet*. Detta innefattar främst att samordna olika aktörers verksamhet på smittskyddsområdet och att verka för gemensamma bedömningsgrunder och ett enhetligt handlande. Härutöver skall han *verka för att förebyggande åtgärder vidtas*. Ett exempel på förebyggande åtgärder är arbetet kring vaccinationer. Andra exempel är upplysning och information till allmänheten. Informationen kan ges på olika sätt. I många landsting framträder smittskyddsläkaren i tv och radio. Det förekommer också att smittskyddsläkaren producerar informationsbroschyrer, skriver artiklar för publicering i lokala tidningar och ger ut tidskrifter. Till förebyggande åtgärder hör också upprättandet av epidemiplaner. Det förebyggande arbetet kan även utföras i samarbete med andra. Exempel härpå är till exempel särskilda handlingsplaner för preventivt hivarbete. I ett flertal län finns också s.k. STD-grupper. Alla landets smittskyddsenheter deltar vidare i "STRAMA-grupper" som har till syfte att hindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier.

En ytterligare uppgift för smittskyddsläkaren är att *fortlöpande följa smittskyddsläget i landstinget*. Övervakning av de anmälningspliktiga sjukdomarna i smittskyddslagen bygger på de anmälningar av inträffade sjukdomsfall som behandlande läkare gör. Smittskyddsläkarens informationsbehov tillgodoses i stor utsträckning genom dessa anmälningar. Nästan alla smittskyddsläkare får emellertid, enligt Statskontoret, rapporter om smittsamma sjukdomar även på annat sätt t.ex. genom muntliga meddelanden från personal inom hälso- och sjukvården, laboratorierapporter, mediainformation och uppgifter från enskilda. Det förekommer även att skolor, daghem och frivilligorganisationer informerar smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren har också möjlighet att i enskilda fall med stöd av bestämmelsen i 8 § smittskyddslagen få upplysningar från kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt från läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården om han behöver det för att fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen. I smittskyddsläkarens arbete ingår även att i övrigt övervaka smittskyddsläget t.ex. beträffande influensa, antibiotikaresistenta bakterier, vaccinationstäckning i skolan och immunitetsläget avseende difteri, stelkramp och polio.

Smittskyddsläkaren skall också *hjälpa kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete*. I förarbetena framhålls att det är av stor vikt att smittskyddsläkaren, som besitter sakkunskap på området, biträder andra som är verksamma inom smittskyddet och att den som behöver hjälp i sitt smittskydds-

arbete har rätt att få sådan av smittskyddsläkaren. Att *undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor* är en annan uppgift för smittskyddsläkaren. Undervisning av och information till ovannämnda yrkesutövare kan ges på olika sätt t.ex. genom telefonrådgivning, föreläsningar i olika frågor, besök i primärvården och anordnande av utbildningsdagar. De flesta smittskyddsläkare ger dessutom med viss regelbundenhet ut informationsblad som distribueras till vårdcentraler, infektionsmottagningar m.fl. Enligt Statskontorets rapport har samtliga smittskyddsläkare medverkat i undervisning av hälso- och sjukvårdspersonal och nästan alla i undervisning av hälsoskyddspersonal. Vidare har de, bortsett från några få smittskyddsläkare, medverkat i undervisning av annan personal, bl.a. polis, räddningstjänst, socialtjänst, kriminalvård, daghemspersonal och personal inom livsmedelshanteringen.

Smittskyddsläkaren skall också *lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor*. Enligt denna bestämmelse skall smittskyddsläkaren lämna enskilda information i smittskyddsfrågor. Oftast är det den enskilde som tar initiativ till kontakten. Smittskyddsläkarens uppgift att ge information till en större krets faller egentligen in under bestämmelsen om förebyggande åtgärder. Slutligen skall smittskyddsläkaren *även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd*. Bestämmelsen innebär ett generellt åliggande att även på annat sätt än som ovan beskrivits verka för ett effektivt smittskydd.

16.2.4 Samverkan

Ett effektivt smittskydd ställer krav på samarbete och samordning. I smittskyddslagen har därför tagits in en bestämmelse, 12 §, vari föreskrivs bl.a. att smittskyddsläkarna och de kommunala nämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet.

När det gäller smittskyddsläkarnas kontakter med andra aktörer inom smittskyddet var enligt Statskontoret smittskyddsläkarnas kontaktnät omfattande. Kontakterna var generellt tätast med infektionskliniker, behandlande läkare, mikrobiologiska laboratorier, sjukhushygien och SMI. Vad närmare *gällde kontakter med lokala eller regionala organ* hade alla smittskyddsläkarenheterna utom en kontakt med infektionsklinik *varje vecka*. Med behandlande läkare och mikrobiologiska laboratorier hade 21 respektive 20 enheter kontakt varje vecka. Drygt hälften av enheterna (14) uppgav samma kontaktfrekvens, dvs. kontakt varje vecka, när det gällde sjukhushygien, nio enheter när det gällde miljö-

och hälsoskyddskontor och åtta enheter såvitt gällde kontaktläkare och distriktssköterskor.

Med framförallt följande organ förekom kontakt *varje månad*; ungdomsmottagningar, lokala media, länsveterinärer, miljö- och hälsoskyddskontor, kuratorer vid "STD-mottagningar" och distriktssköterskor. Sporadiska kontakter, dvs. kontakter "*några gånger per år*", gällde i första hand landstingets beredskapsplanering, lokal polismyndighet, miloläkare, civilbefälhavarens kanslier, socialtjänsten, allmän försäkringskassa, länsstyrelsens miljöskydd och flyktingmottagning.

Vad härefter gäller frekvensen i kontakterna med *nationella myndigheter* framgår av rapporten följande. Med SMI förekom den tätaste kontakten. 16 smittskyddsenheter uppgav sig ha kontakt med institutet varje vecka medan övriga enheter angav att man hade kontakt med institutet varje månad. När det gäller *Socialstyrelsen* hade två enheter kontakt varje vecka, 13 enheter kontakt varje månad och 10 enheter kontakt några gånger per år. Övervägande antalet enheter angav att kontakterna med Folkhälsoinstitutet, Jordbruksverket, Statens Veterinärmedicinska anstalt och Livsmedelsverket ägde rum några gånger per år.

Enligt flertalet smittskyddsläkare (75 %) var den angivna kontaktfrekvensen också ett uttryck för hur angelägna kontakterna var för arbetet. Det framhölls dock att kontaktmönstret kunde variera över tiden och att aktörer som sällan kontaktades ibland kunde utnyttjas dagligen. Med vissa aktörer som t.ex. Livsmedelsverket ansågs kontakterna angelägna när de förekom. Detta förhållande gällde även kontakten med länsveterinären vid länsstyrelsen, med vilken samarbete kunde ske i frågor som rörde livsmedel eller smittsamma sjukdomar hos djur. Enligt förordningen (1997:1258) med länsstyrelseinstruktion skall länsstyrelsen ha länsexperter inom ett antal sakområden, bl.a. inom sakområdet för livsmedelskontroll, djurskydd och allmänna veterinära frågor. Samråd med länsveterinären kunde enligt Statskontorets rapport ske i såväl övergripande strategiska som konkreta frågor.

Samarbetet mellan smittskyddsläkaren och andra aktörer på smittskyddsområdet fungerade enligt Statskontorets utvärdering i allmänhet bra. Särskilt väl angavs kontakterna med behandlande läkare, infektionskliniker, primärvård, kommunernas miljö- och hälsoskydd och skolhälsovård fungera. Frågor handlades snabbt och praktiskt och närheten till aktörerna och ett omfattande kontaktnät ansågs underlätta samarbetet. Vidare möjliggjorde lokalmässig närhet till infektionskliniker och bakteriologiska laboratorier täta kontakter och snabba ingripanden vid hot.

16.3 Särskilt om huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen

I Statskontorets uppdrag har också ingått att utvärdera smittskyddsläkarens förhållande till landstinget bl.a. genom att belysa för- och nackdelar med att ha smittskyddsläkaren inordnad i landstingsorganisationen. I enkäten till smittskyddsläkarna ingick därför frågor om för- och nackdelar med ett landstingskommunalt respektive ett statligt huvudmannskap för smittskyddsläkarna. Dessa frågor besvarades av 23 av smittskyddsläkarna. Samtliga svarande smittskyddsläkare uppgav fördelar med nuvarande huvudmannskap. Drygt en tredjedel såg inte några fördelar med ett statligt huvudmannskap.

De fördelar med nuvarande huvudmannskap som angavs var sammanfattningsvis följande. Det framhölls att det var viktigt att få verka inom samma organisation som en stor del av medaktörerna eftersom detta leder till ett smidigt och bra samarbete. Det ansågs vara en fördel att smittskyddsenheten är en del av sjukvården eftersom detta underlättar kommunikationen, insynen och samverkan med bl.a. behandlande läkare, kliniker och laboratorier. Eftersom många smittskyddsläkare samtidigt är kliniskt verksamma uppfattades tillhörigheten som naturlig. Det framfördes också vara viktigt att så många olika funktioner som möjligt hölls samman inom landstinget med hänsyn till att detta underlättar samordningen, t.ex. då det gäller hygienuppgifter. En annan fördel som angavs med nuvarande huvudmannskap var närheten till den medicinska kompetensen. Närhet till landstingets ledande tjänstemän och förtroendevalda uppgavs ge goda möjligheter att få gehör för verksamheten samt medföra korta beslutsvägar och mindre byråkrati. Ytterligare en fördel med nuvarande huvudmannskap uppgavs vara att det underlättar rekrytering av personal till smittskyddet och ger bättre möjligheter till fortbildning och utveckling.

Nackdelar med nuvarande huvudmannskap uppgavs sammanfattningsvis vara följande. Den dubbla roll som smittskyddsläkaren har i många landsting genom att vara både behandlande läkare och myndighetsperson framfördes vara en nackdel. Vidare framfördes att det kan vara svårt att hävda oväld och integritet i en liten organisation och att verksamheten blir beroende av politiska beslut, som kan variera med skiftande majoriteter inom landstinget. Vidare angavs att nuvarande huvudmannskap medför stora variationer mellan smittskyddsenheterna i landet när det gäller resurser, arbetssätt och arbetsinnehåll. Ytterligare en nackdel angavs vara att de flesta landsting är relativt små och inte når upp till det befolkningsunderlag som erfordras för att kunna bygga upp en allsidig och effektiv smittskyddsorganisation. Det

uppgavs vara svårt att skaffa och vidmakthålla kompetens, särskilt i administrativt och juridiskt hänseende. De små landstingen angavs vidare medföra svårigheter att bygga upp en smittskyddsorganisation med ständig beredskap.

De fördelar med ett statligt huvudmannaskap som angavs var sammanfattningsvis följande. Det framhölls att den dubbla roll som vissa smittskyddsläkare har skulle försvinna och en tydligare myndighetsfunktion skulle kunna skapas. Ett statligt huvudmannaskap angavs kunna ge möjlighet till större likformighet i myndighetsutövningen och öka förutsättningarna för bättre samordning. Det uppgavs att ett statligt huvudmannaskap också skulle ge möjlighet att bygga upp en allsidig och effektiv smittskyddsorganisation med enhetlig ärendehantering som är oberoende av det enskilda landstingets ekonomi. En fördel uppgavs vara att objektiva smittskyddsintressen bättre kan tas till vara och att risken för ekonomiska påtryckningar eller repressalier i form av minskade anslag elimineras. Det framfördes också att ett statligt huvudmannaskap är överlägset vid nationella åtgärder som t.ex. samordnande av vaccinationsstrategier. Vidare uppgavs att samverkan med icke landstingskommunala myndigheter och verksamheter skulle öka och att samarbetet med Socialstyrelsen och SMI skulle förbättras ytterligare.

Nackdelar med ett statligt huvudmannaskap uppgavs sammanfattningsvis vara följande. Det angavs framför allt vara en nackdel att stå utanför landstingsorganisationen eftersom smittskyddsläkarna har ett omfattande samarbete med övriga delar av organisationen. Farhågor framfördes att risken för isolering skulle öka om det inte fanns anknytning till sjukvården och att det skulle bli svårare att få till stånd nödvändigt samarbete. En nackdel som framfördes var det finns en uppenbar risk för centralstyrning och byråkrati vid ett statligt huvudmannaskap samt att smittskyddsarbetet fjärmades från verkligheten p.g.a. svårigheter att se de lokala förutsättningarna för arbetet. Ett statligt huvudmannaskap uppgavs också medföra att en skiljelinje uppstår mellan ledning och planering och det praktiska smittskyddsarbetet. Vidare befarades administrativa problem i samarbetet för att minska smittspridningen.

16.4 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har enligt 65 § smittskyddslagen tillsyn över smittskyddet. Enligt Statskontorets rapport har Socialstyrelsen för uppgifterna inom smittskyddet organiserat en smittskyddssektion inom den nationella tillsynsenheten. Den nationella tillsynsenheten är skild från de regionala tillsynsenheterna, som är sex till antalet. Smittskyddssektionen

leds av en sektionschef, som är infektionsläkare och Socialstyrelsens specialsakkunnig i smittskydd. Sektionen består härutöver av ytterligare en infektionsläkare, en jurist och en samhällsvetare. Vid behov utnyttjas också den nationella tillsynsenhetens jurist.

Socialstyrelsens tillsynsansvar omfattar all verksamhet som bedrivs av myndigheter och andra som har ålagts ett ansvar enligt smittskyddslagen. För att kunna fullgöra sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen rätt att få tillgång till de handlingar och upplysningar som behövs samt att inspektera den smittskyddsverksamhet som bedrivs. De som kan bli föremål för sådan inspektion är de som har särskilda uppgifter inom smittskyddet, nämligen smittskyddsläkare, kommunala nämnder med uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen har vidare befogenhet att meddela de förelägganden som behövs för att lagen eller de föreskrifter som meddelats med stöd av lagen efterlevs. Ett föreläggande får förenas med vite.

Socialstyrelsen får också med stöd av 69 § smittskyddslagen och 10 § smittskyddsförordningen meddela föreskrifter om frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination. Med stöd i denna bestämmelse har Socialstyrelsen utfärdat bl.a. "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av smittskyddslagen (SOSFS 1989:18)". I Socialstyrelsens uppgifter ingår också att fatta beslut i enskilda fall rörande statens kostnadsansvar vid tillämpning av bestämmelserna om kostnadsfria förmåner i smittskyddslagen.

Enligt Statskontorets rapport utgör *tillsynsverksamheten* en viktig del av smittskyddssektionens arbetsuppgifter. Tillsynsresor görs för att se hur smittskyddet fungerar i praktiken. Ibland kan den direkta tillsynen medföra att problem uppmärksammas vilket i sin tur kan leda till att en föreskrift eller allmänt råd meddelas. Föreskrifter och allmänna råd kan också utfärdas med hänsyn till behovet av sådana på grund av de uppenbara risker som föreligger i samband med vissa verksamheter eller på grund av att man vill skapa en nationell strategi eller en enhetlig tillämpning. Anmälningar från bl.a. patienter handläggs av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. I ärenden som innehåller frågor om smittskydd, särskilt om de är av principiell karaktär, inhämtas dock utlåtande från smittskyddssektionen. I anslutning till sådana ärenden förekommer det att Socialstyrelsen begär in uppgifter, tar del av akter och också besöker aktuella kliniker.

Smittskyddssektionen har också en *expertfunktion* som innebär bl. a. att sektionen är remiss- och konsultinstans i samtliga ärenden hos Socialstyrelsen som rör frågor om smittskydd och infektioner. En del av sektionens arbete innefattar också kontakter med allmänheten och med media. Vidare representerar smittskyddssektionen Socialstyrelsen

i flera nationella organ och arbetsgrupper. Andra myndigheter med vilka ett viktigt samarbete förekommer är Jordbruksverket, Livsmedelsverket och Läkeemedelsverket. Smittskyddssektionen initierar och tillsätter också ett flertal arbetsgrupper av experter inom många för smittskyddet viktiga områden, vars arbete resulterar i olika rapporter.

Smittskyddssektionen har vidare täta *smittskyddsläkarkontakter*. Smittskyddsläkarna efterhör ofta Socialstyrelsens uppfattning i olika frågor. Smittskyddssektionen träffar även smittskyddsläkarna vid de smittskyddsläkarkonferenser som hålls två gånger per år. I svaren på Statskontorets enkät till smittskyddsläkarna framfördes att Socialstyrelsen gav smittskyddsläkarna ett bra stöd, särskilt i frågor av juridisk art.

Här skall anmärkas att enligt uppgift från Socialstyrelsen utgör smittskyddssektionen fr.o.m. den 1 januari 1999 en egen enhet, smittskydds-enheten. Enheten leds av en enhetschef som är medicinalråd.

16.5 Smittskyddsinstitutet

SMI skall enligt 8 § smittskyddsförordningen fortlöpande sammanställa anmälningar till institutet enligt 20 och 22 §§ smittskyddslagen och med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser för dessa till berörda myndigheter, läkare och veterinärer. I övrigt har institutet inte några i smittskyddslagen eller smittskyddsförordningen reglerade uppgifter. SMI:s uppgifter inom smittskyddet anges i stället i förordningen (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet och i de särskilda regleringsbrev.

SMI är en central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor nationellt och internationellt, aktivt medverka till att skyddet mot sådana sjukdomar upprätthålls och förstärks samt i dessa frågor samverka med berörda myndigheter och organisationer. Institutet skall särskilt informera om det epidemiologiska läget beträffande smittsamma sjukdomar bland människor, lämna förslag till åtgärder som kan hindra spridningen av sjukdomarna och aktivt medverka till att diagnostiken av de epidemiska sjukdomarna blir tillförlitlig och snabb. SMI skall också bedriva forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet samt som centralt expertorgan stå till förfogande för att mot avgift utföra diagnostik av unik natur.

I regleringsbrevet för 1997 uppställs verksamhetsmål för SMI:s verksamhetsgrenar smittskydd, forskning och utveckling, kvalitetsstöd, speciell diagnostik och försöksdjursverksamhet. Vad härvid gäller verksamhetsgrenen smittskydd skall denna medverka till en effektivare

spårning och behandling av smitta och smittsamma sjukdomar bland människor genom att

- bevaka, analysera och informera om det epidemiologiska läget internationellt och nationellt och föreslå åtgärder som detta kan föranleda till berörda myndigheter och organisationer,
- tidigt identifiera smittrisker i omgivande miljö för att snabbt kunna föreslå åtgärder för att minska uppkomst och spridning av smittsamma sjukdomar,
- bevaka resistensutvecklingen hos mikroorganismer mot antimikrobiella substanser,
- bevaka, analysera och informera om vaccinationstäckningen samt immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper och föreslå vaccinationsåtgärder.

SMI leds av en generaldirektör som också är ordförande i institutets styrelse. Under generaldirektören med kansli sorterar tio enheter, bl.a. den epidemiologiska, den bakteriologiska och den virologiska enheten. SMI har 250 anställda, varav sex professorer i smittskydd. Till organisationen har knutits två rådgivande nämnder; Centrallaboratorienämnden och Epideminämnden, i vilka den epidemiologiska utvecklingen och förslag till smittskyddsåtgärder diskuteras och presenteras. I dessa nämnder finns företrädare för de mikrobiologiska laboratorierna, smittskyddsläkare, infektionsläkare och sjukhuskliniker. Även Socialstyrelsen är representerad i Epideminämnden. För smittskyddet betydelsefullt samarbete sker även med andra myndigheter, främst Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Livsmedelsverket, Jordbruksverket och Folkhälsoinstitutet. SMI är vidare representerat i flera närliggande myndigheters styrelser och i ett stort antal nationella nämnder, referensgrupper och expertgrupper.

Institutet har också en central roll i det svenska smittskyddets kontakter med bl.a. andra länders smittskydds- och forskningsorganisationer och representerar i olika former Sverige i WHO och EU (se närmare om det internationella samarbetet i kap. 20).

SMI har också en omfattande utåtriktad informations- och utbildningsverksamhet inom smittskyddsområdet. Sådana aktiviteter genomförs ofta i samverkan med universitet och högskolor, andra myndigheter och organisationer. Vidare hålls s.k. SMI-dagar vid vilka olika epidemiologiska frågor behandlas för forskare, smittskyddsläkare och laboratoriepersonal.

SMI:s bevakning av infektionsläget baseras till stor del på rapportering enligt smittskyddslagen. Utifrån denna bevakning och genom utredningar av utbrott kan SMI ge expertråd och underlag till de lokala,

regionala och nationella instanser som har ansvar för olika uppgifter inom smittskyddet. En viktig del i den epidemiologiska bevakningen är också att samverka med bl.a. infektionskliniker, mikrobiologiska laboratorier och smittskyddsläkare. Enligt utvärderingen föreligger också i praktiken ett nära fortlöpande samarbete med bl.a. smittskyddsläkarna som fungerat väl.

Vad gäller SMI:s direkta utredningsinsatser framgår av institutets årsredovisning avseende 1997 att dessa varierade från i vissa fall telefonrådgivning under några minuter till utredningsinsatser som kunde kräva flera månaders arbete. Mer betydande utredningsinsatser, dvs. insatser som krävde minst en dags arbete, gjordes under 1997 vid 22 utbrott av smittsamma sjukdomar. I 18 fall kunde smittkällan bestämmas.

16.6 Sammanfattning av Statskontorets bedömningar av smittskyddsorganisationen

Inledningsvis skall erinras om att frågor om det kommunala smittskyddsarbetet samt om kostnader och kostnadseffektivitet inte berörs i detta kapitel. Beträffande dessa frågor hänvisas till kap. 9 och kap. 18.

Enligt Statskontorets bedömning visar utvärderingen att smittskyddsorganisationen i stort sett fungerar bra. Några stora strukturella problem har inte kunnat upptäckas och det har heller inte framkommit något som tyder på att nuvarande organisation inte skulle vara ändamålsenlig. Enligt Statskontoret förefaller den ansvars- och uppgiftsfördelning som finns mellan den centrala nivån, landstingsnivån och den kommunala nivån vara väl avvägd och i överensstämmelse med de grundläggande motiv som var utgångspunkter för nu gällande smittskyddslag. Enligt utvärderingen är samverkan och samarbetet aktörerna emellan omfattande och fungerar i allt väsentligt väl. Även samarbetet med andra aktörer synes fungera bra.

Även om smittskyddsorganisationen således i huvudsak bedöms fungera väl har Statskontoret i utvärderingen lyft fram vissa områden där bilden inte har varit helt problemfri. Såvitt avser smittskyddsarbetet på landstingsnivå konstaterar Statskontoret att det finns stora skillnader mellan de olika landstingens resursinsatser för att lösa likartade uppgifter, men att det troligen inte går att finna ett säkert samband mellan resursinsatserna och smittskyddssituationen i varje landsting.

Smittskyddsläkarens ställning som myndighet tas också upp i Statskontorets sammanfattande bedömningar. Statskontoret konstaterar att smittskyddsläkaren fortfarande i flera landsting har den dubbla rollen

att både vara behandlande läkare och ha ställning som myndighet. Enligt Statskontoret kan därvid hans roll som behandlande läkare komma i konflikt med rollen som smittskyddsläkare, vilket kan medföra att t.ex. smittskyddsarbetet inte får den prioritet och självständighet i förhållande till vården som avsetts. Statskontoret framhåller också att denna dubbla ställning även kan vara tveksam från rättssäkerhetssynpunkt.

Beträffande uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och SMI framstår denna i sina huvuddrag som klar och även väl fungerande i det praktiska arbetet. Emellertid föreligger vissa oklarheter bl.a. beträffande vissa instruktionspunkter. Ett exempel är frågan om vem som har initiativrätten när det gäller att utreda vissa epidemiologiska sakförhållanden. Statskontoret konstaterar dock att myndigheterna har ett nära samarbete och utvecklade informella kontakter.

Slutligen lyfter Statskontoret fram vissa frågor rörande den statliga styrningen och den nationella uppföljningen av smittskyddsarbetet. Statskontoret påpekar att åtgärder mot smittsamma sjukdomar är sektorövergripande frågor men att det inte finns något centralt organ som har ansvaret för att samordna eller styra insatserna. Statskontoret konstaterar härvid att Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet inte har ansvar för att samordna och leda smittskyddet samt att nuvarande tillsyn i hög grad är rådgivande och stödjande. Vidare konstaterar Statskontoret att SMI i kraft av sin överblick och kompetens inom det epidemiologiska området, enligt nuvarande bestämmelser, kan påverka men inte leda smittskyddet. Statskontoret påpekar i sin sammanfattande bedömning att det under utredningsarbetets gång framförts synpunkter att staten på nationell nivå borde ta ett ökat ansvar för smittskyddet men framhåller samtidigt att frågan om det behövs en förstärkt styrning av landstingens och kommunernas smittskyddsarbete kan diskuteras. Beträffande den nationella uppföljningen av smittskyddsarbetet visar vidare utvärderingen att det finns svårigheter att sammanställa material för att få kunskaper om sambandet mellan smittskyddsåtgärderna, deras kostnader och effekter. Dessa brister sammanhänger enligt Statskontorets bedömning bl.a. med att det inte från statsmakternas sida finns klara uppföljningskrav på alla aktörer.

17 Den enskildes ekonomiska förmåner

17.1 Ekonomiska förmåner vid undersökning, vård och behandling vid smittsam sjukdom m.m.

17.1.1 Förmåner enligt smittskyddslagen

I smittskyddslagen finns bestämmelser om kostnadsfria förmåner för den enskilde vid samhällsfarlig sjukdom. Enligt 63 § första stycket smittskyddslagen är all *undersökning, vård och behandling* som behövs från smittskyddssynpunkt vid sådan sjukdom gratis för den enskilde inom *landstingets hälso- och sjukvård*. Kostnadsfriheten gäller såväl undersökning för att utreda om patienten är smittad av en samhällsfarlig sjukdom som den vård och behandling som därefter krävs. En grundläggande förutsättning är dock att åtgärden behövs från smittskyddssynpunkt. Enligt förarbetena får detta inte ges en för begränsad tolkning utan kostnadsfriheten skall gälla alla åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Sjukdom som inte har något samband med den samhällsfarliga sjukdomen liksom skador och komplikationer som uppträder efter det att sjukdomen har upphört att vara smittsam eller som inte påverkar smittsamheten skall däremot inte medföra gratis hälso- och sjukvård.

När det gäller åtgärder av *privatläkare* är kostnadsfriheten begränsad. Enligt 63 § andra stycket smittskyddslagen är *undersökning* för att utreda om någon är smittad av en samhällsfarlig sjukdom gratis för patienten. Efterföljande vård och behandling omfattas däremot inte av kostnadsfriheten. Som en ytterligare förutsättning för kostnadsfrihet gäller att läkaren ifråga får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).

Den enskildes kostnader för *läkemedel* regleras i 63 § tredje stycket smittskyddslagen, vari stadgas att läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom är gratis. Även såvitt gäller läkemedel anges i förarbetena att bestämmelsen inte

får ges en för begränsad tolkning. Förutom läkemedel som leder till smittfrihet omfattas också läkemedel som minskar smittsamheten genom att t.ex. nedbringa mängden smittämne eller hämma dess tillväxt. Kostnadsfriheten gäller oavsett om läkemedlet förskrivits av läkare inom landstingets hälso- och sjukvård eller av privat verksam läkare och oavsett om den senare får ersättning enligt LOL eller ej.

De kostnadsfria förmånerna i 63 § har begränsats till att omfatta dem som är sjukförsäkrade enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), dvs. svenska och utländska medborgare som är bosatta i Sverige. För asylsökande och vissa andra utlänningar som söker uppehållstillstånd för att de är i behov av skydd finns bestämmelser om kostnadsfrihet vid bl.a. vård och åtgärder enligt smittskyddslagen i förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. Här skall också uppmärksammas att rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen medför bl.a. att ett krav i nationell lagstiftning på bosättning i landet inte kan upprätthållas beträffande dem som omfattas av förordningen.

Kostnadsansvaret för de ovan redovisade förmånerna är enligt 64 § smittskyddslagen uppdelat mellan landstinget och staten. Landstinget svarar för kostnader för undersökning, vård och behandling inom landstingets hälso- och sjukvård och för undersökning av privatläkare som får ersättning enligt LOL samt för läkemedel som förordnats inom den egna hälso- och sjukvården. För övriga kostnader svarar staten. Hit hör kostnader för läkemedel som förskrivits av privatläkare. Härutöver svarar staten enligt 7 § andra stycket smittskyddsförordningen för kostnader för undersökning, vård och behandling, dock inte läkemedel, av en patient som inte är sjukförsäkrad enligt AFL om läkaren är privat verksam och har ersättning enligt LOL samt visar att han inte har kunnat få betalt av patienten. Ersättning för de kostnader som staten skall svara för utbetalas av Socialstyrelsen.

För hälso- och sjukvård som omfattas av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen får landstingen ersättning från sjukförsäkringen enligt förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Något om tillämpningen av bestämmelserna

Enligt de uppgifter som kommit kommittén till del, däribland en opublicerad rapport från en utredning på uppdrag av Socialstyrelsen om fördelningen av kostnadsansvaret vid smittskyddslagens tillämpning, kan svåra gränsdragningsproblem uppstå när det gäller frågor om kostnadsfrihet för patienten. Bestämmelserna om gratis förmåner för patienten synes vidare i vissa fall ha tolkats mer snävt än vad som avsetts vid lagens tillkomst.

Bedömningen huruvida förutsättningarna för kostnadsfrihet är uppfyllda görs i regel av den enskilde läkaren, eventuellt efter hörande av smittskyddsläkaren. De s.k. smittskyddsbladen som smittskyddsläkarföreningen enats om kan också ge viss ledning vid bedömningen. Det slutliga avgörandet ligger emellertid hos den som skall svara för kostnaden, dvs. landstinget eller i vissa fall staten genom Socialstyrelsen. Patienten saknar rätt att klaga på det beslut som fattas i frågan.

Någon förteckning över vilka läkemedel som skall vara gratis för den enskilde enligt smittskyddslagen finns inte. Socialstyrelsens uppfattning i frågan kommer till uttryck genom de beslut Socialstyrelsen fattar i enskilda fall och bygger på medicinsk dokumentation rörande ett läkemedels effekt när det gäller smittsamheten. Socialstyrelsen har även möjlighet att höra styrelsens vetenskapliga råd i frågan.

Bedömningarna rörande huruvida ett läkemedel omfattas av kostnadsfrihet har enligt uppgifter från bl.a. Apoteksbolaget AB inte varit enhetliga i landet. Det förhållandet att skilda uppfattningar råder har bl.a. kunnat leda till att ett apotek, om apoteket bedömer att det inte kommer att få betalt av landstinget i fråga eller av Socialstyrelsen, inte kostnadsfritt lämnar ut ett läkemedel trots att den förskrivande läkaren angivit på receptet att det skall vara gratis.

17.1.2 Förmåner vid läkarundersökning m.m. enligt livsmedelslagstiftningen

Liksom i smittskyddslagen ställs i livsmedelslagstiftningen krav på läkarundersökning i vissa fall för att förhindra att smitta sprids. Enligt 32 § livsmedelsförordningen (1971:807) skall läkarundersökning och annan hälsokontroll, som den som sysslar med livsmedelshantering är skyldig att genomgå enligt föreskrifter av Livsmedelsverket, bekostas av den som driver livsmedelsverksamheten. Den som sysslar med livsmedelshantering kan också vara skyldig att genomgå läkarundersökning på uppmaning av tillsynsmyndigheten, vanligtvis miljö- och hälsoskydds nämnden eller motsvarande nämnd. Kostnaden för sådan under-

sökning skall enligt 33§ samma förordning bestridas av myndigheten om den inte ersätts enligt smittskyddslagen.

17.1.3 Vissa förmåner enligt annan lagstiftning

I *lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade* finns bestämmelser om avgiftsbefrielse för den som vid behandling inom den svenska hälso- och sjukvården fått hivinfektion vid användning av blod eller blodprodukter. Dessa förmåner gäller även i vissa fall personer som fått hivinfektion av sådan person om de är eller har varit gifta med varandra eller sammanbott med varandra under äktenskapsliknande förhållanden. Förmånerna, som ersätts av sjukförsäkringen, innebär i princip att de personer som omfattas av lagen är befriade från att betala avgifter för sjukhusvård, tandvård och läkemedel. I detta sammanhang kan också nämnas att *lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård* innehåller särskilda bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet för närstående som vårdar en person som smittats på ovannämnt sätt.

Förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar innehåller bestämmelser om den vårdavgift som bl.a. de som ansökt om uppehållstillstånd som flyktingar eller skyddsbehövande i övrigt i utlänningslagens bemärkelse skall betala. Enligt 4 § nämnda förordning skall dock någon avgift inte erläggas för vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Här skall uppmärksammas att bland de utlänningar som inte omfattas av förordningen ingår utlänningar som ansökt om uppehållstillstånd i Sverige och som av särskilda skäl medgetts tillstånd att vistas här medan ansökan prövas. De som avses här är de s.k. anknytningsfallen, vilka i regel är nära anhöriga till personer som beviljats uppehållstillstånd och tagits emot av en kommun. För dessa föreligger alltså inte ovan nämnda avgiftsfrihet vid vård och åtgärder enligt smittskyddslagen.

Rätt till gratis undersökning och behandling vid gonorré, klamydia-infektion och syfilis har svenska och utländska sjömän som tillhör handelsflottan enligt *förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar*. Förordningen ansluter till en internationell överenskommelse i Bryssel den 1 december 1928 som Sverige ratificerat. Varje landsting med hamn för trafik med utlandet skall inom sitt område svara för nämnda undersökning och behandling. Förordningen innehåller också vissa bestämmelser rörande vad en befälhavare har att iaktta för att fartygspersonal skall få information om var och när gratis undersökning och behandling kan fås. Om sjömannen inte är sjukförsäkrad enligt AFL

svarar staten för kostnaderna för undersökning, behandling och läkemedel. I annat fall svarar landstingen för kostnaderna enligt bestämmelserna i smittskyddslagen. Ersättningen för kostnaderna som staten skall svara för utbetalas av Socialstyrelsen. Enligt uppgift från Socialstyrelsen har det veterligen inte förekommit något fall där statens kostnadsansvar aktualiserats.

17.2 Ersättning vid avstående från förvärvsarbete för att förhindra smittspridning

17.2.1 Ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga kan vara berättigad till ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare. Den som förlorat sin arbetsförmåga på grund av en smittsam sjukdom omfattas däremot inte av lagen utan är i stället hänvisad till förmåner enligt AFL såsom sjukpenning eller – om nedsättningen är varaktig eller bestående för avsevärd tid – till förtidspension respektive sjukbidrag.

Ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare kan utgå för inkomstbortfall, i form av *smittbärrarpenning*, och för resekostnader. En förutsättning för att smittbärrarpenning skall utgå är att personen i fråga måste avstå från förvärvsarbete antingen på grund av beslut enligt smittskyddslagen, livsmedelslagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av sistnämnda lag eller också på grund av en läkarundersökning som företas på eget initiativ och som syftar till att utröna om personen ifråga är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller har en sjukdom, skada eller dylikt som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda. Ett beslut enligt smittskyddslagen kan endast fattas vid samhällsfarlig sjukdom. Beslutet kan avse förhållningsregler om t.ex. isolering eller avstängning från arbete. Det kan också avse tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande eller tvångsisolering. De beslut enligt livsmedelslagstiftningen som avses kan t.ex. gälla skyldighet att genomgå läkarundersökning eller förbud att arbeta inom livsmedelshanteringen.

Smittbärrarpenning utges med belopp som motsvarar smittbärrarens sjukpenning och sjukpenningtillägg på grund av frivillig sjukförsäkring enligt AFL. Den kan utgå som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels smittbärrarpenning. Någon karenstdag gäller inte utan ersättning utgår

från första dagen i ersättningsperioden. Vidare innehåller lagen regler till undvikande av dubbel kompensation för inkomstbortfallet. Smittbärapenningen skall således minskas med vissa i lagen angivna förmåner, som t.ex. sjukpenning eller föräldrapenningförmåner enligt AFL eller sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring, i den utsträckning förmånerna utges för samma tid. Avräkning skall även göras mot motsvarande förmåner som utges på grund av utländsk lagstiftning. Lagen innehåller också en bestämmelse som medger möjlighet att sätta ned eller dra in smittbärapenningen om smittbärapenningen inte följer förhållningsregler som getts med stöd av smittskyddslagen eller särskilda villkor i samband med beslut enligt livsmedelslagstiftningen.

Resekostnadsersättning är den andra formen av ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare. Enligt lagen föreligger rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i smittskyddslagen eller livsmedelslagstiftningen. Ersättningen bestäms efter en skälighetsprövning från fall till fall och kan utges oavsett behovet att avstå från förvärvsarbete. Resekostnadsersättning utgår inte om ersättning för resan kan utges enligt annan lagstiftning.

Ärenden enligt lagen om ersättning till smittbärare handläggs av försäkringskassan. En ansökan om ersättning skall göras skriftligen och till denna skall bifogas en kopia av det aktuella beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll. Avser ansökan smittbärapenning för företagen läkarundersökning eller resekostnadsersättning skall istället bifogas ett intyg om åtgärden.

Ersättning enligt lagen om smittbärare har under tiden 1993–1996 utgivits med i genomsnitt ca 4,4 miljoner kr per år. I en studie 1993 rörande salmonella uppskattades omkring 80 procent av den smittbärapenning som utges avse sjukdomen salmonella.

17.2.2 Tillfällig föräldrapenning

En förälder som behöver avstå från förvärvsarbete för vård av smittförande barn har inte rätt till ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare utan kan i stället vara berättigad till tillfällig föräldrapenning enligt AFL.

Enligt 4 kap. 10 § AFL har en förälder rätt till tillfällig föräldrapenning om barnet inte fyllt tolv år och föräldern behöver avstå från förvärvsarbete i samband med bl.a. sjukdom eller *smitta hos barnet*. Med smitta avses här enligt förarbetena, förutom de samhällsfarliga sjuk-

domarna enligt smittskyddslagen, mera allvarliga barnsjukdomar som medför risk att sjukdomen sprids. Tillfällig föräldrapenning utges också om föräldern behöver avstå från förvärvsarbete vid sjukdom eller *smitta hos barnets ordinarie vårdare*. Denne kan vara såväl en hemarbetande förälder som en dagbarnvårdare eller en släkting. Ett daghem kan emellertid inte jämföras med vårdare utan det måste vara fråga om enskild person.

Tillfällig föräldrapenning i aktuella fall kan utges under högst 60 dagar per barn och år. När dessa dagar tagits ut kan ersättning betalas ut under ytterligare högst 60 dagar per barn och år. Dessa senare ersättningsdagar kan dock inte tas i anspråk vid den ordinarie vårdarens sjukdom eller smitta.

Riksförsäkringsverket rekommenderar i verkets Allmänna råd 1995:7, Föräldraförmåner, att bestämmelserna tillämpas så att ersättning betalas ut även när ett barn *misstänks* sprida smitta och därför inte får vistas inom den ordinarie barnomsorgen.

Frågor om ersättning på grund av smitta hos barn har aktualiserats bl.a. i samband med de insatser som gjorts i Malmöhus län för att förhindra spridning av resistent pneumokocker bland daghemsbarn. I nämnda län inhämtade smittskyddsläkaren ett klagande från försäkringskassan att resistent pneumokocker utgjorde sådan smitta som enligt kassans uppfattning grundade rätt till tillfällig föräldrapenning.

17.3 Ersättning för kostnader och förluster vid smittskyddsingripande mot objekt m.m.

Enligt 34 § *smittskyddslagen* får den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet låta förstöra gång- och sängkläder, husgeråd, möbler och andra föremål av personlig natur samt låta avliva sällskapsdjur, om det är nödvändigt för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Nämnden skall därvid betala skälig ersättning till den som drabbats av ett beslut om förstöring. Enligt vad som framkommit bl.a. vid kommitténs och Statskontorets kontakter med miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna i olika kommuner (jfr kap. 9) torde bestämmelsen om förstöring knappast ha använts.

Frågan om ersättning då ett sällskapsdjur avlivats regleras inte i smittskyddslagen utan i stället i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom (se nedan). Här skall erinras om att bestämmelser om ersättning vid smittskyddsåtgärder riktade mot djur också finns i

epizootilagen (1980:369) och förordningen (1984:306) om bekämpande av salmonella hos djur (jfr kap. 9).

I *förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom* finns bestämmelser om ersättning för företagsförluster och dylikt vid vissa ingripanden för att förhindra smittspridning. Genom förordningen ges möjlighet till ersättning i de fall det anses oskäligt att den skadelidande själv skall bära förlusten. En grundläggande förutsättning för ersättningsreglernas tillämpning är att ingripandet skett enligt smittskyddslagen och avsett de samhällsfarliga sjukdomarna upptagna under 1.1 och 1.2 i bilagan till smittskyddslagen eller sjukdomarna legionärssjuka, papegojsjuka eller tularemi eller enligt livsmedelslagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Vad som ersätts är i huvudsak förluster på grund av förstörda varor och förluster på grund av driftsavbrott eller annat intrång i näringen. När det gäller ersättning till företag för utbetalda löner och ersättning för förlorad arbetsinkomst är ersättningen begränsad till visst belopp. Detta belopp har justerats vid flera tillfällen för att följa sjukpenningens utveckling men efter 1966 har någon höjning inte skett. Enligt en särskild bestämmelse kan ägaren till ett sällskapsdjur få skälig ersättning för den kostnad och förlust som åsamkats honom om en myndighet låtit avliva djuret.

Ersättningen enligt förordningen skall minskas med vad som kan utfås på grund av försäkringsavtal. Det föreligger vidare inskränkningar i ersättningsmöjligheterna vid bl.a. vållande eller försummelse av den skadelidande.

Frågor om ersättning enligt förordningen prövas av Kammarkollegiet. Under perioden 1993–1997 prövade Kammarkollegiet drygt 50 ansökningar. Den absolut övervägande delen av dessa ansökningar avsåg ingripanden enligt livsmedelslagstiftningen. I endast några enstaka fall hade ingripandet som låg till grund för ansökan skett med stöd smittskyddslagen.

18 Samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar

18.1 Inledning

I detta kapitel behandlas samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar. Någon samlad bild av dessa kostnader i Sverige finns inte, vare sig när det gäller sådana kostnader som direkt orsakats av sjukdomarna eller när det gäller kostnaderna för samhällets åtgärder att förhindra vidare spridning. Försök har gjorts i olika sammanhang att beräkna kostnaderna. Flera svårigheter har dock förelegat bl.a. på grund av att nödvändig grundinformation om enskilda åtgärder eller enskilda kostnadsposter saknas. För att åskådliggöra olika kostnader ges i kapitlet exempel på sådana beräkningar beträffande kostnader i olika avseenden. De olika studierna kan emellertid inte ge någon grund för en korrekt samlad bedömning. Det är vidare svårt att jämföra de olika beräkningarna bl.a. med hänsyn till att skilda beräkningsmetoder har använts för beräkningarna och med hänsyn till att underlaget för beräkningarna många gånger är ofullständigt och bygger på olika antaganden. Vidare omfattar vissa beräkningar av kostnaderna samtliga infektionssjukdomar medan andra har avgränsats till samtliga i smittskyddslagen anmälningspliktiga sjukdomar eller till de samhällsfarliga sjukdomarna.

Redovisningen i kapitlet bygger främst på en studie över samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar av smittskyddsläkaren Hans Fredlund och professor Johan Giesecke (fortsättningsvis benämnd *Fredlund m.fl.*, publicerad i *Läkartidningen* nr 6 1998;95:522–526), Socialstyrelsens rapport 1996 "Vad kostar sjukdomarna" och den utvärdering av smittskyddsorganisationen Statskontoret genomförd på kommitténs uppdrag (se närmare kap. 16).

18.2 Smittskyddsorganisationens kostnader

I Statskontorets uppdrag ingick att redovisa kostnaderna för smittskyddsorganisationen i snäv bemärkelse, dvs. Smittskyddsinstitutet

(SMI), Socialstyrelsen, smittskyddsläkarna och kommunerna. Av särskilt intresse har här varit landstingens kostnader för smittskyddsorganisationen. Av Statskontorets rapport framgår emellertid att någon samlad kostnadsbild inte har kunnat ges eftersom landstingen har svårt att redovisa flera kostnadsposter på ett enhetligt sätt. Vidare skiljer det sig markant mellan de olika landstingen beträffande vad som ingår i smittskyddsläkarnas budget, t.ex. när det gäller huruvida smittskyddsläkaren får anslaget medel för laboratorieanalyser och fria läkemedel.

Enligt rapporten uppgick *Socialstyrelsens* kostnader 1997 för tillsyn och föreskrifter rörande smittskyddet till 4 miljoner kr. *SMI:s* kostnader för den del av verksamheten som mer direkt är föranledd av smittskyddslagen uppgick till 45,1 miljoner kr. *Kommunernas* kostnader för det direkta smittskyddet har i rapporten uppskattats till storleksordningen 5 miljoner kr.

Landstingens kostnader för *smittskyddsläkarnas verksamhet*, med grund i statskontorets enkät till smittskyddsläkarna, har uppgivits uppgå till 100,3 miljoner kr. Härav avser 43,8 miljoner kr lönekostnader för smittskyddsläkarorganisationen och 11,5 miljoner kr vissa drifts- och övriga kostnader. Resterande belopp hänför sig till kostnader för uteblivna patientavgifter och tvångsisolering, se vidare avsnitt 18.3 nedan. Till detta kommer bl.a. kostnader för laboratorieprov och fria läkemedel vid de samhällsfarliga sjukdomarna samt för information och utbildning. För de smittskyddsläkare som redovisat dessa kostnader i enkäten uppgick sådana kostnader till sammanlagt omkring 39 miljoner kr. Statskontoret framhåller emellertid att kostnaderna för smittskyddsverksamheten torde vara väsentligt högre än vad som kunnat redovisats.

Enligt Statskontorets rapport uppgick smittskyddsläkarenheternas löne- och driftskostnader (utöver lokal och telefon) 1997 till totalt ca 52 miljoner kr. Beräknat per invånare var den genomsnittliga kostnaden därvid 5:85 kr. Emellertid var spännvidden mellan de olika landstingen mycket stor. Kostnaden per invånare varierade mellan 2:27 kr (Landstinget i Östergötland) och 13:83 kr (Gotlands kommun).

Smittskyddsverksamheten, med den avgränsning som gjorts ovan, är i huvudsak offentligt finansierad. För landstingen utgörs dock en mindre del av finansieringen av patientavgifter. Det bör dock erinras om att för de samhällsfarliga sjukdomarna är undersökning och läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt helt kostnadsfria för patienten. För SMI:s del är den verksamhet som medräknats ovan anslagsfinansierad. Emellertid har SMI också avgiftsfinansierad verksamhet för bl.a. diagnostik av smittämnen.

18.3 Kostnader för vissa smittskyddsåtgärder

Bland de konkreta smittskyddsåtgärder som omfattas av smittskyddslagens bestämmelser ingår bl.a. för den enskilde kostnadsfri undersökning, vård och behandling i vissa fall vid samhällsfarliga sjukdomar. Det har emellertid visat sig mycket svårt att få kunskap om kostnaderna för dessa förmåner. Enligt en grov uppskattning beräknar Statskontoret att kostnaderna för uteblivna patientavgifter uppgår till 16 miljoner kr årligen. Någon motsvarande uppskattning beträffande kostnaden för de fria läkemedlen, dvs. den del av läkemedelskostnaden patienten själv skall betala, har inte kunnat erhållas.

Enligt Fredlund m.fl:s beräkning kan de årliga laboratoriekostnaderna för de enligt smittskyddslagen anmälningspliktiga sjukdomarna uppskattas till 115 miljoner kr. I Statskontorets rapport var de redovisade totala kostnaderna för de samhällsfarliga sjukdomarna ca 20 miljoner kr för 16 landsting. Med grund i de redovisade kostnaderna skulle en omräkning till riket enligt Statskontoret indikera på att kostnaderna ligger runt 90–130 miljoner kr per år.

Beträffande kostnaderna för tvångsåtgärder har kostnaden för tvångsisolering enligt Statskontoret beräknats uppgå till 29 miljoner kr 1997. Någon uppgift om vad tvångsundersökning kostar samhället har inte kunnat erhållas.

Kostnaderna för blodgivarscreening beräknas enligt Fredlund m.fl. uppgå till ca 70 miljoner kr per år och för mödrahälsovårdsscreening till 40 miljoner kr per år. Vidare uppskattar Fredlund m.fl. kostnaderna för barnvaccinationsprogrammet till 115 miljoner kr årligen och skolvaccinationsprogrammet till 24 miljoner kr.

Här bör också nämnas kostnaderna för Folkhälsoinstitutets preventiva arbete när det gäller hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. I institutets budget för år 1999 har ca 51 miljoner kr anslagits för denna verksamhet. Härutöver har staten beviljat 84 miljoner kr som tillfälligt bidrag till storstadsområdena för hivpreventivt arbete.

Beträffande kostnaderna för smittutredning vid objektrelaterad smitta har Statskontoret beräknat att kommunernas kostnader till följd av vatten- och livsmedelsburen smitta uppgår till 2,5 miljoner kr årligen. Enligt Jordbruksverket uppgick kostnaderna 1997 för utredning vid salmonella hos djur till ca 5,7 miljoner kr.

18.4 Direkta och indirekta kostnader för smittsamma sjukdomar

I föregående avsnitt har olika uppskattningar presenterats av kostnader för organisation och åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Av intresse är också att belysa de kostnader i övrigt som förekomsten av de smittsamma sjukdomarna orsakar samhället. Sådana kostnader kan delas in i direkta kostnader, varmed här avses kostnader för den öppna och den slutna vården samt läkemedelskostnader och indirekta kostnader, varmed avses kostnaderna för samhället i övrigt och för den enskilde. Nedan redogörs för olika uppskattningar av sådana direkta och indirekta kostnader.

18.4.1 Sjukvårdens direkta kostnader

Sluten vård

Samlade uppgifter för hela riket avseende kostnader för den slutna vården vid olika sjukdomar saknas. Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om diagnos och vårdtid kan emellertid ge en viss uppfattning om i vilken utsträckning olika sjukdomar föranlett sluten vård och med ledning av dessa uppgifter kan kostnaderna till viss del belysas. Någon rättvisande bild ger dock inte dessa uppgifter, bl.a. på grund av att flera sjukdomstillstånd kan föreligga samtidigt. Det skall också beaktas att kostnaderna är beroende av vilka insatser från sjukvårdens sida som krävs vid det aktuella vårdtillfället. Så kan kostnaden för ett vårddygn i genomsnitt beräknas till omkring 4 000 kr. Om sjukdomstillståndet emellertid är sådant att det föranleder vård på en intensivvårdsavdelning kan vårddygnskostnaden istället uppgå till omkring 20 000 kr.

Även om uppgifterna från patientregistret inte kan ge grund för några tillförlitliga kostnadsberäkningar kan dessa ändå ge en viss bild av kostnadsläget. För de samhällsfarliga sjukdomar som rapporterats till SMI 1996 har sammanlagt 16 858 vårddygn registrerats där den samhällsfarliga sjukdomen angivits som huvuddiagnos. Vid en vårdkostnad om 4 000 kr per vårddygn skulle kostnaden för den slutna vården för de samhällsfarliga sjukdomarna 1996 uppgå till närmare 68 miljoner kr. Bland dessa samhällsfarliga sjukdomar svarade tuberkulos för 7 658 vårddygn, vilket skulle motsvara 30,6 miljoner kr. Vidare registrerades hivinfektion som huvuddiagnos under 1 709 vårddygn vilket skulle motsvara 6,8 miljoner kr och salmonella under 2 333 dagar vilket skulle motsvara 9,3 miljoner kr.

Vid övriga anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddslagen skulle vid en motsvarande beräkning kostnaderna för slutenvård 1996 uppgå till 59, 2 miljarder kr, varav campylobacter svarade för de största kostnaderna.

Ett försök att skatta kostnaderna för den slutna vården på grund av infektionsrelaterade sjukdomar har också gjorts i studien av Fredlund m.fl. Enligt denna analys beräknas kostnaderna för slutenvård uppgå till 2,4 miljarder kr. Som jämförelse kan nämnas att i Socialstyrelsens rapport beräknades kostnaderna år 1991 för slutenvård vid sjukdomsgruppen infektionssjukdomar och parasitsjukdomar till ca 0,8 miljarder. Emellertid utgör denna grupp endast en begränsad del av de infektionsrelaterade sjukdomarna, eftersom sådana även förekommer under bl.a. sjukdomsgrupperna andningsorganens sjukdomar och sjukdomar i urin- och könsorganen.

Öppen vård

Fredlund m.fl. skattar kostnaden för läkarbesök inom primärvården på grund av infektioner till omkring 1,7 miljarder kr per år. I Socialstyrelsens rapport uppskattades kostnaderna för enbart sjukdomarna i sjukdomsgruppen infektions- och parasitsjukdomar 1991 till ca 1 miljard kr. I dessa kostnader ingår dock såväl primärvård som öppen specialistvård. Som ovan anmärkts upptar emellertid denna sjukdomsgrupp endast en del av infektionssjukdomarna.

Läkemedelskostnader

På grundval av statistik från Apoteksbolaget för 1995 har Fredlund m.fl. beräknat att apotekskostnaderna för infektionssjukdomar uppgår till ca 1,3 miljarder kr.

18.4.2 Indirekta kostnader

Enligt Socialstyrelsens rapport beräknades de indirekta kostnaderna, avseende kostnader för mortalitet, förtidspension och tillfällig sjuklighet, för sjukdomsgruppen infektions- och parasitsjukdomar 1991 uppgå till ca 2,5 miljarder kr. Med indirekta kostnader avsågs här produktionsbortfallet, dvs. de varor och tjänster som en nation går miste om till följd av att vissa människor drabbas av sjukdom.

Beträffande kostnader för sjukskrivning p.g.a. infektionssjukdom betalas de första två veckorna av arbetsgivaren. Riksförsäkringsverket

för heller inte någon löpande statistik över hur utbetald sjukersättning fördelar sig på olika diagnoser. Någon uppgift om kostnaderna för sjukskrivning vid smittsam sjukdom kan därför inte erhållas. Riksförsäkringsverket har emellertid genomfört vissa studier bl.a. för antal sjukdagar och diagnos under 1990. Av studien framgick att av sammanlagt drygt 121 miljoner ersatta sjukdagar år 1991 svarade sjukdomsgruppen infektions- och parasitsjukdomar för 4 miljoner sjukdagar. Drygt hälften av dessa berodde på "olika tarminfektioner". Härutöver svarade infektioner i andningsorganen för 12 miljoner sjukdagar och influensa för 3,5 miljoner sjukdagar.

Under 1996 utbetalades 4,7 miljoner kr i ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare (jfr kap. 17). Huvuddelen av dessa ersättningar torde hänföra sig till personer som smittats av salmonella.

Vidare utbetalades under 1996 tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn med 2,2 miljarder kr. Enligt Fredlund m.fl.:s studie torde en övervägande del av denna kostnad kunna hänföras till infektionssjukdomar.

18.4.3 Kostnadsberäkningar för vissa sjukdomar

Beträffande vissa sjukdomar finns studier som närmare belyser kostnaderna som dessa sjukdomar föranlett. Här skall ges några sådana exempel. Den genomsnittliga kostnaden, direkta och indirekta kostnader inbegripna, för *hepatit B* hos vuxna har beräknats uppgå till ca 22 000 kr per patient, varav 13 000 hänförde sig till medicinsk vård. Kostnaderna för inhemska fall av *salmonella* har, enligt en studie som även den grundade sig på förhållanden 1992, beräknats sammanlagt till knappt 10 miljoner kr varav 48 procent avsåg direkta kostnader. Här bör dock uppmärksammas att i majoriteten av de fall av salmonella som diagnosticeras i Sverige har smittan erhållits utomlands. Kostnaderna för salmonella är således väsentligt högre än denna beräkning. De direkta och indirekta kostnaderna vid okomplicerad *klamydia* har enligt Fredlunds m.fl.:s artikel beräknats till sammanlagt 12 miljoner kr årligen.

I Socialstyrelsens rapport 1994:3 "HIV och AIDS i vården i storstadsregionerna" uppskattades landstingens kostnader vid *hiv/aids* totalt till 300–480 miljoner kr per år. Därav avsåg 200–360 miljoner kr somatisk vård och 100–120 miljoner kr preventiva psykosociala insatser. Enligt en analys vid Huddinge sjukhus har vården förändrats sedan början av 1990-talet bl.a. på så sätt att mindre kostnadskrävande vårdformer har börjat tillämpas. Samtidigt har läkemedelskostnaderna

ökat till att numera utgöra nästan 50 procent av den sammanlagda budgeten för hiv/aidsvården. Analysen visade att totalkostnaden för en hivpatient vid Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus och vid den s.k. Venhälsan (se kap. 13.5.1) 1997 uppgick till mellan 97 000 och 128 000 kr, varav mellan 43 000 och 60 000 kr avsåg kostnader för hiv-läkemedel. För de tre Stockholmsklinikerna, som tillsammans har kontakt med omkring 1 400 hivinfekterade, uppgår den årliga kostnaden för hivläkemedel till omkring 70 miljoner kr. Några direkta studier över kostnaderna för *vårdrelaterade infektioner* i Sverige finns inte. I Socialstyrelsens rapport 1998:19 "Vårdrelaterade infektioner. En verksamhetsöversyn" presenteras olika försök att uppskatta dessa kostnader. I rapporten konstateras dock att beräkningarna är ofullständiga och bygger på vissa antaganden. Enligt vad som presenteras i rapporten beräknades vårdkostnaderna för postoperativa infektioner till 675 miljoner kr 1988. Vidare beräknas kostnaderna för vård av patienter med antibiotikautlöst diarré vara i storleksordningen 250–500 miljoner kr. Här kan också nämnas att vården av patienter med MRSA (meticillinresistenta stafylokocker jfr kap. 4) i Göteborg beräknas ha kostat i storleksordningen 6 miljoner kr 1995.

18.5 Avslutande kommentarer

Som framhållits i inledningen finns inte någon samlad bild av vad de smittsamma sjukdomarna kostar samhället. Att det inte är möjligt att närmare beräkna samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar beror delvis på att många frågor kring smittsamma sjukdomar är svåra att värdera ekonomiskt. Bristerna beror emellertid till stor del också på att uppgifter rörande olika kostnader saknas eller inte finns redovisade på ett sådant sätt att de kan ligga till grund för samhällsekonomiska analyser. I kapitlet har redovisats olika försök att beräkna och uppskatta kostnader för smittsamma sjukdomar. Från dessa olika beräkningar kan dock inte de sammanlagda samhällskostnaderna fastställas. Fredlund m.fl. har med grund i de sammanställda beräkningarna av olika kostnader försökt att uppskatta de totala kostnaderna. Deras slutsats är att samhällets kostnader för att förebygga smittsamma sjukdomar rimligen kan uppskattas till någon miljard kr per år och att samhällets kostnader för dem som blivit smittade kan uppskattas ligga mellan 5 och 10 miljarder kr.

19 Utländsk rätt

19.1 Smittskyddslagstiftning i Norden

19.1.1 Danmark

Smittskyddet regleras genom *lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme* som trädde i kraft 1980. Lagen gäller endast vissa uppräknade sjukdomar (dit hör inte hivinfektion eller aids), och de sjukdomar som omfattas indelas i allmänfarliga sådana (bl.a. fläckfeber och difteri) och övriga (t.ex. salmonella, tuberkulos och hepatit A). Vissa av bestämmelserna omfattar endast de allmänfarliga sjukdomarna. Sundhetsministern kan emellertid besluta att bestämmelserna även skall kunna tillämpas på övriga smittsamma sjukdomar då dessa uppträder på ett särskilt elakartat sätt eller har stor utbredning eller när existerande hygieniska förhållanden innebär en särskild risk för smittspridning. Sundhetsstyrelsen har utfärdat en kungörelse om läkares skyldighet att anmäla smittsamma sjukdomar. Somliga sjukdomar, bl.a. de allmänfarliga sjukdomarna och aids (men inte hivinfektion), är individuellt anmälningspliktiga.

Epidemikommissionen, en smittskyddsorganisation som finns i varje amtskommun (närmast motsvarande län), fattar beslut om flertalet av de åtgärder som regleras i smittskyddslagen. Kommissionen kan t.ex. låta avspärra områden, förbjuda offentliga möten, helt eller delvis stänga verksamheter som rör framställning eller distribution av livsmedel samt förbjuda smittbärare att arbeta inom sådan verksamhet, använda allmänna kommunikationsmedel m.m. Vidare kan förordnas att den som lider av en allmänfarlig sjukdom eller kan antas vara smittad av sådan skall låta sig läkarundersökas, isoleras och läggas in på sjukhus. Lagen anger ingen gräns för hur länge en isolering kan pågå. Om utbredningen av en allmänfarlig sjukdom inte kan hindras genom isolering kan sundhetsministern besluta att tvångsbehandling skall tillgripas; sådant beslut förutsätts endast fattas i extraordinära situationer. Sundhetsministern kan även förordna om tvångsvaccinering inom ett avgränsat område eller av en begränsad personkrets. Någon skyldighet för läkare att meddela förhållningsregler finns inte.

Könssjukdomar är uttryckligen undantagna från smittskyddslagens tillämpningsområde. Vissa bestämmelser rörande dessa återfinns i form av rekommendationer i den s.k. vejledning som Sundhetsstyrelsen har utarbetat för diagnosticering och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar. När det gäller smittspårning anges att läkaren i möjligaste mån skall försöka motivera sin patient att delta i sådan, men patienten har inte någon skyldighet att uppge vilka kontakter han haft. Möjlighet till anonym testning av sexuellt överförbara sjukdomar finns.

I den danska strafflagen finns en särskild ansvarsbestämmelse om överförande av smittsamma sjukdomar. Enligt bestämmelsen kan den som på ett hänsynslöst sätt upprepade gånger eller under i övrigt särskilt försvårande omständigheter framkallar fara för att annan skall smittas med en livshotande och obotlig sjukdom dömas till böter eller fängelse i högst fyra år. Bestämmelsens tillämpningsområde är inte begränsat till de sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen utan har en generell räckvidd. Enligt förarbetena innebär bestämmelsens utformning emellertid att den f.n. endast kan tillämpas på hiv/aids.

19.1.2 Norge

Den norska smittskyddslagen, *lov 5 aug. 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer*, trädde i kraft den 1 januari 1995. Lagen omfattar alla smittsamma sjukdomar, men skiljer mellan allmänfarliga och övriga smittsamma sjukdomar. Vilka sjukdomar som räknas till den förstnämnda kategorin bestäms av Social- och hälsodepartementet (bl.a. anses tuberkulos, difteri, hivinfektion och olika typer av hepatit som allmänfarliga smittsamma sjukdomar). Vissa av lagens bestämmelser gäller endast de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna.

Statens helsetillsyn har meddelat föreskrifter rörande anmälningsplikten av smittsamma sjukdomar. Ett antal förtecknade sjukdomar skall anmälas till SIFF (motsv. Smittskyddsinstitutet) och till kommunläkaren. Ett mindre antal sjukdomar, bl.a. gonorré, hivinfektion och syfilis, skall utan angivande av personuppgifter endast anmälas till SIFF.

Den som har skäl att tro att han har smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom har fyra typer av skyldigheter; att ge besked till och uppsöka läkare för nödvändig undersökning, att ge nödvändiga upplysningar som kan klargöra smittförhållandena, att ta emot smittskyddsvägledning samt att låta sig isoleras när det är nödvändigt. Skyldigheterna är emellertid inte sanktionerade. Önskemål om anonym hivtestning godtas.

Kommunstyrelsen kan besluta om att ett flertal olika åtgärder skall vidtas för att motverka smittspridning; bl.a. kan mötesförbud, stängning

av verksamheter och desinfektion komma ifråga. Beslut om tvångsåtgärder mot person fattas av den s.k. smittskyddsnämnden efter framställan av kommunläkaren (kommunläkaren har i vissa fall möjlighet att tillsammans med en läkare utsedd av fylkeskommunen fatta interimistiska beslut). Vägrar en smittad person att efter anmaning låta undersöka sig, kan beslutas att vederbörande skall läggas in på sjukhus för undersökning eller isolering i högst sju dagar. Dessa åtgärder får bara vidtas i syfte att klarlägga om en allmänfarlig smittsam sjukdom föreligger. Som ytterligare förutsättning gäller dessutom att åtgärden skall vara nödvändig för att motverka smittspridning. Tvångsundersökning kan således ej komma i fråga om resultatet av undersökningen har liten eller ingen betydelse för att motverka att sjukdomen överförs till andra. I smittskyddslagens förarbeten pekas på att det mot denna bakgrund vanligtvis inte är möjligt att företa hivtestning med tvång.

Om det är nödvändigt för att förebygga eller förhindra spridning av allmänfarlig smittsam sjukdom skall den smittade anmanas att låta isolera sig. Motsätter den smittade sig detta kan beslutas om tvångsisolering på sjukhus. Sådant beslut får inte fattas innan det övervägts om den smittade kan ges tillfredsställande behandling eller vård eller få annat erbjudande om frivillig smittförebyggande åtgärd. Det förutsätts att tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen skall stå tillbaka för andra åtgärder som ligger närmare till hands för att lösa smittproblemet. Tvångsisolering kan endast komma ifråga om isolering vid en helhetsbedömning är den mest försvarliga lösningen i förhållande till faran för smittöverföring och den belastning som tvångsingreppet kan antas medföra. Det skall dessutom vara övervägande sannolikt att smittan sprids om isolering inte sker. När det gäller att bedöma faran för smittspridning skall bl.a. kännedomen om sjukdomens smittsamhet och smittvägar vägas samman med uppgifter om den enskildes kontakter med omgivningen och hans uppförande. Behovet av isolering vid sjukdomar som smittar vid vanligt socialt umgänge (t.ex. tuberkulos) är anorlunda än beträffande sjukdomar som inte smittar vid sådant umgänge (t.ex. hivinfektion). Isolering får pågå i högst tre veckor. Genom nya beslut kan isoleringen förlängas med högst sex veckor åt gången, men får inte pågå under längre tid än ett år. Det är emellertid inte uteslutet att en person kan bli föremål för isolering på nytt om smittfaran kvarstår.

Enligt 155 § i den norska strafflagen skall den som har skäligen grund att tro att han är smittsam med en allmänfarlig smittsam sjukdom och som av oaktsamhet överför smitta eller utsätter annan för fara att smittas dömas till fängelse i högst tre år. Strafflagen innehåller även ett par bestämmelser som är direkt kopplade till smittskyddslagen. I 357 § stadgas att den som överträder föreskrifter meddelade med stöd av

smittskyddslagen skall dömas till böter eller fängelse i högst tre månader. Har konkret fara för smittspridning förelegat skall i stället 156 § tillämpas. Enligt denna paragraf skall den som överträder allmänna bestämmelser som meddelats till skydd mot smittsamma sjukdomar eller överträtt individuella föreskrifter som meddelats med stöd av smittskyddslagen dömas till böter eller fängelse i högst två år, om han haft vetskap om att han därigenom vållat fara för att smittan skulle kunna komma att spridas till många personer. Drabbas en målsägande av betydande kroppsskada eller avlider kan straffet bli fängelse i högst fyra år.

19.1.3 Finland

Den finska smittskyddslagen indelar de sjukdomar som omfattas i tre kategorier; allmänfarliga, anmälningsskyldiga och andra smittsamma sjukdomar. I förordning bestäms vilka sjukdomar som är hänförliga till respektive kategori. Bland de allmänfarliga återfinns bl.a. ehec och tuberkulos och bland de anmälningsskyldiga hivinfektion samt hepatit B och C.

Läkare, tandläkare och somliga laboratorier är skyldiga att göra anmälan om vissa smittsamma sjukdomar. Anmälan om allmänfarlig smittsam sjukdom skall innehålla den smittades namn och personnummer, medan uppgift om namn inte skall lämnas då fråga är om anmälningsskyldig sjukdom. Vid hivsmitta skickas anmälan direkt till Folkhälsoinstitutet som vidarebefordrar uppgifterna utan personnummer till hälsocentral samt sjukvårdsdistrikt. Möjlighet ges till anonym testning av hivinfektion.

Om allmänfarlig smittsam sjukdom som medför risk för smitta konstaterats eller med fog kan förväntas skall hälsovårdsmyndigheterna utan dröjsmål vidta nödvändiga åtgärder för att förhindra att sjukdomen sprids. Hälsovårdsnämnderna kan därvid bl.a. förordna om isolering av bostäder och vårdanstalter, stängning av läroanstalter och daghem samt besluta om desinfektion eller förstöring. Ansvarig läkare vid hälsocentral kan förordna om undersökning av personer som är eller misstänks vara smittade och om andra försiktighetsåtgärder. Dessa kan omfatta föreskrifter som gäller personlig hygien, arbete, skolgång och andra levnadsförhållanden. Läkaren skall vidare sörja för att lämplig vård anvisas. Vid allmänfarlig eller anmälningsskyldig sjukdom är, om läkaren finner detta nödvändigt för att motverka smittspridning, den smittade eller misstänkt smittade skyldig att delta i smittspårning. Sanktioner mot patienter som vägrar att medverka saknas emellertid.

Hälsovårdsnämnden kan besluta om tvångsisolering av den som insjuknat eller misstänks ha insjuknat i allmänfarlig smittsam sjukdom (således inte hivinfektion eller aids). I brådskande fall kan ansvarig läkare vid hälsovårdscentral besluta om isolering; beslutet måste dock genast underställas hälsovårdsnämnden. Isolering kan ske om risken för att sjukdomen skall sprida sig är uppenbar och spridningen inte kan förhindras med hjälp av andra åtgärder eller om personen i fråga inte kan eller vill underkasta sig de andra åtgärder som krävs till förhindrande av smittspridning. Innan tvångsisolering tillgrips skall alla andra möjliga sätt att hindra smittspridning prövas. Utgångspunkten är att den isolerade personens frihet inte skall begränsas i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att hindra att smitta sprids och att vården skall baseras på hans samtycke. Lagen medger emellertid att vård ges även utan samtycke. Isolering kan pågå i högst två månader. Efter framställan från hälsovårdsnämnden kan länsrätten besluta om förlängning med tre månader. Således kan isolering pågå under högst fem månader i sträck.

Den finska smittskyddslagen innehåller en bestämmelse om straffansvar för den som uppsåtligen eller av oaktsamhet försummar att iaktta för honom utfärdade förhållningsregler och därigenom vållat risk för spridning av allmänfarlig smittsam sjukdom. Gärningsmannen kan i sådant fall dömas för "orsakande av smittorisk" till böter eller fängelse i högst sex månader; detsamma gäller den som förordnats att hålla sig isolerad men som underlåter att iaktta inrättningens ordningsregler. Vidare finns i den finska strafflagen en bestämmelse som straffbelägger uppsåtligt spridande av farsot. Bestämmelsen omfattar dock endast fall då gärningsmannen ger upphov till en epidemi genom att smitta ett flertal personer. I andra fall kan strafflagens bestämmelser om bl.a. misshandel och vållande till kroppsskada eller sjukdom komma i fråga.

19.2 Smittskyddslagstiftning i övriga Europa

19.2.1 Tyskland

Smittskyddet regleras i den federala Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (*Bundes-Seuchengesetz*). För vissa sexuellt överförbara sjukdomar finns dessutom specialbestämmelser i federala Geschlechtskrankheitengesetz. Smittskyddslagen omfattar samtliga smittsamma sjukdomar. Vissa federala författningar reglerar särskilda frågor hänförliga till hiv/aids, bl.a. sådana som rör ekonomiskt bistånd.

Behandlande läkare är skyldig att anmäla vissa i smittskyddslagen förtecknade sjukdomar till hälsovårdsnämnden. Enligt en speciallag skall hivfall anmälas till ett centralt register. Den smittades identitet får därvid inte röjas. Anmälan av aids görs på frivillig basis.

Smittskyddslagen innehåller bl.a. regler om förebyggande åtgärder, tvångsåtgärder, kostnader och sanktioner. Hälsovårdsmyndigheterna kan vidta en mängd åtgärder för att kontrollera smittsamma sjukdomar, t.ex. kan i vissa fall beslutas om att en enskild skall genomgå läkarundersökning, ställas under särskild övervakning, beläggas med yrkesförbud eller isoleras. Tvångsisolering får endast ske i mycket speciella fall.

Bestämmelserna i smittskyddslagen kan kompletteras med regler på delstatsnivå. Exempelvis har Bayern antagit en mängd särregler beträffande hiv/aids. Hivtest, som i andra delstater i princip är fakultativt, är i Bayern obligatorisk för somliga kategorier (t.ex. prostituerade och intravenösa missbrukare) och ett negativt hivtest är en förutsättning för att uppehållstillstånd skall beviljas (vissa undantag görs emellertid, bl.a. för EU-medborgare). De bayerska myndigheterna har meddelat en rad regler som hivpositiva måste följa, bl.a. föreligger en skyldighet för den som är smittad att berätta för sexualpartners om sin infektion. Bryter en smittad mot reglerna vid upprepade tillfällen och därigenom sprider smitta och orsakar fara för andra kan han tvångsisoleras efter beslut av domstol.

De tyska domstolarna har tillämpat bestämmelserna i Strafgesetzbuch (motsv. brottsbalken) om grov misshandel och försök till grov misshandel vid bedömningen av straffansvar för gärningar som inneburet överföring eller fara för överföring av smitta. Bestämmelserna har bl.a. tillämpats på fall rörande överföring av hivinfektion vid sexuellt umgänge.

19.2.2 Österrike

Österrikes smittskyddslag, *Epidemiegesetz*, omfattar en mängd smittsamma sjukdomar (kolera, lepra, pest, malaria, hepatiter m.fl.). Tuberkulos regleras i en särskild lag, *Tuberkulosegesetz*, och vissa sexuellt överförbara sjukdomar (gonorré, syfilis, *ulcus molle* och lymfogranuloma inguinale) i *Geschlechtskrankheitsgesetz*. Vare sig *Epidemiegesetz* eller *Geschlechtskrankheitsgesetz* är tillämplig på hivinfektion eller aids; här gäller i stället en särlag, *Aidsgesetz*.

Epidemiegesetz innehåller bl.a. regler om anmälningsplikt. I lagen finns vidare bestämmelser om tvångsåtgärder som kan vidtas för att begränsa smittspridning, t.ex. obligatorisk undersökning, tvångsvård,

övervakning och isolering av personer som är eller misstänks vara smittade. Isolering kan ske i den enskildes hem eller på sjukhus eller liknande institution, och kan bara komma i fråga beträffande sjukdomar som förtecknats i särskild förordning. Andra åtgärder som kan vidtas enligt lagen är desinfektion eller förstörelse av lösöre samt utrymning av bostäder. Tuberkulosegesetz innehåller liknande bestämmelser. Beslut om tvångsåtgärder enligt de båda lagarna tas av lokal hälsovårdsmyndighet efter hörande av behandlande läkare.

Enligt bestämmelserna i Aidsgesetz är bl.a. behandlande läkare skyldiga att anmäla fall av aids (men inte hivinfektion) till socialdepartementet. Anmälan skall innehålla den sjukes initialer, födelsedatum och kön. Vidare finns i lagen regler om att prostituerade med jämna mellanrum måste låta testa sig, att prostitution är förbjuden för hivpositiva och att läkare är skyldiga att ge hivsmittade patienter detaljerade upplysningar och råd. Bestämmelser om kontaktspårning och tvångsåtgärder saknas.

I den österrikiska strafflagen finns en specialbestämmelse som tar sikte på överföring av smittsamma sjukdomar från en person till en annan. Den som uppsåtligen äventyrar annans hälsa med vissa smittsamma sjukdomar kan dömas till böter eller fängelse i högst tre år. Begås brottet av oaktsamhet är straffskalan böter eller fängelse i högst ett år. För ansvar enligt bestämmelsen fordras inte att smitta verkligen överförts; det räcker med att en smittad företagit en handling genom vilken smittoöverföring kan ske. Flera underrätter har tillämpat bestämmelsen på hivsmittade som haft oskyddat sexuellt umgänge med annan.

19.2.3 Nederländerna

Nederländerna antog en ny smittskyddslag under 1998. Lagen omfattar endast vissa uppräknade smittsamma sjukdomar och bland dessa ingår inte hiv/aids. Kontrollen av hiv/aids baseras i stället främst på frivilligt samarbete. Vissa specialförfattningar på området förekommer, bl.a. rörande framställningen av blodprodukter.

Enligt smittskyddslagen skall behandlande läkare anmäla vissa sjukdomar till den kommunala hälsomyndigheten. Anmälan av hivinfektion och aids sker på frivillig basis.

Chefen för den kommunala förvaltningen har befogenhet att förordna om en rad smittskyddsåtgärder. Han kan t.ex. besluta att en person skall undersökas av läkare, om avstängning av smittbärare från arbetsplatser och skolor samt om förstöring av lösöre. Han kan även besluta om tvångsisolering. Ett sådant beslut måste dock bekräftas av domstol för att vara giltigt. För att tvångsisolering skall kunna komma ifråga

måste det röra sig om vissa, särskilt förtecknade, sjukdomar. Förteckningen kan ändras tämligen snabbt genom beslut av hälsoministern (ministerns beslut är dock interimistiskt och måste inom viss tid fastställas av riksdagen). För närvarande återfinns bl.a. polio, tuberkulos, difteri, rabies och virala hemorragiska febrar i förteckningen. Tvångsisolering får endast ske om en person vägrar att följa de förhållningsregler som givits honom, inte frivilligt låter isolera sig samt utgör en allvarlig fara för sin omgivning. Varje annan möjlighet att komma tillrätta med problemet måste ha prövats innan beslut om tvångsisolering tas. Isolering sker på sjukhus och upphävs först då personen ifråga antingen väljer att frivilligt underkasta sig åtgärder eller inte längre kan smitta annan.

Den nederländska strafflagen innehåller ingen bestämmelse som särskilt tar sikte på överföring av smitta från en person till en annan, men i vissa fall kan det bli aktuellt att använda sig av straffbestämmelserna som rör våld mot person.

19.2.4 Frankrike

Den grundläggande franska smittskyddslagstiftningen återfinns i Code de la santé publique (i texten nedan förkortad CSP). Bestämmelserna kompletteras av förordningar och regler utfärdade på lokal nivå. CSP innehåller bl.a. bestämmelser om obligatorisk vaccination och anmälningsplikt rörande vissa sjukdomar (t.ex. råder obligatorisk anmälningsplikt beträffande aids, varvid den smittades identitet inte får röjas; hivinfektion rapporteras på frivillig basis).

Då en epidemi eller annan överhängande fara hotar folkhälsan kan prefekten (ung. motsv. landshövdingen) besluta om omedelbar verkställighet av åtgärder som regeringen föreskrivit i förordning. Exempel på sådana åtgärder är förstörelse av livsmedel och isolering på sjukhus av personer som smittats av vissa smittsamma sjukdomar (t.ex. smittkoppor, kolera och pest). Åtgärder får emellertid endast vidtas om omständigheterna är exceptionella.

Bekämpningen av de sexuellt överförbara sjukdomarna syfilis, gonorré, ulcus molle och klamydia behandlas i ett eget avsnitt i CSP. Personer som lider av sådan sjukdom är skyldiga att undergå läkarundersökning och behandling till dess smittrisen försvunnit. Prefekten kan i vissa fall besluta att en smittad skall tvångsintas på sjukhus. Även för bekämpningen av hivinfektion finns ett särskilt kapitel. Där fastslås att staten skall bestämma inriktningen på kampen mot sjukdomen. Vidare förordnas att det i varje del av landet skall anvisas åtminstone en mottagning som utan kostnad för den sökande och utan att avslöja dennes

identitet skall genomföra hivtest. Till dessa bestämmelser finns en rad specialförfordningar, bl.a. rörande hivtestning (som i princip är frivillig, med undantag för vissa grupper som t.ex. blodgivare). Det finns ingen skyldighet för hivpositiva att motta vård eller informera sina sexualpartners. Något program för kontaktpårning finns inte.

Straffansvar för överföring av hivinfektion till sexualpartners har såvitt känt inte prövats av franska domstolar. Ansvar för annan typ av överföring av smitta från en person till en annan har prövats enligt bestämmelserna i strafflagen, bl.a. enligt dem som rör förgiftning.

19.2.5 Italien

Den italienska smittskyddslagen reglerar smittsamma sjukdomar som t.ex. röda hund och tuberkulos, men däremot inte hiv/aids. Olika typer av frågor relaterade till hiv/aids såsom övervakningssystem, finansiering av vård och testningsförfarande regleras i stället genom specialförfattningar. Rapporteringen av aids är obligatorisk och skall ske på så sätt att den smittades identitet inte avslöjas. Det finns ingen lag som syftar till att hindra spridningen av hivinfektion med medel såsom t.ex. tvångstestning, tvångsbehandling eller isolering.

Enligt en bestämmelse i italiensk grundlag skall medicinsk behandling vara frivillig om inte annat bestämts i lag. Det har i lag förordnats att tvångsvård kan ske beträffande sexuellt överförbara sjukdomar. I italiensk doktrin konstateras emellertid att undantaget inte är tillämpligt på aids, i vart fall inte så länge som sjukdomen är obotlig.

Vid uppsåtlig smittspridning kan vissa ansvarsbestämmelser i strafflagen som rör spridande av epidemi tillämpas. Såvitt känt har inte frågan om överföring av hivinfektion vid sexuellt umgänge prövats av italiensk domstol.

19.2.6 Storbritannien

Den allmänna smittskyddslagen *Public Health (Control of Disease) Act 1984* utgör tillsammans med *Public Health (Infectious Diseases) Regulation 1988* den författningmässiga basen för kontroll av smittsamma sjukdomar. Den brittiska smittskyddslagen omfattar generellt fem anmälningspliktiga sjukdomar: kolera, pest, återfallsfeber, smittkoppor och tyfus. Dessutom gäller vissa av bestämmelserna även andra smittsamma sjukdomar, t.ex. aids (men som huvudregel inte hivinfektion), tuberkulos, mässling och påssjuka. Särskilda bestämmelser om de sexuellt överförbara sjukdomarna syfilis, gonorré och *ulcus molle* finns i

Venereal Disease Act 1917. Vissa specialförfattningar rörande hiv/aids reglerar bl.a. sekretess, provtagning och statistik. Hivtestning är i princip frivillig.

Smittskyddslagen ger bl.a. regler om anmälningsskyldighet (rapportering av hiv- och aidsfall sker dock på helt frivillig basis) samt om olika typer av tvångsåtgärder som myndigheterna kan ta till för att hindra utbredningen av smittsamma sjukdomar. De flesta bestämmelserna är inte tillämpliga på aids; dock är reglerna om tvångsundersökning, inläggning på sjukhus och isolering tillämpliga på sjukdomen. Beslut om tvångsisolering fattas av domstol, och det finns ingen begränsning av den tid under vilken isolering kan bli aktuell. Domstolen kan i sitt beslut föreskriva när isoleringen skall upphöra men tiden kan förlängas genom ett nytt beslut.

Den brittiska regeringen ser f.n. över straffbestämmelserna i *Offences Against the Person Act 1861* för att dessa skall bli enklare att tillämpa på bl.a. uppsåtlig smittspridning i syfte att allvarligt skada annan. Det torde emellertid redan idag vara möjligt att med stöd av lagen väcka åtal för sådan gärning. Enligt uppgift från Department of Health har det sannolikt inte förekommit något fall i England eller Wales där en person dömts för att ha smittat annan med hivinfektion vid sexuellt umgänge.

19.3 Sammanfattande kommentarer

Vid en jämförelse mellan svensk och utländsk smittskyddslagstiftning kan endast försiktiga slutsatser dras. Skall man göra en ordentlig och säker jämförelse måste de grundläggande skillnaderna mellan de olika staternas rättsordningar beaktas, och hänsyn måste även tas till andra faktorer som ett lands klimat, ekonomi, drog- och sexualpolitik, flyktingpolitik m.m. Vissa iakttagelser beträffande de studerade staterna kan dock göras.

I samtliga stater finns övergripande lagar som reglerar smittskyddet. Liksom den svenska smittskyddslagen omfattar de allmänna smittskyddslagarna i Norge, Finland och Tyskland hivinfektion; även den franska smittskyddslagen innehåller ett par bestämmelser rörande denna. Storbritanniens smittskyddslag är i vissa fall tillämplig på aids. Smittskyddslagarna i Danmark, Österrike, Nederländerna och Italien omfattar vare sig hivinfektion eller aids.

Skyldighet för sjukvårdspersonal att anmäla förekomsten av vissa svåra sjukdomar till en central instans förekommer i alla de studerade staterna. Hivinfektion är en anmälningsskyldig sjukdom i Danmark, Norge, Finland och Tyskland. I Danmark, Norge, Österrike, Frankrike och

Italien skall fall av aids anmälas. Anmälan av hivinfektion och aids sker på frivillig basis i Nederländerna och Storbritannien.

Möjligheter att i särskilda fall vidta tvångsåtgärder för att förhindra smittspridning finns i samtliga staters smittskyddsreglering. Det kan t.ex. röra sig om tvångsundersökning, tvångsvaccinering, stängning av verksamheter eller övervakning. Tvångsisolering är en åtgärd som i de flesta länder förekommer i någon form, men isolering p.g.a. hivinfektion eller aids med stöd av smittskyddslagens regler kan endast ske i ett fåtal länder. Isolering p.g.a. hivinfektion kan (förutom i Sverige) ske i Norge och Tyskland. De allra flesta tyska delstaterna begagnar sig dock inte av denna möjlighet. I Storbritannien kan isolering av aidssjuka äga rum under vissa bestämda omständigheter. Tvångsomhändertagande av personer som smittats av hivinfektion kan emellertid i många länder ske enligt författningar om psykiatrisk vård eller narkomanvård, om de smittade även har problem av psykisk beskaffenhet eller av missbruksnatur.

I många länder använder sig domstolarna av bestämmelserna i respektive lands strafflag om misshandel och motsvarande brott för att bedöma gärning som inneburit överföring eller risk för överföring av hivinfektion eller annan svår sjukdom. Den danska, norska och österrikiska strafflagen har särskilda ansvarsbestämmelser som tar sikte på gärningar som innebär att smittsam sjukdom överförs eller riskerar att överföras från en person till en annan.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det i staternas smittskyddslagstiftningar finns många drag som förenar, men också flera som skiljer sig åt. Skillnaderna kan bl.a. bero på olikheterna i staternas rättstradition och deras epidemiologiska historia. Att försöka dra någon slutsats om lagstiftningens inverkan på respektive lands epidemiologiska situation låter sig knappast göras; vad som är orsak och verkan är svårt att säga.

20 Internationellt samarbete

20.1 Inledning

På internationellt plan bedrivs, bl.a. inom FN och EU, ett omfattande arbete för att minska utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Mycket av arbetet inom de internationella organisationerna består av framtagande av olika typer av handlingsplaner och program. Det mer konkreta smittskyddsarbetet utförs vanligen av mindre organ och sammanslutningar, men då ofta inom ramen för de stora organisationernas program.

Det finns inget formellt smittskyddssamarbete mellan de nordiska länderna. Smittskyddsinstitutet (SMI) beviljades emellertid av regeringen i juni 1997 bidrag om tio miljoner kr för utveckling och stärkande av smittskyddet i det s.k. nordiska närområdet åren 1997–2000. Avsikten är att SMI skall kontakta och samarbeta med de organ som motsvarar institutet i bl.a. de baltiska staterna samt övriga nordiska länder. Vidare skall institutet och dess motsvarigheter hålla sig informerade om planer och insatser som företas av Nordiska ministerrådet och Världshälsoorganisationen (WHO) samt samordna sitt arbete med dessa.

20.2 Arbetet inom FN

Bland det arbete som bedrivs inom WHO för att motverka smittsamma sjukdomar märks t.ex. utarbetande av överenskommelser, upprättande av övervaknings- och informationssystem samt bedrivande av vaccinations- och forskningsprogram. Dessutom är WHO en av de organisationer som står bakom FN:s samlade program mot hiv/aids, UNAIDS. En viktig del av WHO:s verksamhet är arbetet genom de s.k. Collaborating Centres. Ett Collaborating Centre är ett laboratorium eller en institution som har experter på diagnos och epidemiologi vad gäller smittsamma sjukdomar och zoonoser. Centret samarbetar med ett eller flera länder. På SMI finns fyra Collaborating Centres, för bl.a. legionella.

WHO:s tjugoandra Världshälsoförsamling antog 1969 en överenskommelse om det sanitära arbetet mellan länderna, International Health Regulations (IHR). Överenskommelsen, som reviderats vid ett antal tillfällen, ligger till grund för den svenska karantänslagstiftningen (se kap. 10). IHR:s syfte är att ge största möjliga skydd mot att vissa sjukdomar sprids internationellt med minsta möjliga hinder för den internationella trafiken. De sjukdomar som regleras i IHR är f.n. gula febern, kolera och pest. Härutöver finns några särskilda stadganden om malaria. Bestämmelserna i IHR är av olika karaktär. Vissa är av tvingande natur (t.ex. skyldigheten att i vissa fall hålla WHO underrättad om smittskyddssituationen i landet), medan andra behandlar de åtgärder som *får* vidtas av det enskilda landet och anger det mest restriktiva förfarandet som får tillämpas.

För närvarande pågår en översyn av bestämmelserna, vilken kan få inverkan på svensk lagstiftning på området. Sedan IHR:s tillkomst har sjukdomspanoramat förändrats. Vidare har den internationella samfärdseln ökat, vilket har medfört en ökad risk för spridning av vissa sjukdomar. Det har ansetts som en brist att IHR inte omfattar regler mot andra sjukdomar än gula febern, kolera och pest. Vidare har ifrågasatts om kolera, bl.a. med hänsyn till förbättrade möjligheter till behandling, skall ingå i regleringen. Av de rapporter som givits över revisionsarbetet framgår bl.a. att det vid ett expertmöte konstaterats att de grundläggande principerna i IHR bör kvarstå men att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten. Därvid har föreslagits omedelbar rapportering av vissa definierade symptom på ett antal sjukdomar av internationell betydelse. Vidare har rekommenderats att IHR skall ge klarhet i vad som anses vara olämpliga och onödiga kontrollåtgärder samt att en vägledning bör antas för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna. WHO har tillsatt en särskild arbetsgrupp för att utarbeta ett utkast till förändring av bestämmelserna. Ett färdigt förslag tros kunna presenteras för Världshälsoförsamlingen under 1999.

Med stöd från WHO har olika övervakningssystem upprättats, bl.a. för läkemedelsresistent tuberkulos och för livsmedelsburna infektioner och förgiftningar. Övervakningen av läkemedelsresistent tuberkulos är global och har bedrivits sedan 1994. Den syftar till att på ett standardiserat sätt samla information om hur omfattande och allvarligt resistensproblemet är i olika länder. Övervakningssystemet för kontroll av livsmedelsburna infektioner och förgiftningar omfattar de europeiska länderna och är avsett att utgöra ett stöd i förebyggandet och kontrollen av livsmedelsburna sjukdomar i regionen. Programmet syftar särskilt till att identifiera orsakerna till livsmedelsburna sjukdomar samt deras epidemiologi, att sprida insamlad information samt att samarbeta med na-

tionella myndigheter i deras ansträngningar att stärka prevention och kontroll.

För att stödja global övervakning av antibiotikaresistens har WHO tagit fram informationssystemet WHONET. WHONET är en datormjukvara som skall kunna användas av mikrobiologer, kliniker och av andra yrkesgrupper som sysslar med infektionskontroll på den plats i världen där de arbetar. Systemet har i praktiken ännu inte fått någon större genomslagkraft.

Ett av de specialprogram som WHO medverkar i är Tropical Disease Research Program, ett program för forskning och utbildning vad gäller tropiska parasitära sjukdomar såsom lepra, flodblindhet och malaria. Programmet initierades av FN:s utvecklingsprogram, Världsbanken och WHO och stöds av dessa jämte ett stort antal länder och s.k. nongovernmental organisations. Med hjälp från programmet har ett nätverk av forskningslaboratorier växt upp runt om i världen.

WHO är vidare en av de FN-organisationer som står bakom FN:s samlade program mot hiv/aids i världen, UNAIDS. UNAIDS ersätter bl.a. WHO:s globala program mot aids, som funnits sedan 1986. Sverige var mycket aktivt vid tillkomsten av UNAIDS och har etablerat en ständig dialog med huvudkontoret kring organisationens arbete. Enligt programmets strategiska plan skall UNAIDS leda och stödja åtgärder som syftar till att förhindra överföring av hivinfektion, sörja för förbättrad omsorg om och bättre stöd till redan smittade, nedbringa individernas och samhällets utsatthet för smitta samt lindra epidemins effekt på hälsa, uppehälle och välbefinnande såväl för den enskilde som för samhället. UNAIDS försöker identifiera sunda handlingsätt och strategier för förebyggande arbete och vård. Stöd ges till forskning som syftar till att utveckla nya hjälpmedel och angreppssätt. Vidare hjälper UNAIDS regeringar, samhällsgrupper och andra aktörer med att bygga upp kompetens för att själva kunna motverka epidemin, samt bedriver bl.a. verksamhet inom området övervakning och kontroll. SMI har nyligen utsetts till Collaborating Centre för UNAIDS.

20.3 Arbetet inom EU

Genom Maastrichtfördraget, som trädde i kraft den 1 november 1993, fick EG särskilda befogenheter på folkhälsans område. Artikel 3 o anger som politisk målsättning att gemenskapens verksamhet, på de villkor och i den takt som anges i fördraget, skall innefatta "bidrag till att uppnå en hög hälsoskyddsnivå". I artikel 129 (som omarbetades genom Amsterdamfördraget) återfinns den grundläggande bestämmelsen om folkhälsan. Inledningsvis sägs i artikeln att en hög skyddsnivå för män-

niskors hälsa skall säkerställas när gemenskapens hela politik och verksamhet utformas och genomförs. Vidare sägs bl.a. att gemenskapens insatser, som skall komplettera den nationella politiken, skall inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. Det ställs krav på att medlemsländerna tillsammans med kommissionen skall samordna sina policies och program på dessa områden.

Skyddet för hälsan har även inverkan på grundreglerna om fri rörlighet för varor och personer. Enligt artikel 100a skall förslag till åtgärder för att upprätta den inre marknaden bl.a. utgå från en hög hälsoskyddsnivå. Principerna för den inre marknaden har kompletterats med restriktioner. Den fria rörligheten för varor kan begränsas med stöd av artikel 36, vilken tillåter vissa restriktioner för import och transitering i syfte att skydda människors liv och hälsa. Enligt artikel 56 och rådets direktiv av den 25 februari 1964 (64/221/EEG) finns i viss mån även möjlighet att i detta syfte inskränka den fria rörligheten för personer.

I november 1993 antog kommissionen ett meddelande om ramen för åtgärder på folkhälsans område (KOM (93) 559). Meddelandet uppställer kriterier för insatserna på folkhälsoområdet samt anger åtta prioriterade områden inom vilka program skall utvecklas. Ett antal sådana program har nu antagits av Europaparlamentet och rådet. Programmen är inte juridiskt bindande för medlemsstaterna, men kan användas av EG-domstolen i syfte att tolka eller klargöra nivån av hälsoskydd i juridiskt bindande gemenskapsåtgärder som t.ex. direktiv. Ett av de program som antagits rör aids och vissa andra överförbara sjukdomar (beslut nr 647/96/EG av den 29 mars 1996) och utgör en fortsättning på det av rådet antagna programmet "Europa mot aids" (rådets beslut nr 91/317/EEG och Europaparlamentets och rådets beslut nr 1729/95/EG) vilket gällde 1991–1995. Det nya programmet, som inte enbart rör aids utan även andra smittsamma sjukdomar, avser perioden 1996–2000 och har en total budget om 49,6 miljoner euro. För arbetet med programmet har kommissionen tillsatt en särskild kommitté som består av två representanter för varje medlemsstat samt en företrädare för kommissionen som ordförande. Från Sverige deltar SMI och Folkhälsoinstitutet. Programmets syfte är att minska spridning av och dödlighet i aids samt förekomsten av andra smittsamma sjukdomar. Detta skall ske genom ett utökat samarbete mellan medlemsländerna och genom en samordning av ländernas förebyggande politik och program. Vidare skall man stödja olika icke-statliga organisationer, inklusive sammanslutningar av personer som berörs av hivinfektion. Fyra särskilda områden inom vilka insatser skall utföras har utpekats: övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar, smittskyddsåtgärder, information, undervisning och utbildning samt stöd till hivsmittade och aidssjuka och bekämpning av

diskriminering. Inom programmets ram ges, efter ansökan, ekonomiskt stöd till enskilda projekt som inriktas på något av de fyra områdena. Projekten är inte permanenta utan tilldelas resurser för en period i taget.

Åtgärder till förebyggande av smittsamma sjukdomar vidtas emellertid även utanför det ovan beskrivna programmet. Gemenskapen har tillsatt en kommitté för utvecklingen av ett nätverk för medlemsländernas epidemiologiska övervakningssystem. Medlemsstaterna har åtagit sig att följa de beslut som fattas av kommittén. De myndigheter som deltar i nätverket från svensk sida är Socialstyrelsen och SMI. Syftet är att de nationella övervakningssystemen skall samordnas genom nätverket, vilket skall kunna vara till nytta både i rutinmässiga och mer brådskande situationer. Nätverket skall bidra till att förbättra förebyggande åtgärder mot och kontrollen av allvarliga smittsamma sjukdomar. De uppgifter som lämnas till nätverket skall vara av allmän karaktär och inte möjliggöra identifiering av enskilda.

Under de senaste åren har problemet med antibiotikaresistens uppmärksamrats alltmer inom EU. Ett antal initiativ har tagits i denna fråga. Sverige deltar såväl på det humanmedicinska som på det veterinära området med expertis för att forma de europeiska strategierna mot antibiotikaresistens. Under 1998 pågick en stor utredning där flera av EU-kommissionens direktorat medverkade samt det europeiska läkemedelsverket, WHO och läkemedelsindustrin. Utredningen utmynnade i vissa konkreta förslag till åtgärder. Vidare har EU-kommissionens konsumentdirektorat tillsatt en tvärvetenskaplig expertkommitté som skall lämna sin slutrapport i april 1999.

Inom gemenskapen har vidare, genom rådets direktiv 92/117/EEG, etablerats ett rapporteringssystem för zoonoser. I direktivet fastslås att det är nödvändigt att genom lämpliga åtgärder förhindra och minska förekomsten av zoonoser som genom animaliska livsmedel kan utgöra ett hot mot människors hälsa, och att det därför är tillrådligt att samla in epidemiologisk information om vissa zoonoser. Direktivet föreskriver bl.a. att varje medlemsland skall utse särskilda referenslaboratorier, att det på nationell nivå skall samlas in uppgifter om vissa zoonotiska agenser samt att kommissionen varje år skall underrättas om de tendenser och källor till zoonotiska infektioner som konstaterats under det gångna året.

Ett arbete som leds direkt av kommissionen och som har hög prioritet bland EU:s medlemsländer berör samarbetet med USA på smittskyddsområdet. År 1996 fattades beslut om en "New Transatlantic Agenda" i 101 punkter. En av dessa punkter var inrättandet av en EU-US Task Force för övervakningen av smittsamma sjukdomar. De konkreta förslagen till samarbete har bl.a. rört ett utbytesprogram för fältepi-

demiologer och en global övervakning av mikrobiell resistens där det existerande WHONET skall utvärderas.

21 Smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter

21.1 Inledning

I kapitlet ges en översiktlig redogörelse för de för smittskyddsfrågorna relevanta internationella konventionerna om mänskliga rättigheter och andra internationella dokument som berör dessa frågor. Tyngdpunkten läggs vid frågor som berör tvångsåtgärder. I avsnitt 21.4 ges en närmare redogörelse för art. 5 och art. 8 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Kapitlet avslutas med en analys av förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser och Europakonventionen.

Redogörelsen i avsnitt 21.4 och analysen i avsnitt 21.5 bygger främst på följande rättsfallsredogörelser och kommentarer om Strasbourgorganens praxis samt på genomgång av tillgängliga domar från den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen) respektive rapporter från den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna (kommissionen).

- Danelius H., *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis – en kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, Norstedts Juridik, Stockholm, 1997, jämte av honom presenterade rättsfallsöversikter i Svensk Juristtidning.
- van Dijk P. m.fl., *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, Kluwer Law and Taxations Publishers, Holland, 1990
- Fawcett J.E.S., *The application of the European Convention on Human Rights*, Clarendon Press, Oxford, 1987
- Harris D.J. m.fl., *Law of the European Convention on Human Rights*, Butterworths, London, 1995.

Kommitténs ordförande och huvudsekreterare har vidare besökt Europadomstolen och Europarådets enhet för hälsofrågor (Health Division) och diskuterat frågor rörande smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter med Michael O'Boyle, chef på Europadomstolens sekretariat, och med Henry Scicluna och Piotr Mierzewski, chef respektive tjänsteman vid enheten för hälsofrågor. Frågorna rörande tolkningen av Europakonventionen har vidare diskuterats med Hans Danelius, justitieråd och medlem av kommissionen, och med David J Harris, professor i internationell offentlig rätt vid University of Nottingham, England.

21.2 Allmänt om konventionerna om mänskliga rättigheter

21.2.1 Inom FN

1966 antogs den *internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter* (FN-konventionen) och den *internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*. Konventionerna trädde i kraft 1976. Utöver dessa grundläggande konventioner har också ett flertal särskilda konventioner antagits. Rättigheterna i FN-konventionerna har också utvidgats genom tilläggsprotokoll. För övervakningen av konventionerna har särskilda kontrollprocedurer inrättats.

FN-konventionen behandlar de traditionella mänskliga rättigheterna. Bestämmelserna om de särskilda fri- och rättigheterna finns i art. 6-27. Här återfinns bl.a. rätten till livet (art. 6) förbud mot tortyr m.m. (art. 7) rätten till domstolsprövning och särskilda rättssäkerhetsgarantier i domstolsförfarandet (art. 14) och rätten till privat- och familjeliv m.m. (art. 17). Enligt art. 4 får avsteg från förpliktelseerna enligt konventionen göras om det föreligger ett allmänt nödläge som hotar nationens fortbestånd. Emellertid är förbudet mot tortyr och förbudet mot retroaktiv strafflagstiftning s.k. absoluta rättigheter, dvs. avsteg får aldrig göras från dessa förbud.

Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter innehåller bestämmelser som är avsedda att garantera envar vissa minimirättigheter i ekonomiskt, socialt och kulturellt hänseende. Konventionen har karaktären av målsättningskonvention. Staterna skall enligt art. 2 till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa att de i konventionen inskrivna rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet genom alla därtill ägnade medel. Detta skall i första hand ske genom åtgärder på lagstiftningens område. De individuella rättigheterna återfinns i art. 6-15. Här är art. 12 av särskilt intresse. Artikeln behand-

lar rättigheter avseende hälsa och kan ses som en programförklaring för hälso- och sjukvården. Enligt artikeln erkänner konventionsstaterna rätten för envar att såväl psykiskt som fysiskt åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Staterna skall därvid vidta åtgärder som är nödvändiga för att bl.a. förhindra uppkomsten av, behandla och kontrollera epidemier, folk- och yrkessjukdomar samt andra sjukdomar.

21.2.2 Inom Europarådet

Den *europiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna* (Europakonventionen) antogs 1950. Den *europiska sociala stadgan* antogs 1961. Sverige ratificerade Europakonventionen 1953, det år då konventionen trädde i kraft. Sedan den 1 januari 1995 är konventionen införlivad i den svenska nationella rätten (jfr lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna).

Europakonventionen innehåller bestämmelser om medborgerliga och politiska rättigheter. De särskilda fri- och rättigheterna återfinns i art. 2-14. Artiklarna behandlar rätten till liv (art. 2), förbud mot tortyr samt omänsklig och förnedrande behandling och bestraffning (art. 3), förbud mot slaveri, trældom och tvångsarbete (art. 4), rätten till frihet och personlig säkerhet (art. 5), rätten till domstolsprövning och garantier i domstolsförfarandet (art. 6), förbud mot att döma till straff utan stöd i lag och mot retroaktiva straffdomar (art. 7), rätten till skydd för privat- och familjeliv (art. 8), rätten till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet (art. 9), rätten till yttrandefrihet (art. 10), rätten till samlings- och föreningsfrihet (art. 11), rätten att ingå äktenskap och bilda familj (art. 12), rätten att föra talan vid inhemsk myndighet om kränkningar av fri- och rättigheterna (art. 13) samt förbud mot diskriminering (art. 14). Konventionens materiella regler har utvidgats genom fyra tilläggsprotokoll bl.a. rörande äganderätten, rätten till personlig rörelsefrihet och vissa bestämmelser om brottmål.

Här skall nämnas att enligt art. 15 får avvikelser göras från åtagandena enligt konventionen och tilläggsprotokollen då särskilda omständigheter föreligger. Så är fallet under krig eller i annat allmänt nödläge som hotar nationens existens. Vissa rättigheter, t.ex. rätten till liv enligt art. 2 och förbudet mot tortyr m.m. enligt art. 3, är dock absoluta vilket innebär att avvikelser inte får göras från dessa rättigheter.

Övervakningen av efterlevnaden av Europakonventionen innehåller ett mer effektivt kontrollsystem än övriga internationella konventioner bl.a. eftersom kränkningar kan prövas vid en särskild domstol vars

beslut blir bindande för berörd medlemsstat. Fram till den 1 november 1998 skedde prövningen av påstådda kränkningar av *den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna* och av *den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna* (fortsättningsvis kommissionen resp. Europadomstolen). Dessa båda kontrollorgan är numera ersatta med en domstol, Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna. Uppgifter när det gäller övervakningen åvilar också Europarådets ministerkommitté.

Den *europeiska sociala stadgan* innehåller bestämmelser som grovt kan delas in i kategorierna skydd avseende arbete (t.ex. rätten till arbete och arbetsvillkor), socialt skydd (bl.a. hälso- och sjukvård och rätt till socialt bistånd) samt skydd rörande områden utanför arbetsmiljön (bl.a. rättigheter för barn och familjer). Stadgan inleds med uppräknning av ett antal rättsgrundsatser och principer som har karaktär av programförklaringar och följs därefter av 19 artiklar med bindande förpliktelser. Enligt stadgan skall de fördragsslutande parterna erkänna att målet för den politik som de skall fullfölja med alla lämpliga medel, såväl nationellt som internationellt, skall vara att uppnå sådana förhållanden att rättsgrundsatserna och principerna skall kunna förverkligas. Såvitt gäller frågor om rätten till hälsa sägs i inledningen att "Envar äger rätt att komma i åtnjutande av all hjälp som kan bidra till att ge honom bästa möjliga hälsa". Denna grundsats motsvaras av art. 11 enligt vilken ratificerande stat förbinder sig att trygga den enskildes rätt att bevaras vid god hälsa genom att vidtaga erforderliga åtgärder i syfte att bl.a. i möjligaste mån undanröja orsakerna till ohälsa, att tillhandagå med råd och upplysningar till hälsans förbättrande och för utvecklande av känslan av personligt ansvar i hälsoangelägenheter samt att i möjligaste mån förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar och andra sjukdomar.

Rättigheterna enligt stadgan har utvidgats genom tilläggsprotokoll. Under 1990-talet har stadgan genomgått en revision. Vid revideringen har bl.a. tillagts vissa rättigheter. Den reviderade stadgan öppnades för undertecknade 1996 men har ännu inte trätt i kraft.

Europarådets ministerkommitté har också antagit ytterligare konventioner rörande de mänskliga rättigheterna. Här skall särskilt nämnas *den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning* (antagen 1987) och *den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin* (antagen 1997). Enligt den först nämnda konventionen, som utgör ett komplement till art. 3 i Europakonventionen, skall en särskild kommitté, Europarådets tortyrkommitté, genom besök på fängelser, institutioner o.dyl. undersöka hur personer behandlas under frihetsberövande. Avsikten är att kommittén skall om möjligt förstärka sådana personers

skydd. Resultat och rekommendationer redovisas i landrapporter. Syftet med den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin är att skydda de mänskliga rättigheterna och respekten för människors värde i biologisk och medicinsk verksamhet. Konventionen innehåller bl.a. principer och föreskrifter om information, samtycke, användningen av genteknologi, medicinsk forskning m.m.

21.3 Frågor om mänskliga rättigheter och smittsamma sjukdomar i internationella rekommendationer m.m.

21.3.1 Allmänt

Före hivepidemins inträde ifrågasattes sällan de internationella organen användandet av tvångsåtgärder vid smittsamma sjukdomar. Här skall dock erinras om den särskilda överenskommelsen rörande åtgärder till förhindrande av spridning av vissa smittsamma sjukdomar, International Health Regulations, vilken närmare beskrivs i kap. 20. Frågor om förhållandet mellan mänskliga rättigheter och hiv/aids har däremot återkommande varit föremål för diskussioner i olika internationella organ och ett stort antal resolutioner, deklarationer och rekommendationer har antagits. Så har t.ex. nästan samtliga organ inom FN antagit resolutioner m.m. som berör hiv/aids och mänskliga rättigheter. Vidare har dessa frågor behandlats vid flera internationella konferenser. Frågor som rört diskriminering p.g.a. hiv/aids har rönt stor uppmärksamhet, men också frågor om tvångsåtgärder och rätten till konfidentialitet. I den följande framställningen redovisas de viktigaste uttalanden och rekommendationer som gjorts av Världshälsoorganisationen (WHO), FN:s kommission för mänskliga rättigheter och Europarådet.

21.3.2 WHO

WHO har inte antagit närmare riktlinjer rörande förhållandet mellan åtgärder mot smittsamma sjukdomar och de mänskliga rättigheterna. I ett flertal dokument har dock betonats vikten av respekt för de mänskliga rättigheterna som förutsättning för en framgångsrik hivprevention och vissa generella uttalanden har gjorts. I en resolution antagen av Världshälsoförsamlingen 1988, WHA 41/24, uppmärksammas medlemsstaternas ansvar för att trygga hälsa för alla och kontrollera spridningen av

hivinfektion men även den enskildes ansvar att inte utsätta sig själv eller andra för risk att smittas av hivinfektion. Världshälsoförsamlingen uppmanar medlemsstaterna att skydda hivpositivas och aidssjukas mänskliga rättigheter och värdighet samt förhindra diskriminerande behandling av dessa.

I Geneve 1989 anordnade WHO i samarbete med FN:s center för mänskliga rättigheter en internationell konsultation rörande frågor om aids och mänskliga rättigheter. Vid konsultationen deltog ett antal experter inom områdena juridik, mänskliga rättigheter, etik, religion och folkhälsa. Syftet med konsultationen var främst att ge en bättre förståelse för dimensionen mänskliga rättigheter när det gäller hiv/aids. Under konsultationen diskuterades de olika rättigheternas betydelse men några slutsatser om innebörden av dessa i förhållande till olika åtgärder mot spridningen av hiv/aids gavs inte i dokumentet.

I en resolution 1992, WHA 45/35, uttalade Världshälsoförsamlingen att när det gäller hiv/aids finns det inte några folkhälsoskäl för åtgärder som begränsar individens rättigheter, särskilt åtgärder som innebär tvångsvis screening (om detta begrepp se kap. 5). Detta uttalande har senare vidhållits i ett antal resolutioner.

1986 tillkom WHO:s globala program mot aids. I samband med att strategierna för det globala förebyggande programmet fastställdes behandlades i ett särskilt dokument sociala aspekter av prevention och kontrollåtgärder. I detta dokument, "Social Aspects of AIDS Prevention and Controlprograms", framhölls bl.a. att förebyggande arbete och kontrollåtgärder kan utföras effektivt på ett sådant sätt som respekterar och skyddar mänskliga rättigheter samt att det inte finns några folkhälsoskäl som berättigar isolering, karantän eller några diskriminerande åtgärder enbart av den anledningen att en person misstänks ha eller har smittats av hivinfektion. Grunden för detta var enligt dokumentet främst det förhållandet att hivinfektion inte sprids genom social kontakt (casual contact) utan nästan enbart sprids genom handlingar som står under individens kontroll. Dessa ståndpunkter har sedermera vidhållits i senare antagna globala program för hiv/aids-prevention samt i olika riktlinjer som antagits av WHO:s globala program för aids och av det organ som 1996 tog över aidsprogrammet, UNAIDS.

21.3.3 FN:s kommission för mänskliga rättigheter

Frågor om hiv/aids och mänskliga rättigheter har sedan slutet av 1980-talet behandlats i ett flertal resolutioner och rapporter av såväl FN:s kommission för mänskliga rättigheter och dess underkommission för förhindrande av diskriminering och skydd för minoriteter. I resolutio-

nen 1989/11 fastslog FN:s kommission för mänskliga rättigheter att alla män och kvinnor är berättigade till skydd mot diskriminering som är relaterad till deras hälsotillstånd. I ett antal efterföljande resolutioner fastslås att diskriminering som grundas på hiv/aids är förbjuden enligt de internationella reglerna om mänskliga rättigheter och staterna uppmanas att försäkra sig om att deras lagar, handlingsprogram m.m. respekterar de mänskliga rättigheterna, däribland individens rätt till privatliv och integritet, samt förbjuder diskriminering grundad på hiv/aids.

I september 1996 hölls i samarbete med UNAIDS en andra internationell konsultation om hiv/aids och mänskliga rättigheter. Vid konsultationen deltog 35 experter inom området för aids och mänskliga rättigheter. Konsultationen antog riktlinjer för hiv/aids och mänskliga rättigheter vilka FN:s kommission för mänskliga rättigheter i resolutionen 1997/27 inbjuder staterna att efterfölja. Riktlinjerna behandlar dels frågor rörande de grundläggande principerna om mänskliga rättigheter och dels olika åtgärder som staterna bör vidta för att tillse att de mänskliga rättigheterna respekteras och för att uppnå de hivrelaterade folkhälsomålen. Staternas direkta åtgärder har manifesterats i 12 huvudpunkter rörande bl.a. utformningen av hälso- och strafflagstiftning samt tillgången till stöd och hjälp för grupper som är särskilt utsatta.

Av särskilt intresse är frågor som rör de grundläggande principerna om mänskliga rättigheter. I riktlinjerna framhålls inledningsvis att främjandet och skyddet av de mänskliga rättigheterna utgör ett grundläggande element för förhindrande av spridningen av hivinfektion och för att minska sjukdomens följder för dem som smittats. Enligt riktlinjerna är främjandet av de mänskliga rättigheterna nödvändigt både för att skydda de smittades inneboende värdighet och för att nå folkhälsomålen, därvid bl.a. att minska sårbarheten för hivinfektion och att förbjuda individer och befolkningsgrupper att ta ansvar för hiv/aids. Man uppmärksammar vidare förhållandet mellan främjande av hälsa och främjande av mänskliga rättigheter och påpekar att dessa har det gemensamma målet att främja och skydda individens rättigheter och välmående samt att de samverkar på olika sätt.

I dokumentet berörs ett vitt antal rättigheter. Stor vikt läggs vid frågor om diskriminering och det betonas återkommande att diskriminering av hivpositiva eller aids sjuka utgör ett brott mot de mänskliga rättigheterna. När det gäller inskränkningar av de rättigheter som manifesterats i de olika internationella dokumenten om mänskliga rättigheter konstateras att folkhälsa har accepterats som en giltig grund för inskränkningar och att stater ofta hänvisar till detta skäl när det gäller åtgärder som t.ex. tvångstestning och frihetsberövande. Enligt riktlinjerna utgör emellertid folkhälsa sällan ett legitimt skäl för inskränkningar av mänskliga rättigheter när det gäller hiv/aids. Inskränkande

åtgärder kan vara effektiva vid smittsamma sjukdomar som sprids genom sociala kontakter ("contagious by casual contact") och som kan botas, men är ineffektiva när det gäller hivinfektion. I dokumentet tas avstånd från tvångstestning och man framhåller vikten av sekretessskydd rörande uppgifter om den enskildes hälsotillstånd och personliga förhållanden. Beträffande rätten till frihet och personlig säkerhet framhålls i riktlinjerna att frihetsberövande åtgärd, t.ex. isolering, inte får äga rum enbart på den grunden att individen är hivpositiv. Däremot kan det enligt riktlinjerna i särskilda undantagsfall vara berättigat med begränsningar av friheten då det rör sig om avsiktliga och farliga beteenden. Sådana exceptionella fall skall dock bli behandlade enligt vanliga hälsobestämmelser eller strafflagar med tillbörlig hänsyn till det processuella skyddet.

21.3.4 Europarådet

Inom Europarådet har antagits tre rekommendationer som rör hiv/aids och frågor om etik och mänskliga rättigheter; ministerkommitténs *rekommendation (nr R (87)25) om en gemensam europeisk folkhälso-policy rörande bekämpningen av aids och rekommendation (R (89)14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m.* samt parlamentets *rekommendation 1116 (1989) angående aids och mänskliga rättigheter*. Härutöver har ministerkommittén antagit två rekommendationer, nr R (87) 6 och nr R (94) 10, som tar upp frågor dels om hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar på fängelser, dels om den medicinska behandlingen av hivinfektion.

Den rekommendation som väckt särskild uppmärksamhet i Sverige är *rekommendation (R (89)14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m.* eftersom Sverige som enda land lade ned sin röst då ministerkommittén antog rekommendationen. I röstförklaringen anförde Sverige att rekommendationen innehöll vissa punkter som Sverige hade allvarliga invändningar mot. Det gällde hivpositivas rättigheter, provtagningen, samt karantän och isolering. Bakgrunden till Sveriges inställning var främst att smittskyddslagen i vissa situationer ger möjligheter till tvångsingripanden mot den som är hivpositiv.

I rekommendationen anges ett antal principer som medlemsstaterna bör ta hänsyn till vid upprättandet av nationella handlingsprogram för bekämpningen av hivinfektion. I rekommendationen framhålls generellt att respekten för hivpositivas och aidssjukas mänskliga och sociala rättigheter är av avgörande betydelse för framgången av förebyggande folkhälsoprogram.

De principer som behandlas i rekommendationen rör områdena för folkhälsoprogram, hälsopersonal, epidemiologisk forskning, sociala förhållanden (t.ex. arbete och skola) och försäkringsfrågor. Vad som här främst är av intresse är de principer som rör folkhälsoprogram och kontrollåtgärder. I rekommendationen förespråkas frivilliga åtgärder och aktiva informationsinsatser såväl på individnivån som för den allmänna befolkningen, varvid särskilt framhålls vikten av att nå sådana grupper som är särskilt utsatta för risk att smittas av hivinfektion. Medlemsstaterna skall vidare tillse att rapportering av aidsfall, och i förekommande fall hivfall, endast äger rum för epidemiologiska syften och under tillbörlig konfidentialitet.

Rekommendationens principer grundas på den vetenskapliga kunskapen om hivinfektion och dess spridningsätt och på det förhållandet att det saknas botemedel och vaccin mot sjukdomen. Med hänsyn härtill är enligt rekommendationen frivillig provtagning kombinerad med rådgivning det mest effektiva sättet att förhindra spridning av hivinfektion. Ministerkommittén tar uttryckligen avstånd från screening (närmare om detta begrepp se kap. 5) som äger rum under tvång och betraktar sådana åtgärder som oetiska och ineffektiva medel. Enligt uttalanden i rekommendationens "explanatory memorandum" ligger det slutliga avgörandet om individen skall genomgå provtagning för hivinfektion hos honom själv och inte hos samhället. Enligt rekommendationen skall också partnerspårning ske med den smittades samtycke. Undantag görs dock för vissa speciella situationer då den smittade vägrar att medverka till att kontakta en ovetande person som sjukvårdspersonalen känner till. Ministerkommittén tar vidare uttryckligen avstånd från alla former av tvångsisolering av hivpositiva eller aidssjuka. Grunden för denna princip är enligt "explanatory memorandum" att en sådan åtgärd anses vara oetisk och ineffektiv med hänsyn till att hivinfektion inte smittar genom vanlig social kontakt, till den långa tid som råder innan aids utvecklas samt till avsaknaden av botemedel.

21.4 Särskilt om Europakonventionen

21.4.1 Några inledande anmärkningar

I avsnittet redogörs närmare för de artiklar som är av störst intresse för smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder, nämligen art. 5 om rätten till personlig frihet och art. 8 om rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.

Innebörden av Europakonventionens artiklar tolkas och bestäms genom kommissionens och Europadomstolens praxis. Den fortsatta redo-

görelsen av konventionsbestämmelserna bygger därför på Strasbourg-organens avgöranden. Därvid bör följande uppmärksammas.

När det gäller tolkningen av konventionen följer av internationella bestämmelser (1969 års Wien-konvention om traktaträtten) att konventionen bl.a. skall tolkas med hänsyn till dess ändamål och syfte ("object and purpose"). Strasbourgorganen har lagt stor vikt vid att söka tolka konventionen på detta sätt. Europadomstolen har bl.a. i målet *Tyrer mot Storbritannien* 1978 slagit fast att konventionen är ett levande instrument som måste tolkas i enlighet med rådande förhållanden. Domstolen väger därvid många gånger in vad som kan anses vara en gemensam europeisk syn på förhållanden. Av betydelse är då bl.a. Europarådets rekommendationer och hur frågan bedömts i de olika europeiska länderna.

Många frågor rörande innebörden av konventionsartiklarna har vidare inte prövats av Europadomstolen men däremot av kommissionen. Det bör här anmärkas att kommissionens ställningstaganden inte är juridiskt bindande för staterna och att domstolen har det avgörande ordet. Om domstolen har en annan uppfattning än kommissionen i en viss fråga skall kommissionen efterfölja domstolens tolkning. Att kommissionen och domstolen har kommit till olika avgöranden har förekommit ett antal gånger. I frånvaro av domstolsavgörande utgör emellertid kommissionens avgöranden en viktig källa för tolkningen av konventionen.

21.4.2 Rätten till personlig frihet

Allmänt

Skyddet mot olagliga och godtyckliga frihetsberövanden är ett centralt moment i Europakonventionen. Europadomstolen har i flera fall framhållit betydelsen av denna rättighet i ett demokratiskt samhälle. I art. 5 garanteras rätten till personlig frihet och säkerhet. Artikeln reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Skydd mot andra former av begränsningar i rörelsefriheten återfinns i art. 2 i fjärde tilläggsprotokollet. Emellertid är gränsdragningen mellan dessa artiklar inte helt klar.

Artikelns innehåller en uttömmande uppräknings av i vilka fall frihetsberövande är tillåtet. Enligt Europadomstolens praxis skall uppräknade fall ges en restriktiv tolkning. De särskilda fallen tas upp under sex punkter, se närmare nedan. Härutöver innehåller artikelns bestämmelser som skall ge garantier för rättssäkerhet vid frihetsberövandet.

För samtliga fall av frihetsberövande gäller att frihetsberövandet skall äga rum i den ordning lagen föreskriver och dessutom vara lagligt (lawful). I Europadomstolens praxis har dessa begrepp i många fall inte behandlats separat. Vad som avses härmed är att frihetsberövandet skall stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen (såväl när det gäller den materiella grunden som när det gäller det processuella förfarandet) och med bestämmelserna i konventionen samt att det inte är godtyckligt. Det ställs således krav på rimliga rättssäkerhetsgarantier vid frihetsberövandet. Att frihetsberövandet skall stå i överensstämmelse med konventionen innebär även att den nationella lagen i sig måste vara förenlig med konventionen.

Vid prövningen av huruvida frihetsberövandet har ägt rum i enlighet med den nationella lagen accepterar såväl Europadomstolen som kommissionen oftast statens tolkning.

Genom kravet på att frihetsberövandet inte får vara godtyckligt har Strasbourgorganen erhållit ett instrument vid bedömningen av staternas handlande som på sitt sätt motsvarar kravet i art. 8–11 på att inskränkningen skall vara "nödvändig i ett demokratiskt samhälle" (se vidare avsnitt 21.4.3). I sin redogörelse diskuterar Harris m.fl. relativt ingående begreppet godtycklighet och hur långt kommissionen och Europadomstolen härvidlag anser sig kunna gå i sin övervakning av staternas handlingar. Huvudsakligen anses ett frihetsberövande vara godtyckligt om det inte står i överensstämmelse med det i artikeln särskilt godtagna ändamålet eller med artikeln i övrigt. Även om frihetsberövandet är lagligt i konventionens mening kan det vid vissa av de uppräknade fallen i artikeln ändå anses vara godtyckligt om frihetsberövandet inte bedöms vara *proportionerligt* i förhållande till ändamålet. Strasbourgorganens förhållningssätt har skilt sig beroende på typen av frihetsberövande. När det gäller straffrättsliga frihetsberövanden är såväl kommissionen som domstolen obenägen att ifrågasätta den nationella straffrättsliga bedömningen. På motsvarande sätt har man inte ansett sig kunna ifrågasätta den materiella grunden för beslut om utvisning eller utlämnande vid frihetsberövande. Däremot har Europadomstolen i mål som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka vid prövningen av godtycklighet granskat frihetsberövandet med grund i de materiella omständigheterna i det enskilda fallet, t.ex. huruvida det finns tillförlitliga bevis om personens hälsotillstånd och om frihetsberövandet i övrigt är motiverat med hänsyn till omständigheterna, se mer om detta nedan. Det skall dock redan här nämnas att i de fall granskningen även omfattar en bedömning av den materiella grunden tillåts staterna en viss tolkningsmarginal ("margin of appreciation").

Tillåtna fall av frihetsberövande

Som inledningsvis redogjorts för uppräknas i artikeln under sex punkter de fall där frihetsberövande får äga rum. Av intresse i smittskyddssammanhang är dock främst p. 5.1.b som medger frihetsberövande med anledning av att någon har underlåtit att uppfylla föreläggande av domstol eller som syftar till fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet och p. 5.1.e som tillåter frihetsberövande till förhindrande av smittsam sjukdom eller av en person som är psykisk sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare. Övriga punkter tar upp bl.a. straffrättsliga frihetsberövanden och frihetsberövande inför utvisning.

Frihetsberövanden enligt art. 5.1.b

Enligt art. 5.1.b medges frihetsberövande i två fall. Det ena fallet tar sikte på situationen då någon underlåtit att uppfylla ett föreläggande meddelat av domstol och det andra då frihetsberövande sker i syfte att få till stånd ett fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet. Europadomstolen har varnat för att ge bestämmelsen en extensiv tolkning. Såväl kommissionen som Europadomstolen har framhållit att det måste vara fråga om en specifik konkret skyldighet och inte om en allmän skyldighet att leva ett laglydigt liv. Frihetsberövandet får inte heller ha till syfte att straffa för en redan utförd handling. Det måste vidare finnas klara tecken på att den som berövas friheten inte varit beredd att frivilligt fullgöra sin skyldighet.

Skyldigheterna som skall fullgöras enligt 5.1.b kan vara av mycket skiftande art. Så har t.ex. godtagits frihetsberövanden av personer som inte uppfyllt skyldighet att undergå psykiatrisk undersökning, att undergå blodprovstagning, att betala böter, att vistas på viss ort eller att fullgöra militärtjänst.

Frihetsberövanden enligt art. 5.1.e

Denna punkt tar upp ett antal artskilda omständigheter där frihetsberövande är tillåtet. De fall som prövats av kommissionen och Europadomstolen har rört personer som ansetts lida av psykisk sjukdom samt fall som rört lösdriveri. Såvitt framgått finns det inte några rapporterade fall som avsett frihetsberövande till förhindrande av spridning av smittsamma sjukdomar.

Europadomstolen har i ett antal fall som rört psykiskt sjuka personer givit vägledande principer för tillåtligheten enligt 5.1.e. Det fall i vilket

flera grundläggande frågor behandlades är Winterwerp mot Nederländerna 1979. Här efter har principerna utvecklats i bl.a. X mot Storbritannien 1981, Luberti mot Italien 1984 och Ashingdane mot Storbritannien 1985.

Sammanfattningsvis innebär dessa principer följande. Psykisk sjukdom är ett flexibelt begrepp vars innebörd kan förändras med tiden. Inte under några förhållande får en person anses vara psykiskt sjuk bara därför att hans åsikter eller uppförande avviker från vad som är normalt. Utöver att frihetsberövandet måste vara i överensstämmelse med syftet för inskränkningen enligt 5.1.e måste frihetsberövandet också vara motiverat med hänsyn till omständigheterna i det aktuella fallet.

För att frihetsberövandet inte skall anses godtyckligt måste vidare följande villkor vara uppfyllda. Personen i fråga måste på ett tillförlitligt sätt och med stöd av objektiv medicinsk sakkunskap visas lida av psykisk sjukdom. I brådskande fall kan dock ett frihetsberövande ske utan att medicinsk utredning hunnit inhämtas men ett sådant frihetsberövande får endast vara av kort varaktighet. Den psykiska sjukdomen måste vidare i sig vara av sådan art och grad att den motiverar ett frihetsberövande. Frihetsberövandet får endast fortsätta så länge störningen består.

I såväl Winterwerpsfallet som i Lubertifallet har Europadomstolen sagt att även om Europadomstolen har det sista ordet när det gäller huruvida dessa krav är uppfyllda har den svarande staten tillåtits en viss frihet (margin of appreciation) vid bedömningen av situationen. I Lubertifallet jämte ett antal andra har domstolen vidare accepterat att när det gäller personer som kan vara farliga för allmänheten har staten rätt att inta en försiktig hållning vid bedömningen av huruvida personen skall släppas fri med hänsyn till att hans tillstånd har förbättrats.

När det gäller tiden för frihetsberövandet nämns inte något om detta i artikeln utom såvitt avser vissa frihetsberövanden av straffrättslig art. Emellertid har kommissionen i fall rörande frihetsberövanden vid bl.a. utvisning ansett att vid bedömningen av lagligheten av sådana beslut hänsyn även kan tas till varaktigheten av frihetsberövandet. I de fall som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka personer har Europadomstolen dock utgått från att dessa kan vara obestämda till tiden och beroende av utvecklingen av personens psykiska hälsotillstånd (bl.a. Winterwerpfallet).

Som nämnts ovan har inte några fall prövats rörande frihetsberövande vid smittsamma sjukdomar. Kommentarer om tolkningen av konventionen i dessa fall är mycket sparsamma i litteraturen. Fawcett konstaterar kort att kontrollen av smittsamma sjukdomar i allmänhet måste anses vara en sak för inhemsk lag och administration men att sta-

terna kan vara bundna av bestämmelserna i den internationella överenskommelsen *International Health Regulations* (jfr kap. 20). I Harris m.fl. diskuteras dock frågan mer ingående och enligt deras bedömning kan det presumeras att de principer som gäller för psykisk sjukdom med relevanta modifieringar också skall tillämpas när det gäller fall rörande smittsam sjukdom. Enligt deras bedömning innebär kraven att det måste finnas bevis på att spridningen av sjukdomen kommer att hindras av en policy som innehåller frihetsberövande. När det gäller hivinfektion anser de att det kan vara så att tillämpningen av frihetsberövande i dessa fall motverkar sitt syfte genom att driva problemet under jord. Tillämpningen av frihetsberövanden vid hivinfektion väcker därför enligt deras uppfattning särskilda frågor rörande nödvändigheten och rättfärdigandet av åtgärden.

Garantier för rättssäkerhet vid frihetsberövande

I artikeln ställs, under p. 2–4, särskilda villkor som har till syfte att garantera rättssäkerheten för den som frihetsberövats. Sammanfattningsvis innebär dessa villkor huvudsakligen följande.

Den som frihetsberövats har rätt till underrättelse om skälen för frihetsberövandet. Enligt Europadomstolen (*Van der Leer mot Nederländerna* 1990) gäller detta krav på underrättelse alla former av frihetsberövande enligt art. 5. Underrättelsen skall ges på ett enkelt och icke tekniskt språk som personen kan förstå och upplysa om de viktigaste rättsliga och faktiska grunderna för frihetsberövandet. Underrättelsen skall vidare lämnas skyndsamt.

Den som frihetsberövats har också rätt att få lagligheten av frihetsberövandet snabbt prövad av domstol. Med domstol har även godtagits annat organ som uppfyller kraven på oberoende och judiciell procedur. Ett organ som enbart är rådgivande och inte beslutande är dock inte godtagbart. Domstolsprövningen skall omfatta lagligheten av frihetsberövandet varvid domstolen måste göra en prövning av de faktiska omständigheterna som ligger bakom frihetsberövandet. Däremot behöver prövningen inte omfatta rena lämplighetsöverväganden. Huruvida kravet på en snabb prövning är uppfyllt är enligt Europadomstolens praxis beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Tiden räknas fram till dess att slutligt beslut föreligger.

Utöver vad som nu nämnts ställs i artikeln inte uttryckliga krav på förfarandet i övrigt. Av Strasbourgsorganens avgöranden framgår att proceduren i vart fall måste uppfylla rimliga rättssäkerhetskrav. Europadomstolen har därvid uttalat krav på att förfarandet skall vara kontradiktoriskt. Detta innebär att beslutet inte får fattas på uppgifter eller be-

vis som den berörde inte har fått ta del av och bemöta. Däremot har inte ställts några generella krav på att proceduren skall vara muntlig eller att förfarandet skall vara offentligt. Emellertid har Europadomstolen slagit fast att personer som frihetsberövats p.g.a. psykisk sjukdom har rätt att bli hörda personligen eller, om det är nödvändigt, genom någon form av representant. Vidare har domstolen framhållit att när det är fråga om psykiskt sjuka personer kan krav ställas på särskilda processuella garantier.

Här bör också art. 6 beaktas. Artikelnen behandlar rätten till domstolsprövning och rättssäkerhet i både brottmål och mål om civila rättigheter och skyldigheter. Art. 6 innehåller mer långtgående krav än art. 5, bl.a. krävs att förfarandet i allmänhet skall vara muntligt och offentligt och att domen skall avkunnas offentligt. Det bakomliggande syftet bakom kravet på offentlighet är att garantera en rättvis rättegång genom offentlig insyn. Enligt doktrinen torde kravet på att domen skall avkunnas offentligt innebära att åtminstone huvuddragen i domskälen offentliggörs vid sidan av domslutet. Huruvida de rättigheter som skyddas av konventionen skall anses som sådana civila rättigheter som avses i art. 6 är dock oklart. Europadomstolen har lämnat frågan öppen i flera mål. Någon enhetlig uppfattning återfinns inte heller i doktrinen. Även om Strasbourgorganen inte synes ha ansett att rättssäkerhetskraven enligt art. 5 måste vara de samma som krävs för en rättvis rättegång enligt art. 6 har dock den praxis som utvecklats hos Europadomstolen medfört att ett flertal av de krav på rättssäkerhet som ställs i art. 6 också kommit att tillämpas på beslut som rört frihetsberövande enligt art. 5. Som ovan redogjorts för har särskilda hänsynstaganden gjorts då det varit fråga om personer med psykisk sjukdom. Enligt Harris m.fl. har domstolen också generellt antytt att när frihetsberövandet kan komma att omfatta en längre tid måste den rättsliga proceduren ge rättssäkerhetsgarantier som inte är märkbart mindre än vad som krävs vid prövning i brottmål.

21.4.3 Rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.

I art. 8 återfinns förpliktelser för staterna som avser att ge skydd mot godtyckliga ingrepp i människors privata sfär. Enligt artikeln har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Skyddet enligt artikeln är emellertid inte absolut utan kan begränsas under vissa förutsättningar. Dessa förutsättningar är att inskränkningen har stöd i lag, tillgodoser något av de ändamål som räknas upp i artikeln samt är nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att

tillgodose ändamålet. De ändamål för vilka inskränkningar får göras är statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd, förebyggande av oordning eller brott, skyddandet av hälsa eller moral eller av andra personers fri- och rättigheter.

Att en inskränkning skall ha stöd i lag innebär enligt Europadomstolens praxis inte enbart att inskränkningen skall regleras i lag. Lagen måste dessutom uppfylla vissa krav på rättssäkerhet; den skall vara tillgänglig och förutsebar för allmänheten. Detta innebär bl.a. att grunderna för inskränkningen skall vara tillräckligt preciserade i lagen. Hur detaljerat förutsättningarna måste anges beror enligt Europadomstolen på vad inskränkningen avser. Domstolen har i en del fall, t.ex. då det rör omhändertagande av barn, godtagit att de tillämpande myndigheterna lämnats en viss diskretionär beslutanderätt. Kravet är emellertid att ramen för bedömningen är tillräckligt avgränsad för att ge individen skydd mot godtyckliga ingrepp. Domstolen har också i vissa fall tagit hänsyn till om det i övrigt funnits tillräckliga rättssäkerhetsgarantier mot godtycklighet, t.ex. genom möjlighet till rättslig prövning.

Att inskränkningen skall vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle innebär enligt Europadomstolens praxis att den skall vara motiverad av ett starkt samhällsbehov och att skälen för inskränkningen är relevanta och tillräckliga. Vidare måste inskränkningen stå i rimlig proportion till det syfte som skall tillgodoses. Nödvändigheten av åtgärden skall avgöras i belysning av alla omständigheter i målet. Staterna har tillerkänts viss frihet att avgöra nödvändigheten ("margin of appreciation"). Emellertid är denna rätt inte obegränsad utan det slutliga avgörandet åvilar Europadomstolen. Den exakta omfattningen av statens tolkningsföreträde beror på vilken rättighet det är fråga om, vilket samhällsintresse som görs gällande och på de särskilda omständigheterna i det enskilda fallet. Strasbourgorganen har vidare i många fall sökt utröna vad som kan anses vara uttryck för en allmän europeisk syn och därvid lagt vikt vid bl.a. förhållandena i de olika europeiska länderna.

De skyddade intressena i art. 8 är formulerade i allmänna ordalag och omfattar sinsemellan olika element. Några allmänna definitioner av vad Europadomstolen anser att respektive intresse omfattar har inte givits.

I rätten till privatliv ingår bl.a. *den fysiska integriteten*. Art. 8 omfattar bl.a. skydd mot medicinska undersökningar, även sådana av mindre betydelse. Något avgörande av Europadomstolen rörande frågor om medicinska tvångsundersökningar föreligger inte. Kommissionen har dock prövat ett antal fall som rör tvångsundersökningar som ägt rum främst på straffrättens område och därvid accepterat de skäl staterna uppgivit för ingripandena. Så har t.ex. kommissionen godtagit blodprovstagning vid misstänkt trafikonykterhetsbrott med hänsyn till skyd-

det för andras rättigheter och psykiatrisk undersökning i brottmål med hänsyn till förebyggande av oordning eller brott och till skyddet för hälsa samt provtagning i faderskapsmål med hänsyn till skyddet för andra personers rättigheter.

Skydd mot insamlande och användning av information om en person omfattas också av rätten till privatliv. Strasbourgorganen har främst behandlat mål som rör utlämnande av uppgifter. Europadomstolen har därvid uttalat att skyddet av personliga uppgifter, inte minst medicinska uppgifter, är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjelivet. Samtidigt har domstolen konstaterat att andra intressen kan utgöra skäl för inskränkningar i skyddet av personliga uppgifter. Så har Europadomstolen godtagit bl.a. att medicinska uppgifter lämnats till försäkringskassan i ett ärende om arbetsskadeförsäkring med hänsyn till landets ekonomiska välbefinnande (M.S. mot Sverige 1997). Europadomstolen har härvid fäst särskild vikt vid huruvida uppgifterna var sekretessskyddade även hos den mottagande myndigheten. Av särskilt intresse är här två fall som båda rör hivinfektion.

I målet TV mot Finland 1994 ansåg kommissionen att lämnandet av uppgifter om att en intagen var hivpositiv till den personal som var direkt ansvariga för hans vård och som själva hade tystnadsplikt var berättigat såsom nödvändigt för att skydda andra personers rättigheter. Kommissionen fäste särskild vikt vid att uppgifterna var sekretessskyddade även hos berörd personal.

I målet Z mot Finland 1997 hade Europadomstolen att pröva huruvida bl.a. röjandet i en brottmålsdom av en persons identitet och hivstatus samt beslut om tidsbegränsning av sekretessen rörande medicinska uppgifter utgjorde en kränkning av respekten för privatlivet. Uppgifterna rörande Z, som ej själv var part i målet, användes som bevisning vid bedömningen av huruvida straffrättsligt ansvar förelåg för hennes make. Europadomstolen ansåg att allmänna intressen, såsom utredande av brott och insyn i rättegångsförfarandet, kan vara ett legitimt syfte för inskränkningar av den personliga integriteten. Samtidigt konstaterade domstolen att skyddet av personliga uppgifter är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjeliv. Europadomstolen uttalade, bl.a. med hänvisning till Europarådets rekommendation nr R (89) 14 (se avsnitt 21.3.4), vidare att särskilt när det gäller hivinfektion måste intresset av att skydda att uppgifter mot personens vilja inte lämnas ut till andra väga tungt vid bedömningen av om åtgärden står i proportion till syftet med åtgärden. Enligt Europadomstolen stred det mot Z:s rätt enligt art. 8 att hennes identitet och hivstatus hade offentliggjorts i målet och att sekretessen beträffande övriga uppgifter hade begränsats till 10 år. Däremot

godtog Europadomstolen att vittnesmål av Z:s läkare och hennes medicinska journaler användes som bevismedel bl.a. med hänsyn till att läkarna hördes bakom stängda dörrar.

Enligt Europadomstolens praxis ingår även *sexuella relationer* i rätten till privatlivet. I målet *Dudgeon mot Storbritannien* 1981 beskrev domstolen det sexuella livet som den mest intima aspekten av det privata livet och framhöll att det därför måste föreligga särskilt allvarliga skäl för att en inskränkning skall anses legitim i förhållande till ändamålen i art. 8. Målet rörde kriminalisering av homosexuella relationer. I detta mål jämte ett antal andra har Europadomstolen intagit den utgångspunkten att staten inte skall ingripa med lagstiftning eller på annat sätt mot privata frivilliga homosexuella relationer mellan vuxna människor. Starka skäl för en inskränkning av denna rätt är t.ex. skyddet av minderåriga eller andra som befinner sig i beroendeställning eller som annars inte har förmåga att fatta helt frivilliga beslut. Däremot har domstolen i *Laskey m.fl. mot Storbritannien* 1997 godtagit kriminalisering av sadomasochistiska handlingar med hänsyn till skyddet för hälsa.

Skyddet för familjeliv har främst omfattat frågor om vårdnaden om och umgänge med barn, om barn som omhändertagits för samhällsvård m.m. Skyddet för familjeliv kan också komma i fråga när någon är frihetsberövad och det föreligger inskränkningar i rätten att mottaga besök eller på annat sätt upprätthålla kontakten med familjen. Strasbourgorganen har i ett antal mål framhållit att frihetsberövanden i form av häktning eller intagning på kriminalvårdsanstalt nödvändigtvis måste medföra vissa inskränkningar men samtidigt får begränsningarna i kontakten med familjen inte vara oproportionerliga. Motsvarande bedömning har gjorts rörande frihetsberövades rätt till korrespondens.

21.5 Förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser och Europakonventionen

21.5.1 Inledande kommentarer

Att staterna har ett ansvar för att bekämpa spridning av smittsamma sjukdomar framgår klart av såväl FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som av den Europeiska sociala stadgan. Skyddet för hälsa är en vidare en av grunderna för vilken inskränkningar av vissa rättigheter får göras enligt Europakonventionen. Detta kommer till uttryck i art. 5.1.e när det gäller frihetsberövande för att förhindra spridning av smittsam sjukdom och i art. 8 när det gäller inskränkningar i bl.a. privatlivet. Som tidigare redogjorts för uppställs

emellertid ytterligare krav för att en åtgärd till skydd för hälsan skall vara godtagbar enligt konventionen. Några mål som rört tvångsåtgärder till förhindrande av smittsam sjukdom har, såvitt känt är, inte kommit till prövning. Det är därför naturligtvis svårt att uttala sig om Europadomstolens tolkning av konventionen i dessa fall. Det får här också beaktas att innebörden av konventionens artiklar inte är statisk utan är föremål för utveckling genom domstolens praxis, varvid hänsyn har tagits till de vid avgörandet rådande förhållandena. Europadomstolen väger många gånger in vad som kan anses utgöra allmänt godtagna principer eller en allmän gemensam europeisk standard. De deklARATIONER och rekommendationer som har antagits av bl.a. Europarådet när det gäller åtgärder mot hiv/aids torde därför kunna ha betydelse för Europadomstolens bedömning.

Vid införandet av Europakonventionen som svensk lag gjorde Fri- och rättighetskommittén (Fri- och rättighetsfrågor, SOU 1993:40) en översiktlig genomgång av svensk lagstiftnings överensstämmelse med konventionens regler och praxis. Såvitt avser smittskyddslagen berördes endast tvångsisolering och togs upp som exempel på frihetsberövanden i svensk lag. Enligt kommitténs bedömning torde tvångsisolering stå i överensstämmelse med art. 5 i konventionen. Emellertid diskuterades inte frågan närmare.

Här skall också nämnas att Europarådets tortyrkommitté (om denna se avsnitt 21.2.2) uppmärksammade smittskyddslagen i en rapport om Sverige från 12 mars 1992. Kommittén hade vid sin undersökning besökt bl.a. den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen på Beckomberga sjukhus. Kommittén anförde i rapporten att det vid besök på enheten inte framförts några klagomål om dålig behandling och att det inte heller i övrigt framkommit några tecken på sådan behandling. Kommittén konstaterade emellertid att det saknades klara regler om vilka rättigheter de tvångsisolerade hade. Kommitténs rapport ledde till att regler härom infördes i smittskyddslagen (43–43 b §§).

21.5.2 Tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering

Enligt smittskyddslagen kan frihetsberövande äga rum i två fall, dels som tillfälligt omhändertagande (37 §) och dels som tvångsisolering (38 §).

Som framgår av avsnitt 21.4.2 medger art. 5 i Europakonventionen frihetsberövande i syfte att förhindra spridning av smittsam sjukdom under förutsättning att frihetsberövandet ägt rum i den ordning som

lagen föreskriver och i övrigt är lagligt. Med hänsyn till den betydelse rätten till skydd mot godtyckliga frihetsberövanden har i Europakonventionen och till den strikta tolkning av undantagen som ges i Europadomstolens praxis torde undantaget för spridning av smittsam sjukdom emellertid inte kunna tolkas så att det medger en rätt till tvångsisolering vid alla fall av smittsam sjukdom. Även i dessa fall torde Strasbourgorganen ställa krav på nödvändigheten och proportionaliteten av frihetsberövandet. Enligt doktrinen bör de principer som utvecklats beträffande frihetsberövande vid psykisk sjukdom i tillämpliga delar vara relevanta även i dessa fall. Dessa principer ställer bl.a. krav på att personen på ett tillförlitligt sätt visats vara psykiskt sjuk, att sjukdomen är av sådan art och grad att den motiverar ett frihetsberövande och att frihetsberövandet endast pågår så länge sjukdomen består.

Tillåtna frihetsberövanden enligt smittskyddslagen är begränsade till s.k. samhällsfarliga sjukdomar. Vidare ställs krav på att särskilda skäl skall föreligga för att tvångsisolering respektive tillfälligt omhändertagande skall få vidtas. Tvångsisoleringen, liksom det tillfälliga omhändertagandet, skall vidare omedelbart upphöra om det inte längre finns skäl för åtgärden. Det bör här också beaktas att för de allra flesta smittsamma sjukdomar där tvångsisolering kan vara aktuell torde det, med hänsyn till bl.a. möjligheterna till medicinsk behandling, i praktiken endast bli fråga om kortvarig tvångsisolering.

Med utgångspunkt från vad som ovan sagts bör bestämmelserna om tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering allmänt sett inte föranleda problem i förhållande till konventionen. Begreppet smittsam sjukdom i konventionen torde avse sådana sjukdomar som på erkänt medicinskt vetenskapliga grunder klassificeras som smittsamma sjukdomar. En motsvarande tillämpning av de krav som ovan redovisats beträffande psykiatriska tvångsomhändertaganden bör emellertid leda till att det måste vara fråga om en allvarlig smittsam sjukdom och att det finns klara skäl som kan rättfärdiga tvångsisoleringen. Med hänsyn bl.a. till att tvångsisolering, med undantag för hivinfektion, är ett erkänt instrument av de internationella organen (jfr t.ex. International Health Regulations, kap. 20) och till att någon enhetlig syn inte synes föreligga mellan de olika europeiska ländernas bedömning av för vilka sjukdomar tvångsisolering får äga rum är det dock rimligt att anta att det föreligger ett inte alltför begränsat utrymme för den enskilda staten att bestämma om nödvändigheten av tvångsisolering. Så t.ex. torde det vara mindre problem att motivera frihetsberövanden vid allvarliga smittsamma sjukdomar som sprids genom "vanlig" social kontakt och som är behandlingsbara.

Man kan dock inte utgå från att domstolen kommer att ha samma uppfattning som den enskilda staten när det gäller bedömningen av en

enskild sjukdom. En särskild fråga är hur Europadomstolen skulle se på tvångsisolering vid hivinfektion. Som redogjorts för i tidigare avsnitt tas i flertalet av de internationella dokumenten avstånd från tvångsisolering av hivpositiva. Det bör vidare beaktas att bestämmelser som ger möjlighet till tvångsisolering i dessa fall endast synes förekomma i ett fåtal länder i Europa. Eftersom Europadomstolen många gånger söker utröna vad som kan anses vara uttryck för en allmän europeisk syn finns det anledning att anta att Europadomstolen skulle ha en restriktiv syn på huruvida det finns grund för tvångsisolering vid hivinfektion. Särskild betydelse för domstolens bedömning torde Europarådets ministerkommittés rekommendation R (89) 14 ha i vilken uttryckligen tas avstånd från alla former av tvångsisolering av hivpositiva. Europadomstolen har bl.a. i målet Z mot Finland 1997 fäst särskild vikt vid uttalandena i denna rekommendation.

Ett särskilt problem som hänger samman med bl.a. att det inte finns botemedel mot hivinfektion är tvångsisoleringens varaktighet. Smittskyddslagen innehåller inte någon yttersta tidsgräns för tvångsisolering. Art. 5 säger dock inte uttryckligen något om tiden för frihetsberövanden som nu är ifråga. Vidare har Europadomstolen utgått från att frihetsberövanden som avser psykisk sjukdom kan vara obestämda till tiden och beroende av utvecklingen av personens psykiska hälsotillstånd. Det torde därför kunna antas att Europadomstolen också kan acceptera att tiden för tvångsisolering är beroende av i vad mån den smittade själv kan eller vill medverka till åtgärder som förhindrar smittspridning. Med hänsyn till det avståndstagande från tvångsisolering vid hivinfektion som ges uttryck för i internationella dokument kan det dock inte uteslutas att Europadomstolen kan vara mindre benägen att acceptera att hivpositiva är föremål för långvarig tvångsisolering. Här bör beaktas att vid hivinfektion är beteendet hos den smittade av avgörande betydelse. Vid långa isoleringstider kan tvångsisolering därför principiellt sett anses närma sig ett frihetsberövande i syfte att förebygga brottslig gärning, vilket inte är tillåtet enligt art. 5. Vidare medför ett frihetsberövande inskränkningar av den enskildes rätt till privat- och familjeliv, vilka skyddas av art. 8. Längden av frihetsberövandet torde därvid ha betydelse för hur starkt det samhälleliga intresset av frihetsberövandet måste överväga i jämförelse med den enskildes rätt till privat- och familjeliv. Med hänsyn till det sätt varigenom hivinfektion sprids och till att hivinfektion generellt sett har en relativt låg smittsamhet vid andra smittvägar än blodsmitta kan det därför inte uteslutas att ett långvarigt frihetsberövande också kan komma i konflikt med art. 8 i Europakonventionen.

Som inledningsvis redogjorts för i detta avsnitt ställer art. 5 krav på att frihetsberövandet skall vara lagligt i konventionens mening. En

särskild fråga är här om detta krav också, i likhet med vad som gäller för inskränkningar i rättigheterna enligt art. 8, innebär krav på lagens tillgänglighet och förutsebarhet. Kommissionen har i några fall som berört art. 5 antytt att så är fallet men frågan har inte prövats närmare. Med hänsyn till att frihetsberövande är en mycket ingripande åtgärd är det dock rimligt att utgå från att rättssäkerhetskraven inte ställs lägre än vid ingripanden som omfattas av art. 8. Enligt Harris m.fl. bedömning torde det inte föreligga några skäl för att ett sådant krav inte skall ställas även i fall som avses i art. 5. Viss tveksamhet kan därför föreligga beträffande huruvida smittskyddslagens bestämmelser om tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering uppfyller kraven på förutsebarhet. Kriterierna för dessa åtgärder är relativt allmänt hållna och lämnar i stor utsträckning åt de tillämpande myndigheterna att avgöra när det kan anses vara motiverat att vidta åtgärden. Med beaktande av att de relevanta omständigheterna kan variera stort mellan de enskilda fallen, bl.a. med hänsyn till sjukdomarnas olika smittsätt och smittrisker, torde det kunna accepteras att inte helt precisa kriterier utformas i lagen. Domstolen har i vissa fall godtagit att de tillämpande myndigheterna lämnats en viss diskretionär prövningsrätt. Emellertid bör beaktas att ett frihetsberövande är en mycket ingripande åtgärd för den enskilde varför kraven på precisering torde ställas högre än t.ex. då det är fråga om tvångsundersökning.

Art. 5 ställer vidare vissa ytterligare villkor i syfte att garantera rättssäkerheten för den som blivit föremål för frihetsberövande, nämligen att den frihetsberövade snarast möjligt underrättas om skälen för åtgärden och att han eller hon kan få lagligheten av åtgärden snabbt prövad av domstol. I avsnitt 21.4.2 har redogjorts för innebörden av dessa villkor enligt Strasbourgorganens praxis. Enligt kommitténs bedömning torde de processuella bestämmelser som gäller för frihetsberövanden enligt smittskyddslagen uppfylla konventionens krav i dessa avseenden.

21.5.3 Tvångsundersökning

Smittskyddslagen innehåller bestämmelse om tvångsundersökning av personer som misstänks ha smittats av samhällsfarlig sjukdom (36 §). Som framgår av avsnitt 21.4.3 omfattar skyddet för privatlivet i art. 8 även medicinska undersökningar varför åtgärden måste vara förenlig med villkor som ställs i artikeln. Några fall som rör tvångsundersökning i smittskyddssyfte har, såvitt erfarits, inte prövats av Strasbourgorganen. Kommissionen har dock godtagit tvångsundersökning i andra sammanhang bl.a. med hänsyn till förebyggande av oordning och brott

och till skyddet för hälsa. Tvångsundersökning i smittskyddssyfte torde kunna anses vara motiverad av hänsyn till skyddet för hälsa. Det torde också få anses föreligga ett starkt samhälleligt intresse av att snabbt kunna få upptäcka förekomsten en allvarlig smittsam sjukdom för att kunna vidta åtgärder mot vidare smittspridning. De ingrepp som medges vid undersökningen är också sådana som inte orsakar annat än obetydliga men. Tvångsundersökning enligt smittskyddslagen torde därför kunna anses vara en sådan åtgärd som är tillåten enligt art. 8. Med hänsyn till det avståndstagande från tvångsundersökning vid hivinfektion som kommit till uttryck i olika internationella dokument kan dock Europadomstolen komma att ha en mer restriktiv syn på huruvida tvång kan anses vara befogat vid hivinfektion.

Inte heller i övrigt torde bestämmelsen om tvångsundersökning anses strida mot kraven i art. 8. Vad som dock bör beaktas är dels att de förutsättningar för tvångsundersökning som anges i smittskyddslagen är relativt allmänt hållna, dels att smittskyddsläkaren beslutar om tvångsundersökning och att detta beslut inte går att överklaga. Som tidigare redogjorts för ställs i art. 8 krav på att åtgärden skall vara förutsebar, dvs. att grunderna för åtgärden skall vara tillräckligt preciserade i lagen, men art. 8 innehåller inte något uttryckligt krav på domstolsprövning. Enligt kommitténs bedömning torde tvångsundersökning i smittskyddssyfte, bl.a. med hänsyn till variationerna mellan de olika sjukdomarnas smittvägar och smittrisker, vara en sådan åtgärd där Europadomstolen kan godta att de tillämpande myndigheterna tillerkänns en viss diskretionär prövningsrätt i de enskilda fallen. Emellertid har Europadomstolen i vissa fall fäst avseende vid huruvida det funnit möjlighet till domstolsprövning av beslutet. Om möjlighet till rättslig prövning saknas, som är fallet vid tvångsundersökning enligt smittskyddslagen, är det inte otänkbart att Europadomstolen kan komma att ställa krav på en tydligare precisering av förutsättningarna för när tvångsundersökning får äga rum.

Vidare kan tvångsundersökning också innebära ett frihetsberövande enligt art. 5, närmare bestämt ett frihetsberövande i syfte att tvinga personen att fullgöra en i lag föreskriven skyldighet (art. 5.1.b). Så har t.ex. kommissionen i ett mål rörande ett beslut av domstol om tagande av blodprov i ett faderskapsmål (X v Österrike 8278/78) varit av den åsikten att genomförandet av en blodprovstagning under tvång utgör ett berövande av friheten även om frihetsberövandet är mycket kortvarigt. Enligt art. 5 har den som berövats friheten rätt att få lagligheten av beslutet prövad av domstol. Förhållandet mellan denna rätt och så kortvariga frihetsberövanden som nu är i fråga har, såvitt framkommit, dock inte prövats av Europadomstolen. Kommissionen har i ett fall (X och Y mot Sverige, 7376/76) uttalat att när frihetsberövandet är så

kortvarigt att det upphör före den tid som krävs för en snabb prövning vid domstol står det förhållandet att möjligheten till domstolsprövning saknas inte i strid med bestämmelsen i art. 5. Huruvida även Europadomstolen skulle lägga en sådan mer praktisk syn på frågan är dock oklart.

21.5.4 Några andra frågor

Smittskyddslagen innehåller ett antal andra bestämmelser som kan innebära inskränkningar av rättigheter som omfattas av art. 8 i konventionen.

Enligt 13 § smittskyddslagen är den som misstänks ha smittats eller är smittad av en samhällsfarlig sjukdom skyldig att följa de *förhållningsregler* som meddelats av den behandlande läkaren. Förhållningsreglerna kan innebära allt från hygieniska åtgärder till att avhålla sig från att utöva visst arbete eller från umgänge med andra. I förhållande till art. 8 bör följande beaktas. De skyddade intressena i art. 8 är allmänt formulerade och har i Strasbourgorganens praxis kommit att beröra sinsemellan mycket olika förhållanden. Vidare är inte alla åtgärder en stat vidtar mot den enskildes privatliv att anse som ett ingrepp i artikelns mening. Av betydelse är t.ex. hur omfattande ingreppet kan anses vara och i vad mån en åtgärd är förenad med sanktioner. Här skall uppmärksammas att kommissionen t.ex. inte ansåg förbudet mot aga enligt 6 kap. 3 § föräldrabalken vara ett ingrepp i konventionens mening, bl.a. med hänsyn till att det inte finns någon sanktion direkt knuten till förbudet (sju personer mot Sverige, 8811/79). Mot bakgrund av dessa förhållanden får det anses vara oklart i vad mån nu nämnda skyldighet enligt smittskyddslagen generellt sett innebär en inskränkning av i artikeln skyddade intressen. Emellertid kan det inte uteslutas att art. 8 kan bli tillämplig i enskilda fall. I sådana fall torde inskränkningen dock kunna anses vara förenlig med art. 8 med hänsyn till skyddet för hälsa.

Ytterligare en fråga rör bestämmelserna om *inhämtande och användande av information*. Smittskyddslagen innehåller ett flertal bestämmelser avseende utbyte mellan smittskyddsaktörerna av uppgifter rörande enskilds hälsotillstånd och personliga förhållanden, bl.a. 20–24 a §§ om anmälan av inträffat sjukdomsfall eller påträffat smittämne, anmälningar om bl.a. brott mot meddelade förhållningsregler enligt 25 § och om underlåtelse att inställa sig för undersökning 26 § samt övriga bestämmelser om uppgiftsskyldighet som t.ex. enligt 8 § och 29–31 §§.

I rätten till privatliv enligt art. 8 ingår också skydd mot insamlande och användande av information om person, bl.a. medicinska uppgifter.

Europadomstolen har, som tidigare nämnts, uttalat att skyddet av personliga uppgifter, inte minst medicinska uppgifter, är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjelivet. Samtidigt har domstolen konstaterat att andra intressen kan utgöra skäl till inskränkningar i skyddet av personliga uppgifter. Så har domstolen t.ex. godtagit att medicinska uppgifter utlämnats till domstol med hänsyn till intresset av att utreda brott och till det allmännas intresse av ge insyn i rättegångsförfarandet (Z mot Finland 1997) samt till försäkringskassan i ett ärende om arbetsskadeförsäkring med hänsyn till skyddet för landets ekonomiska välstånd (M.S. mot Sverige 1997). I målen har domstolen därvid fäst särskild vikt vid att uppgifterna var sekretesskyddade även hos den mottagande myndigheten.

Vid en översiktlig bedömning av aktuella bestämmelser om uppgiftslämnande m.m. i smittskyddslagen torde dessa kunna anses vara förenliga med art. 8. Uppgiftsutbytet får anses vara motiverat med hänsyn till skyddet för hälsa och skyddet för andra personers rättigheter. Uppgifterna är vidare sekretesskyddade hos den mottagande myndigheten.

I smittskyddslagen medges vidare *vissa restriktioner under tvångsisoleringen*, däribland rörande rätten att vistas utanför sjukhusområdet och rätten att ta emot besök. Den isolerades frihet får dock inte underkastas annan begränsning än som påkallats av ändamålet med isoleringen. Här bör beaktas att Europadomstolen framhållit att frihetsberövanden med nödvändighet måste medföra vissa inskränkningar när det gäller bl.a. rätten till familjeliv och korrespondens men att inskränkningarna inte får vara oproportionerliga eller sträcka sig utöver vad som normalt kan accepteras. Grunden för de inskränkningar vid tvångsisolering som tillåts enligt smittskyddslagen är främst att hindra smittspridning samt i vissa fall även upprätthållande av säkerheten och ordningen vid sjukvårdsinrättningen. Bestämmelserna som sådana torde inte kunna anses sträcka sig utöver vad som är befogat. Vid en översiktlig bedömning av aktuella regler torde dessa därför stå i överensstämmelse med vad som är tillåtet enligt art. 8 (jfr dock avsnitt 21.5.2 om restriktioner vid långa frihetsberövanden).

II
Överväganden
och
förslag

22 Allmänna överväganden

22.1 Inledning

Kommittén har haft i uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar som hör till smittskyddet. I uppdraget har ingått bl.a. att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt direktiven skall kommittén fästa särskild vikt vid bl.a. bestämmelserna om tvångsåtgärder och frågor kring rättssäkerheten för den enskilde utgör en central del av kommitténs uppdrag. En särskild fråga har rört situationen för dem som tvångsisolerats.

Utredningen har mot bakgrund av detta sökt införskaffa och sammanställa ett så gott kunskapsunderlag som möjligt för belysning av tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser och lagens effekter för smittskyddet. För att få ett allsidigt underlag för utvärdering av åtgärder för att förhindra smittspridning har särskild uppmärksamhet givits åt frågor av beteendevetenskaplig natur.

I det följande lämnar kommittén först en översiktlig redovisning av de slutsatser som kan dras om den aktuella situationen i Sverige och om effekterna av den nuvarande regleringen. Därefter diskuterar kommittén principiella utgångspunkter och övergripande ställningstaganden som enligt kommitténs mening bör vara vägledande för en ny reglering på området. En närmare diskussion av förutsättningarna för olika åtgärder återfinns i respektive kapitel.

22.2 Kommitténs kartläggning och utvärdering

I ett internationellt perspektiv är situationen i Sverige när det gäller smittsamma sjukdomar gynnsam. Den inhemska spridningen av mer allvarliga smittsamma sjukdomar i Sverige är begränsad. För ett flertal smittsamma sjukdomar, däribland de sexuellt överförbara sjukdomarna, har antalet nysmittade personer under den senaste 10–15-årsperioden

minskat markant eller legat på en konstant nivå. Dock har de senaste två åren märkts en viss ökning av främst klamydia och gonorré. Samtidigt kan konstateras att infektionssjukdomar fortfarande tillhör de vanligast förekommande sjukdomarna och att de utgör ett väsentligt problem både för samhället i stort och för den enskilde individen som drabbas. Så till exempel utgör mag- och tarmsjukdomar ett inhemskt problem av mer betydande art. Vidare är risken för spridning av smittsamma sjukdomar från andra länder större än tidigare på grund av det ökade utbytet med omvärlden, däribland människors möjligheter till snabba förflyttningar över världen.

Att Sverige har en god situation när det gäller förekomsten av smittsamma sjukdomar beror på många olika samverkande faktorer. Yttre faktorer som haft inverkan är bl.a. de förbättringar i det allmänna hälsoläget och av levnadsförhållandena som skett under 1900-talet samt de ökade medicinska kunskaperna om sjukdomarnas uppkomst och möjligheterna att skydda sig mot dessa. Befolkningens bildningsnivå är dessutom hög och det är lätt att få ut relevant information om smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet har också medfört att det funnits tillgång till läkemedel för behandling av sjukdomarna och till vacciner i förebyggande syfte. Vidare har i Sverige lagts stora resurser på olika insatser för att tidigt kunna kontrollera och förhindra spridningen av de smittsamma sjukdomarna. Den allmänna uppfattningen, till vilken kommittén ansluter sig, är att denna förebyggande inriktning på det svenska smittskyddsarbetet torde ha haft stor betydelse för den gynnsamma situation vi befinner oss i. Hur mycket som beror på lagstiftningen på området är dock svårt att bedöma. Kommittén återkommer nedan till denna fråga.

En slutsats man kan dra av ovanstående situationsbeskrivning är att den rädsla som traditionellt finns när det gäller smittsamma sjukdomar ofta är överdriven, ibland uppblåst av media. Det finns skäl att understryka att man i dag bör se mer nyanserat och realistiskt på många av de allvarigare smittsamma sjukdomarna och att de glädjande nog inte utgör samma fara för människor i Sverige som förr. Samtidigt finns anledning till vaksamhet och beredskap mot förändringar i spridningen eller karaktären av de smittsamma sjukdomarna som gör att dessa på nytt blir ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Ett exempel som visar vikten av sådan vaksamhet är situationen när det gäller läkemedelsresistenta smittämnen.

Av kommitténs kartläggning av situationen i andra länder framgår att såväl smittskyddssituationen som lagregleringen och åtgärderna skiljer sig mycket åt i olika länder. En viktig fråga är vilken betydelse landets smittskyddslagstiftning och åtgärder har för den epidemiologiska utvecklingen i det enskilda landet. Det är emellertid förenat med

stora svårigheter att avgöra vad som är effekter av det enskilda landets smittskyddslagstiftning och vad som är effekter av andra faktorer, som t.ex. geografisk belägenhet, hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad eller sociala och politiska förhållanden. Några ordentliga jämförelser låter sig därför inte göras.

En särskild fråga i det här sammanhanget är de epidemiologiska effekterna av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot människor som bär på eller misstänks bära på smitta; dvs. möjligheterna till tvångsundersökning, tillfälligt tvångsomhändertagande och tvångsisolering. Kommittén vill här inledningsvis framhålla att kartläggningen visat att tvångsingripanden av detta slag inte har använts i någon stor utsträckning och att sådana åtgärder i förhållande till andra insatser utgör en mycket liten del i smittskyddsarbetet. Tvångsingripandenas betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige torde redan av detta skäl vara begränsad. Underlaget är vidare för litet för att man skall kunna dra några säkra slutsatser om vilka epidemiologiska effekter tvångsingripandena har haft. Det ligger i sakens natur att sådana effekter är svåra att mäta och bedöma, bl.a. med hänsyn till att man inte vet hur situationen skulle ha sett ut om möjligheter till tvångsingripanden inte funnits. Det torde vidare vara så att betydelsen av möjligheten till tvångsåtgärder är beroende av den enskilda sjukdomens art såsom bl.a. sättet för överföring av smitta och graden av smittsamhet. En studie som Smittskyddsinstitutet utfört på uppdrag av kommittén tyder sålunda på att åtgärder såsom isolering knappast har någon effekt på utvecklingen av hiv epidemin som den förlöpt i vårt land. Härav kan naturligtvis inte dras några slutsatser beträffande effekterna vid en epidemi av annat slag.

Tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser, utöver tvångsbestämmelserna, har enligt kommitténs utvärdering inte i stort vållat problem. Beträffande tvångsbestämmelserna föreligger dock flera frågor som föranleder särskilda överväganden. Kommittén vill inledningsvis påpeka att kartläggningen visar att tvångsåtgärderna allmänt sett använts på ett nyanserat och väl avvägt sätt. Emellertid visar underlaget att när det gäller t.ex. tvångsundersökning förekommer skillnader mellan smittskyddsläkarnas tillämpning av bestämmelsen som framstår som mindre lämpliga. Detta torde bl.a. bero på att bestämmelsen i sig inte ger tillräckligt utrymme för en epidemiologisk bedömning av behovet av åtgärden. När det gäller tvångsisolering kan ifrågasättas om grunderna för åtgärden är tillräckligt preciserade, vilket framstår som betänkligt med hänsyn till rättssäkerheten för den enskilde. Enligt den genomgång av akterna kommittén gjort rörande personer som tvångsisolerats kan konstateras att tvångsisolering i princip uteslutande tillgripits beträffande personer som burit på hivinfektion och att den

kommit att rikta sig huvudsakligen mot människor som i övrigt ofta är utsatta och relativt lätt identifierade, såsom narkotikamissbrukare, psykiskt störda och prostituerade, och mot människor av utländsk härkomst, främst från den afrikanska kontinenten. I vissa fall har tvångsisoleringen sträckt sig över mycket långa tidsperioder, ibland upp till flera år. Skälen för tvångsisolering synes enligt akterna i vissa fall vara mer socialt motiverade och gå utöver smittskyddslagens syfte, som ju tar sikte enbart på risken för smittspridning. Det har också förekommit att tvångsisolering använts i brist på annan vård eller stöd till den enskilde. Detta finner kommittén vara djupt otillfredsställande. Det förhållandet att det inte finns någon yttersta tidsgräns för hur länge en person kan vara tvångsisolerad kan vidare ifrågasättas från flera olika synpunkter och det finns skäl för tveksamhet till om detta kan anses förenligt med Europakonventionen. Kommittén anser därför att aktuella bestämmelser – oavsett deras eventuella epidemiologiska effekt – måste ses över bl.a. i syfte att garantera den enskildes rättssäkerhet.

Utöver tvångsbestämmelserna föreligger också andra principiella problem i smittskyddslagen. Det kan sålunda diskuteras om lagens uppdelning av sjukdomar på samhällsfarliga respektive anmälningspliktiga är adekvat. För vissa av de sjukdomar som nu enbart är klassificerade som anmälningspliktiga sjukdomar kan vissa åtgärder, som t.ex. smittspårning och meddelande av råd till enskilda rörande åtgärder för att förhindra smittspridning, vara lika viktiga som vid de samhällsfarliga sjukdomarna även om det inte finns behov av tvångsåtgärder. Kommittén anser därför att förändringar bör göras för att i möjligaste mån anpassa bestämmelserna till det verkliga behovet av åtgärder vid olika typer av sjukdomar.

Kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visar att smittskyddsarbetet huvudsakligen är väl fungerande och att smittskyddsorganisationen i stort fungerar bra. Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan nationell och lokal nivå synes också vara väl avvägd. Samtidigt har dock bl.a. den utvärdering Statskontoret gjort för kommittén pekat på olika problembilder. Utvärderingen ger dock inte anledning att göra några grundläggande förändringar av nuvarande organisation eller ansvarsfördelning. Kommittén vill också lyfta fram frågorna om nationell styrning och samordning av smittskyddsverksamheten. Underlaget pekar här på vissa svårigheter som föreligger att idag utöva nationell samordning och styrning. Svårigheterna hänger dels samman med att smittskyddsverksamheten berör så många olika aktörer utan någon gemensam central myndighet, dels med att det saknas en samlad nationell uppföljning som kan ge statsmakterna underlag för beslut. I dag är det t.ex. inte möjligt att få en samlad bild av samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar eller ett

tillräckligt underlag för att utvärdera smittskyddsverksamhetens prestationer. Enligt kommitténs uppfattning är det väsentligt att metoder och rutiner utvecklas för att möjliggöra en sådan uppföljning och utvärdering. Det är också av vikt att det nationella ansvaret för bl.a. samordning av åtgärder tydliggörs.

Kartläggningen har vidare visat på vissa andra problem som sammanhänger med att ansvaret för smittskyddsåtgärder är uppdelat mellan olika huvudmän, beroende på om det är fråga om smitta från person, livsmedel eller andra objekt eller djur. Främst har detta rört ansvarfrågor rörande smittspridning från djur och frågor rörande samverkan vid epidemiska utbrott. Bl.a. har framkommit att samarbetsformerna är varierande och att osäkerhet ibland har förelegat när det gäller ansvaret för åtgärder. Vilka befogenheter smittskyddsläkaren har vid t.ex. större utbrott framgår inte heller klart av smittskyddslagen. Till viss del är sådana problem ofrånkomliga med hänsyn till det uppdelade ansvaret och i praktiken har problemen många gånger kunnat lösas. Emellertid bör man i smittskyddslagstiftningen eftersträva en klarare ansvarsfördelning än vad som nu är fallet.

Kunskaperna om hur hivinfektion överförs och hur man skall skydda sig mot att smittas är allmänt utbredda. Emellertid visar forskningen att enbart kunskap inte är tillräckligt för att undvika smittfarliga situationer utan att andra bakomliggande psykosociala faktorer i väsentlig grad styr den enskildes beteenden. Sexualitetens komplexitet i sig har också betydelse i sammanhanget. Sådana faktorer kan medföra att man, oavsett kunskaper, utsätter sig själv eller andra för risk att smittas. De svenska beteendevetenskapliga studierna visar att majoriteten av dem som smittats av bl.a. hivinfektion tar stort ansvar för att hindra vidare spridning av sjukdomen, men att den enskilde i vissa fall har svårt att följa givna förhållningsregler, däribland skyldigheten att informera om sin sjukdom och att använda skydd vid sexuellt umgänge. En fråga av särskilt intresse är vilken inverkan smittskyddslagens bestämmelser om skyldigheter och om tvångsåtgärder har på människors förhållningssätt till smittsamma sjukdomar. De studier som gjorts beträffande dessa frågor tyder på att det finns en relativt stor acceptans för dessa bestämmelser och att de också anses relevanta. Samtidigt får det konstateras att det är utomordentligt svårt att veta hur människors beteenden påverkas av ett sådant regelsystem som det svenska smittskyddet bygger på. Av kommitténs underlag framgår emellertid klart att insatser som rådgivning och psykosocialt stöd är mycket viktiga delar i arbetet att förhindra smittspridning. Enligt kommittén är det därför av största betydelse att lagstiftningen också ger möjligheter till och tillräckligt utrymme för insatser av sådant slag.

När det gäller straffrättsliga sanktioner då någon smittat eller utsatt annan för risk att smittas av smittsam sjukdom har det uteslutande varit fråga om hivinfektion. Av den genomgång av praxis och av de uppgifter från den enkät kommittén tillsänt landets åklagarmyndigheter framgår att flera problem finns rörande tillämpningen av brottsbalkens bestämmelser vid nu ifrågakvarande gärningar. Dessa problem har både varit av principiell och praktisk art. Främst har problemen rört frågan kring uppsåt och de skillnader i straffvärde som föreligger för i praktiken likartade situationer. Det är svårt att förutse hur en gärning kan komma att bedömas straffrättsligt, vilket är betänkligt från rättssäkerhetssynpunkt. För att åstadkomma en mer enhetlig och förutsebar rättstillämpning på området anser kommittén att en särskild straffbestämmelse bör införas rörande överförande av allvarlig smittsam sjukdom. Någon anledning att begränsa en sådan straffbestämmelse till att enbart avse hivinfektion finns inte. De straffrättsliga problem som förekommer när det gäller hivinfektion kan i princip föreligga även då det gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar. Som kommittén återkommer till i det följande bör man också undvika att särskilt utpeka hivinfektion i lagstiftningen, vilket kan bidra till fördomar och stigmatisering av hivsmittade människor i allmänhet.

I kommitténs uppdrag ingår också att göra en översyn av lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter. Några konkreta belägg för att lagen haft någon inverkan på den faktiska smittspridningen av hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar har inte kunnat erhållas. Detta medför enligt kommitténs uppfattning att det är svårt att hävda att ett totalförbud mot bastuklubbarna är motiverat av smittskyddsskäl. Lagen har dessutom visat sig vara svår att tillämpa i praktiken. Emellertid är den på klubbarna utövade verksamheten av sådan art att man svårligen kan bortse från den smittrisk som kan föreligga. Samhället måste därför ha möjlighet att ingripa om konkreta missförhållanden föreligger. Bestämmelser som medger ett sådant ingripande kan föras in i ordningslagen, varvid den särskilda s.k. bastuklubbslagen kan upphävas.

Många av problemen med den nuvarande regleringen kring smittsamma sjukdomar har att göra med att den har kommit att tillämpas på hivinfektion, som skiljer sig från de tidigare kända smittsamma sjukdomarna för vilka bestämmelserna ursprungligen utformats. Hivinfektion medför såvitt man f.n. kan bedöma livslång smittsamhet och leder till för tidig död, i regel efter tio till femton år. Det kan dock konstateras att det under de senaste tio åren gjorts betydande framsteg såväl när det gäller de medicinska kunskaperna om sjukdomen som när det gäller uppehållande behandling. De nya behandlingsmetoder som framtagits synes kunna skapa möjligheter att hindra inträdet av

aidsrelaterade sjukdomar och därmed ge förutsättningar för ett längre och friskare liv. Spridningen i Sverige har inte heller tagit den utveckling man först befarade, tvärtom har epidemin legat på en konstant, internationellt sett, låg nivå. De kunskaper som nu finns om hivinfektion och de möjligheter till behandling som kan skönjas visar enligt kommitténs mening att nuvarande reglering beträffande hivinfektion i många avseende är onödigt långtgående och utpekande, vilket kan bidra till stigmatisering och diskriminering av smittade. Det finns skäl att arbeta för en förändring av synen på sjukdomen så att denna blir mer realistisk och tolerant, varvid utrymme kan skapas för ökad öppenhet kring sjukdomen. En del i ett sådant arbete bör enligt kommittén vara att undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang. Detta gäller t.ex. smittskyddslagens bestämmelser om skyldighet att lämna uppgifter i vissa fall och sekretessen i mål som rör tvångsisolering. Emellertid får det beaktas att även om de svenska undersökningarna tyder på att allmänhetens attityder till hivinfektion i större utsträckning har blivit mer realistiska förekommer fortfarande fördomar och obefogad rädsla inför sjukdomen. Att helt avskaffa alla särbestämmelser som finns för hivinfektion torde därför inte vara möjligt i nuläget. Sålunda bör möjligheten till anonym hivtestning behållas tills vidare. Den långsiktiga inriktningen bör dock vara att särbestämmelserna helt avskaffas. Kommittén vill här framhålla att sådana förändringar i lagstiftningen bör stödjas av saklig och nyanserad information.

22.3 Några allmänna utgångspunkter för en ny smittskyddslag

Att smittsamma sjukdomar inte i nuläget utgör ett stort hot mot folkhälsan i Sverige har som tidigare sagts sin grund i att vi har vidtagit aktiva åtgärder för att förhindra uppkomsten och spridningen av sjukdomarna, bl.a. genom att spåra upp och begränsa smittvägarna. För att säkerställa en motsvarande positiv utveckling även i framtiden bör samhället även fortsättningsvis upprätthålla ett effektivt smittskydd med i huvudsak samma inriktning som hittills. För detta krävs bl.a. att det föreligger en klar ansvarsfördelning och att den grundläggande organisationen är enhetlig i landet. Detta medför enligt kommittén att det fortfarande är motiverat med en särskild smittskyddsorganisation. Den erfarenhet och kompetens som byggts upp inom den nuvarande smittskyddsorganisationen bör dessutom tas till vara. I likhet med vad som konstaterades vid tillkomsten av nuvarande smittskyddslag torde detta kräva en

särskild reglering vid sidan av hälso- och sjukvårdslagen. De särskilda skyldigheter – för såväl samhället som den enskilde individen – och åtgärder som erfordras för ett effektivt smittskydd talar också för en särskild lag. Om åtgärder anses behöva kunna genomföras mot den enskildes vilja krävs dessutom särskilt lagstöd.

Syftet med smittskyddslagens bestämmelser skall vara att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. I sammanhanget bör erinras om att skyddet mot smittsamma sjukdomar också regleras genom annan lagstiftning, t.ex. när det gäller sjukdomar som kan spridas från djur till människa. När det gäller det objektrinriktade smittskyddet kan åtgärder som riktar sig mot objekt som sprider smitta i de allra flesta fall genomföras med stöd av andra lagar, t.ex. miljöbalken och livsmedelslagen. Dubbelreglering bör undvikas för att inte skapa oklarhet om ansvaret för åtgärder m.m. Grunden för smittskyddslagen bör därför enligt kommitténs mening vara att den i första hand inriktar sig på åtgärder som syftar till att hindra spridning av smitta från person till person.

Spektrumet av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mer ordinära sjukdomar. Enligt kommittén finns inte anledning att frångå principen att smittskyddslagen i princip skall omfatta alla smittsamma sjukdomar som kan spridas till eller mellan människor. En begränsning bör dock göras till sjukdomarna som kan innebära ett inte ringa hot mot de smittades hälsa. Emellertid är inte behovet av åtgärder likartat för samtliga sjukdomar. Lagen måste därför vara utformad så att den så långt är möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. I följande avsnitt redogör kommittén för etiska överväganden som bör ligga till grund för bedömningar om huruvida åtgärder mot den enskildes vilja skall kunna vidtas. Ett grundläggande krav för vilken åtgärd som skall eller får vidtas – oavsett om den bygger på frivillighet eller ej – måste vidare vara att åtgärden i fråga är motiverad vid en epidemiologisk bedömning. I lagen måste också ges möjlighet att snabbt kunna möta nya och oväntade problem. Dessa förhållanden bör beaktas när det gäller utformningen av bestämmelser rörande såväl anmälningsystem som andra direkta smittskyddsåtgärder.

22.4 Etiska och principiella överväganden

Smittskyddslagen ger upphov till vissa principiella konflikter mellan samhällets intresse av ett effektivt smittskydd och individens anspråk på skydd mot ingrepp i den personliga friheten. Kommittén har för sin del funnit att det inte går att ge ett enhetligt svar på hur sådana konflik-

ter skall lösas, utan avgörandet måste bygga på en avvägning mellan de olika intressen, samhälleliga och individanknutna, som i varje särskilt fall står mot varandra. Dessa avvägningar rymmer både politiska, etiska och rättsliga aspekter och är i princip en uppgift för lagstiftaren. De allmänna överväganden i denna del som gjorts av kommittén redovisas här, då de till stor del kommer att styra utformningen av kommitténs förslag till ny lagstiftning på området.

Smittskyddslagen anlägger ett annat perspektiv än hälso- och sjukvårdslagen. Det är här främst frågan om att skydda andra individer än den smittade. Man kan säga att hälso- och sjukvårdslagen har ett patientperspektiv, medan smittskyddslagen har ett samhällsperspektiv. Smittskyddslagen ger uttryck för synen att enskilda måste vara beredda att acceptera vissa intrång i sin integritet när det krävs för att skydda andra människor från smitta. I hälso- och sjukvårdslagen anges däremot uttryckligen att hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (2 a §).

Till skillnad från annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område innehåller nu gällande smittskyddslag relativt långtgående skyldigheter för den enskilde och möjligheter för samhället att tillgripa vissa tvångsåtgärder då den enskilde inte frivilligt medverkar till åtgärder för att förhindra smittspridning. Grunden för detta har ansetts vara det övergripande intresset att förhindra smittspridning och synen att det måste anses vara ett gemensamt intresse för alla samhällsmedlemmar att de allvarliga smittsamma sjukdomarna bekämpas och hålls nere så långt som möjligt. Regleringen har också motiverats med att samhället, när det är nödvändigt, måste kunna ingripa med tvångsåtgärder mot den smittbärare som utan hänsyn till sina medmänniskor genom sin livsföring utsätter andra för risk att bli smittade.

Att just smittsamma sjukdomar givits en sådan särställning jämfört med andra sjukdomar som kan innebära hot mot folkhälsan torde till stor del ligga i att utbrott av smittsamma sjukdomar förr var ett så utomordentligt allvarligt hot mot många människors liv och hälsa, bl.a. på grund av avsaknaden av medicinsk behandling av sjukdomarna. Rädslan för smittsamma sjukdomar låg djupt hos människorna, och nödvändigheten av olika åtgärder för att begränsa smittan ifrågasattes inte. I vårt samhälle har också funnits en tradition och kanske också en förväntan att berörda myndigheter skall vidta de åtgärder som krävs för att skydda befolkningen.

I sammanhanget bör dock erinras om att stora och betydelsefulla delar av de epidemiologiskt inriktade insatserna inom smittskyddet kan genomföras utan någon konflikt med motstående enskilda intressen. Detsamma gäller i fråga om de viktiga förebyggande insatserna mot smittsamma sjukdomar. Det huvudsakliga smittskyddsarbetet genom-

förs på frivillighetens väg och möjligheterna till tvångsåtgärder spelar i praktiken inte någon framträdande roll. Kommittén anser att dessa förhållanden måste återspeglas i de överväganden som görs beträffande eventuella möjligheter till ingripanden mot den enskildes vilja. Härvid är det väsentligt att betona att oavsett vilka avgöranden man gör beträffande ingripanden med tvång måste tyngdpunkten i smittskyddsarbetet ligga på det frivilliga förebyggande arbetet.

Från etiska och rättsliga synpunkter är det de vid tvångsingripanden föreliggande konflikterna mellan individens intresse och samhällets intresse som skapar störst problem. Den nu följande diskussionen tar därför upp olika etiska och principiella frågor och överväganden som rör sådana konflikter.

Den första grundläggande frågan som måste ställas är om intresset av smittskydd är så starkt att det generellt rättfärdigar intrång i enskildas mest grundläggande rättigheter, såsom den personliga friheten. Det är lätt att svara ett alltför förbehållslöst ja på denna fråga. Var och en kan föreställa sig allvarliga situationer där en farlig smittsam sjukdom sprider sig okontrollerat och hotar stora befolkningsgrupper. Som ovan sagts finns också en tradition av att samhället skall kunna vidta de åtgärder som krävs för att skydda befolkningen. Enligt kommittén måste även en ny smittskyddslag förutsättas ge erforderliga handlingsmöjligheter i åtminstone sådana nödsituationer. Att skyddet mot smittsamma sjukdomar i och för sig kan vara ett sådant intresse som kan rättfärdiga bl.a. frihetsinskränkningar framgår också av olika internationella dokument på området, såsom Europakonventionen.

Samtidigt är det självklart att intresset av ett effektivt smittskydd inte berättigar till vilka ingrepp som helst i den enskildes frihet eller integritet. Samhällsintresset måste här som i många andra fall vägas mot individens berättigade krav på skydd mot allt för långtgående ingrepp i den privata sfären. Ingreppet måste från olika synpunkter anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Krav på att ingreppet skall vara nödvändigt och proportionerligt ställs bl.a. i Europakonventionen.

Vilka avvägningar som, mot bakgrund av empiriska kunskaper om de olika sjukdomarna och effekter av olika åtgärder, således skall göras hänger samman med vilken grundläggande syn på människan man ansluter sig till och vilka etiska principer som man anser skall ha betydelse för bedömningen.

Inom den medicinska etiken brukar analysen av olika handlingsalternativ sägas vila på huvudsakligen fyra grundläggande principer. Dessa principer är enligt kommitténs mening tillämpliga även vid en analys som rör samhällets smittskydd och kan utgöra en god grund för analysen av föreliggande konflikter.

- Självbestämmandeprincipen (*autonomy*) innebär att var och en själv bör få bestämma över sitt eget liv och sina handlingar. Vidare innebär självbestämmandeprincipen att även andra människors rätt till självbestämmande skall respekteras. Självbestämmandet kan dock inte alltid utövas (se nedan).
- Lidande(minimerings)principen (*non-maleficence*) innebär att man inte bör skada eller orsaka lidande. Av flera alternativ skall man välja det som orsakar minst skada.
- Godhets(maximerings)principen (*beneficence*) innebär att varje människa har en positiv förpliktelse att göra gott. Detta innebär också att man bör förebygga skada och eliminera lidande.
- Rättvis principen (*justice*) innebär att lika bör behandlas lika. Det vore omoraliskt att särbehandla olika människor om det inte finns etiskt godtagbara skäl. Att t.ex. neka vårdbehövande människor tillgång till vård enbart på grund av deras ålder eller livsstil torde inte kunna ses som en godtagbar grund för särbehandling i förhållande till andra vårdbehövande.

Dessa etiska principer äger i allmänhet giltighet, men inte obetingat. De kan också komma i konflikt med varandra. När det gäller smittskyddet kan man urskilja en klar konflikt mellan den s.k. självbestämmandeprincipen och den s.k. godhetsprincipen. I självbestämmandeprincipen ligger också ett inneboende problem med hänsyn till att en persons rätt till självbestämmande kan stå i konflikt med andra personers rätt till självbestämmande. I smittskyddssammanhang uppstår frågan om vems intresse som bör väga över – den smittade/misstänkt smittades eller de osmittades. Frågeställningen kan formuleras enligt följande; "Vems intresse skall tillgodoses på vems bekostnad och varför?" (framfört av professor Göran Hermerén vid Statens medicinsk-etiska råds seminarium den 3 september 1987 "Etiska konflikter i samband med AIDS"). De nu uppställda etiska principerna ger inte själva svaret på hur dessa konflikter skall lösas och vilken princip som skall vara vägledande. Någon generell bedömningsregel kan knappast heller formuleras. De många intressen av en åtgärd som kränker en enskild behöver t.ex. inte göra åtgärden försvarbar från etisk synpunkt. Hänsyn måste tas till många faktorer som t.ex. tyngden i de olika intressena och allvaret i konsekvenserna. I en sådan analys blir dock människosynen och synen på människovärdet viktiga ingredienser.

I vårt samhälle ansluter sig de flesta till den *humanistiska människosyn* som innebär att människan är ett subjekt, ett jag, som har frihet, ansvar och mänsklig värdighet. Hon får aldrig betraktas eller behandlas som medel. Människan är alltid ett mål i sig. Den humanistiska män-

niskosynen förutsätter att individen kan välja mellan olika alternativ på basis av sina egna etiska överväganden.

Enligt den humanistiska människosynen är människan något annat och vida mer än hennes biologiska eller ekonomiska värde. Det är nämligen med avseende på människovärdet som alla människor är lika. Att respektera en människas människovärde innebär att man alltid och under alla omständigheter betraktar och behandlar henne som en individ, dvs. som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Det är också i uppfattningen om människovärdet som de mänskliga rättigheterna är förankrade. Människosyn – människovärde – mänskliga rättigheter är den etiska bas där man kan och bör förankra värdegemenskapen i samhället. Kommittén vill erinra om att denna etiska bas självklart gäller också för samhällets smittskydd.

Innebörden i människovärdesbegreppet ligger nära det vi menar med integritet. Såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen talar om "respekt för den enskildes självbestämmande och integritet" utan att definiera vad man avser med integritet. Detta leder inte sällan till att man blandar ihop integritet och självbestämmande (autonomi). I vårt språkbruk leder ordet integritet tankarna till varje människas rätt att få upprätthålla sin värdighet, oavsett yttre förhållanden. Varje människa har integritet oberoende av intellektuell duglighet, moralisk förträfflighet eller fysiskt tillstånd. Varje människa har också rätt till självbestämmande, men inte alltid förmåga att utöva denna rätt beroende på intellektuella, psykiska eller fysiska hinder. Integriteten kan dock aldrig avstås. Den kan bara respekteras eller kränkas; det är en konstant egenskap som hör ihop med det mänskliga livet.

Kommittén anser att smittskyddsarbetet måste vara förankrat i en humanistisk människosyn där principerna om alla människors lika värde samt den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt är viktiga inslag. Den humanistiska människosynen talar enligt kommitténs uppfattning för en större tydlighet när det gäller respekten och skyddet för individen än vad som är fallet enligt nuvarande smittskyddslag.

Smittade människor har, med denna grundläggande värderingsbas, samma värde och rätt till skydd av samhället som andra samhällsmedlemmar. Att man bär på en smittsam sjukdom kan inte minska människovärdet eftersom människovärdet ligger i varje människas blotta existens. I vid mening har alla ett intresse och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Utgångspunkten bör därför vara att var och en så långt möjligt bör vidta rimliga försiktighetsmått för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas av allvarliga smittsamma sjukdomar. Detta följer inte enbart av de etiska övervägandena utan också av att det är inte möjligt för samhället att skydda befolk-

ningen mot alla smittrisker. Det kan inte heller anses vara en möjlig, om ens eftersträvansvärd, uppgift för samhället att helt övervaka de personer som bär på en allvarlig smittsam sjukdom. Samtidigt är det också så att den som bär på eller misstänker sig bära på en smittsam sjukdom i vissa fall får ett särskilt ansvar för förhindrande av vidare spridning av sjukdomen.

Enligt kommittén måste perspektivet hos en ny smittskyddslagstiftning vara annorlunda än det perspektiv som råder i hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med smittskyddet är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och inte primärt att vårda den enskilde som drabbats av en sjukdom. Oavsett detta medför den humanistiska människosynen, enligt kommitténs uppfattning, att en smittskyddslag även måste ge skydd för den som är smittad. Detta innebär bl.a. att det ställs krav på att samhället gör det möjligt för den enskilde att uppfylla de krav man ställer på honom eller henne. Den enskilde måste sålunda kunna ställa anspråk på att få det stöd och hjälp han eller hon behöver för att kunna ta sitt ansvar. Kommittén återkommer bl.a. i kap. 24 till hit hörande frågor.

Den människosyn som kommittén förespråkar och den redovisade övergripande inriktningen på smittskyddet som följer av den humanistiska människosynen utgör utgångspunkter för överväganden rörande i vilka fall ingripanden mot människor med tvång får vidtas i smittskyddet. Detta synsätt medför vissa begränsningar i hur långtgående åtgärder mot enskilda som kan tillåtas med hänvisning till önskemålet om ett effektivt smittskydd. Kommittén bedömer det som angeläget att lagstiftningen så långt det nu låter sig göras klarlägger sådana övergripande principer och begränsningar, helst i form av klara författningsbestämmelser.

Alla lagar skall utformas så att de tillgodoser grundläggande krav på skydd för enskildas mänskliga rättigheter. Det innebär exempelvis att en lag inte får ge utrymme för godtyckliga ingrepp från myndigheters sida, att regleringen av enskildas rättigheter och skyldigheter skall vara klar och tolkningen förutsebar, att beslut om ingrepp i enskildas civila rättigheter skall kunna överprövas av domstol, m.m. (för en närmare redovisning hänvisas till kap. 21). Att även en smittskyddslag måste uppfylla sådana grundläggande rättssäkerhetskrav är inget nytt och knappast kontroversiellt, även om man i detaljer kan ha olika meningar om vad som är möjligt att åstadkomma.

Det får alltså anses självklart att en modern smittskyddslag måste tillgodose alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får användas och villkoren därför. Hur dessa regler i detalj skall utformas återkommer kommittén till i senare kapitel (kap. 26).

I ett så omfattande regelverk som smittskyddslagstiftningen finns dock en rad detaljfrågor att ta ställning till där kanske inte de grundläggande värderingarna, som t.ex. den humanistiska människosynen, alltid ger tillräckligt svar. Kommittén har därför enat sig om att söka formulera vissa övergripande principer som kan underlätta bedömningarna av förutsättningarna för åtgärder som får genomföras mot den enskildes vilja. Dessa principer redovisas och kommenteras i kap. 26. I detta sammanhang bör emellertid framhållas – utöver att det måste vara fråga om en allvarlig smittsam sjukdom för vilken det finns ett klart epidemiologiskt behov av åtgärden – att åtgärder mot den enskildes vilja inte bör få genomföras annat än då det finns ett mer akut behov av åtgärden och andra möjligheter inte längre står till buds. Samhället måste härvid ha fullgjort sitt ansvar när det gäller alternativ till tvångsåtgärden. Det är sålunda inte godtagbart att en enskild blir föremål för t.ex. en frihetsberövande åtgärd av det skälet att samhället brister i sitt ansvar för adekvata alternativa insatser.

23 Sjukdomarna i smittskyddslagen och anmälningsförfarandet

23.1 Allmänt om sjukdomarna i smittskyddslagen

Enligt kommitténs mening finns inte anledning att frångå principen att smittskyddslagen skall omfatta alla smittsamma sjukdomar som kan spridas bland människor. Dock anser kommittén att undantag bör göras för sjukdomar som endast utgör ett ringa hot mot de smittades hälsa. För sådana mycket lindriga sjukdomar torde det inte vara aktuellt med särskilda smittskyddsåtgärder.

I gällande smittskyddslag indelas de smittsamma sjukdomarna i samhällsfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Skyldigheter och tvångsåtgärder är i princip knutna till de samhällsfarliga sjukdomarna. Emellertid kan vissa åtgärder, som t.ex. skyldigheten att bedriva smittspårning, vara lika viktiga vid vissa andra smittsamma sjukdomar. Vidare framstår inte tvångsåtgärder som motiverade vid somliga av de sjukdomar som ingår bland de samhällsfarliga sjukdomarna. Med hänsyn härtill kan det ifrågasättas om indelningen av sjukdomar i den befintliga smittskyddslagen är adekvat. Enligt kommitténs mening bör utgångspunkten i stället vara att lagens bestämmelser om åtgärder skall anpassas till det verkliga behovet för de olika sjukdomarna.

De effektivaste åtgärderna mot smittspridning är vanligen preventiva insatser såsom information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde kan vidta samt medicinsk behandling för redan smittade personer. Dyliga insatser är relevanta beträffande alla de sjukdomar som lagen föreslås omfatta. I vissa undantagssituationer bör emellertid samhället kunna ta till åtgärder som inkräktar på den enskildes integritet för att hindra smittspridning, oavsett om den enskilde själv är beredd att medverka till att så sker eller ej. Sådana åtgärder är naturligtvis inte erforderliga beträffande samtliga smittsamma sjukdomar utan endast beträffande sjukdomar som utgör ett större och mera allvarligt hot mot befolkningens hälsa. Behovet av smittskyddsåtgärder beror emellertid inte bara på vilken sjukdom det är fråga om utan även

på den befintliga epidemiologiska situationen. Det är därför eftersträvansvärt att den nya smittskyddslagen präglas av ett visst mått av flexibilitet. Visserligen har Sverige i modern tid haft en tämligen stabil situation då det gäller uppträdandet av nya smittsamma sjukdomar. Denna bild är dock inte nödvändigtvis konstant. Sjukdomspanoramat är skiftande och vilka smittsamma sjukdomar som kan dyka upp i framtiden är svårt att förutse. Vidare kan idag kända sjukdomar förändras och anta en mer elakartad form, t.ex. på grund av antibiotikaresistens. Det vore i och för sig eftersträvansvärt om det vid lagregleringen av varje enskild smittskyddsåtgärd kunde anges vilka sjukdomar som åtgärden är avsedd för. Detta torde emellertid vara en mindre lyckad lösning, eftersom man bl.a. skulle riskera att lagen blev svårtillämpad, oflexibel och oöverskådlig. Någon typ av indelning av sjukdomarna verkar således vara ofrånkomlig.

Kommittén har därför stannat vid att de åtgärder som kan vidtas med tvång i den föreslagna smittskyddslagen endast skall kunna tillämpas på en viss kategori allvarliga sjukdomar som kommittén föreslår benämns *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. Vilka sjukdomar som här avses bör i lagen beskrivas genom en definition som omfattar ett antal kriterier. För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom måste den uppfylla den i lagen uppställda definitionen. En prövning måste således göras av varje enskild sjukdom. Närmare precisering av vilka sjukdomar som omfattas av kriterierna synes dock vara nödvändig, bl.a. med hänsyn till vikten av förutsägbarhet i lagstiftningen samt till olika typer av sekretessfrågor. För att öka lagstiftningens flexibilitet föreslås att regeringen preciserar sjukdomarna i förordning; en liknande ordning finns idag bl.a. i narkotikalagstiftningen. Genom att denna uppgift läggs på regeringen ökar möjligheten att vid behov snabbt kunna vidta åtgärder mot nya smittsamma sjukdomar som plötsligt uppträder i landet. De rättssäkerhetskrav som måste ställas tillgodoses bl.a. genom den i lagen angivna definitionen, vilken begränsar regeringens befogenheter. Noteras bör att det inte finns någon skyldighet för regeringen att förklara en sjukdom som allmänfarlig smittsam sjukdom bara för att den uppfyller kriterierna.

Beträffande övriga åtgärder enligt lagen bör frågan om vilka sjukdomar som skall omfattas av åtgärderna bedömas utifrån det föreliggande behovet. Dessa frågor tas upp i de delar av den allmänna motiveringen där de olika åtgärderna behandlas.

23.1.1 Särskilt om allmänfarliga smittsamma sjukdomar

I kap. 26 fastslår kommittén vissa principer för när tvångsåtgärder kan komma ifråga. Utifrån dessa har kommittén utarbetat den definition av allmänfarliga smittsamma sjukdomar som framgår av författningsförslaget, s. 27. Kommittén föreslår att allmänfarliga smittsamma sjukdomar skall definieras som sjukdomar som kan överföras mellan människor och som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas.

Ett grundläggande krav för att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom i lagens mening bör vara att den kan överföras mellan människor. Endast vid sjukdomar som smittar på detta sätt finns det skäl att vidta tvångsåtgärder mot en enskild för att hindra fortsatt smittspridning. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men därefter inte vidare omfattas således inte av begreppet. Övriga kriterier som kommittén föreslår utgör ett mått på den fara sjukdomen innebär för den enskildes hälsotillstånd. Vid en bedömning av om en sjukdom omfattas av kriterierna skall man utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige. Vidare bör man utgå från den genomsnittliga risken för den som smittas att drabbas av följderna. För en närmare redogörelse för innebörden av de föreslagna kriterierna, se författningskommentaren kap. 36.1. Det skall observeras att kommittén föreslår att vissa ytterligare kriterier rörande själva sjukdomarna skall vara uppfyllda för att isolering oberoende av samtycke eller s.k. särskilda föreskrifter skall kunna komma till stånd. Dessa kriterier återfinns i den föreslagna bestämmelsen som reglerar isolering, 33 §, och tar sikte på sjukdomarnas förmåga att utbreda sig bland befolkningen. Se kap. 26 samt författningskommentaren kap. 36.1.

Med utgångspunkt i den ovan beskrivna definitionen på allmänfarliga smittsamma sjukdomar menar kommittén att följande sjukdomar f.n. bör anses omfattas av de föreslagna kriterierna.

difteri	paratyfoidfeber
fläckfeber	pest
gula febern	polio
hepatit B	rabies
hepatit C	tuberkulos
hivinfektion	tyfoidfeber
kolera	virala hemorragiska febrar
meningokockinfektion	exkl. nefropathia epidemica
mjäлтbrand	återfallsfeber

Samtliga sjukdomar kan spridas mellan människor samt ge någon eller några av de konsekvenser som beskrivs i definitionen. För en beskrivning av de enskilda sjukdomarna och deras konsekvenser, se Anders Thoréns beskrivning och analys av smittsamma sjukdomar i den särskilda bilagan till betänkandet (del B). I förhållande till de sjukdomar som enligt gällande lag är samhällsfarliga innebär den nya definitionen bl.a. att tvångsåtgärder inte kan vidtas beträffande vissa typer av hepatiter samt beträffande salmonella, shigella, gonorré, klamydia, syfilis och ulcus molle. Kommittén vill dock understryka att enligt kommitténs förslag skall bestämmelserna om anmälningskyldighet samt smittspårning fortfarande tillämpas vad gäller dessa sjukdomar (se nedan 23.2, kap. 24 och författningskommentaren 36.1). Det finns dock anledning att med uppmärksamhet följa utvecklingen och vid behov förändra indelningen av sjukdomarna.

23.2 Anmälningsförfarandet

Enligt gällande smittskyddslag skall läkare till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet anmäla konstaterade fall av samhällsfarlig sjukdom samt annan anmälningspliktig sjukdom. I vissa fall skall läkaren även göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Regeringen har meddelat föreskrifter om vilka sjukdomar som, utöver de samhällsfarliga, skall anmälas. Även fortsättningsvis bör smittskyddslagen innehålla ett system för dylika anmälningar.

Ett anmälningsystem för smittsamma sjukdomar har, som nämnts i kap. 5.3, två syften. Det ena är att snabbt ge kunskap om inträffade fall för att direkta åtgärder skall kunna vidtas. Det andra är att ge mer långsiktiga kunskaper om utbredningen av sjukdomarna för att bl.a. ge grund för utvärderingen av smittskyddet och utvecklandet av åtgärdsstrategier. Med utgångspunkt i dessa syften föreslår kommittén att behandlande läkare skall göra anmälan dels i fall av smittsam sjukdom som påkallar smittskyddsåtgärder utöver behandling av patienten, dels i fall av smittsam sjukdom som är föremål för nationell epidemiologisk uppföljning. Även läkare vid mikrobiologiskt laboratorium samt obducerande läkare skall vara skyldiga att göra anmälan. Anmälan skall, i likhet med vad som gäller enligt befintliga bestämmelser, göras både till smittskyddsläkaren och till Smittskyddsinstitutet. Däremot bör det fortsättningsvis inte åvila behandlande läkare att även göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Under kommitténs arbete har framkommit att kommunerna idag relativt ofta får kunskap om fall av inträffad sjukdom alltför

sent och att anmälningarna inte sällan är ofullständigt ifyllda (se kap. 9.2.4). Enligt kommittén framstår det som lämpligare att i detta fall en underrättelseskyldighet läggs direkt på smittskyddsläkaren. I hans skyldigheter bör således ingå att kontakta relevanta objektansvariga myndigheter. Smittskyddsläkaren har den övergripande bilden av smittskyddsarbetet och har lättare än behandlande läkare att identifiera vilka ytterligare myndigheter som bör informeras. Han eller hon har dessutom i uppgift att verka för en samordning av smittskyddsåtgärderna.

Vilka konkreta sjukdomar som skall anmälas bör bestämmas av regeringen i förordning. En brist i den nu gällande lagen är att anmälningskyldigheten inte omfattar kliniskt misstänkta sjukdomsfall. Kommittén föreslår att både konstaterade fall och kliniskt misstänkta fall skall anmälas. Den anmälningskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han gör sin anmälan, vilket medför att viktiga tidvinster kan göras. Beträffande vad som här avses med misstanke, se författningskommentaren kap. 36.1.

Innehållet i anmälan bör i princip motsvara vad som gäller enligt befintlig smittskyddslag. Uppgifter skall således lämnas om den smittades identitet, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de åtgärder som läkaren vidtagit för att förhindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet. Enligt befintliga bestämmelser (21 § i gällande smittskyddslag) föreligger ett skydd för den smittades identitetsuppgifter samt smittkälla då det gäller sjukdomar som omfattas av 1.3 i bilagan till smittskyddslagen, dvs. gonorrhé, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle. Det kan ifrågasättas om detta skydd bör bibehållas. Avsaknad av identitetsuppgifter i anmälan kan medföra att åtgärder för att begränsa smittspridningen fördröjs; utredningsarbetet underlättas om den smittades identitet är känd. Bristen på identitetsuppgifter kan dessutom innebära att smittskyddsläkarens arbete med att följa smittsamhet försvåras, bl.a. i sådana fall då en hivsmittad patient även har annan allvarlig smittsam sjukdom (t.ex. tuberkulos). Användningen av olika typer av koder kan vidare leda till vissa problem såsom förväxling. Dessa svårigheter talar för att undantaget för vissa sjukdomar bör upphävas. Som framgår av kap. 22 anser kommittén vidare att man bör arbeta för en förändring av synen på hivinfektion så att denna blir mer realistisk och tolerant och att en del av detta arbete bör vara att undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang, även vad gäller sekretessfrågor. Till kommittén har emellertid från olika håll framförts vikten av att identitetsskyddet för de sexuellt överförbara sjukdomarna behålls. Det har bl.a. anförts att uppgivandet av identitetsuppgifter vad gäller de ifrågavarande sjukdomarna även kan motverka möjligheten att minska smittspridningen, eftersom det kan befaras att en person som misstänker att han kan vara smit-

tad av dylik sjukdom avhåller sig från att uppsöka sjukvården om hans identitetsuppgifter sprids. Kravet på att identitetsuppgifter skall lämnas kan vidare få till följd att behandlande läkare i enskilda fall helt underlåter att fullgöra sin anmälningskyldighet av hänsyn till patientens integritet. Kommitténs slutsats är att övervägande skäl får anses tala för att skyddet för identitetsuppgifter vid anmälan av fall av nu diskuterade sjukdomar för närvarande skall kvarstå. Regeringen bör därför ges behörighet att föreskriva att identitetsuppgifter samt uppgift om smittkälla inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar.

24 Individens skyldigheter och rättigheter

24.1 Den enskildes ansvar m.m.

Avsikten med flera av de förändringar som föreslås av kommittén är att lägga större betoning på läkar–patientrelationens betydelse för smittskyddsarbetet. Enligt kommitténs uppfattning överensstämmer ett förhållningssätt som grundar sig på samarbete och förtroende bättre med de förhållanden som råder i praktiken. En fråga som då aktualiseras är vad som kan begäras av den enskilde för att skydda sig själv och andra mot smittrisk.

Med hänsyn till de konsekvenser förekomsten av smittsamma sjukdomar har, såväl för bl.a. folkhälsan i stort som för de individer som smittas av sjukdomen, är förhindrandet av spridningen av smittsamma sjukdomar en angelägenhet som enligt kommitténs mening berör alla i samhället. Som framhållits i kap. 22 är kommittén av den uppfattningen att i vid mening alla individer har ett intresse och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Det bör också beaktas att det varken är etiskt eller praktiskt möjligt för samhället att skydda befolkningen mot alla smittrisker. Beträffande de enskilda individernas ansvar anser kommittén därför att utgångspunkten måste vara att var och en så långt möjligt bör vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas. Enligt kommitténs mening bör smittskyddslagen innehålla en särskild bestämmelse som framhåller detta gemensamma ansvar.

Samtidigt är det ofrånkomligt att den som bär på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar för att undvika att andra utsätts för smitta. Ett krav på att alla människor i alla situationer skall förfara på ett sådant sätt att de inte utsätts för smittrisk är inte realistiskt. Man kan t.ex. inte ställa krav på att människor i allmänhet vaccinerar sig eller genomgår annan medicinskt förebyggande behandling. Ett flertal av de smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen sprids vidare på ett sådant sätt att andra människor kan ha svårt att skydda sig mot smitta, t.ex. när det är fråga om luftburna smittämnen. I sådana fall är det enligt

kommitténs mening rimligt att ett större ansvar läggs på den smittade. Den smittade har också många gånger i kraft av vetenskapen om att han eller hon är smittad större möjlighet att vidta åtgärder för att minska smittrisen. Det bör här beaktas att de åtgärder den smittade kan vidta i de allra flesta fall utgör relativt begränsade inskränkningar i livsföringen.

Enligt kommitténs uppfattning talar nu nämnda skäl sammantaget för att den som bär på en smittsam sjukdom även fortsättningsvis bör ha en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk. Skyldigheten bör enligt kommitténs mening inte begränsas utan gälla samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag.

Någon särskild sanktion för de fall den smittade underlåter att iakttas nu nämnd skyldighet bör inte införas. Det kan dock erinras om möjligheterna till straffrättsliga ingripanden i vissa fall då en person smittat någon eller utsatt någon för smittrisk. Beträffande de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna kan vidare tvångsåtgärder i form av isolering oberoende av samtycke komma ifråga i vissa fall.

Kommittén anser vidare att skyldigheten bör ges en allmän utformning med hänsyn till att behovet av åtgärder är så starkt skiftande mellan de olika sjukdomarna och de situationer den enskilde kan befinna sig i. Det bör här erinras om att i de allra flesta fall kan sjukdomen botas eller smittsamheten nedbringas genom medicinsk behandling. Enligt kommitténs uppfattning är det rimligt att utgå från att de allra flesta människor som smittats av en sjukdom också tar emot den medicinska behandling som erbjuds. Emellertid får här observeras att den smittade, i likhet med vad som gäller i dag, inte heller enligt kommitténs förslag bör ha någon skyldighet att genomgå medicinsk behandling. I de fall den smittade inte vill genomgå sådan behandling får det åligga honom eller henne att på andra sätt undvika att utsätta andra för smittrisk. De medicinska och praktiska råd läkaren enligt kommitténs förslag har att ge den enskilde får därvid naturligtvis stor betydelse som vägledning för vad den smittade har att iakttas.

I den mån det ställts krav på den enskilde bör det också föreligga en skyldighet för samhället att genom stöd och annan hjälp göra det möjligt för den enskilde att ta sitt ansvar. Kommittén behandlar i kap. 33 frågor om de ekonomiska förmåner den smittade bör ha. Härutöver har enligt kommitténs mening samhället också ett ansvar att stödja smittade personer så att de kan leva ett så normalt liv som möjligt. Såsom framhålls i nästföljande kapitel torde det särskilt vid svåra långvariga sjukdomar vara så att det inte främst är de medicinska frågorna om behandling och dylikt som är avgörande för den enskilde utan den enskilde behöver också stöd i sin livssituation. Olika psykiska och sociala faktorer

har betydelse för huruvida den smittade har förmåga att ta ansvar för att inte utsätta andra för smittrisk. Det är därför av största vikt att den som bär på en smittsam sjukdom t.ex. genom stödsamtal har möjlighet att diskutera och bearbeta sådana svårigheter som är knutna till ansvaret.

Som framgår av kartläggningen över tvångsisolering har majoriteten av dem som tvångsisolrats haft svåra missbruksproblem och/eller allvarliga psykiska störningar. Sådana problem har inget direkt samband med den smittsamma sjukdomen men kan ha avgörande betydelse för huruvida den enskilde kan uppfylla sitt ansvar. Kommittén vill här poängtera betydelsen av att sådana problem uppmärksammas tidigt och att den enskilde får tillgång till erforderligt stöd eller behandling för dessa.

Med hänsyn till den betydelse åtgärder i form av bl.a. psykosocialt stöd har för den enskildes möjligheter att frivilligt medverka till att förhindra vidare smittspridning bör det uttryckligen framgå av smittskyddslagen att den smittade skall erbjudas psykosocialt stöd om det behövs av smittskyddsskäl. På samma sätt bör framgå att den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom och som är i behov av särskilda behandlingsinsatser, t.ex. för en underliggande missbruksproblematik, skall erbjudas detta. Avsikten är här inte att skapa en rättighet för den smittade i så måtto att den enskilde har en absolut rätt att kräva en viss åtgärd eller med stöd av smittskyddslagen få rätten prövad av domstol. Enligt kommitténs förslag ansvarar smittskyddsläkaren ytterst för att tillse att den smittade får de stöd- eller behandlingsinsatser som behövs. I de fall den smittade inte får erforderlig hjälp eller stöd kan han eller hon vända sig till smittskyddsläkaren. Det bör vidare framhållas att det psykosociala stödet eller de särskilda behandlingsinsatserna skall behövas av smittskyddsskäl, dvs. ha betydelse för huruvida den smittade kan ta sitt ansvar för att skydda andra mot smittrisk. Bestämmelserna omfattar således inte insatser den smittade kan behöva på grund av ett allmänt behov av stöd eller hjälp.

24.2 Särskilt om den s.k. informationsplikten

En särskild fråga rör skyldigheten för en smittad person att underrätta andra om att han eller hon bär på en smittsam sjukdom. Denna s.k. informationsplikt har särskilt uppmärksammats vid hivinfektion. De som ställt sig kritiska mot bestämmelserna om förhållningsregler har här betonat svårigheterna som denna plikt medför för den enskilde och ifrågasatt riktigheten av att ålägga en smittad person en sådan skyldighet. Av de beteendevetenskapliga studierna har tydligt framgått att skyldigheten att informera en sexualpartner om att man är hivpositiv kan

innebära stora problem och många hivpositiva kan, enligt studierna, tänka sig situationer då man skulle underlåta att informera om att man är smittad. Svårigheter med att vara öppen om sin sjukdom förekommer emellertid enligt studierna även beträffande andra smittsamma sjukdomar som tuberkulos.

Enligt kommitténs mening bör en person som utsätts för en smittrisk kunna ställa krav på att få vetskap härom. Det är den enskilde själv som måste få avgöra huruvida han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas och också besluta om under vilka förutsättningar han eller hon vill inleda en relation med annan person. När det gäller hivinfektion framgår av de beteendevetenskapliga studierna att den övervägande andelen bland de tillfrågade personerna som inte var hivpositiva också anser att den som är hivpositiv skall informera sin sexualpartner. Ett argument mot att fastställa en skyldighet att underrätta en sexualpartner kan vara att informationen i sig egentligen inte förhindrar smittöverföring. Man skulle därför kunna hävda att det är tillräckligt att den som är smittad ser till att tillräckliga försiktighetsmått vidtas. Emellertid går det inte att bortse från att oavsett huruvida s.k. säkrare sexualtekniker används kvarstår en viss risk för att smitta kan överföras, t.ex. om en kondom går sönder. Vidare har kommittén poängterat att såväl osmittade som smittade personer har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks. För att även den osmittade personen skall kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i vilka förhållanden som råder. Kommittén anser därför att den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom skall vara skyldig att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer. Dessa principiella ställningstaganden kan enligt kommittén inte begränsas till enbart hivinfektion utan samma krav bör kunna ställas även när det gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar.

Informationsskyldigheten får betydelse också i den situationen att den smittade söker vård. Till skillnad från den situation då det är fråga om sexuell kontakt kan den smittade oftast inte själv vidta några skyddsåtgärder då han eller hon är föremål för vård och behandling. Här skall uppmärksammas att särskilda föreskrifter rörande skyddsåtgärder mot blodsmitta och vid smittfarligt arbete har utgivits av Arbetskyddsstyrelsen. Socialstyrelsen har vidare utfärdat föreskrifter och allmänna råd beträffande förebyggande åtgärder mot spridning av bl.a. hepatit B och även utgivit generella rekommendationer rörande förebyggande åtgärder mot infektioner i vården. Om de rekommendationer som givits följs torde riskerna för smittöverföring i de flesta fall vara mycket begränsade. Det kan visserligen hävdas att vårdpersonal alltid skall iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder eftersom patienten själv kan

vara ovetande om sin infektion och vårdpersonalen kan inte heller förlita sig på att information verkligen ges. Emellertid medför uppgifter från patienten att vårdpersonalen kan vidta de särskilda skyddsåtgärder som eventuellt är nödvändiga. Inte minst gäller detta då det är fråga om situationer då särskild risk för smittöverföring föreligger t.ex. blodprovstagning och operationer då det är fråga om sjukdomar som smittar genom blod. Enligt kommittén bör det därför åligga den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom att också informera vårdpersonal i sådana situationer då smittrisk föreligger.

Samtidigt får beaktas att, som framgått ovan, det föreligger många svårigheter för den enskilde att informera om sin sjukdom och att den smittade många gånger ställs inför en svår situation. De beteendevetenskapliga studierna visar tydligt att viljan att berätta kan komma i konflikt med andra starka känslomässiga faktorer som påverkar beteendet. Som framhållits i föregående avsnitt måste utgångspunkten vara att i den mån det ställts krav på den enskilde föreligger också en skyldighet för samhället att genom stöd och annan hjälp göra det möjligt för den enskilde att ta sitt ansvar. Av betydelse är vidare att människors attityder till allvarliga smittsamma sjukdomar är realistiska och toleranta och att man arbetar för att undanröja fördomar och obefogad rädsla. Det är också viktigt att den enskilde blir bemött på ett värdigt sätt inom t.ex. vården och att berörda yrkesutövare har sådana kunskaper att de kan korrekt hantera situationen då den enskilde upplyser om sin sjukdom.

24.3 Skyldighet att medverka vid smittutredning

Enligt gällande smittskyddslag har den enskilde skyldighet att i vissa fall söka läkare och låta sig undersökas samt att genom att ge upplysningar till läkaren medverka vid smittspårning. Kommittén har i föregående kapitel framhållit vikten av att man tidigt kan nå människor som kan misstänkas ha smittats av en smittsam sjukdom av allvarligare art, bl.a. för att kunna erbjuda behandling eller rådgivning rörande hur personen bör agera för att undvika att andra smittas. Såväl smittspårningsarbete som läkarundersökning utgör sådana centrala delar av arbetet mot spridningen av smittsamma sjukdomar att starka skäl föreligger att ha kvar en allmän skyldighet att uppsöka läkare och låta sig undersökas samt att medverka vid smittspårningsarbetet.

Beträffande skyldigheten att uppsöka läkare och låta sig undersökas är kommittén, liksom departementschefen enligt förarbetena till nu gällande smittskyddslag, av den uppfattningen att de allra flesta människor

söker läkarkontakt om de tror att de blivit smittade av en allvarligare smittsam sjukdom. Emellertid innebär en lagfäst skyldighet enligt kommitténs mening en betydelsefull markering av att envar bör bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar. Någon generell sanktion mot den som underlåter att uppsöka läkare eller att låta sig läkarundersökas är dock inte lämplig. I vissa fall, se kap. 26, är emellertid smittskyddsintresset av att läkarundersökning kommer till stånd så starkt att undersökning bör kunna äga rum även om den enskilde motsätter sig detta.

Beträffande den enskildes medverkan vid smittspårning framgår av de beteendevetenskapliga studierna att smittspårningsarbetet är väl förankrat hos såväl smittade som osmittade personer. De allra flesta tycks också enligt studierna vilja få reda på om de varit utsatta för risk att smittas. Det föreligger därför enligt kommitténs mening inte några betänkligheter mot att bibehålla en skyldighet för den enskilde att medverka i smittspårningsarbetet. Som kommittén ovan påpekat medför en sådan lagfäst skyldighet också en betydelsefull markering av att envar bör bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar. Kommittén vill emellertid framhålla att det – vare sig av etiska eller praktiska skäl – naturligtvis inte går att framtvunga erforderlig information från den enskilde. Framgången i arbetet bygger på att man skapar en förtroendefull relation och att man kan övertyga den enskilde patienten om uppgifternas nödvändighet.

Bestämmelserna bör enligt kommittén utformas i huvudsak i enlighet med gällande bestämmelser. Beträffande vilka sjukdomar som bör omfattas av nu angivna skyldigheter anser kommittén att detta bör motsvara vad som gäller i fråga om den behandlande läkarens skyldighet att utföra läkarundersökning och smittspårning. Detta innebär således att skyldigheterna omfattar såväl de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna som sådana sjukdomar där det av epidemiologiska skäl föreligger anledning att vidta ytterligare åtgärder.

24.4 Rätten till anonymitet vid provtagning för hivinfektion

Enligt förordningen (1986:198) om undantag vid provtagning för infektion av HIV har den som vill ta prov för att kontrollera om han eller hon har smittats av hivinfektion rätt att göra detta anonymt. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av att alla tänkbara ansträngningar för att snabbt hindra spridningen av hivinfektion ansågs behöva vidtas och att det fanns oro för att personer skulle avhålla sig från provtagning av den

anledningen att de inte ville att deras identitet skulle bli känd. Det bör erinras om att den enskilde dock blir skyldig att lämna identitetsuppgifter om analysresultatet visar att personen är hivpositiv. I dessa fall omfattas uppgifterna av den sekretess som råder inom hälso- och sjukvården.

En av grundtankarna för kommitténs förslag till förändringar i smittskyddslagstiftningen är att hivinfektion i princip bör behandlas på samma sätt som andra allvarliga sjukdomar och att särregleringen beträffande denna sjukdom så långt det är möjligt bör tas bort. Kommitténs underlag (jfr kap. 5) tyder på att attityden till provtagning har förändrats på så sätt att de flesta patienter inte bryr sig om huruvida provtagningen görs anonymt eller inte. Endast en liten andel av patienterna synes begära att få anonym provtagning och ytterst få synes i egentlig mening upprätthålla anonymiteten inför vårdpersonalen. Samtidigt är det svårt att uttala sig om vilka effekterna skulle bli om rätten till anonymitet nu tas bort. Denna rätt har blivit en integrerad del av det förebyggande arbetet och det har för kommittén framhållits att rätten har ett stort symbolvärde. Vidare har framförts att det är nödvändigt att möjligheten till anonymitet kvarstår för den mindre grupp av patienter som, av olika anledningar, är rädda för att identitetsuppgifter skall komma till andras kännedom. Rätten till anonymitet har enligt vad kommittén erfarit inte heller medfört några stora problem i den praktiska verksamheten. Mot bakgrund av vad som nu sagts anser kommittén att övervägande skäl talar för att inte i nuläget avskaffa detta undantag för hivinfektion.

25 Vissa smittskyddsåtgärder

25.1 Utgångspunkter

Som framhållits i kap. 22 har kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visat att smittskyddsarbetet huvudsakligen är väl fungerande. Det råder vidare inte något tvivel om att de grundläggande smittskyddsåtgärder som t.ex. smittspårning är av största betydelse för ett effektivt smittskydd. Kommittén anser därför att nu reglerade åtgärder i huvudsak bör finnas kvar i en ny smittskyddslag. Kommittén framhåller emellertid i de allmänna övervägandena att även om syftet med smittskyddslagen primärt är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar måste lagen också ge skydd för den som är smittad. Enligt kommitténs uppfattning bör därför göras en tydligare betoning av att smittskyddsåtgärder som riktar sig mot enskilda personer skall bygga på frivillighet, och av att den enskilde skall kunna ställa anspråk på att få det stöd eller den hjälp han behöver i smittskyddshänseende. Kommittén anser vidare att lagen bör vara utformad så att den så långt det är möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. Detta bör komma till uttryck i utformandet av de bestämmelser som tar upp särskilda åtgärder, men också som en särskild bedömningsgrund i det enskilda fallet. I det följande tas vissa principiella frågor upp till diskussion. Beträffande det närmare innehållet i bestämmelserna hänvisas till författningskommentaren. Frågor om indelningen av sjukdomarna och kommitténs överväganden rörande anmälning av inträffade sjukdomsfall och övervakning av smittskyddsläget tas upp i kap. 23.

25.2 Ansvaret för smittskyddsåtgärder

Kommittén finner inte anledning att föreslå någon förändring när det gäller det grundläggande ansvaret för smittskyddet (beträffande det nationella ansvaret se kap. 29). Landstinget skall således fortfarande ha ansvaret för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder

vidtas inom landstinget, med undantag för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka bl.a. kommunerna har ansvaret. Kommittén anser dock att ansvaret enligt olika lagstiftningar bör avgränsas på ett klarare sätt än nu, varvid utgångspunkten för smittskyddslagen bör vara att den skall inriktas på åtgärder för att förhindra att smitta sprids mellan människor och därför omfatta personinriktade åtgärder. Beträffande de objektinriktade åtgärderna bör dessa enligt kommitténs mening helt regleras i annan lagstiftning på bl.a. hälsoskyddets område (jfr kap. 27).

Även i fortsättningen skall ansvaret för de direkta smittskyddsåtgärderna vila på smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna. Liksom nu skall landstingen ha det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt besluta om vilka resurser som skall ges smittskyddsverksamheten medan smittskyddsläkaren svarar för det direkta smittskyddsarbetet, organisationen och planeringen i detalj.

25.3 Allmänna förebyggande åtgärder

Kommittén har i bakgrundsdelen redogjort för olika former av insatser av mer allmänt förebyggande slag. Det kan konstateras att sådana insatser spänner över ett vitt spektrum och omfattar såväl information och rådgivning som olika projekt som har till syfte att förhindra att den enskilde får en smittsam sjukdom. Arbetet bedrivs av hälso- och sjukvårdspersonalen inom den ordinarie vården, av olika myndigheter samt av frivilligorganisationerna. Av underlaget framgår vidare att smittskyddsläkarna har en mycket väsentlig roll i sådant förebyggande arbete och att dessa till stor del utför det övergripande preventiva arbetet inom landstinget. Odiskutabelt har sådana preventiva åtgärder haft stor betydelse för den gynnsamma smittskyddssituationen i Sverige. Kommittén har vidare i kap. 24 poängterat att såväl osmittade som smittade personer har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks. Grunden för ett sådant ansvarstagande är kunskaper om smittvägar och åtgärder för att förhindra smittspridning. Detta gäller såväl de sexuellt överförbara sjukdomarna som andra smittsamma sjukdomar. Erfarenheterna har också visat att smitta många gånger går att undvika genom relativt enkla åtgärder, t.ex. vid mag- och tarmsmittor. Kommittén vill därför framhålla vikten av att sådant förebyggande arbete ges tillräckligt utrymme och resurser.

Vaccinationsverksamheten är ett annat exempel på preventiva åtgärder som haft stor betydelse för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. De allmänna vaccinationsprogrammen har bl.a. medfört drastiska minskningar av förekomsten av allvarliga sjukdomar som

t.ex. difteri och polio. Vaccinationsverksamheten är inte lagreglerad och landstingen beslutar själva om innehållet i och omfattningen av verksamheten. Visserligen har Socialstyrelsen gett ut allmänna råd på området och det finns såväl nationella som regionala organ som har en rådgivande roll och som verkar för samordning av åtgärderna. Emellertid har påpekats för kommittén att problem föreligger bl.a. genom att kostnadsansvaret för vaccinationsverksamheten inte är reglerat. Vidare finns inte något organ som ansvarar för att det finns tillgång till vaccin i landet. Kommittén har inte haft möjlighet att närmare utreda denna fråga. Kommittén vill dock framhålla betydelsen av att vaccinationsverksamheten upprätthålls och att dessa insatser bedrivs på ett enhetligt sätt i landet. Enligt kommittén kan det därför finnas skäl att låta frågorna om vaccinationsverksamheten bli föremål för särskild översyn.

25.4 Särskilt om smittspårning

Smittspårning, dvs. arbetet med att identifiera smittkällan och med att söka efter möjliga smittade personer, är ett av de viktigaste instrumenten för att förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar och utgör grunden för bedömningar av vilka åtgärder som bör vidtas. Smittutredningar för att söka efter en smittkälla i miljön behandlar kommittén främst i kap. 27. Här kommer främst att behandlas den del av smittspårningen som avser att söka upp människor som kan ha smittats av sjukdomen, s.k. kontaktspårning eller partneruppföljning.

Enligt kommittén är det mycket viktigt att man så tidigt som möjligt når personer som kan misstänkas ha smittats för att förebygga vidare smittspridning. Särskilt viktig framstår smittspårningen vid sjukdomar som kan vara symptomfria, t.ex. hivinfektion, eftersom den smittade i dessa fall inte har en naturlig anledning att själv uppsöka läkare. Samtidigt får konstateras att smittspårningsarbetet kan vara resurskrävande, särskilt vid sexuellt överförbara sjukdomar. Kommitténs underlag visar dock att arbetet har goda resultat i förhållande till insatserna och att smittspårningen är en mycket effektiv metod. Av kommitténs kartläggning – såväl de beteendevetenskapliga studierna som kommitténs enkät till behandlande läkare och kuratorer – framgår vidare att det finns en stor acceptans för smittspårning som metod.

Mot bakgrund av vad som nu sagts anser kommittén att smittskyddslagen även i fortsättningen skall innehålla en uttrycklig skyldighet att aktivt bedriva smittspårning och också en skyldighet för den enskilde patienten att så långt han eller hon förmår medverka till att ge

upplysningar (närmare om den enskildes skyldigheter se kap. 24). Liksom idag bör detta ansvar ligga på den behandlande läkaren. Kommitténs kartläggning visar emellertid att, även om den behandlande läkaren har det formella ansvaret, smittspårningen bl.a. vid sexuellt överförbara sjukdomar många gånger genomförs av kuratorer eller sjuksköterskor/barnmorskor. Dessa sköter självständigt utfrågningen av patienten och underrättelserna till uppgivna kontakter och den behandlande läkaren har ofta inte någon insyn under tiden. Enligt kommitténs mening föreligger inte några hinder mot att smittspårningen bedrivs av annan hälso- och sjukvårdspersonal, under förutsättning att personalen har kompetens för detta. Det kan många gånger också vara värdefullt att smittspårningen utgör en integrerad del av rådgivningen till den enskilde. Emellertid framstår det som befogat att den som utför det praktiska arbetet också har det formella ansvaret för smittspårning. Kommittén föreslår därför att uppgiften att bedriva smittspårning också kan fullgöras av hälso- och sjukvårdspersonal som har särskild kompetens för detta. Liksom idag bör den som ansvarar för smittspårningen också ha skyldighet att underrätta en person som kan misstänkas ha smittats.

I vilka fall skyldigheten att smittspåra bör inträda måste bedömas med hänsyn till det epidemiologiska behovet av vidare åtgärder. Enligt kommitténs bedömning är det därvid självklart att de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna skall omfattas. Härutöver bör skyldigheten att bedriva smittspårning även omfatta sjukdomar som, även om de inte är av den art att de ingår bland de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna, kan leda till allvarigare konsekvenser för den drabbade eller som om de får en större spridning kan utgöra en belastning för folkhälsan. Med hänsyn till de svårigheter som kan föreligga för bl.a. den enskilde läkaren att bedöma när smittspårning skall ske och till vikten av att bedömningarna blir enhetliga i landet anser kommittén att regeringen bör meddela närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som omfattas.

Även om nu angiven skyldighet främst syftar till att finna de människor som kan ha smittats bör skyldigheten att fråga patienten om smittvägar naturligtvis även i förekommande fall omfatta eventuella smittkällor i miljön. Vid smitta som härrör från objekt eller djur då smittspridningen inte sker vid direkt kontakt mellan människor är dock den enskilde patienten eller den behandlande läkaren sällan i stånd att peka ut spridningsvägarna. Vidare krävs särskilda bedömningar då det är fråga om större utredningar vid smitta mellan människor. Smittskyddsläkaren har härvid särskild kompetens och överblick av smittskyddsläget, varför kommittén anser att han bör ha det övergripande ansvaret att tillse att vidare smittspårning äger rum. Smittskyddsläkarens roll bör här i första hand vara att underrätta dem som primärt

ansvarar för åtgärden och samordna åtgärderna. När smittskyddsläkaren erhåller en anmälan om ett inträffat sjukdomsfall bör han således ha skyldighet att tillse att erforderlig smittutredning kommer till stånd. Detta innebär inte att smittskyddsläkaren själv behöver genomföra det praktiska smittspårningsarbetet. Ansvaret härför åvilar i första hand berörda behandlande läkare. Emellertid kan det i många lägen vara motiverat att smittskyddsläkaren själv tar direkta kontakter, t.ex. då det är fråga om större utbrott och det behövs för att snabbt få överblick över smittspridningen eller för att lokalisera en smittkälla.

Även om kommitténs kartläggning visar att det finns en stor acceptans för smittspårning som metod pekar materialet på att arbetet inte är utan problem och att det krävs såväl kompetens som tid. Det bör beaktas att all smittspårning innebär ett intrång i människors integritet och att det därför är viktigt att patienten får förtroende för den som ansvarar för smittspårningen och att det finns tid att ta hand om patienten i samband med smittspårningen. Även om utgångspunkten bör vara att smittspårningen skall påbörjas omedelbart kan detta ibland vara olämpligt eller etiskt svårt. Man bör också beakta att det kan innebära svåra överväganden i praktiken när det gäller patienter som diagnosticeras sent under ett sjukdomsförlopp eller då det är fråga om en svårt sjuk patient.

Det har också tydligt framgått att behandlande läkare kan ha svårigheter med att uppfylla sin skyldighet att bedriva smittspårning. Så förekommer t.ex. att läkare vid klamydia helt underlåter att genomföra smittspårning och i stället ger "dubbla" recept till patienten.

Många av de problem som kan föreligga vid smittspårningen torde kunna förebyggas genom att den enskilde läkaren får tillgång till råd och riktlinjer för hur arbetet skall bedrivas. Vid sidan av centralt utfärdade anvisningar har smittskyddsläkaren en betydelsefull roll, bl.a. när det gäller att ge råd i det enskilda ärendet. I smittskyddsläkarens ansvar för smittskyddsarbetet ligger också ett ansvar för att uppmärksamma eventuella problem. Om smittskyddsläkaren ser tecken på att smittskyddsarbetet inte fungerar på vissa håll bör det naturligtvis åligga honom att vidta åtgärder för att komma tillrätta med detta, t.ex. genom särskilda råd och anvisningar, utbildningsinsatser eller dylikt.

Emellertid måste det också finnas en uttrycklig möjlighet att överlämna ett smittspårningsärende till någon annan med tillräcklig kompetens och erfarenhet. En behandlande läkare, eller i förekommande fall annan hälso- och sjukvårdspersonal, som i ett enskilt ärende inte anser sig vara i stånd att utföra smittspårningen, bör därför ha skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren får i sådant fall överlämna smittspårningsärendet till annan person med kompetens för uppgiften. För att säkerställa att smittspårning verkligen utförs på ett tillfredsställande sätt bör vidare smittskyddsläkaren också ha möjlighet

att överlämna ett ärende då han på annat sätt finner att smittspårningsarbetet är bristfälligt.

Det har från vissa håll framförts att en särskild straffbestämmelse bör införas för läkare som underlåter att bedriva smittspårning i enlighet med lagens bestämmelser. Kommittén anser emellertid inte att en straffrättslig sanktion är ett lämpligt medel att komma tillrätta med de problem som kan föreligga vid smittspårningsarbetet. Vidare bör uppmärksammas att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som inte uppfyller sina skyldigheter kan bli föremål för disciplinåtgärder enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

25.5 Särskilt om s.k. förhållningsregler

Under kommitténs arbete har frågan om de s.k. förhållningsreglerna ägnats särskild uppmärksamhet. Kommittén har bl.a. tillställt behandlande läkare en enkät i syfte att bl.a. få en bild av hur bestämmelserna tillämpas och av hur skyldigheten att meddela förhållningsregler uppfattas bland läkarna. Frågor om förhållningsregler har också ingått i de beteendevetenskapliga studier som utförts på kommitténs uppdrag. Av underlaget kan sammanfattningsvis följande slutsatser dras.

Kartläggningen har visat att läkarna i de allra flesta fall sköter meddelandet av förhållningsregler på ett nyanserat sätt och i enlighet med de intentioner som finns i lagens förarbeten. Vidare synes förhållningsreglerna i de flesta fall kunna anses som okontroversiella. Frågan om vilka försiktighetsåtgärder den enskilde skall vidta har dock varit mer kontroversiell då det gäller hivinfektion. Diskussionen har härvid rört vilket ansvar som skall åläggas den enskilde smittade, bl.a. när det gäller frågan om skyldigheten att informera andra om sin smitta, och hur förhållandet till läkaren påverkas av dennes skyldighet att kontrollera att den enskilde uppfyller sitt ansvar. Bland läkarna föreligger enligt kommitténs enkät en blandad uppfattning om förhållningsreglerna och läkarens kontrollerande funktion. Flera läkare har påpekat olika problem rörande skyldigheten att följa upp att patienten följer sina förhållningsregler och att förena denna roll med rollen som behandlande läkare. Samtidigt bör noteras att flera läkare uppfattat lagens bestämmelser som positiva och ansett att bestämmelserna fungerar som stöd i arbetet med besvärliga patienter.

Även om kartläggningen visat att bestämmelserna om tvingande förhållningsregler i många fall inte inneburit några stora problem finns dock flera frågor, av såväl praktisk som principiell natur, som bör beaktas.

Inledningsvis kan konstateras att den nuvarande smittskyddslagen inte innehåller någon egentlig sanktionsmöjlighet mot den som inte följer givna förhållningsregler. Att beteckna förhållningsreglerna som "tvingande" är därför en sanning med modifikation. Även nuvarande bestämmelse om förhållningsregler bygger på att den enskilde accepterar att följa dem. Ytterst kan samhället visserligen ingripa med tvångsisolering men endast under särskilda villkor och då i syfte att skydda andra mot vidare smittspridning.

Vidare är nuvarande bestämmelser om förhållningsregler begränsade till de samhällsfarliga sjukdomarna. Här kan anföras att det även beträffande sådana sjukdomar som inte ingår bland de samhällsfarliga sjukdomarna kan framstå som lika viktigt att nödvändiga försiktighetsåtgärder vidtas. Detta gäller t.ex. EHEC, vilken också kan spridas mellan människor.

En annan fråga gäller förhållningsreglernas inverkan på relationen mellan patienten och läkaren samt möjligheterna till kontroll av att patienten följer meddelade förhållningsregler. Kontrollmöjligheterna är i praktiken starkt begränsade, vilket också konstaterades i förarbetena till nuvarande lag. I de allra flesta fall är läkarens möjlighet att få information i detta avseende begränsad till uppgifter från patienten själv. De svårigheter som här föreligger hänger främst samman med läkarens anmälningsskyldighet, särskilt då det gäller sjukdomar som hivinfektion. Enligt nuvarande lag skall läkaren skyndsamt anmäla om han har anledning anta att patienten inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler. Detta kan medföra svårigheter eftersom vissa patienter av rädsla för anmälan undanhåller information om misslyckanden att följa förhållningsregler, vilket bl.a. minskar möjligheterna för läkaren att kunna diskutera frågan och ge patienten direkt stöd. Av såväl kommitténs enkät till behandlande läkare som av de beteendevetenskapliga undersökningarna framgår att denna situation inte är ovanlig när det gäller hivinfektion. Av enkäten till behandlande läkare framgår vidare att ett relativt stort antal läkare trodde att de ibland medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om patientens eventuella smittfarliga beteende p.g.a. svårigheter att hantera kunskaperna.

Av kommitténs underlag framgår vidare att de allra flesta människor som bär på en smittsam sjukdom försöker att följa de råd och anvisningar som ges för att förhindra att andra smittas. Med hänsyn härtill kan det sättas i fråga om det är rimligt att tvingande förhållningsregler meddelas rutinmässigt. Det torde vidare vara så att det för många människor kan upplevas som irriterande att de, oavsett deras egen inställning, meddelas tvingande förhållningsregler, t.ex. av hygienisk natur, vilka kan te sig självklara för den som vill ta ansvar för sin sjukdom. Som framgår föreligger således flera svårigheter av såväl principiell

som praktisk art som talar för att systemet med tvingande förhållningsregler inte bör behållas. Kommittén vill för sin del särskilt lyfta fram betydelsen av att relationen mellan den behandlande läkaren och den smittade kan hållas på ett förtroendefullt plan. Enligt kommittén ligger tyngdpunkten i smittskyddsarbetet rörande enskilda personer i det arbete läkaren utför när han möter den smittade patienten. I den mån den smittade har svårigheter med att ta sitt ansvar gentemot andra människor är det av stor betydelse att han eller hon på ett tidigt stadium få det stöd eller den hjälp han eller hon behöver. Eventuella hinder mot ett öppet och förtroendefullt förhållande mellan den behandlande läkaren och den smittade måste därför motverkas.

Ett grundläggande motiv för kommitténs förslag till ändringar av nu gällande bestämmelser är att kommittén anser att smittskyddslagen klarare bör markera vikten av att grunden för smittskyddsarbetet måste vara frivillig medverkan till smittskyddsåtgärderna. Enligt kommitténs uppfattning överensstämmer ett förhållningssätt som grundar sig på samarbete och förtroende också bättre med de förhållanden som råder i praktiken. Kommittén vill erinra om att det, som ovan påpekats, inte heller enligt gällande smittskyddslag finns någon möjlighet att framtinga efterlevnad av meddelade förhållningsregler. Enligt kommitténs mening bör således den nuvarande skyldigheten för behandlande läkare att ge förhållningsregler ersättas med en skyldighet att ge patienten medicinska och praktiska råd vilket bättre speglar den behandlande läkarens roll. Kommittén anser vidare att läkarens skyldighet att ge information och råd bör gälla samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag, och således inte endast de allvarligaste sjukdomarna.

Under kommitténs arbete har emellertid aktualiserats frågan om det eventuella behovet av att i speciella fall kunna besluta om att en smittad person inte får utöva viss yrkesverksamhet eller delta i annan verksamhet där han eller hon kan utsätta andra för risk att smittas. Det skulle t.ex. kunna gälla vissa utövare av yrke inom hälso- och sjukvården. En arbetsgivare kan inte alltid förebygga faror av detta slag, eftersom den smittsamma sjukdomen kanske inte är känd för arbetsgivaren. Kommittén är medveten om att en möjlighet för t.ex. smittskyddsläkaren att utfärda förbud av aktuellt slag rymmer många svårigheter av såväl etiskt som rättsligt slag. Det gäller särskilt vid smittsamma sjukdomar av kronisk karaktär, såsom hivinfektion. Förutsättningarna för en eventuell sådan åtgärds möjlighet måste därför analyseras noggrant. Det är självklart att en sådan reglering inte får sträcka sig längre än vad som är oundgängligen nödvändigt. Det gäller också i fråga om alternativa lösningar, såsom att öppna möjlighet till sekretessgenombrott för uppgiftslämnande till t.ex. arbetsgivare. När det gäller

annan verksamhet än yrkesverksamhet måste också beaktas de begränsningar som följer av grundlagsskyddet för bl.a. mötesfrihet och föreningsfrihet. Vidare uppkommer frågan om sanktion för den som överträder ett meddelat förbud. Kommittén anser av angivna skäl att frågan om en eventuell förbudsmöjlighet när det gäller smittades utövning av yrke eller deltagande i annan verksamhet där risk för smittöverföring kan uppkomma inte kan avgöras utifrån det underlag som nu finns tillgängligt för kommittén. Enligt kommitténs bedömning krävs således fortsatt utredning på denna punkt, vilken kan klarlägga behovet av en reglering samt precisera förutsättningar och begränsningar.

25.6 Den enskilde läkarens uppgifter

Läkaren har ett allmänt vård- och behandlingsansvar enligt annan befintlig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Detta omfattar också bl.a. sådan läkarundersökning och behandling som regleras i smittskyddslagen. Läkarens primära ansvar är dock riktat till den enskilde patienten. Önskemålet att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar medför emellertid att läkaren i viss mån också måste ha skyldighet att vidta åtgärder som syftar till att andra inte skall utsättas för smittrisk. Detta motiverar uttryckliga bestämmelser härom i smittskyddslagen. Kommittén har i avsnitt 25.4. behandlat läkarens skyldighet att bedriva smittspårning och i avsnitt 25.5 skyldigheten att meddela medicinska och praktiska råd rörande hur den enskilde skall bete sig för att inte utsätta andra för smittrisk. Här skall behandlas vilka ytterligare skyldigheter läkaren bör ha med hänsyn till smittskyddet.

Enligt kommittén bör skyldigheten att undersöka en person som kan misstänkas ha smittats kvarstå. Sådan läkarundersökning utgör en viktig beståndsdel i det smittutredande arbetet och skyldigheten har inte ifrågasatts. Vikten av att kunna konstatera om en person är smittad gäller både vid de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna och sådana sjukdomar där smittspårning aktualiseras (jfr avsnitt 25.4). Visserligen är möjligheterna till tvångsundersökning begränsade till vissa fall av allmänfarliga smittsamma sjukdomar, men kommittén vill framhålla att det är av betydelse att de som kan ha smittats kommer i kontakt med läkare och undersöks och erbjuds behandling även när det gäller andra smittsamma sjukdomar där det är angeläget att hindra spridning.

Om den som misstänks ha blivit smittad inte vill låta sig läkarundersökas bör läkaren också ha skyldighet att anmäla detta till smittskyddsläkaren. Med hänsyn till att tvångsundersökning enligt kommitténs förslag bara kan äga rum vid allmänfarliga smittsamma sjukdomar bör dock anmälningsskyldigheten vara begränsad till sådana sjukdomar.

Motsvarande bestämmelse föreslår kommittén skall gälla i de fall läkaren vid smittspårning får uppgift om att en person kan ha utsatts för smittrisk och denne inte frivilligt låter sig läkarundersökas.

Som ovan påpekats har läkare ett allmänt vård- och behandlingsansvar enligt övrig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Redan p.g.a dessa bestämmelser är det således självklart att läkaren skall erbjuda den som har smittats av sjukdom erforderlig medicinsk behandling för sjukdomen. Om inte läkaren själv kan ge den vård som behövs skall han förmedla kontakt med lämplig vårdgivare. Ytterst svarar landstinget för att tillräckliga resurser finns för behandling och vård vid smittsamma sjukdomar. Utöver det rent medicinska omhändertagandet skall emellertid den behandlande läkaren också ge patienten ett personligt stöd så att han eller hon kan hantera sin sjukdom. Detta är en ömtålig men ytterst väsentlig uppgift för den behandlande läkaren, särskilt då det gäller livslånga sjukdomar som t.ex. hivinfektion. Om läkaren finner att en patient är i behov av ytterligare psykosocialt stöd eller särskilda behandlingsinsatser, bör han i samråd med patienten söka ordna detta. Om patienten medger det kan läkaren även vända sig till smittskyddsläkaren, som har större möjligheter att få till stånd sådana insatser.

Kommittén har i flera sammanhang betonat att smittskyddsarbetet i första hand måste bygga på frivillig medverkan från den som smittats. Kommittén har också framhållit att den enskilde i första hand skall erbjudas stöd och hjälp för de eventuella svårigheter som han eller hon kan ha att hantera sitt ansvar för att inte utsätta andra för smittrisk. Av de beteendevetenskapliga studierna framgår att möjligheterna för den enskilde att diskutera och bearbeta svårigheterna bidrar till att han eller hon bättre kan ta sitt ansvar för att förhindra att andra människor smittas. Den som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation måste därför så tidigt som möjligt få erforderligt stöd och hjälp. Särskilt vid svåra långvariga sjukdomar torde det vara så att det inte främst är de medicinska frågorna som behandling o.dyl. som är avgörande, utan den enskilde behöver också stöd i sin livssituation. De beteendevetenskapliga studierna pekar vidare på behovet av kontinuerlig rådgivning och stöd vid en sjukdom som hivinfektion. Motsvarande torde gälla vid hepatit B och C. Läkaren blir härvid en viktig person och betydelsen av att relationen mellan honom och patienten är förtroendefull och av att den smittade kan känna att han eller hon kan vända sig till honom får inte underskattas. Det är därför av vikt att läkarens övervakande roll inte får ta över rollen av behandlande läkare. Ett led i att slå vakt om relationen mellan patienten och läkaren är kommitténs förslag att läkaren inte

längre skall meddela tvingande förhållningsregler (om dessa frågor se avsnitt 25.5).

Samtidigt får beaktas att det kan förekomma situationer då den smittade patienten trots läkarens insatser inte förmår att ta sitt ansvar gentemot andra människor. Om en smittad som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte klarar av att iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder bör läkaren därför fortfarande ha en skyldighet att anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren som herefter får bedöma vilka åtgärder som är nödvändiga. I motsats till vad som gäller enligt nuvarande bestämmelse skall dock skyldigheten inte inträda så snart läkaren uppmärksammat att den smittade utsätter eller kan misstänkas utsätta andra för smittrisk. Kommittén anser att läkaren först måste ges utrymme att själv hjälpa den enskilde att komma tillrätta med sina problem om detta ter sig meningsfullt. Som framgått av kommitténs kartläggning underlåter också många läkare redan idag att göra anmälan om det inte står klart att läkarens egna möjligheter är uttömda.

Som ovan anförts medför smittskyddsaspekterna att läkaren också har ansvar för att förhindra att andra människor utsätts för risken att smittas. En särskild fråga i det sammanhanget rör det fall då den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom utsätter en närstående ovetande person för risk att smittas. Enligt gällande regler kan inte den behandlande läkaren underrätta den riskutsatta personen och det har förekommit att tvångsisolering tillgripits i sådana fall. Det kan visserligen ifrågasättas om inte smittskyddsläkaren, med stöd av 1 kap. 5 § sekretesslagen, kan lämna sådan nödvändig information. Enligt vad kommittén har erfarit har denna möjlighet emellertid inte använts p.g.a. att de rättsliga förutsättningarna ansetts oklara. Med hänsyn till kommitténs ståndpunkt (jfr kap. 26) att tvångsisolering i princip inte bör få användas i syfte att endast skydda någon enstaka individ anser kommittén att en sådan underrättelse bör kunna äga rum i vissa fall. Detta innebär visserligen en begränsning av nuvarande sekretesskydd men är å andra sidan en för den enskilde betydligt mindre ingripande åtgärd än isolering. Med hänsyn till betydelsen av förtroendet mellan den smittade patienten och läkaren bör en sådan underrättelse dock endast medges då det är fråga om en till patienten närstående person som löper påtaglig risk att smittas och att det står klart att den smittade personen inte frivilligt vill informera om smittrisken.

25.7 Smittskyddsläkarens uppgifter

Smittskyddsläkaren har en central roll i samhällets smittskydd. Han får i sitt arbete en samlad bild av smittskyddsläget inom det område där

han verkar och är den som många gånger har den bästa kompetensen för att kunna avgöra vilka insatser som behövs, både generellt och i enskilda fall. Med undantag för sådana beslut om tvångsinsatser som rör enskilda individer anser kommittén inte att hans huvudsakliga uppgifter bör förändras. Smittskyddsläkaren skall således även i fortsättningen ha det övergripande ledningsansvaret för smittskyddsarbetet inom det område han är verksam. I detta ligger bl.a. att han har att följa upp smittskyddsläget inom området, tillse att behövliga åtgärder för smittutredning vidtas och att verka för en effektiv samordning av erforderliga smittskyddsåtgärder, oavsett var det direkta ansvaret för vidtagande av sådana åtgärder ligger. Smittskyddsläkaren bör vidare även fortsättningsvis ha ansvaret för att olika förebyggande åtgärder vidtas. Med hänsyn till att smittskyddsläkaren är den som har bäst överblick över och erfarenhet av olika typer av smittsamma sjukdomar är det också av stor betydelse att han stödjer och biträder behandlande läkare, sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet. I kap. 29 och kap. 36 behandlas närmare frågorna om ansvaret då flera smittskyddsläkare har utsetts.

Med hänsyn till de förändringar kommittén har föreslagit rörande när isolering oberoende av samtycke får äga rum bör smittskyddsläkaren ha ett uttryckligt ansvar för att bevaka att den smittade får tillgång till det stöd eller den vård som behövs för att minska risken för smittspridning. Som framgår av kommitténs kartläggning lägger smittskyddsläkarna redan idag i många fall ned ett betydande arbete på att få till stånd frivilliga åtgärder i sådana fall då den enskilde haft svårt att uppfylla sina skyldigheter enligt smittskyddslagen. Med hänsyn till bl.a. vikten av att den enskilde tidigt får behövlig hjälp och stöd bör smittskyddsläkaren emellertid ha en lagfäst skyldighet att bevaka och tillse att detta äger rum. Enligt kommittén bör smittskyddsläkaren därför dels ha en generell skyldighet att bevaka att den enskilde smittade får erforderligt stöd eller vård, dels ha ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för en eventuell ansökan om isolering oberoende av samtycke. I smittskyddsläkarens ansvar ligger därmed att utreda vari problemen ligger och vilka åtgärder som kan erfordras. Utredningen bör bestå i bl.a. samtal med den smittade själv och kontakter med den behandlande läkaren. Beroende på vilka problem som föreligger får smittskyddsläkaren sedan ta kontakt med ansvarig vårdgivare för en bedömning av vilken åtgärd som behövs. Det förutsätts härvid att smittskyddsläkaren samverkar med berörda huvudmän och att dessa medverkar till att få till stånd erforderliga åtgärder. Som en yttersta åtgärd bör smittskyddsläkaren dock ha en möjlighet till påtryckningsmedel. Kommittén föreslår därför, jfr kap. 26, att smittskyddsläkaren skall anmäla till respektive tillsynsmyndighet om ansvarig huvudman inte er-

bjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för motverka risken för smittspridning.

Det bör här betonas att avsikten inte är att smittskyddsläkaren skall ta över den behandlande läkarens roll och själv ge t.ex. omfattande samtalsstöd till den smittade. Enligt kommittén bör den behandlande läkarens och smittskyddsläkarens funktioner i princip hållas i sär. Undantagsvis kan det dock vara lämpligt att smittskyddsläkaren själv fortsätter kontakten med den smittade. Något formellt hinder för detta finns inte. Förslaget innebär inte heller att smittskyddsläkaren rutinemässigt skall kontrollera samtliga rapporterade sjukdomsfall eller bedriva någon generell tillsyn. Smittskyddsläkarens skyldighet att bevaka att den enskilde får behövligt stöd eller vård torde främst aktualiseras genom en anmälan om en smittad persons misskötsamhet, genom att den smittade själv vänder sig till smittskyddsläkaren för att han inte får hjälp eller genom en anhållan om hjälp från behandlande läkare i enskilt fall.

Det har från bl.a. smittskyddsläkarhåll framförts önskemål om att smittskyddsläkaren skall ges ökade befogenheter att fatta beslut om olika smittskyddsåtgärder. Vissa förslag i denna riktning har också framförts av Statskontoret.

Kommittén vill här inledningsvis påpeka att smittskyddsläkaren enligt kommitténs förslag till smittskyddslag, liksom enligt gällande smittskyddslag, har en mycket aktiv roll i det praktiska smittskyddsarbetet. Som framgår ovan föreslår kommittén i vissa avseenden ett utökat ansvar för smittskyddsläkaren. Kommittén föreslår (jfr kap. 28) också ett utökat ansvar beträffande åtgärder mot vårdrelaterade infektioner. Av kartläggningen av smittskyddsarbetet har framgått att detta i huvudsak fungerat väl och att de problem som uppstått i de flesta fall kunnat lösas genom samverkan och överenskommelser. Något generellt behov av att ge smittskyddsläkaren utökade befogenheter föreligger inte enligt kommitténs bedömning. Här bör också beaktas de principiella frågor som sammanhänger med att smittskyddsläkaren är landstingsanknuten. Kommittén behandlar i kap. 29 frågor om huvudmannskapet för smittskyddsläkaren och pekar där på vissa principiella tveksamheter som kan uppkomma om ökade befogenheter ges för smittskyddsläkaren gentemot enskilda personer eller mot t.ex. kommuner. Några särskilda frågor skall dock tas upp här.

Mot bakgrund av de problem som uppmärksammats när det gäller smittutredningar som rör det objektinriktade smittskyddet har framförts att smittskyddsläkaren borde ha ansvaret för bedrivande av sådana smittutredningar eller i vart fall kunna överta en smittutredning från den ansvariga kommunen, varvid kommunen skulle biträda smittskyddsläkaren. Här bör följande beaktas. Kommittén har i flera sam-

manhang framhållit vikten av en klar ansvarsfördelning mellan aktörerna inom smittskyddet. I likhet med gällande bestämmelser bör kommunerna även i fortsättningen ha ett självständigt ansvar för de objektinriktade åtgärderna varvid landstingen, smittskyddsläkaren inbegripen, inte bör ha några övergripande befogenheter över kommunernas arbete. Av detta följer, enligt kommitténs uppfattning, att kommunen också måste ges ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för åtgärderna. Kommittén ger härvid bl.a. förslag i syfte att klarare ange när kommunens ansvar inträder. Det får inte uppkomma situationer där ovisshet råder om kommunens skyldighet att agera, vilket till viss del förelegat vid tillämpningen av nuvarande smittskyddslag. I detta syfte föreslår kommittén dels en regel i smittskyddslagen varigenom smittskyddsläkaren formellt åläggs att underrätta en kommun om att den har att vidta smittskyddsåtgärder, dels motsvarande regler i miljöbalken och livsmedelslagen vilka slår fast kommunens ansvar att vid en under rättelse från smittskyddsläkaren ofördröjligen vidta de åtgärder som krävs. Kommittén föreslår vidare särskilda bestämmelser i dessa lagar med utökade krav på samarbete och samråd. Vidare bör beaktas att efter vad som framgått har problemen sammanhängt med att det kan vara fråga om mycket stora kostnader vid aktuella utredningar. Kommittén föreslår (jfr kap. 29) att ett nationellt smittskyddsanslag inrättas för att komma tillrätta med vissa av dessa problem. Enligt kommitténs uppfattning bör dessa förslag kunna leda till en klarare ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna. Det bör här också påpekas att kommitténs förslag inte hindrar att smittskyddsläkaren genomför en inledande smittutredning för att klargöra var den misstänkta smittkällan kan tänkas vara belägen.

Kommittén kan visserligen se praktiska fördelar med att ge smittskyddsläkaren ett operativt ansvar för objektinriktade smittutredningar men, mot bakgrund av vad som ovan sagts, talar för närvarande övervägande skäl för att inte föreslå en sådan ändring av ansvarsförhållandena. Kommittén finner det dock angeläget att dessa frågor diskuteras vidare med utgångspunkt från att ge smittskyddsläkaren ett större ansvar.

Statskontoret har vidare föreslagit att smittskyddsläkaren skall ges formell befogenhet att göra påpekanden om förhållanden som kan hota smittskyddet. Kommittén anser i och för sig detta självklart. Det kan dock ligga ett värde i att detta tydliggörs i lagtexten, liksom att smittskyddsläkaren, om påpekandet inte följs, kan anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten, dvs. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet eller i vissa fall länsstyrelsen. Tillsynsmyndigheten kan därefter om så erfordras utfärda föreläggande om rättelse, eventuellt i förening med vite.

Statskontoret har också föreslagit att smittskyddsläkaren skall ges rätt att själv meddela förelägganden och förbud för verksamhet i syfte att hindra spridning av smittsam sjukdom, dock utan att ange vilken typ av verksamhet som åsyftats. Liknande önskemål har under kommitténs arbete framförts bl.a. från smittskyddsläkarhåll. Enligt vad som framgått har man därvid haft i åtanke bl.a. fall då det varit fråga om smitta i förskoleverksamhet. Några sådana möjligheter har smittskyddsläkaren inte enligt gällande lagstiftning. Kommittén har emellertid inte erfarit att det i praktiken funnits ett faktiskt behov av sådana möjligheter. Kommittén vill här också erinra om de förbudsmöjligheter som finns i annan lagstiftning, t.ex. i livsmedelslagen och i miljöbalken. Vidare är det mycket oklart vilka rättssäkerhetsfrågor en sådan regel kan ge upphov till. Kommittén är därför inte beredd att föreslå någon ändring i detta avseende men vill hänvisa till vad som anförts i avsnitt 25.5 angående fortsatt utredning av frågor om förbud att utöva viss yrkesverksamhet eller delta i viss verksamhet.

25.8 Samverkan och samarbete

Med hänsyn till att ansvaret för det samlade smittskyddet i samhället är uppdelat på många aktörer och huvudmän och att dessa i förhållande till varandra har ett självständigt ansvar kräver arbetet väl utvecklad samverkan och samarbete mellan dessa. Inte minst krävs samordning och täta kontakter mellan aktörerna då det är fråga om smittutredningar som omfattar både människor, djur och objekt. Motsvarande krav ställs också då det är fråga om smitta som spridit sig mellan olika kommuner eller landsting. Enligt kommitténs underlag är samarbetet och samverkan aktörerna emellan omfattande och i allt väsentligt väl fungerande såväl på nationell och regional nivå som mellan dessa nivåer. Som framgår av bl.a. Statskontorets utvärdering förekommer dock vissa problem bl.a. när det gäller det kommunala smittskyddsarbetet. Kommittén föreslår vissa förändringar bl.a. när det gäller det objektinriktade smittskyddet för att klargöra ansvarsfrågorna och därmed underlätta ett effektivt samarbete. I kap. 29 behandlar kommittén vidare frågor om den nationella samordningen av smittskyddsåtgärderna bl.a. då det är fråga om utbrott som sträcker sig över flera ansvarsområden. Här vill kommittén dock särskilt uppmärksamma smittskyddsläkarens roll.

I smittskyddsläkarens ansvar för det regionala smittskyddet ligger också en skyldighet att verka för samordning av smittskyddsåtgärderna oberoende av om dessa är personinriktade eller objektinriktade. Det är härvid av stor vikt att han samverkar med andra aktörer inom smittskyddet som t.ex. andra smittskyddsläkare och ansvariga kommunala

nämnder. Många gånger erfordras också samverkan och samarbete med myndigheter som ansvarar för åtgärder mot smittsamma sjukdomar som rör djur, t.ex. länsveterinär. Vikten av sådan samverkan har inte minst aktualiserats vid de senaste årens EHEC-utbrott. En ny smittskyddslag bör därför innehålla särskilda bestämmelser om samverkan och samarbete.

26 Tvångsåtgärder

26.1 Överväganden rörande nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder

Inledningsvis vill kommittén klargöra att med tvångsåtgärder avses här åtgärder som utgör intrång i den enskildes fysiska integritet och personliga frihet. Begreppet är således avgränsat till åtgärder som innebär kroppsligt ingrepp eller frihetsberövande. Även lagstadgade förbud eller skyldigheter för den enskilde att vidta vissa åtgärder innehåller i och för sig ett moment av tvång, men dessa omfattas inte av begreppet tvångsåtgärd i det här sammanhanget.

Nuvarande smittskyddslag medger att tvång får tillgripas mot den enskilde i vissa fall när det gäller läkarundersökning och omhändertagande på sjukhus, dvs. tvångsundersökning, tvångsisolering och tillfälligt omhändertagande på sjukhus. I kommitténs direktiv har särskild vikt lagts vid bestämmelserna om tvångsåtgärder och kommittén har på olika sätt sökt belysa hur tvångsbestämmelserna har tillämpats i praktiken. Kartläggningen visar att tvångsåtgärder har tillgripits i mycket få fall och att åtgärderna generellt sett använts på ett nyanserat och bra sätt. Det framgår vidare av kartläggningen att såväl behandlande läkare som smittskyddsläkare i många fall har lagt ned ett betydande arbete på att få till stånd frivilliga åtgärder i sådana fall då den enskilde haft svårt att uppfylla sina skyldigheter enligt smittskyddslagen. Samtidigt kan konstateras att nuvarande smittskyddslag tillkommit främst med hänsyn till behovet av reglering av tvångsåtgärderna och att dessa har en framträdande plats i lagen. Smittskyddslagen innehåller i jämförelse med annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område relativt långtgående skyldigheter för den enskilde som har ansetts motiverade av hänsyn till samhällsskyddet. Även om skyddet mot smittsamma sjukdomar i och för sig medför att perspektivet i smittskyddslagen blir annorlunda än i t.ex. hälso- och sjukvårdslagen bör, enligt kommitténs mening, smittskyddslagen bättre anpassas till de verkliga förhållandena. Lagen bör också starkare betona att tvång endast får vidtas som en sista utväg även på det här området. Samtidigt får dock hänsyn tas till att tvång

måste kunna tillgripas i vissa situationer, inte minst med tanke på att den nuvarande kontrollerade situationen kan komma att förändras i framtiden genom uppkomsten av nya eller förändrade smittsamma sjukdomar. Detta gäller såväl tvångsundersökning som tvångsisolering.

Kritik kan också riktas mot lagbestämmelsernas utformning i sig. Kriterierna för såväl tvångsisolering som tvångsundersökning är relativt allmänt hållna och lämnar i stor utsträckning åt de tillämpande myndigheterna att avgöra när det kan anses vara motiverat att vidta åtgärden. Samtidigt torde det vara svårt att detaljreglera förutsättningarna för åtgärden med hänsyn bl.a. till de skiftande omständigheter som det kan vara fråga om. När det gäller tvångsisolering visar den praktiska tillämpningen att domstolarna i stor utsträckning grundar sina avgöranden på huruvida den smittade har brutit mot för honom eller henne givna förhållningsregler. Det kan ifrågasättas om det principiellt är lämpligt att knyta en bestämmelse om frihetsberövande i smittskyddssyfte direkt till meddelande av förhållningsregler, eftersom det då allt för lätt kan uppfattas som en samhällelig reaktion och inte som en skyddsåtgärd. Inte minst då det gäller sjukdomar som hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar tangeras området för straffrättsliga åtgärder eftersom det i dessa fall uteslutande är den enskildes beteende som är avgörande för risken för smittspridning. Med hänsyn till att kommittén föreslår att tvingande förhållningsregler inte längre skall meddelas behöver förutsättningarna för isolering visserligen redan av den anledningen ändras. Kommittén vill dock framhålla att oavsett vilken inställning man har till grunderna för isolering erfordras en klarare avgränsning mellan frihetsberövande i smittskyddshänseende och frihetsberövande som straffrättslig åtgärd.

En annan brist i smittskyddslagens bestämmelser är att dessa inte tar tillräcklig hänsyn till det epidemiologiska värdet av en tvångsåtgärd. Som bestämmelserna nu är utformade kan i princip en tvångsåtgärd genomföras oberoende av det epidemiologiska värdet, dvs. utan hänsynstagande till om det har effekt på smittspridningen i stort. Detta följer redan av den nuvarande indelningen av sjukdomarna eftersom möjlighet till tvångsåtgärd ges vid samtliga samhällsfarliga sjukdomar. För ett antal sjukdomar kan behovet av tvångsåtgärder ifrågasättas, bl.a. ur epidemiologisk synvinkel. Detta har också visat sig i den praktiska tillämpningen då tvångsåtgärder tillämpats endast beträffande ett mycket begränsat antal sjukdomar. Oavsett bedömningar rörande den grundläggande indelningen av sjukdomarna bör också möjlighet ges att i det enskilda fallet göra en epidemiologisk bedömning. Det har bl.a. från flera smittskyddsläkare framförts vikten av att det finns ett tillräckligt utrymme för en sådan bedömning och att det av lagen klart bör framgå att en åtgärd kan underlåtas om den inte framstår som epidemiologiskt

motiverad. Detta gäller inte minst då det är fråga om att överväga om en viss åtgärd skall genomföras med tvång. Vidare har framförts att ur epidemiologisk synvinkel är t.ex. möjligheterna till tvångsundersökning viktigare ju mer lågprevalent en sjukdom är. På denna grund har ifrågasatts det berättigade i att besluta om tvångsundersökning vid sjukdomar som är mycket allmänt förekommande, som t.ex. salmonella och klamydia. För sådana sjukdomar framstår andra åtgärder som mer motiveerade. Samtidigt får här, som kommittén anført i kap. 22.2, konstateras att det är svårt att veta vilken effekt tvångsinskränkningarna har haft för smittspridningen. Smittskyddsinstitutet har på kommitténs uppdrag sökt att genom en matematisk modell belysa värdet av en åtgärd som isolering vid hivinfektion. Studien, som finns intagen i del B bilaga 4, tyder på att isolering knappast har någon effekt på utvecklingen av hivepidemin som den förlöpt i vårt land. Emellertid kan några säkra slutsatser inte dras från denna studie och den säger vidare inte något om effekterna vid en epidemi av annat slag.

Från det att smittskyddslagen trädde i kraft och fram t.o.m. 1998 har sammanlagt 65 personer *tvångsisolerats* varav drygt en tredjedel varit kvinnor. Med några enstaka undantag har det rört sig om hivpositiva personer. Tre huvudkategorier har kunnat skönjas nämligen personer med omfattande missbruk, företrädesvis narkotikamissbruk, personer med grava psykiska störningar och personer av utländsk härkomst med riskfyllt sexuellt beteende. Genomgående har det varit fråga om personer med särskilt behov av vård eller stöd. Det har också rört sig om ett litet antal mycket vårdkrävande personer som har behov en lång tids tillsyn och omhändertagande. Av utredningen har framgått att för flera av dessa personer har tvångsisoleringen orsakats av brister i utbudet av adekvata former av vård eller omhändertagande enligt annan lagstiftning. Dessa brister har bestått i bl.a. avsaknad av erforderliga familjehemsplaceringar eller andra boendeformer där den boende dagligen eller ständigt står under uppsikt av personal. Liksom uppmärksammats i andra utredningar föreligger brister särskilt för missbrukare med grava psykiska störningar. För den grupp som inte haft ett omfattande missbruk eller grava psykiska problem, av vilka merparten varit män av utländsk härkomst, pekar underlaget på att det även i dessa fall många gånger förelegat brister i för dem anpassat stöd, varför det ansetts nödvändigt att tillgripa tvångsisolering. Enligt ett inhämtat utlåtande från socialläkaren Anders Annell, del B bilaga 9, har det i flera fall varit uppenbart att patienterna av olika anledningar inte språkligt kunnat tillgodogöra sig information om hivinfektionens natur och smittskydds-föreskrifterna, samt att det för ett flertal av dessa funnits olika sociala problem som påverkat deras förmåga att ta det ansvar som hivinfektion medför. Enligt kommitténs mening är det djupt otillfredsställande att

tvångsisolering kommit att användas i brist på annan vård eller stöd. Vidare har innehållet i omhändertagandet under tvångsisoleringen utvecklats till att bli en särskild form av vård och omhändertagande för hivpositiva personer med psykiska problem och/eller missbruksproblem. Isoleringen har därvid närmast sig sådant behandlingstänkande som ligger i tvångsvård enligt t.ex. lagen om vård av missbrukare i vissa fall, t.ex. genom att tvångsisolerede i vissa fall erhållit "permission" för en längre tids vistelse i familjehem m.m. Med hänsyn bl.a. till att hiv-infektion inte är botbar och till att det rör sig om vårdkrävande personer har isoleringen också i vissa fall kommit att sträcka sig över mycket lång tid. Exempel finns på personer som varit tvångsisolerede i över två år och i något fall t.o.m. upp till sju år. Enligt kommittén framstår det som tveksamt om smittskyddslagen egentligen ger stöd för en långtgående social rehabilitering under tvång, även om detta självfallet skulle minska risken för framtida smittspridning. Vidare väcker de långa isoleringstiderna betänkligheter bl.a. med hänsyn till Europeiska konventionen angående de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna (se närmare nedan avsnitt 22.2.)

När det gäller *tvångsundersökning* framgår av kommitténs kartläggning att även denna åtgärd i praktiken varit begränsad till vissa sjukdomar, främst klamydia och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Kartläggningen visar vidare vissa skillnader i antalet beslut om tvångsundersökningar mellan olika smittskyddsläkare i landet. Dessa skillnader synes till viss del kunna förklaras i skillnader i förekomst av sjukdomar m.m. men det torde ändå föreligga faktiska skillnader i tillämpningen av bestämmelserna om tvångsundersökning. Kommittén anser inte att det är rimligt att förutsättningarna för huruvida tvångsundersökning genomförs eller inte i någon större utsträckning skall vara beroende av var i landet den enskilde är bosatt.

Sammantaget leder ovanstående iakttagelser till slutsatsen att det föreligger behov av grundläggande förändringar av nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder med utgångspunkt från etiska och epidemiologiska hänsynstaganden. Någon anledning att utvidga möjligheterna till tvång till andra åtgärder än isolering och läkarundersökning har inte framkommit. Detta innebär således att det även fortsättningsvis erfordras frivillig medverkan från den enskilde vid läkarundersökningar eller provtagningar som är allmänt riktade mot befolkningen eller delar därav (sk. screening), vid vaccination samt vid vård och behandling mot den smittsamma sjukdomen.

26.2 Allmänna principer för när tvång skall få vidtas

Kommittén har i kap. 22.4 diskuterat den etiska grund som smittskyddet bör vila på och som på olika sätt bör beaktas vid utformandet av en ny smittskyddslag. De värderingar som kommittén gett uttryck åt utgör utgångspunkten för överväganden rörande i vilka fall ingripanden får vidtas med tvång. Med utgångspunkt i dessa grundläggande värderingar som följer av den humanistiska människosynen och med hänsynstagande till att motivet för tvångsåtgärder som vidtas inom smittskyddet är att skydda andra från smittrisk har kommittén enats om vissa principer för när det kan anses vara motiverat att tillåta tvångsåtgärder. Enligt kommitténs mening utgör dessa principer en rimlig avvägning mellan samhällets intresse av ett effektivt smittskydd och individens krav på skydd mot långtgående ingripanden i den privata sfären. Principerna redovisas i det följande. Här får dock uppmärksammas att inte alla principer gäller för tvångsundersökning eftersom denna åtgärd skiljer sig från isolering bl.a. när det gäller det direkta syftet med åtgärden. De två första principerna jämte den sista är således tillämpliga för såväl sådan undersökning som isolering som sker under tvång medan övriga endast tar sikte på förutsättningar för isolering under tvång.

- *Det skall röra sig om en smittsam sjukdom som kan ha allvarliga konsekvenser för människors liv eller hälsa.*

Enligt kommittén kan tvångsåtgärder inte anses vara motiverade vid snabbt övergående infektioner som i allmänhet läker ut utan bestående men eller vid sjukdomar vars följder kan begränsas genom en jämförelsevis enkel och snabb behandling. Med allvarliga konsekvenser avser kommittén således att det skall vara fråga om en sjukdom som t.ex. är livshotande, långvarig eller medför svårt lidande genom exempelvis att det krävs en svår behandling eller att den kan ge bestående skador.

- *Det skall föreligga en påtaglig risk att andra människor smittas av sjukdomen om inte tvångsåtgärden vidtas och sjukdomens smittvägar skall vara sådana att människor har svårt att undvika eller skydda sig mot smittan.*

Kommittén anser att vare sig läkarundersökning eller isolering av en enskild person skall kunna vidtas om smittrisen för andra av en eller annan anledning är liten. Att risken är påtaglig innebär för det första att det måste vara fråga om en sjukdom som är starkt smittsam eller en

sjukdom som i övrigt är svår att skydda sig mot. Principen ställer emellertid också krav på att omständigheterna kring den enskilde smittade personen skall vara sådana att risken att andra människor kan smittas är påtaglig. Beträffande det andra ledet i principen anser kommittén att om människor kan vidta rimliga åtgärder för att skydda sig mot risken att smittas finns det inte tillräckligt starka skäl för att vidta tvångsåtgärder mot en smittad person, åtminstone inte då det är fråga om en så ingripande åtgärd som isolering. Även om sjukdomens smittsamhet i sig inte är särskilt hög bör däremot tvångsåtgärder kunna accepteras då risken för smitta är sådan att den, utöver medicinsk behandling, endast kan reduceras genom att den smittade inte kommer i kontakt med andra personer, t.ex. då det är fråga om luftburna smittor. När det gäller vilka åtgärder som andra människor rimligen förväntas vidta får emellertid inte kraven ställas allt för högt. Vad som åsyftas är främst åtgärder av allmän natur som ligger inom den enskildes kontroll, t.ex. hygieniska skyddsåtgärder. Enligt kommitténs mening kan man däremot inte ställa som krav att människor i allmänhet vaccinerar sig eller skall genomgå andra profylaktiska behandlingar av medicinsk natur. En särskild fråga gäller här sexuellt överförbara sjukdomar, t.ex. hivinfektion som i sig har en förhållandevis låg smittsamhet. I allmänhet känner människor till smittriskerna vid dessa sjukdomar och kan relativt lätt skydda sig mot smittoöverföring vid sexuellt umgänge. Emellertid visar de betendenenskapliga studierna att sexualbeteendet i sig är så komplext sammansatt av olika psykiska och sociala faktorer att det kan vara svårt för den enskilde att överföra de teoretiska kunskaperna till faktiskt handlande i den konkreta situationen. Detta gäller såväl smittade personer som människor i allmänhet. Med hänsyn härtill är det svårt att hårdra principen på sådant sätt att tvångsåtgärder inte skall kunna vidtas då det är fråga om en sexuellt överförbar sjukdom.

– *Smittrisken skall vara överhängande.*

Kommittén anser att förutsättningarna för tvångsåtgärder skall begränsas till att avse situationer där det föreligger ett akut behov av åtgärden och som närmast kan liknas vid nödsituationer. Om det inte finns behov av omedelbara åtgärder för att skydda andra mot smitta får problemet lösas på annat sätt. Här kan det vara fråga om t.ex. en sjukdom som är så smittsam att andra åtgärder inte kan avvaktas eller att den enskilde på grund av ett omfattande missbruk helt saknar förmåga att ta sitt ansvar.

- *Åtgärder som begärs av smittbäraren för att skydda andra mot smitta skall vara adekvata och rimliga samt möjliga för honom eller henne att uppfylla.*

Principen skall ses mot bakgrund av att smittspridning med mycket få undantag kan förhindras genom att den smittade frivilligt vidtar försiktighetsåtgärder eller genomgår medicinsk behandling och att utgångspunkten är att isolering mot den enskildes vilja endast skall kunna vidtas om den smittade personen inte frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder. För att isolering skall kunna genomföras med tvång måste emellertid kraven begränsas till sådana åtgärder som vid en objektiv bedömning framstår som adekvata och rimliga. I detta ligger att begärd åtgärd skall leda till att smittrisen konkret minskar. Samtidigt får de krav som ställs på den enskilde inte vara orimligt långtgående, t.ex. krav på livslång avhållsamhet från sexuellt umgänge. I att åtgärderna skall vara möjliga att uppfylla ligger också att den smittade kan behöva särskild hjälp eller stöd för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

- *Smittbäraren har nekat till, visat att han/hon inte inser innebörden av eller inte förmått vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta.*

Isolering mot den enskildes vilja skall inte kunna äga rum då den enskilde frivilligt medverkar till att förhindra smittspridning. Principen innebär att det måste föreligga konkreta omständigheter som visar att den smittade personen inte vill eller kan medverka till de åtgärder som erfordras.

- *Samhället har fullgjort sitt ansvar gentemot den smittade genom att erbjuda honom/henne frivillig vård och behandling för sjukdomen och för andra problem som har betydelse för smittspridningen.*

Med hänsyn till det integritetsintrång isolering innebär för den enskilde är det enligt kommitténs mening ett absolut krav att samhället först har sökt ge den smittade tillgång till den vård eller det stöd som behövs för att minska risken för smittspridning. Det kan röra sig om medicinsk behandling som minskar smittsamheten eller olika former av psykosocialt stöd eller rådgivning som den enskilde kan behöva för att ta sitt ansvar. Men det kan också röra sig om behov av behandling eller hjälp för andra problem som inte direkt hänger samman med den smittsamma sjukdomen men som har direkt betydelse för huruvida den enskilde kan uppfylla sitt ansvar. Det kan t.ex. vara fråga om situationer där den smittade personen har missbruksproblem eller psykiska problem som

leder till att han eller hon inte förmår vidta nödvändiga försiktighetsåtgärder. Kommittén vill här framhålla vikten av att isolering enligt smittskyddslagen inte får vara ett alternativ till annan vård eller omsorg som regleras i andra lagar. I första hand skall sådan vård eller omsorg anordnas enligt övriga lagar på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens område. I principen ligger också att samhället måste ha försökt att få till stånd andra åtgärder för att förhindra smittspridning innan isolering mot den enskildes vilja kan komma ifråga. Det kan visserligen föreligga praktiska svårigheter att genomföra detta men enligt kommittén kan inte praktiska svårigheter anses vara ett godtagbart motiv för en så ingripande åtgärd som isolering mot den enskildes vilja. Här får dock uppmärksammas att kravet inte innebär att ett allmänt behov av vård eller stöd skall tillgodoses utan åtgärden skall vara ägnad att minska risken för smittspridning.

- *Andra alternativ som står till buds är otillräckliga för att skydda andra mot smitta.*

Som kommittén framhållit skall isolering mot den enskildes vilja vidtas som en lösning först då andra möjligheter att förhindra smittspridning i det enskilda fallet är uttömda. Emellertid kan förekomma situationer då alternativ till isolering inte är tillräckliga för motverka risken för smittspridning. Så kan t.ex. vara fallet då det är fråga om en sjukdom som både är starkt smittsam och smittar på ett sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittan. Även i andra fall kan det i det akuta skedet saknas adekvata och tillräckliga alternativ. Även sådana fall utgör enligt kommitténs mening godtagbara skäl för isolering. Emellertid får detta anses gälla endast under förutsättning att situationen är mer eller mindre akut. Som kommittén ovan anfört kan bristen på andra alternativ inte i längden rättfärdiga ett frihetsberövande.

- *Den aktuella tvångsåtgärden skall framstå som adekvat för sitt ändamål och motiverad från epidemiologisk synpunkt.*

Kommittén anser att ett grundläggande krav för att en åtgärd skall få genomföras med tvång är att den är adekvat för sitt ändamål och att åtgärden skall ha betydelse för att hindra smittspridning. Som tidigare redogjorts för synes t.ex. tvångsisolering egentligen inte ha haft någon avgörande betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige och smittskyddsarbetet har till övervägande del skett på frivillighetens grund. Mot detta kan visserligen göras gällande att det förhållandet att lagen ger möjlighet till tvångsundersökning och tvångsisolering påverkar människors benägenhet att medverka till nödvändiga åtgärder.

Emellertid anser kommittén att bestämmelser rörande tvång inte kan motiveras från en sådan utgångspunkt utan det avgörande är om det kan anses föreligga konkreta behov av att realisera åtgärden.

Utgångspunkten bör vara att den risk för smittspridning som skall motverkas med åtgärder inte enbart får föreligga för någon eller några individer i den smittades omedelbara närhet. I de fall man vet vilka som kan smittas torde det i allmänhet finnas andra möjligheter att skydda dessa personer, t.ex. genom att de informeras om smittrisken. Emellertid kan det undantagsvis förekomma situationer då det framstår som synnerligen angeläget att ingripa med tvång även om endast någon enskild person är utsatt för smittrisk. Detta kan t.ex. gälla då de som utsätts för smittrisk är barn eller andra personer som har svårt att själva skydda sig.

De nu angivna principerna utgör enligt kommitténs mening de grundläggande förutsättningarna för när tvångsåtgärder skall få vidtas. I förhållande till bestämmelserna i nu gällande smittskyddslag innebär principerna en begränsning av möjligheterna till tvång i smittskyddssyfte. En särskild fråga som bör tas upp i detta sammanhang är förhållandet mellan tvångsåtgärder i smittskyddssyfte och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, särskilt vad gäller hivinfektion. I kap. 21 har kommittén redogjort för den internationella synen på åtgärder mot smittsamma sjukdomar såsom denna kommit till uttryck i olika konventioner och rekommendationer från de internationella organen. Här bör beaktas att bl.a. Europakonventionen medger tvångsåtgärder i vissa fall till skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Förutsättningarna för när tvång är berättigat eller tvångets omfattning har emellertid ännu inte prövats av Europadomstolen varför det naturligtvis är svårt att uttala sig om hur domstolen tolkar konventionens artiklar i förhållande till bekämpandet av smittsamma sjukdomar. Det kan dock, som kommittén framhållit i sin analys, finnas skäl att tro att Europadomstolen kan anlägga en restriktiv syn på dessa frågor, i vart fall när det gäller hivinfektion. Av betydelse torde därvid vara att ett flertal rekommendationer, däribland Europarådets rekommendation (R (89) 14), tar avstånd från tvångsåtgärder när det gäller hivinfektion. Emellertid innebär de nu uppställda principerna att förutsättningarna för bl.a. isolering mot den enskildes vilja ytterligare begränsas till att avse mycket speciella akuta undantagssituationer. Detta tillsammans med övriga rättssäkerhetsgarantier, däribland en yttersta tidsgräns för hur länge isolering får fortgå, bör enligt kommitténs mening undanröja eventuella tveksamheter om förenligheten med konventionen.

26.3 Särskilt om tvångsundersökning

Med hänsyn till de principer kommittén har ställt upp kan tvångsundersökning endast komma i fråga vid en klart avgränsad grupp av smittsamma sjukdomar av allvarlig art. Vidare måste höga krav ställas på nödvändigheten av åtgärden. Enligt kommittén måste grundförutsättningarna vara dels att det föreligger konkreta omständigheter som talar för att den enskilde personen kan vara smittad, dels att det föreligger en påtaglig risk för att andra kan smittas.

Härutöver gäller, liksom för samtliga åtgärder som vidtas inom smittskyddet, att åtgärden skall vara motiverad av smittskyddshänsyn. Syftet med undersökningen skall således vara att man med resultatet som grund skall kunna avgöra om det krävs åtgärder för att förhindra smittspridning. Däremot anser kommittén inte att det är berättigat att genomföra tvångsundersökning i sådana fall då undersökningen endast kan resultera i ett avgörande huruvida det föreligger behov av medicinsk behandling för sjukdomen som sådan. I sådana fall finns det inte någon anledning att behandla smittsamma sjukdomar annorlunda än andra allvarliga sjukdomar varför den enskilde själv bör få bestämma huruvida han eller hon vill genomgå undersökning.

Med beaktande av den betydelse läkarundersökning har i det smittutredande arbetet har kommittén i kap. 24 föreslagit att smittskyddslagen även i fortsättningen bör innehålla en allmän skyldighet att i vissa fall uppsöka läkare och låta sig undersökas. Föreslagen bestämmelse motsvarar i huvudsak vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Utöver en begränsning av vid vilka sjukdomar tvångsundersökning kan genomföras bör tillämpningsområdet för tvångsundersökning också i övrigt vara något snävare än vad som gäller beträffande denna allmänna skyldighet att uppsöka läkare. Enligt kommittén måste det således finnas konkreta omständigheter som talar för att personen kan ha varit i sådan kontakt med en smittad person eller med annan smittkälla att det föreligger en påtaglig risk att han eller hon har smittats. Tillräcklig misstanke kan t.ex. uppstå på medicinska grunder då en patient av någon anledning uppsöker läkare, antingen på grund av vad patienten berättar eller genom iakttagelser som läkaren gör. Det kan vidare vara så att läkaren eller smittskyddsläkaren får uppgifter om att en person utsatts för smittrisk. I sådana fall måste dock särskilda krav ställas på uppgifternas konkretion och trovärdighet. Allmänt hållna uppgifter om att en person utsatts för smittrisk räcker inte.

Ytterligare en begränsning är att åtgärden endast får vidtas om det föreligger påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Som kommittén framhållit i föregående avsnitt kan en åtgärd inte motiveras då risken att andra kan smittas är liten. Som där närmare redogjorts för

hänger smittriskan samman med sjukdomens smittsamhet men också med omständigheterna kring den person som misstänks vara smittad. Det bör här vara fråga om en individuell bedömning med utgångspunkt i omständigheterna kring den enskilde. Om det inte finns anledning att tro att den misstänkt smittade kommer att föra smittan vidare kan inte skyddsbehovet för andra människor anses vara så starkt att tvångsundersökning får genomföras.

I förhållande till gällande bestämmelser om tvångsundersökning medför vad som nu sagts att förutsättningarna för tvångsundersökning blir mer begränsade. Beträffande formerna för undersökningen saknas anledning att ändra de regler som nu gäller. Liksom i dag bör det således vid undersökningen inte få förekomma sådana ingrepp som kan riskera den enskildes hälsa eller i övrigt förorsaka andra än obetydliga men. Vidare bör det även fortsättningsvis finnas möjlighet att begära polishandräckning för genomförande av undersökningen.

I förarbetena till gällande lag behandlades frågan om eventuell domstolsprövning av beslut om tvångsundersökning, bl.a. med hänsyn till det integritetsintrång tvångsundersökning innebär. Departementschefen ansåg därvid att den enskildes intresse skulle bli tillräckligt tillgodosett genom att beslut fattades av smittskyddsläkaren. Kommittén anser emellertid att övervägande skäl talar för att i detta avseende behandla tvångsundersökning på samma sätt som tvångsisolering. Även om det i långt i från alla fall torde bli fråga om särskilt ingripande undersökningar utgör tvångsundersökning ändå ett sådant betydande integritetsintrång att beslut bör fattas av domstol. Av betydelse är här den vikt som såväl Europakonventionen som regeringsformen lägger vid skyddet för den kroppsliga integriteten. Det bör vidare erinras om att även tvångsundersökning i praktiken kan innebära ett frihetsberövande i Europakonventionens mening. Vad som ytterligare talar för domstolsprövning är de rättssäkerhetsgarantier som omgärdar ett domstolsförfarande. För den enskilde torde dessa inte framstå som lika tydliga då beslut fattas av en myndighet som då beslut fattas av en domstol. En rättslig prövning torde vidare kunna medföra att en mer enhetlig praxis utvecklas rörande i vilka fall tvångsundersökning kan anses befogad.

Vad som kan tala emot domstolsprövning är att det kan föreligga ett smittskyddsintresse av att snabbt få till stånd en läkarundersökning. Ett alternativ skulle därför kunna vara att ge den enskilde en rätt att överklaga smittskyddsläkarens beslut om tvångsundersökning. Emellertid skulle ett sådant förfarande i praktiken vara betydelselöst eftersom snabbhetsintresset i dessa fall torde kräva att undersökningen genomförs omedelbart. Mot bakgrund av kommitténs kartläggning rörande tillämpningen av aktuella bestämmelser kan det vidare ifrågasättas hur ofta det i praktiken förelegat en sådan akut situation att domstolsbeslut

inte kunnat inväntas. Dessutom ställs det redan i dag höga krav på skyndsam handläggning i domstolarna i vissa typer av ärenden. Enligt kommitténs mening är snabbhetsintresset därför inte ett avgörande skäl mot en domstolsprövning. Utöver smittskyddslagens nu gällande allmänna krav på skyndsam handläggning av smittskyddsfall föreslår kommittén vissa ytterligare kortare tidsfrister. Härigenom bör tillgången till ett snabbt förfarande vara tillräckligt säkerställt.

26.4 Vissa frågor om isolering oberoende av samtycke

Kommittén har i avsnitt 26.2 ingående redogjort för de principer som bör ligga till grund för en reglering om isolering mot den enskildes vilja. Dessa principer bör komma till uttryck i den nya smittskyddslagen vid utformandet av de närmare rekvisiten. Principerna innebär att isolering mot den enskildes vilja endast får äga rum i vissa särskilda fall då det finns ett omedelbart behov av åtgärden för att skydda andra. Med hänsyn till att syftet med isolering i dessa fall endast är att förhindra smittspridning krävs att åtgärden också är motiverad av smittskyddsskäl. Isolering får heller inte innebära någon form av tvångsvård. Kommittén har tidigare anfört att det är viktigt att smittade personer inte behandlas annorlunda än osmittade personer då de har behov av vård eller stöd. Om en smittad person inte har förmåga att skydda andra människor mot smittrisk måste han eller hon i första hand få det stöd eller den vård som behövs för att uppfylla detta. Isolering under tvång skall således endast få äga rum i rena undantagsfall och med inriktning på att den smittade så snart som möjligt skall komma i åtnjutande av erforderliga alternativa åtgärder.

Med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda bör isolering äga rum i offentligt driven verksamhet. Isolering under tvång skall således äga rum på vårdinrättning som drivs av landsting. Kommittén anser vidare att ansvaret för ledningsuppgifter rörande isolering bör utövas av läkare med specialistkompetens eftersom det bl.a. erfordras bedömningar som ställer särskilda krav på hög medicinsk kompetens och erfarenhet. Enligt gällande smittskyddslag kan landstinget förordna annan inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare att i chefsöverläkares ställe fullgöra uppgifter enligt smittskyddslagen vid tvångsisolering som avser hivpositiva. Med hänsyn till utvecklingen av medicinsk behandling har emellertid beträffande hivinfektion de medicinska inslagen ökat även i

vården av hivpositiva. Enligt kommitténs bedömning bör därför nuvarande undantag för hivinfektion inte längre finnas kvar.

Även om avsikten med isolering under tvång är att personen snabbt skall överföras till behövlig vård eller omsorg innebär detta inte att isoleringstiden endast får bli ett passivt frihetsberövande. Den enskilde skall under isoleringstiden erbjudas behövlig medicinsk vård men också sådant stöd eller sådan hjälp som behövs för att han eller hon skall kunna uppfylla de krav som ställs från smittskyddssynpunkt. Kommittén vill här framhålla betydelsen av att den behandlande läkaren blir delaktig i besluten rörande omhändertagandet av den isolerade. För att isoleringstiden skall bli så kort som möjligt är det vidare av vikt att aktiva åtgärder vidtas för att föranstalta om den för den isolerade erforderliga vården eller omsorgen. Smittskyddsläkaren bör här ha ett stort ansvar för att initiera sådana åtgärder hos berörd kommun eller lands-ting.

Den isolerade skall endast få underkastas de begränsningar i livsföringen som är nödvändiga med hänsyn till faran för smittspridning. Han eller hon skall alltså ha rätt till en så normal livsföring som möjligt med hänsyn såväl till sitt hälsotillstånd som till faran för smittspridning. Detta innebär bl.a. att han eller hon skall ha rätt till fysisk träning, daglig utevistelse och fritidssysselsättning. Den isolerade skall också ha rätt till kontakt med omvärlden, genom t.ex. telefonsamtal och besök, i den omfattning som vården, risken för smittspridning och ordningen på vårdinrättningen ger utrymme för detta. Detta innebär således inte några ändringar mot vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag.

Liksom enligt nu gällande bestämmelser bör vidare den enskildes rörelsefrihet få underkastas den begränsning som är nödvändig för att genomföra isoleringen. Det måste också finnas möjligheter till sådana inskränkningar som är nödvändiga med hänsyn till den isolerades egen säkerhet men också med hänsyn till säkerheten för andra isolerade eller för personalen. Eftersom syftet med isoleringen är att förhindra smittspridning framstår det som naturligt att den isolerade inte bör vistas utanför vårdinrättningens område. Enligt kommitténs mening måste en längre tids vistelse utanför vårdinrättningen under pågående isolering i princip anses utesluten. Är situationen sådan att den isolerade kan vistas utanför vårdinrättningen en längre tid torde det inte längre föreligga grund för isolering. Dock bör den isolerade, om det kan ske med hänsyn till risken för smittspridning, få möjlighet att göra korta besök, t.ex. för att delta i aktiviteter anordnade av frivilligorganisationer för hivpositiva eller för besök hos behandlande läkare eller hos myndigheter. Undantagsvis bör även starka privata skäl kunna motivera att den isolerade får lämna vårdinrättningen.

En särskild fråga utgör det nu existerande förbudet mot innehav av narkotika, alkoholhaltiga drycker och andra berusningsmedel. Nu gällande bestämmelse har utformats med utgångspunkt från att de isolerade har missbruksproblem. Motsvarande bestämmelser finns i t.ex. LVM och LPT. Emellertid anser kommittén att det knappast finns anledning till ett särskilt förbud av detta slag vid isolering av smittskyddsskäl. Innehav av narkotika m.m. är dessutom redan straffbelagt. Bestämmelsen bör istället utformas så att möjlighet ges att omhänderta berusningsmedel liksom annan egendom som kan skada den isolerade eller annan eller vara till men för ordningen.

Någon anledning att ändra beslutsordningen rörande frågor om begränsningar i den enskildes rörelsefrihet eller tillstånd att vistas utanför vårdinrättningen föreligger inte. Således skall smittskyddsläkaren besluta om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och verksamhetschefen i övriga frågor. Den isolerade skall också ha rätt att överklaga besluten.

Enligt kommitténs mening bör isolering oberoende av samtycke tidsbegränsas. Den kritik som riktats mot tillämpningen av tvångsisolering har främst gällt de mycket långa tider som vissa hivpositiva personer varit isolerade. Enligt gällande bestämmelser skall tvångsisolering upphöra när det inte längre finns skäl för den. Vid sjukdomar som hivinfektion blir därmed främst avgörande hur man bedömer den isolerades inställning till sin situation och sin omgivning. Med hänsyn till svårigheterna att objektivt fastställa sådana faktorer talar rättsäkerhetsskäl för att en yttersta tidsgräns införs. Enligt den analys av bestämmelserna i Europakonventionen som redovisats i kap. 21 kan det med fog ifrågasättas om en icke tidsbegränsad isolering står i överensstämmelse med art. 5 i konventionen. Här bör också beaktas att isolering oberoende av samtycke är avsedd att vara en mer akut präglad åtgärd som snarast skall ersättas med adekvat vård och/eller omhändertagande i andra former. Kommittén anser därför att tiden för isolering inte skall få sträcka sig längre än vad som kan anses erforderligt för närmare utredning av och föranstaltande om alternativa åtgärder. Enligt kommitténs bedömning skall isolering oberoende av samtycke äga rum i högst tre månader. Föreligger särskilda skäl bör dock denna tid kunna förlängas med ytterligare högst tre månader. Härefter skall dock inte ytterligare förlängning kunna medges.

Kommittén anser att isolering som nu är i fråga skall benämnas "isolering oberoende av samtycke". Avsikten härmed är att klargöra att isolering under tvång kan äga rum även om den smittade i och för sig samtycker till nödvändiga åtgärder men där samtycket inte är allvarligt menat eller då den enskilde inte är i stånd att ge samtycke. Emellertid innebär detta inte att man skall kunna bortse från den enskildes vilja.

Om den smittade frivilligt medverkar till erforderliga åtgärder föreligger naturligtvis inte grund för isolering under tvång.

26.5 Möjlighet till tillfällig isolering

Det kan inte uteslutas att det kan uppkomma vissa situationer där smittorisken är så allvarlig att det inte är möjligt att avvakta den tid som erfordras för att anordna alternativa frivilliga åtgärder eller att invänta domstols beslut om isolering. Inte minst mot bakgrund av att det måste finnas möjlighet att kunna möta eventuella framtida hot av nu okända smittsamma sjukdomar bör smittskyddsläkaren därför ges en möjlighet att om det föreligger en omedelbar smittrisk besluta om en tillfällig isolering. Av rättssäkerhetsskäl skall beslutet dock omedelbart underställas domstolsprövning.

Kommittén anser att grunderna för tillfällig isolering i övrigt bör motsvara vad som skall gälla vid isolering oberoende av samtycke. I princip skall därför tillfällig isolering inte tillgripas då det endast är enstaka personer i den smittades omedelbara närhet som utsätts för smittrisk. Kommittén har emellertid i avsnitt 26.2 påpekat att det undantagsvis kan förekomma situationer då det är befogat med tvångsåtgärd även i dessa fall. Enligt kommitténs mening är det rimligt att tillfällig isolering då skall kunna tillgripas.

Tillfällig isolering kan komma ifråga både då det gäller en person som bär på en allvarlig smittsam sjukdom och då det är fråga om en person som med fog kan antas vara smittad av en sådan sjukdom. Det huvudsakliga syftet med tillfällig isolering i sistnämnda fall är, liksom vad som nu gäller för tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen, att förhindra smittspridning till dess att man klarlagt riskerna härför och vidtagit nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om personen visar sig inte bära på en smittsam sjukdom eller om sjukdomen inte är i ett smittsamt skede skall den tillfälliga isoleringen därför omedelbart upphöra. Om den smittade personen eller misstänkt smittade personen är beredd att frivilligt medverka till nödvändiga åtgärder finns självfallet inte grund för beslut om tillfällig isolering.

Tillfällig isolering skall ses som en självständig åtgärd i förhållande till isolering oberoende av samtycke. Den kan visserligen följas av ett domstolsbeslut om isolering om förutsättningarna härför är uppfyllda. Avsikten är dock inte att tillfällig av isolering skall få användas rutinmässigt eller som ett sätt att få till stånd isolering oberoende av samtycke utan att avvakta domstolsprövning.

26.6 Förhållandet till tvångsätgärder enligt annan lagstiftning och straffrätten

Förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser om isolering mot den enskildes vilja och tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) vid hivinfektion har behandlats i såväl förarbetena till gällande smittskyddslag som till respektive vårdlag. Någon anledning att särskilt reglera samordningsfrågorna ansågs inte föreligga men i förarbetena gavs vissa riktlinjer. I korthet innebär de gjorda bedömningarna följande. Föreligger behov av psykiatrisk tvångsvård förutsätts att beslut om sådan vård får företräde framför beslut om tvångsisolering. Även vård enligt LVM skall i första hand ges, dock under förutsättning att det inte finns grundad anledning att befara att den vårdbehövande skall sprida smitta. Något hinder mot att beslut om tvångsisolering och beslut om vård enligt de andra tvångslagarna löper parallellt ansågs inte föreligga.

Det har påpekats att de angivna riktlinjerna är svårtolkade och att det föreligger ett behov av klarare gränsdragning mellan tvångsisolering enligt smittskyddslagen och de andra tvångslagarna. Kommittén vill här inledningsvis framhålla att med den utformning av tvångsbestämmelserna som ges i kommitténs förslag blir utgångspunkten för diskussionen rörande förhållandet och samordningen mellan tvångslagarna annorlunda än vad som gäller idag. Avsikten med förändringarna beträffande isolering enligt smittskyddslagen är bl.a. att tillse att denna form av omhändertagande inte utnyttjas som en form av alternativ tvångsvård för människor som har t.ex. psykiska störningar eller missbruksproblem. Grundtanken bakom kommitténs förslag är vidare att i den mån den enskildes oförmåga att skydda andra från risken att smittas är beroende av psykiska eller sociala problem skall dessa mötas genom bl.a. vårdinsatser enligt annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens område. Detta gäller också vård enligt LPT och LVM. Detta medför att för det fall förutsättningar föreligger för vård enligt LVM eller LPT skall dessa således ha företräde framför isolering enligt smittskyddslagen. Utrymmet för isolering i dessa fall blir också mindre med hänsyn till att avsikten med förändringarna i smittskyddslagen är att isolering under tvång skall begränsas till akuta situationer och att isoleringstiden därför har starkt begränsats. Det framstår inte heller som vare sig principiellt riktigt eller praktiskt motiverat att ett beslut om isolering under tvång skall kunna löpa parallellt med ett beslut om tvångsvård enligt LPT, LRV eller LVM. Syftet med isolering enligt smittskyddslagen är att skydda andra män-

niskor från att utsättas för smittrisk. I de fall den smittade är omhändertagen enligt annan tvångslagstiftning torde detta skyddsbehov i stor utsträckning vara tillgodosett. Detta innebär naturligtvis inte att t.ex. psykiatrisk tvångsvård skall kunna äga rum i andra fall än då den enskilde enligt grunderna i LPT är i behov av sådan vård. Kommittén är visserligen medveten om att det kan föreligga praktiska problem vid omhändertagandet av en person med ett smittfarligt beteende vid vård på psykiatrisk avdelning eller på behandlingshem enligt LVM. Emellertid bör det ligga i huvudmannens ansvar att ge vård enligt LPT och LVM under sådana förutsättningar och i sådana organisatoriska former att smittrisen kan hanteras. Enligt vad kommittén har erfarit torde flera av dessa problem ha sin grund i bristande kunskaper hos vårdpersonal och i att man inte utvecklat en beredskap för dessa situationer. Problemen har vidare aktualiserats då det gäller personer med hivinfektion. Motsvarande situationer torde dock också i praktiken ha förelegat då det gäller t.ex. missbrukare som bär på hepatit B eller C. Enligt kommitténs mening bör alltså sådana praktiska problem kunna lösas av de ansvariga huvudmännen inom ramen för den ordinarie verksamheten.

Det grundläggande motivet bakom tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen är hänsynstaganden till samhällsskyddet. Det bör här erinras om att bakom det straffrättsliga systemet också ligger hänsynstaganden till samhällsskyddet och att handlingar som innebär smittrisk eller att smitta har överförts även är straffbelagda bl.a. genom brottsbalkens bestämmelser om misshandel. Kommittén har också föreslagit en ny kompletterande straffbestämmelse för vissa av dessa fall. Enligt kommitténs mening bör utgångspunkten vara att om en person som bär på en smittsam sjukdom av allvarlig art medvetet eller av oaktsamhet smittat eller utsatt annan person för risk att smittas bör handlandet i första hand prövas i straffrättslig ordning med de rättssäkerhetsgarantier detta innebär. Isolering enligt smittskyddslagen bör i princip vara begränsad till sådana fall där det rent konkret handlar om förhindra att risk för smittoöverföring uppstår, dvs. i preventivt syfte. I de fall där den smittade redan utsatt andra för risk att smittas på ett sådant sätt att det utgör en straffbar handling bör isolering i princip inte komma i fråga. Detta gäller enligt kommittén såväl i förhållande till straffprocessuella frihetsberövanden såsom häktning som till verkställighet av fängelsestraff. Isolering får alltså inte ses som ett alternativ till ett straffrättsligt ingripande. Detta utesluter naturligtvis inte att isolering kan komma i fråga om den smittade betar sig på sådant sätt att risk för fortsatt smittspridning föreligger och det inte är aktuellt med annat frihetsberövande eller om den smittade senare utsätter andra för smittrisk.

26.7 Möjlighet till lindrigare tvång än isolering

Enligt kommitténs förslag till förändringar av bestämmelserna i smittskyddslagen skall den behandlande läkaren inte längre meddela tvingande förhållningsregler. Kommittén har i kap. 25.5 redogjort för skälen för detta ställningstagande. Nuvarande förhållningsregler tar sikte på vad den enskilde skall iaktta i sin livsföring. Enligt kommitténs bedömning finns det därvid inte något egentligt stöd för att läkaren genom förhållningsregler kan ålägga den enskilde att ha t.ex. särskild psykologkontakt. Samtidigt kan sådana föreskrifter utgöra ett särskilt stöd av moralisk art för personer som på grund av särskilda problem har en ambivalent hållning till sitt ansvar. I dessa fall kan, oavsett om grunderna i övrigt är uppfyllda, isolering oberoende av samtycke framstå som en onödigt ingripande åtgärd. Med hänsyn till att grunden för kommitténs förslag till förändringar av bestämmelserna i smittskyddslagen är att säkerställa att den enskilde inte utsätts för tvångsåtgärder annat än då det framstår som absolut nödvändigt bör smittskyddslagen uttryckligen ge möjlighet till särskilda föreskrifter som alternativ till isolering oberoende av samtycke.

Sådana föreskrifter bör emellertid avgränsas till att avse åtgärder som kan möjliggöra för den enskilde att ta ansvar för att andra inte utsätts för smittrisk. Syftet bör således vara att föreskriven åtgärd skall kunna påverka det smittfarliga beteendet. Det kan härvid vara fråga om bl.a. vård eller behandling för missbruksproblematik, psykologkontakter eller deltagande i särskild stödverksamhet. Direkta försiktighetsåtgärder som föranleds av sjukdomen, t.ex. att använda skydd vid sexuellt umgänge, bör däremot vara en fråga för den behandlande läkaren och ej kunna tas in i nu aktuella beslut om föreskrifter.

Med hänsyn till att föreskrifterna innebär intrång i den enskildes grundlagsreglerade fri- och rättigheter bör föreskrifter av aktuellt slag beslutas av domstol. Sådant beslut bör enligt kommitténs bedömning kunna bli aktuellt i två fall. Om smittskyddsläkaren vid utredningen bedömer att sådana föreskrifter kan vara en tillräcklig åtgärd bör han lämna en särskild ansökan om föreskrifter. Emellertid bör domstolen också när en ansökan om isolering inkommer från smittskyddsläkaren göra en allsidig prövning och överväga om särskilda föreskrifter kan vara en tillräcklig åtgärd. Framstår föreskrifter som en tillräcklig åtgärd bör domstolen således besluta om detta istället för isolering.

Har föreskrifter meddelats och det senare visar sig att den enskilde inte följer eller förmår följa föreskrifterna kan det blir aktuellt att ånyo ta upp frågan om isolering oberoende av samtycke. Det är därvid en

uppgift för smittskyddsläkaren att bevaka hur situationen utvecklas. Vidare bör inte heller hinder föreligga mot att särskilda föreskrifter kan meddelas då den smittade är föremål för isolering oberoende av samtycke om situationen förändras så att sådana föreskrifter framstår som tillräcklig åtgärd. Isoleringen skall då självfallet upphöra.

Av rättssäkerhetsskäl bör föreskrifterna vara tidsbegränsade. Enligt kommittén bör ett beslut om föreskrifter gälla högst sex månader. Vid utgången av denna tid bör dock smittskyddsläkaren ha möjlighet att begära förlängning. Om skäl inte längre föreligger för de särskilda föreskrifterna skall de omedelbart upphöra. Den enskilde bör dessutom ha rätt att begära omprövning av föreskrifterna under beslutets giltighetstid.

26.8 Möjligheter att framtvinga alternativa åtgärder

Som kommittén framhållit är en av huvudprinciperna vid isolering under tvång att denna endast skall kunna äga rum om möjligheterna till frivilliga eller alternativa åtgärder är uttömda. Som redogjorts för i avsnitt 26.1 framgår av kommitténs kartläggning att det förekommit att tvångsisolering tillgripits på grund av att erforderliga insatser enligt övrig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område saknats. En väsentlig utgångspunkt för kommitténs förslag till en förändrad smittskyddslag är att det måste finnas möjligheter att tillförsäkra den enskilde adekvata insatser som begränsar behovet av en så ingripande åtgärd som isolering under tvång. Detta aktualiserar frågan om det föreligger behov av särskilda rättsliga medel för att tillvarata den enskildes intressen.

Om en smittbärare visar sig ha behov av särskild vård eller särskilt stöd för att kunna ta sitt ansvar i smittskyddssammanhang har den behandlande läkaren och smittskyddsläkaren, då ärendet kommit till hans kännedom, ett särskilt ansvar för att tillse att sådan vård eller stöd erbjuds den enskilde. Smittskyddsläkaren får vidare genom kommitténs förslag till förändrad smittskyddslag ett stort ansvar för utredningen om behovet av åtgärder, vilket medför nödvändiga kontakter med ansvariga huvudmän. Kommittén är medveten om att det kan vara en svår uppgift för kommun eller landsting att föranstalta om erforderlig vård eller omhändertagande. Kommittén förutsätter också att huvudmännen söker medverka till att få till stånd erforderliga åtgärder. Emellertid kan tänkas situationer där avsaknaden av egentliga påtryckningsmedel kan bli besvärande. Den enskilde har idag begränsade möjligheter att kräva

bestämda insatser rörande vård, behandling och stöd enligt hälso- och sjukvårdslagen eller enligt lagarna på socialtjänstens område. Även om den enskilde har förklarats ha rätt till viss insats, t.ex. enligt LSS, kan det dessutom vara svårt att få den verkställd. Även tillsynsmyndigheternas, Socialstyrelsen och länsstyrelserna, möjligheter att inom sina respektive tillsynsområden genomdriva åtgärder för enskilda personer är begränsade.

Kommittén har övervägt olika påtryckningsmedel för att säkra möjligheter till frivilliga alternativ till isolering oberoende av samtycke. Ett alternativ är att införa ett särskilt betalningsansvar för isolering enligt smittskyddslagen i likhet med det betalningsansvar som gäller för vissa medicinskt färdigbehandlade personer enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Emellertid torde en sådan åtgärd få ett begränsat värde bl.a. med hänsyn till att landstingen redan har kostnadsansvar för isolering. Vidare torde ett betalningsansvar endast vara effektivt i situationer då tiden för isolering kan bli långvarig. Med hänsyn till de begränsningar av isoleringstiden kommittén föreslår torde ett betalningsansvar därför sakna effekt.

Som mer effektivt framstår däremot en lagstadgad rätt att förelägga en enskild kommun eller landsting att inom en viss tid föranstalta om en bestämd insats. Förelägganden som påtryckningsmedel förekommer i tillsynssammanhang i många olika lagar. Fördelen med ett sådant föreläggande är att det innebär en direkt förpliktelse för den ansvarige huvudmannen och att det därvid klart framgår vilken skyldighet den kommunala eller landstingskommunala huvudmannen har i det enskilda fallet. Det bör dock här uppmärksammas att innehållet i ett sådant föreläggande endast kan ta sikte på insatser i frivillig form. Ett föreläggande kan således inte innebära ett krav på huvudmannen att genomföra alternativ tvångsvård. Bedömningen av i vad mån detta bör initieras och genomföras bör göras i samma ordning som idag.

Kommittén har stannat för att rätten att meddela förelägganden bör läggas på berörd tillsynsmyndighet, dvs. Socialstyrelsen respektive länsstyrelserna. En sådan befogenhet går väl i hop med tillsynsansvaret över hälso- och sjukvården respektive över socialtjänsten och med den erfarenhet och kompetens dessa myndigheter har rörande berörda verksamheter. Kommittén är däremot inte beredd att ge smittskyddsläkaren en så långt gående befogenhet som att fatta för landstingsverksamheten eller den kommunala verksamheten tvingande beslut. Som kommittén tidigare nämnt kommer smittskyddsläkaren dock att ha ett stort ansvar för utredningen och initieringen av för den enskilde erforderliga åtgärder. Om behov av föreläggande uppkommer ankommer det på smittskyddsläkaren att anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten.

I särskilda fall kan det vara motiverat att förstärka föreläggandet genom att kombinera detta med vite varför lagen också bör ge möjlighet till sådan sanktion. En förelagd huvudman bör, oavsett om föreläggandet förenas med vite eller inte, ha rätt att överklaga beslutet till länsrätten.

27 Objektinriktade åtgärder

27.1 Allmänt

Den kritik som riktats mot gällande reglering av det objektinriktade smittskyddet gäller framförallt att ansvarsfördelningen inte är tillräckligt tydlig. Överlappande lagstiftningar med därmed sammanhängande gränsdragningssvårigheter har medfört problem i det praktiska smittskyddsarbetet, framförallt vid större och kostnadskrävande utbrotsutredningar. Det har också påpekats att ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnd som ansvarar för objektinriktade åtgärder bör göras tydligare.

Ett effektivt smittskydd kräver att det inte föreligger tveksamhet om vem som har ansvaret för att vidta en viss åtgärd. Även om kommitténs kartläggning visar att aktörerna i det praktiska smittskyddsarbetet, genom överenskommelser och samarbete, många gånger kunnat lösa de gränsdragningsproblem som förelegat bör man eftersträva en klarare ansvarsfördelning i lagstiftningen. Kommittén anser därför att den dubbelreglering som nu föreligger bör undanröjas så långt det är möjligt.

Kommittén anser att det ansvar för smittskyddsåtgärder mot djur och objekt som kommunerna har idag i huvudsak inte bör förändras. Detta innebär således att kommunen i princip skall ha ansvar för att utreda och åtgärda smitta som härrör eller misstänks härröra från objekt och djur, dock med vissa begränsningar avseende åtgärder mot djur. Emellertid följer detta ansvar redan idag även av andra lagar än smittskyddslagen. Kommittén har tidigare framhållit att utgångspunkten bör vara att smittskyddslagen klarare skall inriktas på åtgärder för att förhindra att smitta sprids mellan människor. Som framgår av kommitténs kartläggning synes smittskyddslagens bestämmelser om objektinriktade åtgärder endast ha tillämpats i mycket liten utsträckning och de kommunala nämndernas arbete har främst ägt rum med stöd av bestämmelser i annan lagstiftning, som t.ex. livsmedelslagen. Enligt kommitténs mening talar detta för att de kommunala smittskyddsåtgärderna i sin helhet bör regleras i de andra lagar som innehåller kommunens åligganden i dessa hänseenden.

De lagar som därvid främst är aktuella är livsmedelslagen (1971:511) och miljöbalken (1998:808). Emellertid får det inte föreligga någon tveksamhet om tillämpligheten när det gäller smittskyddsåtgärder mot objekt. Enligt livsmedelslagen har kommunen i egenskap av tillsynsmyndighet ett klart uttryckt ansvar för att åtgärder vidtas mot de livsmedel som sprider eller misstänks sprida smitta. Med hänsyn till att ett av de grundläggande syftena med lagen är att förhindra att smitta uppkommer och sprids via livsmedel, omfattar kommunens ansvar enligt kommitténs bedömning att såväl spåra som ingripa mot smittkällan. Enligt kommitténs bedömning, se nedan avsnitt 27.2, omfattar vidare tillsynen över efterlevnaden av bestämmelserna om hälsoskydd i miljöbalken och därtill anslutande förordning även fall då objekt sprider smitta. Som kommittén redovisar i nu nämnda avsnitt föreslås dock vissa kompletterande bestämmelser för att undanröja eventuella tveksamheter rörande miljöbalkens tillämplighet beträffande vissa åtgärder.

Av kommitténs kartläggning framgår att det främst är nu rådande dubbelreglering beträffande ansvaret för åtgärder mot djur som sprider och misstänks sprida smitta som vållat problem i praktiken. Den nuvarande regleringen av smittskyddsåtgärder mot djur innebär att kommunen genom smittskyddslagens bestämmelser har ett generellt ansvar för att sådana vidtas. Samtidigt har Jordbruksverket och i vissa fall även länsstyrelsen samt enskilda veterinärer befogenhet att vidta olika åtgärder för att förebygga och bekämpa smittsamma djursjukdomar enligt bestämmelser i epizootilagen (1980:369) m.fl. lagar. Eftersom sällskapsdjur som innehas av privatpersoner hör nära samman med den enskilde och dennes bostad är det enligt kommitténs uppfattning naturligt att se sådana djur som en personlig egendom som bör omfattas av hälsoskyddsbestämmelserna i miljöbalken. Beträffande övriga djur har Jordbruksverket och länsstyrelsen större kompetens och större resurser än en enskild kommun. I praktiken är det vidare redan idag så att det är Jordbruksverket och inte kommunen som tar ansvaret för utrednings- och bekämpningsåtgärder vid större utbrott som rör djur. Kommittén anser därför att kommunens ansvar för smittskyddsåtgärder uttryckligen bör begränsas till sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner.

27.2 Bestämmelser om hälsoskydd i miljöbalken

En förutsättning för att ingripa mot objekt som sprider smitta enligt miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd är att förekomsten av smittämne kan anses utgöra en sådan störning som omfattas av begreppet olägenhet för människors hälsa. Med detta begrepp avses enligt en uttrycklig definition i balken en störning som enligt medicinsk och hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. Någon exemplifiering görs inte i lagen men i förarbetena nämns buller, kyla, drag, lukt, ohyra och skadedjur som exempel på sådana störningar. Även om det således inte uttryckligen anges i balken eller dess förarbeten torde smitta från objekt på samma sätt som t.ex. ohyra kunna leda till en sådan negativ hälsoeffekt som omfattas av lagens definition. Här bör också beaktas att risk för smittspridning synes ha varit ett av motiven för flera av den tidigare hälsoskyddslagens bestämmelser samt att det inte finns några uttalanden i förarbetena som motsäger att smitta kan anses ingå i begreppet olägenhet för människors hälsa. Enligt kommitténs bedömning behövs därför inte någon justering av bestämmelsen om olägenhet för människors hälsa för att balkens regler om hälsoskydd skall vara tillämpliga på smitta. Ett förtydligande kunde visserligen vara av värde bl.a. av pedagogiska skäl, men bestämmelsens konstruktion med en definition i lagtexten och exemplifiering endast i förarbetena, medför att en sådan lösning måste anses olämplig. Kommittén vill emellertid framhålla att även om kommittén således för närvarande inte anser att det behövs en ändring av bestämmelsen, finns det onekligen ett värde i att undanröja alla tveksamheter i detta hänseende. Enligt kommittén kan det därför vara aktuellt att i ett senare skede överväga en justering av bestämmelsen i balken så att smitta från djur eller objekt uttryckligen omfattas av definitionen olägenhet för människors hälsa.

När det gäller miljöbalken är det i egenskap av tillsynsmyndighet som den kommunala nämnden har att ingripa mot störningar som innebär olägenhet för människors hälsa. Tillsynsansvaret innebär att myndigheten ifråga skall svara för kontrollen att reglerna i den berörda lagstiftningen följs. Om t.ex. balkens bestämmelse – att ägare eller nyttjanderättshavare av berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att förhindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa – inte följs åligger det nämnden att ingripa. För att ta ställning till om ett ingripande skall ske måste, som framgår, en skälighetsavvägning göras. Denna skälighetsavvägning har inte närmare berörts i förarbetena till bestämmelsen. Enligt uttalanden i

förarbetena till motsvarande bestämmelse i hälsoskyddslagen innebär en sådan avvägning att hänsyn skall tas till å ena sidan den olägenhet som störningen förorsakar för människors hälsa och å andra sidan nyttan av den verksamhet som ger upphov till störningen samt kostnaderna för att undanröja störningen och den ekonomiska verkan i övrigt av att ingripa. Här skall vidare noteras att ingripanden kan ske också med stöd av miljöbalkens allmänna hänsynsregler. Även vid tillämpning av dessa regler skall dock en avvägning göras. Enligt kommitténs mening torde emellertid smittspridning eller befarad smittspridning inte kunna utgöra en sådan olägenhet som man på grund av t.ex. tekniska och ekonomiska avvägningar får acceptera. Kommitténs uppfattning är således att de avvägningar som föreskrivs i balken inte utgör något hinder för nämnden att vidta åtgärder som smittskyddet erfordrar.

De medel som nämnden kan tillgripa vid tillsyn enligt miljöbalken är, liksom i smittskyddslagen, föreläggande och förbud eventuellt förenade med vite samt rättelse på den enskildes bekostnad. I miljöbalken finns dessutom en möjlighet för nämnden att begära verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten. För att kunna utöva tillsyner har nämnden vidare rätt till tillträde och provtagning.

Enligt kommitténs bedömning torde nu berörda bestämmelser ge tillräckliga möjligheter att vidta erforderliga såväl utredande som bekämpande åtgärder. Emellertid finns i smittskyddslagen även en befogenhet för nämnden att låta förstöra föremål av personlig natur om det är nödvändigt för förhindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Förstöring av personliga föremål för att förhindra smittspridning torde knappast ha förekommit under senare tid. Det är emellertid inte otänkbart att ett behov av sådan åtgärd kan uppkomma bl.a. med hänsyn till att nya sjukdomar med hittills okända smittvägar kan uppträda. Kommittén anser därför att en möjlighet till sådana åtgärder bör bibehållas. För att undanröja tveksamhet rörande miljöbalkens tillämplighet i detta avseende bör en bestämmelse, motsvarande den i smittskyddslagen, föras in bland bestämmelserna om hälsoskydd i miljöbalken.

Enligt smittskyddslagen har den kommunala nämnden vidare, under samma förutsättningar som ovan, rätt att avliva sällskapsdjur. Även om smittspridning i de allra flesta fall torde kunna förhindras på annat sätt än genom att djuret avlivas bör den kommunala nämnden inte fråntas denna möjlighet om så erfordras. Eftersom bestämmelserna om hälsoskydd i miljöbalken endast ger uttryckligt stöd för direkta ingripanden mot skadedjur föreslår kommittén att nuvarande bestämmelse i smittskyddslagen förs över till hälsoskyddsreglerna i miljöbalken.

I de fall den kommunala nämnden har låtit förstöra föremål av personlig natur föreligger enligt gällande bestämmelser i smittskyddslagen

rätt till ersättning. När ett sällskapsdjur avlivats kan ersättning istället utges med stöd av bestämmelserna i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av smittsam sjukdom. Motsvarande möjligheter till ersättning saknas vid ingripanden enligt hälsoskyddsreglerna i miljöbalken. Kommittén föreslår därför att miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd kompletteras med en bestämmelse som ger uttrycklig rätt till ersättning i nu berörda fall.

27.3 Särskilda bestämmelser om samverkan och samordning

Ansvar för att smittskyddsåtgärder vidtas kommer med kommitténs förslag även i fortsättningen att vara uppdelat mellan flera aktörer. Det är därför av stor vikt att dessa aktörer samverkar och att de smittskyddsåtgärder som erfordras samordnas. Detta gäller i synnerhet vid smittutredningar som inbegriper både människor, djur och objekt. Enligt kommitténs förslag till ny smittskyddslag skall smittskyddsläkaren också i fortsättningen ha ett övergripande ledningsansvar för smittskyddsarbetet inom den region där han är verksam. I hans uppgifter ingår därvid att tillse att behövliga åtgärder för smittskyddsutredning vidtas och att verka för en effektiv samordning av smittskyddsåtgärderna.

Med hänsyn till den stora betydelse som samarbetet mellan berörda aktörer har för det samlade smittskyddet anser kommittén att en uttrycklig bestämmelse om skyldighet att informera och samråda med smittskyddsläkaren bör införas i livsmedelslagen och i miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd. Den nuvarande bestämmelsen i smittskyddslagen om samverkan har enligt vad som framgått av kommitténs underlag dock inte medfört någon enhetlig arbetsform utan samarbetet mellan smittskyddsläkarna och de kommunala nämnderna varierar i ganska hög grad. Mot bakgrund härav synes det inte tillräckligt att endast överföra smittskyddslagens bestämmelse till livsmedelslagen och miljöbalken utan den nya bestämmelsen bör även markera att en skärpning av kravet på samarbete avses. En sådan markering kan åstadkommas genom att göra kommunens samråd med smittskyddsläkaren obligatoriskt i större utsträckning än vad som gäller för närvarande och genom att uttryckligen föreskriva krav på snabbhet i förmedlingen av information. Med hänsyn till att kommunen har ett självständigt ansvar för vidtagande av smittskyddsåtgärder bör smittskyddsläkaren dock inte ha rätt att besluta vilka åtgärder kommunen skall vidta. Det slutliga avgörandet skall således även fortsättningsvis ligga på kommunen.

Kommittén förutsätter emellertid att stor hänsyn tas till smittskyddsläkarens uppfattning.

Ett effektivt smittskydd kräver vidare att den som har att svara för smittskyddsåtgärder utan onödig tidsfördröjning får kännedom om förhållanden som kan påkalla sådana åtgärder. Detta gäller såväl de myndigheter som har ansvar för smittskyddsåtgärder enligt livsmedelslagen och miljöbalkens hälsoskyddsbestämmelser, i regel kommunen men enligt livsmedelslagen även i vissa fall Livsmedelsverket, som de myndigheter som svarar för åtgärder enligt lagstiftningen rörande bekämpning av smitta hos djur.

Vid kommitténs kartläggning har framkommit att nuvarande ordning där den behandlande läkaren skall anmäla fall av vissa smittsamma sjukdomar till den kommunala nämnden inte fungerat tillfredsställande. I syfte att åstadkomma en snabbare och mer effektiv rapportering föreslår kommittén (jfr kap. 23.2) att anmälningsförfarandet enligt smittskyddslagen förenklas genom att anmälningar skall göras enbart till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Smittskyddsläkarens kompetens och överblick över ett större område och den samlade informationen han erhåller gör det möjligt för smittskyddsläkaren att bedöma vem som bör vidta åtgärder och att samordna sådana åtgärder, inte minst vid stora utbrott som omfattar flera kommuner. Enligt kommittén bör därför smittskyddsläkaren få en uttrycklig skyldighet att underrätta berörd myndighet då smittskyddsläkaren får uppgifter om förekomst eller misstänkt förekomst av smittsam sjukdom som påkallar åtgärder. De myndigheter till vilka sådan underrättelse skall lämnas kan förutom kommunerna vara t.ex. Livsmedelsverket, Jordbruksverket eller länsstyrelsen. Det kan här uppmärksammas att en bestämmelse med motsvarande skyldighet för länsveterinär återfinns i det förslag till zoonoslag som Jordbruksverket lagt fram.

Det är vidare av stor betydelse för smittskyddsarbetet att det inte råder någon tvekan om när ansvaret för att vidta åtgärder inträder. Ovan nämnda underrättelseskyldighet för smittskyddsläkaren bör därför kompletteras med en bestämmelse i livsmedelslagen och i miljöbalkens kapitel om bl.a. hälsoskydd varigenom berörd myndighet, i regel kommunen, ges ett ansvar för att senast efter sådan underrättelse vidta de åtgärder som behövs. Kommittén vill emellertid här framhålla att den kommunala nämnden har att vidta nödvändiga smittskyddsåtgärder redan så snart nämnden uppmärksammas på förekomst eller misstänkt förekomst av smitta, t.ex. genom upplysningar från allmänheten. Som tidigare nämnts är det vidare myndigheten själv som bestämmer vilka utredande och bekämpande åtgärder som skall vidtas. Bestämmelsen innebär således inte att smittskyddsläkaren får någon direktiv rätt utan

syftet är att klarlägga när ansvaret för smittskyddsåtgärder senast inträder för berörd myndighet.

Kommittén anser vidare att även det regelverk som tar sikte på att förhindra smittspridning från djur bör kompletteras med en bestämmelse av motsvarande innebörd. Behovet av en sådan bestämmelse är med hänsyn till dessa myndigheters egna resurser och kompetens inte lika framträdande som när det gäller de kommunala åtgärderna. Emellertid anser kommittén att det ändå finns skäl att tydliggöra att ett ansvar inträder efter en underrättelse från smittskyddsläkaren. Genom lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m. ges Jordbruksverket befogenheter att vidta olika smittskyddsåtgärder och lagens tillämpningsområde är mer vidsträckt än tillämpningsområdet för epizootilagen och lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur. Ifrågasvarande bestämmelse bör därför placeras i lagen om provtagning på djur m.m.

Av kommitténs kartläggning har vidare framkommit att de problem som i praktiken förevarit vid större utbrott ofta haft anknytning till oklarheter om kostnadsansvaret för åtgärderna och till det förhållandet att det kan bli fråga om mycket höga provtagningskostnader. Utgångspunkten bör naturligtvis även fortsättningsvis vara att den myndighet som har ansvaret för en åtgärds genomförande också har kostnadsansvaret härför. Kommittén vill dock erinra om att kommittén föreslår (jfr kap. 29) att ett nationellt smittskyddsanslag inrättas i syfte att undanröja eventuella praktiska hinder för det smittutredande arbetet. Enligt kommitténs bedömning torde kommitténs förslag sammantaget medföra förutsättningar för en effektiv samordning mellan de olika myndigheternas åtgärder.

28 Åtgärder rörande vårdrelaterade infektioner

Kommittén har i kap. 4 redogjort för bl.a. kunskaperna om förekomsten av vårdrelaterade infektioner och för frågor rörande hygienverksamheten inom hälso- och sjukvården. Redogörelsen bygger främst på vad som framkommit vid en översyn som Socialstyrelsen har genomfört under 1996 och 1997 och vid kommitténs särskilda seminarium rörande sjukhushygien. På grund av vad som framkommit i nu nämnda översyn har Socialstyrelsen i en särskild skrivelse till regeringen (S 98/6129/HS) lämnat förslag på olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området vårdrelaterade infektioner. Regeringen har beslutat att till kommittén överlämna en särskild fråga om införande av bestämmelser i smittskyddslagen rörande rapporteringsskyldighet till smittskyddsläkare och nationell myndighet.

Även om kunskaperna om den egentliga omfattningen av vårdrelaterade infektioner är mycket bristfälliga pekar bl.a. Socialstyrelsens rapport på att sådana infektioner utgör ett betydande, och kanske ökande, problem inom hälso- och sjukvården oavsett vårdgivare. Enligt kommitténs mening finns det all anledning att se allvarligt på situationen. Hälso- och sjukvård skall, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det är självklart att detta innefattar att riskerna för den enskilde patienten att utsättas för smitta i samband med vården måste begränsas så långt det är möjligt.

En särskild fråga är spridningen av läkemedelsresistenta smittämnen. Som framgår av kap. 3 och 4 är förekomsten av sådana smittämnen mindre vanliga i Sverige än i många andra länder men tecken har uppmärksamrats även här på en oroande utveckling. Den betydelse tillgången till verksam medicinsk behandling mot de smittsamma sjukdomarna haft för det gynnsamma smittskyddsläge Sverige befinner sig i får inte underskattas. Kommittén vill därför framhålla vikten av att man genom olika förebyggande åtgärder motverkar uppkomsten och spridningen av läkemedelsresistenta smittämnen.

Socialstyrelsen har i sin rapport och i sin skrivelse till regeringen pekat på flera brister när det gäller bl.a. de förebyggande åtgärderna mot vårdrelaterade infektioner. Det framgår klart att frågan om vård-

relaterade infektioner sträcker sig över flera ansvarsområden och berör frågor såväl på det egentliga smittskyddsområdet som på andra områden, däribland vårdens organisation och utformningen av vårdlokaler. Rapporten pekar på behovet av vårdhygieniska kunskaper för såväl den egentliga vårdpersonalen som övrig personal inom vården, oavsett om denna bedrivs på sjukhus eller i annan form. Rapporten visar också att samverkan mellan de olika aktörerna, bl.a. mellan hygienansvariga, smittskyddsläkare och vårdgivare, är av stor betydelse. I sin skrivelse har Socialstyrelsen vidare framfört att det föreligger behov av en vid och långsiktig strategi på området. Frågorna om infektionshygien och vårdrelaterade infektioner, vid sidan av den fråga som överlämnats till kommittén, är dock föremål för fortsatt beredning inom Socialdepartementet.

Kommittén vill för sin del särskilt lyfta fram vissa frågor som rör bl.a. övervakningen och ansvaret för åtgärder mot vårdrelaterade infektioner.

Det har klart framgått att det föreligger stora brister i den kontinuerliga infektionsövervakningen inom hälso- och sjukvården. Så finns t.ex. inte någon samlad statistik över hur många sjukdomsfall som inträffat i samband med vård eller behandling inom sjukvård eller tandvård. Orsaken till detta har uppgetts vara bl.a. att ett flertal infektioner av infektionshygieniskt intresse och antibiotikaresistenta bakterier inte är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Visserligen förekommer frivillig registrering och rapportering, bl.a. genom den frivilliga laboratorierapporteringen till Smittskyddsinstitutet, men enligt vad som framgått har denna en ojämn täckning. Enligt Socialstyrelsens skrivelse föreligger därför ett behov av olika registrerings- och rapporteringssystem över vårdrelaterade infektioner, t.ex. som en del av de befintliga kvalitetssäkringssystemen och som lokala rapporteringssystem. Kommittén anser för sin del att det är av stor vikt att det finns nationell och regional övervakning av förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Ett led i en sådan övervakning är smittskyddslagens anmälningsystem. Enligt kommitténs mening bör därför flertalet av nu aktuella infektioner omfattas av anmälningsskyldigheten enligt smittskyddslagen. Om anmälningsskyldigheten omfattar även fall av vårdrelaterade infektioner av betydelse ges bättre möjlighet att upptäcka och följa förekomsten av aktuella infektioner, inte minst inom öppenvården och inom de kommunala vårdformerna. Det bör här erinras om att kommittén lämnat förslag till i viss mån ändrade bestämmelser om när anmälningsskyldighet skall föreligga, jfr kap. 23.2. I jämförelse med nu gällande bestämmelser torde kommitténs förslag innebära möjlighet att bättre anpassa anmälningsskyldighetens omfattning till vad som är påkallat vid vårdrelaterade infektioner, t.ex. när det gäller anhopning

och utbrott av vårdrelaterade infektioner och när det gäller förekomsten av resistent bakterier och virus. Som Socialstyrelsen anför i skrivelserna till regeringen torde det dock även föreligga behov av andra former av obligatoriska rapporteringssystem, bl.a. inom den slutna vården, för vilka anmälningssystemet i smittskyddslagen inte är tillämpligt. Frågor rörande sådana rapporteringssystem rör främst lokal vårdorganisation och kvalitetssäkring och måste övervägas från andra synpunkter än rena smittskyddsaspekter. Enligt uppgift utgör detta också en av de frågor som är föremål för särskild beredning på Socialdepartementet. Kommittén behandlar därför inte frågan om eventuella andra obligatoriska rapporteringssystem.

En annan särskild fråga som kommittén vill lyfta fram och som direkt berör det egentliga smittskyddet är frågor om ansvaret för övervakning av och åtgärder för att minska de vårdrelaterade infektionerna. Enligt Socialstyrelsens rapport finns i alla landsting hygienavdelningar med hygienläkare och hygienjuksköterskor som bl.a. har en rådgivande roll i förhållande till övriga aktörer. Enligt vad som framkommit är denna infektionshygieniska verksamhet främst koncentrerad till den slutna vården och i vad mån kompetensen hos hygienavdelningarna utnyttjas av öppenvården eller inom den kommunala vården skiftar i landet. Organisation för att komma tillrätta med vårdrelaterade infektioner saknas på många håll, t.ex. inom den kommunala omsorgen. Enligt de enkäter Socialstyrelsen har genomfört föreligger vidare oklarheter rörande vem som har huvudansvar för åtgärder mot de vårdrelaterade infektionerna. Detta har, bl.a. vid kommitténs seminarium, påpekats gälla t.ex. gränsdragningen mellan verksamhetschefens, hygienavdelningarnas och smittskyddsläkarnas ansvar. Behovet av tydligare gränsdragning har dock visats vara beroende av i vad mån det föreligger ett fungerande samarbete.

Kommitténs uppdrag i huvudsak är begränsat till det egentliga smittskyddet. Det ankommer inte på kommittén att ta upp ansvarsfrågor inom vårdorganisationen som sådan. Emellertid bör här framhållas att smittskyddsläkaren enligt kommitténs förslag skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom sin region och ansvarar därmed också för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar. Enligt vad som framgått vidtar smittskyddsläkaren i praxis sällan några åtgärder inom sjukvårdens lokaler. Problemen med vårdrelaterade infektioner har förutsatts kunna lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Detta bör vara utgångspunkten även i fortsättningen. Emellertid är förekomsten av vårdrelaterade infektioner en fråga av sådan betydelse att smittskyddsläkaren bör ges ett uttryckligt ansvar att bevaka att huvudmännen för sjukhus, sjukhem, den kommunala hälso- och sjukvården

samt hemsjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att hindra att smitta sprids. Sådana åtgärder kan avse såväl smittutredning som andra åtgärder för att förhindra smittspridningen och kan avse såväl objekt som personer. Om huvudmannen underlåter att tillse att tillräckliga åtgärder kommer till stånd bör smittskyddsläkaren påtala för den aktuella huvudmannen vilka insatser som krävs. Om huvudmannen, trots påpekande, inte åtgärdat bristerna bör smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till ansvarig tillsynsmyndighet. Tillsynsmyndigheten kan om så erfordras förelägga ansvarig huvudman att vidta åtgärder.

Kommittén vill slutligen framhålla vikten av att all personal som arbetar inom vården har tillräcklig utbildning och kunskaper om åtgärder för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Som ovan anförts framgår av Socialstyrelsens rapport att det idag föreligger brister i personalens kunskaper, inte minst hos personalen inom den kommunala vården och omsorgen. Vidare är det också av vikt att den infektionshygieniska kompetens som finns bl.a. hos hygiensektionerna görs tillgänglig och utnyttjas inom övriga delar av vården oavsett i vilken form denna bedrivs.

29 Nationell styrning och organisatoriska frågor

29.1 Inledning

Statskontoret har på kommitténs uppdrag gjort en genomgång och utvärdering av den nuvarande smittskyddsorganisationen (se kap. 16). Enligt Statskontoret fungerar organisationen i huvudsak väl. Vissa brister konstaterades dock. En sådan var svårigheten att utöva en nationell samordning och styrning av verksamheten. Detta sammanhänger dels med att smittskyddsverksamheten berör så många olika aktörer utan någon gemensam central myndighet, dels med att det saknas en samlad nationell uppföljning som kan ge statsmakterna underlag för beslut om inriktning och prioriteringar m.m. Kommittén har bl.a. med anledning av dessa iakttagelser gett Statskontoret ett fortsatt uppdrag att närmare analysera förutsättningarna för en förstärkt nationell samordning och styrning samt hur skärpta krav på tillsyn och uppföljning kan tillgodoses. I uppdraget ingick även att ange förutsättningarna för ett eventuellt statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen. Statskontoret har i rapporten (1999:4) redovisat sina förslag. Kommittén redovisar i det följande de centrala delarna av förslagen jämte kommitténs egna överväganden med anledning därav.

29.2 Nationell uppföljning

Statskontoret konstaterar att dagens uppföljning har luckor. Den information som finns från olika huvudmän är svår att jämföra och sammanställa. Vidare finns inte någon nationell uppföljning av smittskyddsverksamheten i egentlig mening utan den information som produceras är mest inriktad på professionens behov av kunskap. Statskontoret anser att en nationell uppföljning bör utvecklas för att tillgodose statsmakternas behov av att få en samlad bild till underlag för beslut om lagstiftning, dimensionering av anslag, m.m. Uppföljningen bör avse *tillståndet* inom smittskyddsområdet (antal smittade fördelade på län,

typ, befolkningsgrupp m.m., insjuknade och avlidna, större utbrott, resistens, vaccinationstäckning m.m.), de samlade *kostnaderna* för smittsamma sjukdomar (smittskyddsorganisationen, vård och behandling, sjukfrånvaro och minskade arbetsinsatser), *prestationer* av statliga, landstingskommunala och kommunala huvudmän, samt slutligen en beskrivning och i vissa fall mätning av verksamhetens *effekter*. Den samlade informationen kan i sin tur läggas till grund för samhällsekonomiska analyser för olika smittsamma sjukdomar. Statskontoret föreslår att regeringen utser en särskild samordningsgrupp med representanter för berörda myndigheter för att utarbeta metoder och rutiner för en samlad årsredovisning för smittskyddsverksamheten i samhället.

Kommittén delar uppfattningen att det är angeläget att statsmakterna får en bättre information om tillståndet i landet när det gäller smittsamma sjukdomar liksom om smittskyddsverksamhetens prestationer och kostnader. Det framstår också som en stor brist att det inte är möjligt att få en samlad bild av samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar, inbegripet vård och behandling, sjukskrivningskostnader m.m. (se kap. 18). Kommittén anser därför i likhet med Statskontoret att ett arbete bör inledas för att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering. Inför detta arbete krävs en precisering av vilken information som är relevant för regering och riksdag. Enligt kommitténs mening bör det ankomma på regeringen att ange dessa informationsbehov liksom att avgöra i vilken form utvecklingsarbetet bör bedrivas. För det fall en särskild samordningsgrupp inrättas bör dess roll i förhållande till de centrala myndigheterna klargöras. Detta berörs i nästföljande avsnitt.

29.3 Nationell samordning och styrning

Statskontoret konstaterar att smittskyddsverksamheten är svårstyrd med ett stort antal olika huvudmän på central, regional och lokal nivå. Sektoriseringen skapar också problem. Det saknas gemensamma mål för verksamheten på olika nivåer. Statskontoret föreslår att den ovannämnda samordningsgruppen får i uppdrag att utarbeta mål för verksamheten, initiera utvecklingsprojekt, samordna informationsinsatser m.m.

Kommittén vill understryka vad som ovan sagts om angelägenheten av en nationell uppföljning av smittskyddsverksamheten så att statsmakterna kan få en samlad och aktuell bild av de insatser som görs och hur effektiva de är. En sådan kunskap är en förutsättning för en medveten nationell strategi. Det är först med denna kunskap som statsmakterna säkert kan bedöma behovet av och valet av styrmedel. Enligt kommitténs mening kan det ifrågasättas om statsmakternas möjligheter

till nationell samordning och styrning i nuläget är tillräckliga, särskilt med hänsyn till att den situationen väl kan tänkas att en hotande allvarlig epidemi kräver snabba samordnade åtgärder.

I avvaktan på att statsmakterna får ett mera fullständigt beslutsunderlag när det gäller samhällets åtgärder mot smittsamma sjukdomar föreslår kommittén en utvidgning av regeringens befogenhet att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet vid krig eller krigsfara. Enligt kommitténs mening bör regeringen sålunda bemyndigas att utfärda särskilda föreskrifter om smittskyddet också vid kriser i fredstid, för det fall att riksdagens beslut inte kan avvaktas och epidemi av allvarlig sjukdom utbrutit eller hotar att bryta ut i landet. Härigenom kan regeringen besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet. Sådana föreskrifter måste snarast underställas riksdagens prövning.

Det bör vidare i smittskyddslagen klargöras vilken instans som, under regering och riksdag, i nuläget har det övergripande *nationella* ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Enligt kommitténs mening talar övervägande skäl för att detta ansvar anförtros Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har redan idag ett ansvar för samordningen av smittskyddet såväl i egenskap av tillsynsmyndighet som genom befogenheterna att utfärda allmänna råd och föreskrifter. Socialstyrelsen skall vidare följa och vidareutveckla smittskyddsarbetet och genom allmänna råd och föreskrifter utfärda riktlinjer till vägledning för tillämpningen av smittskyddslagen. Genom att ansvaret regleras i lagen får också Socialstyrelsen ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. Här bör dock uppmärksammas att Socialstyrelsen härigenom inte får direktivrätt över andra myndigheter som ansvarar för smittskyddsåtgärderna. Det är självklart att Socialstyrelsen måste samråda med andra berörda myndigheter, och en eventuell myndighetsgemensam samordningsgrupp kan härvid vara av värde. Det är dock angeläget att definiera funktion och uppgifter för en sådan samordningsgrupp. Enligt kommitténs mening bör dess uppdrag koncentreras till uppgiften att utarbeta metoder för att ge statsmakterna ett tillfredsställande underlag för nationell uppföljning av smittskyddsverksamheten samt initierandet av utvecklingsarbete som syftar till att öka samarbete och samordning mellan olika huvudmän.

Här bör också uppmärksammas att vid sidan av Socialstyrelsen har också Smittskyddsinstitutet (SMI) en central roll i det nationella smittskyddsarbetet. Kommittén vill här framhålla betydelsen av SMI:s roll som nationellt expertorgan bl.a. genom de råd och underlag för bedömning av vidare insatser som institutet kan ge med grund i den epidemiologiska bevakningen och genom dess uppgifter i det internationella

samarbetet. Någon anledning att förändra SMI:s roll har inte framkommit i kommitténs underlag.

29.4 Mål för smittskyddsverksamheten

Statskontoret påpekar i sin rapport att den nuvarande smittskyddslagen i stor utsträckning har karaktär av ren förfarandelag. Den anger sålunda inte några mål för smittskyddsverksamheten, vare sig på central, regional eller lokal nivå. Detta minskar även möjligheterna till en kvalitetsinriktad tillsyn.

Kommittén har i denna del kommit till samma slutsats som Statskontoret. Det förslag till ny smittskyddslag som kommittén utformat har mera karaktär av målinriktad ramlag, även om vissa förfarandebestämmelser inte kan undvaras. Kommittén har således i 1 § angett det övergripande målet för samhällets smittskydd. Även de regler som uppställs under *Allmänna riktlinjer för smittskyddet* får sägas ha till syfte att säkra måluppfyllelse och kvalitet i verksamheten. De nämnda bestämmelserna avser alla aktörer inom smittskyddet. Det kan dessutom finnas anledning att utforma kompletterande mål på både kort och lång sikt. Detta gäller såväl på nationell som på regional och lokal nivå. Denna aspekt bör beaktas i det fortsatta arbetet med den nationella uppföljningen.

Klart utformade mål och riktlinjer för smittskyddsverksamheten ger ökade förutsättningar för en enhetlig tillämpning av regelverket och en jämnare kvalitetsutveckling. Som ovan nämnts kan de också vara ett stöd för den statliga tillsynen av verksamheten. Kommittén vill för sin del understryka vikten av att kvalitetsaspekterna får genomslag i alla delar av smittskyddsverksamheten, oavsett huvudman. En annan synnerligen viktig faktor gäller personalens kompetens. Att smittskyddsläkaren måste besitta hög kompetens och erfarenhet är självklart. Men kompetenskraven måste uppmärksammas också för andra befattningshavare, såsom personal som skall sköta smittspårning eller personal som har att ge råd i hygienfrågor. Kommittén har stannat för att kvalitets- och kompetenskraven bör markeras genom en särskild bestämmelse såsom en av de allmänna riktlinjerna för smittskyddet. Även denna bestämmelse kan bli till stöd för en kvalitetsinriktad tillsyn.

29.5 Tillsyn

Statskontoret konstaterar i sin rapport att statens tillsyn idag ger begränsade möjligheter att påverka att verksamhet i landsting och kommuner har önskvärd omfattning, inriktning och kvalitet. Den nuvarande tillsynen av smittskyddsverksamheten, vilken utövas av en centralt placerad enhet hos Socialstyrelsen, har enligt Statskontoret en mycket blygsam omfattning. Den är dessutom mera inriktad på att lösa aktuella problem än på att kontrollera lagefterlevnad och kvalitetsnivåer. Statskontoret anser att antalet inspektioner bör ökas kraftigt och att en viss andel inspektioner strikt bör avse kontroll mot lagstiftningen. Möjligheter till systemtillsyn bör utnyttjas. Inspektionsprotokoll bör föras och resultatet av tillsynsverksamheten bör sammanställas och analyseras.

Statskontoret förordar vidare, som ovan framgått, att lagen kompletteras med vissa bestämmelser om verksamhetens inriktning, omfattning och kvalitet.

Kommittén delar uppfattningen att den statliga tillsynen är ett viktigt medel för att öka enhetlighet och kvalitetsmedvetande inom smittskyddet. Det är självklart att tillsynsmyndigheten då också måste utöva tillsyn i mera formell mening, dvs. göra påpekanden om brister och i sista hand utöva de befogenheter som lagstiftningen ger att genomdriva åtgärderna. Enligt kommitténs uppfattning finns det därvid skäl att hålla isär Socialstyrelsens uppgifter som central förvaltningsmyndighet, dvs. bland annat samordning och rådgivning samt utfärdande av allmänna råd och föreskrifter, med den egentliga tillsynsfunktionen. Kommittén anser därför att Socialstyrelsens tillsyn över smittskyddsverksamheten bör samordnas med styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården i stort, dvs. utövas genom styrelsens regionala tillsynsenheter. Detta bör även ge ökade möjligheter till en intensifierad tillsyn, inte minst genom samordning med tillsynen över infektionssjukvården. Genom att knyta tillsynen över smittskyddet till vissa bestämmelser i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område får Socialstyrelsen alla de befogenheter, inklusive möjligheten att förbjuda viss verksamhet, som föreligger vid tillsyn över hälso- och sjukvården.

29.6 Huvudmannaskapet för smittskyddsläkarorganisationen m.m.

Statskontoret har i sin rapport redovisat att den nuvarande organisationen för smittskyddsläkarna, med landstingskommunalt huvudmannaskap, i allt väsentligt fungerar väl och att det från denna synpunkt inte finns anledning att överväga ett statligt huvudmannaskap. Statskontoret har efter genomgång av olika aspekter på huvudmannaskapsfrågan stannat för att förordna ett fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap. I andra hand förordar Statskontoret ett statligt huvudmannaskap varvid verksamheten läggs ut på entreprenad hos landstingen.

Kommittén konstaterar att det i och för sig finns principiella skäl som kan tala för ett statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen. Ett mycket tungt sådant gäller rättssäkerhetsaspekterna. Ju fler befogenheter smittskyddsläkaren har att fatta ingripande beslut mot enskilda, ju starkare blir kraven på enhetlig tillämpning och på ett statligt ansvar. I kommitténs lagförslag har emellertid de flesta befogenheter att besluta om tvångsåtgärder mot enskilda flyttats från smittskyddsläkaren till förvaltningsdomstol. I det fall smittskyddsläkaren har kvar en sådan befogenhet, främst i fråga om s. k. tillfällig isolering, skall hans beslut inom två dagar underställas länsrätten. Enligt kommitténs mening tillgodoser denna reglering de rättssäkerhetskrav som rimligen kan ställas. Från denna synpunkt bör därför inte ett landstingskommunalt huvudmannaskap möta några avgörande hinder.

Ett annat principiellt skäl som kan tala för ett statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen är den omständigheten att det kan vara en svaghet att smittskyddsläkaren är beroende av landstingets prioriteringar och resurstilldelning. Enligt kommitténs förslag ges smittskyddsläkaren ett ökat ansvar för att bevaka bl.a. att enskilda erbjuds vård eller stöd som kan vara alternativ till isolering oberoende av samtycke. Smittskyddsläkaren skall också bevaka att sjukvårdshuvudmännen vidtar erforderliga åtgärder mot vårdrelaterade infektioner. I båda dessa fall är det viktigt för smittskyddsläkaren att ha en stark och oberoende ställning i förhållande till kommun och landsting. Denna aspekt kan kanske inte ensam motivera ett statligt huvudmannaskap. Kommittén vill dock understryka att om lagförslaget under den kommande beredningen kompletteras med ökade befogenheter för smittskyddsläkaren – gentemot enskilda eller gentemot kommun och landsting – detta på nytt aktualiserar frågan om ett eventuellt statligt huvudmannaskap. Denna fråga får i så fall utredas i särskild ordning. I nuläget anser sig kommittén inte ha underlag för annat än att föreslå ett

fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap, vilket ju hittills fungerat väl.

Liksom enligt gällande smittskyddslag bör landstingen vidare även i fortsättningen ha frihet att själva bestämma hur smittskyddet skall organiseras i landstinget. Med hänsyn till olikheterna i de lokala behoven och förutsättningarna ter det sig svårt att i detalj lagreglera hur organisationen skall se ut. De brister som idag föreligger beträffande möjligheterna att närmare utvärdera effekterna av prestationerna och kostnadseffektiviteten gör det vidare svårt att jämföra de olika landstingen och dra slutsatser rörande hur organisationen bör utformas. Det bör här dock beaktas att organisationen skall utformas så att den kan uppfylla de mål samt de krav på kvalitet och kompetens som anges i kommitténs förslag till en ny smittskyddslag.

En särskild fråga rör kravet enligt nu gällande smittskyddslag på att det skall finnas *en* smittskyddsläkare inom varje landstingsområde. Kommittén anser att även om huvudprincipen också i fortsättningen bör vara att det skall finnas en smittskyddsläkare inom varje landstingsområde föreligger skäl för att dels öppna möjligheter för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare, dels ge möjlighet att inom ett landstingsområde förordna mer än en smittskyddsläkare. Av Statskontorets utvärdering av smittskyddsorganisationen framgår att i hälften av landstingen arbetar smittskyddsläkarna deltid med dessa uppgifter varvid smittskyddsläkartjänsten således kombineras med annan läkartjänst. Enligt kommitténs mening bör smittskyddsläkarens roll renodlas. Bl.a. med hänsyn till smittskyddsläkarens övervakande och myndighetsutövande roll framstår det inte som lämpligt att smittskyddsläkaren samtidigt kan arbeta som t.ex. behandlande läkare. Det kan, bl.a. med hänsyn till befolkningsunderlaget, dock vara svårt för mindre landsting att inrätta en heltidstjänst för smittskyddsläkaren. Kommittén anser därför att det bör vara en naturlig följd att möjlighet öppnas för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare. Bestämmelser som öppnar möjlighet för kommunala huvudmän att avtala om att utföra uppgifter åt varandra finns numera också i annan lagstiftning. Den invändning som kan resas är att smittskyddsläkaren i sådant fall kan förlora något av sin lokala förankring. Detta anser dock kommittén inte vara någon bärande invändning. Betydligt viktigare är möjligheten att kunna rekrytera smittskyddsläkare med hög kompetens som helhjärtat kan ägna sig åt sin uppgift. Som ovan anförts skall landstingen även i fortsättningen ha frihet att utforma organisationen så att den passar landstingens förutsättningar. Det står landstingen således fritt att t.ex. förordna s.k. kontaktläkare eller motsvarande som har lokal kännedom och som kan biträda smittskyddsläkaren när så erfordras.

För de stora landstingen torde förhållandena vara de motsatta. Som framgått av Statskontorets utvärdering är arbetsuppgifterna bl.a. i storstadsregionerna så omfattande att en smittskyddsläkare inte är tillräcklig. I dag har frågan praktiskt lösts så att s.k. biträdande smittskyddsläkare utsetts. Dessa kan emellertid inte ges några formella bemyndiganden med stöd av nuvarande smittskyddslag, något som bl.a. smittskyddsläkarföreningen framhållit vara en brist. Med hänsyn till utvecklingen mot att landstingen slås samman till större regioner torde frågan vara än mer aktuell än tidigare. Kommittén anser att dessa skäl starkt talar för att landstingen skall ha möjlighet att inom smittskyddsmyndigheten utse flera smittskyddsläkare som på eget ansvar har att utföra de uppgifter som åligger dem enligt smittskyddslagen. Hur arbetet organiseras är upp till landstingen att bestämma.

En närliggande fråga gäller samverkan mellan landsting och kommun. I detta avseende finns enligt kommitténs mening viktiga fördelar att vinna. Ett område där sådan samverkan kan vara av stort värde gäller förebyggandet av vårdrelaterade infektioner och den hygieniska verksamheten. Landstingen har här en specialkompetens som inte är möjlig att upprätthålla i kommunerna. Samtidigt har kommunerna, som huvudmän för den kommunala sjukvården, ett stort ansvar för att uppfylla dessa krav. Kommittén vill understryka vikten av att landsting och kommuner strävar efter att finna samverkansformer där kommunerna kan få del av landstingens kunskaper och erfarenheter på området. Detta bör kunna ske utan särskild reglering.

29.7 Nationellt smittskyddsanslag

Kommittén vill slutligen ta upp ett förslag som tidigare diskuterats under kommitténs arbete och som ånyo framförs av Statskontoret, nämligen inrättandet av ett nationellt smittskyddsanslag. Det har ofta påpekats att oklarhet ibland kan föreligga, särskilt i inledningen av en smittutredning, om vem som slutligen skall bära kostnaderna för provtagning och dylikt. Detta kan leda till att utredningen försenas eller t.o.m. att provtagning inte sker i den omfattning som vore önskvärd. En ytterligare aspekt är att det kan vara svårt för mindre kommuner att ta kostnadsansvaret för mera omfattande utredningar och provtagningar, trots att de är angelägna. Den nya lagen kan visserligen bidra till att klarare ange vem som i varje särskilt fall har ansvaret för en utredning och därmed för kostnaderna. Det kan dock inte helt undvikas att situationer uppstår när det är angeläget att snabbt genomföra provtagning innan smittkällan ännu hunnit lokaliseras. Svårigheterna för mindre kommuner att finansiera dessa oförutsedda kostnader kvarstår också. Kommit-

tén anser därför att ett nationellt anslag bör inrättas, lämpligen administrerat av SMI, varifrån bidrag kan ges till mera omfattande smittutredningar och provtagningar som institutet finner angelägna från epidemiologisk synpunkt. Detta bör på ett verksamt sätt kunna öka kommunernas benägenhet att gå in aktivt med egna utredningsåtgärder och därigenom bidra till snabbare och mer effektiva utredningar.

30 Straffrättsliga aspekter på smittskyddet

30.1 Något om svårigheterna vid tillämpningen av befintliga bestämmelser

Som nämnts i kapitel 12.1 saknar svensk rätt en uttrycklig straffbestämelse som särskilt tar sikte på spridande av smittsam sjukdom från en person till en annan. Ett flertal bestämmelser i brottsbalken kan emellertid bli tillämpliga vid uppsåtlig eller oaktsam smittspridning. HD har ansett att brottsbalkens bestämmelser om grov misshandel, framkallande av fara för annan och spridande av smitta (grovt brott) kan tillämpas då hivinfektion överförs eller riskerat att överföras vid sexuellt umgänge. Även bestämmelserna om vållande till kroppsskada eller sjukdom (grovt brott) och grovt vållande till annans död har ansetts kunna tillämpas. Vid tillämpningen av befintliga bestämmelser på nu aktuella gärningar har emellertid en mängd tillämpningssvårigheter uppstått, bl.a. beträffande uppsåt, adekvans, samtycke och påföljd. Även rådande sekretessbestämmelser har här medfört problem, se vidare nedan under 30.4.

Av de ovan nämnda tillämpningsproblemen innebär uppsåtsfrågan, dvs. bedömningen av vilken avsikt gärningsmannen haft, särskild svårighet. För att en person skall kunna dömas för misshandel krävs att han med sitt handlande haft för avsikt att målsäganden skall drabbas av kroppsskada, sjukdom, smärta, vanmakt eller annat sådant tillstånd. Även då fråga är om försök till misshandel krävs att gärningsmannen haft den avsikt som krävs för det fullbordade brottet. När ett åtal för misshandel gäller sexuell överföring av smittsam sjukdom blir det vanligtvis det s.k. eventuella uppsåtet som kommer i fråga (se kap. 12.4.1). Det eventuella uppsåtet skall tillämpas med stor försiktighet. Tillämpningen vållar problem i hivfallen, eftersom det i princip är omöjligt att förutse om ett visst samlag kommer att leda till att smittan överförs eller ej, och eftersom gärningsmannens avsikt vanligtvis inte alls är att skada sin partner utan blott och bart att ha samlag. Som framgått av

refererade HD-fall i kap. 12.4.1 kan det vara mycket komplicerat att avgöra om en gärning skall anses ha begåtts med uppsåt eller av oaktsamhet och hur bedömningen utfaller i det enskilda fallet kan vara svårförutsägbart och i det närmaste slumpmässigt.

Ett annat problem är kravet på att det skall kunna konstateras att just den aktuella gärningen orsakat att smitta överförts eller inneburit fara för smittoöverföring. Gärningar som "inte är värda att tas på allvar" skall sällas bort från det straffrättsliga området; en handling som inte inneburit en beaktansvärd fara för smittoöverföring skall inte medföra ansvar.

Ytterligare en svårighet kan utgöras av den befintliga bestämmelsen om samtycke. Samtycke till misshandel medför normalt sett inte att gärningsmannen kan befrias från ansvar, men samtycket kan beaktas som förmildrande omständighet vid bestämmandet av gärningens straffvärde (se 12.5). Reglerna kan medföra problem i situationer då en person känt till att hans partner är hivsmittad och varit informerad om faran att smittas, men ändå samtyckt till att ha sexuell umgänge. Trots att partnern varit villig att utsätta sig för fara att smittas kan den smittade inte undkomma straffrättsligt ansvar.

Som nämnts ovan kan det vara förenat med stora svårigheter att avgöra om en gärning som inneburit att smitta överförts eller kunnat överföras begåtts av uppsåt eller oaktsamhet. Hur en gärning rubriceras har emellertid stor inverkan på straffmätningen. Skillnaden mellan de straff som kan bli aktuella är stor; straffskalornas variationer markerar bl.a. den skillnad i straffvärde som traditionellt sett har ansetts föreligga mellan uppsåtligt begångna brott och sådana som har begåtts av oaktsamhet. Skillnaden i straffskalorna beror även på om smitta verkligen överförts eller om så inte skett samt om målsäganden hunnit avlida vid tiden för domstolsprövningen (omständigheter som i nu diskuterade fall vanligtvis ligger utanför gärningsmannens kontroll). För grov misshandel är påföljden exempelvis fängelse i lägst ett och högst tio år, medan påföljden för oaktsamhetsbrottet (vållande till kroppsskada eller sjukdom, grovt brott) är fängelse högst fyra år. Påföljden för framkallande av fara för annan – då smitta inte överförts – är böter eller fängelse i högst två år.

30.2 Överväganden angående behovet av åtgärder

Som tidigare sagts täcker befintlig lagstiftning i och för sig sådana fall då en hivpositiv smittar eller riskerar att smitta annan genom oskyddat sexuellt umgänge. De befintliga reglerna framstår emellertid knappast som ändamålsenliga vid denna typ av gärningar, och tillämpningen är förenad med en hel del svårigheter. Det största problemet är enligt kommitténs mening den bristande förutsägbarheten när det gäller hur viss gärning kommer att bedömas straffrättsligt. Kommittén anser därför att lagstiftningsåtgärder erfordras för att åstadkomma större enhetlighet och ökad förutsägbarhet. En åtgärd som därvid kan övervägas är justering av straffskalorna till befintliga brott för att söka åstadkomma ökade förutsättningar för en mer likformig straffmätning. Detta är emellertid enligt kommitténs uppfattning inte tillräckligt, bl.a. eftersom övriga tillämpningssvårigheter kvarstår efter en sådan justering. Kommittén har även övervägt att införa en grov variant av brottet framkallande av fara för annan, men funnit att detta inte skulle lösa de här aktuella problemen. Andra lösningar bör därför övervägas.

I den allmänna debatten, i den juridiska doktrinen och i vissa motioner till riksdagen (jfr kap. 12.2) har diskuterats möjligheten att införa *ett särskilt hivbrott* som tar sikte på det riskbeteende som en hivsmittads sexuella handlingar kan innebära. Kommittén har övervägt möjligheten att införa ett dylikt straffstadgande. Genom ett sådant kan den smittade t.ex. åläggas vissa skyldigheter och underlåtenhet att följa dessa kan straffas. Exempelvis kan föreskrivas att en hivsmittad måste använda skyddsmedel vid sexuellt umgänge och före umgänget informera sin partner om smittan, dess art och om hur smittan överförs. En dylik straffrättslig regel kan medföra åtskilliga fördelar. Rättsläget blir tämligen enkelt att förstå för den enskilde, och domstolarna slipper ta ställning till sannolikheten för att smitta skulle kunna överföras genom ett visst beteende och vad den tilltalade kunnat inse beträffande detta. På detta sätt skulle man således bl.a. väsentligen underlätta bedömningen av den tilltalades uppsåt. Ett antal invändningar kan dock riktas mot införandet av ett särskilt hivbrott. Den allvarligaste invändningen, enligt kommitténs uppfattning, är att det särskilda utpekandet av hivinfektion i en straffbestämmelse kan befaras bidra till stigmatisering och fördomar mot hivsmittade i allmänhet och medföra negativa konsekvenser för smittskyddsarbetet. Man kan dessutom fråga sig varför en bestämmelse av detta slag inte även skall omfatta andra smittsamma sjukdomar med mycket allvarliga konsekvenser för den enskilde. En annan fråga gäller hur tillämpningen av en sådan bestämmelse kan anpassas

till den medicinska utvecklingen. I framtiden kan tänkas att upptäckten av nya mediciner kan leda till att hiv blir en kronisk – men ej dödlig – sjukdom eller att infektionen t.o.m. blir botbar. En straffbestämmelse som enbart tar sikte på hivinfektion så som den gestaltar sig i dag kan på så sätt bli föråldrad, men ändå leva kvar. Sammantaget finner kommittén att det ur många aspekter torde vara mindre lämpligt med ett särskilt hivbrott, och att en dylik straffbestämmelse inte bör införas.

Mycket talar i stället för att den straffrättsliga frågan om överföring av hiv inte bör ses isolerad. De straffrättsliga problem som förekommer i hivfallen kan föreligga även då det gäller överföring eller fara för överföring av andra farliga sjukdomar. I syfte att fånga upp flertalet nu aktuella gärningar och för att åstadkomma ökad enhetlighet och förutsägbarhet anser kommittén att man bör överväga att införa *en ny straffrättslig bestämmelse* som tar sikte på sådana handlingar som orsakar fara för smittoöverföring av vissa farliga sjukdomar. En dylik bestämmelse skulle således inte endast omfatta hivinfektion utan även vissa andra allvarliga sjukdomar. Bestämmelsen torde lämpligen placeras i brottsbalkens 3 kap., som innehåller övriga grundläggande straffrättsliga bestämmelser vad gäller brott mot liv och hälsa.

30.3 Utformningen av en ny straffrättslig bestämmelse

Som framgår av författningsförslaget (se s. 50) föreslår kommittén en ny 3 kap. 8 a § brottsbalken enligt vilken den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter någon annan för fara att smittas av livshotande sjukdom skall dömas för *orsakande av smittfara* till fängelse i högst fyra år. Enligt den föreslagna bestämmelsen skall vidare gälla att ansvar inte skall utdömas om den, mot vilken gärningen begåtts, informerats om gärningsmannens sjukdom och faran att smittas men ändå samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas. Till grund för den föreslagna utformningen ligger främst följande överväganden.

En första fråga är vilka sjukdomar den nya bestämmelsen bör omfatta. Enligt kommitténs mening bör det röra sig om ett mycket begränsat antal sjukdomar som är av särskilt allvarlig art, nämligen sådana som är livshotande. Endast beträffande dessa får det anses befogat att ha en särskild straffrättslig bestämmelse. Vad gäller andra smittsamma sjukdomar får befintliga bestämmelser anses tillräckliga. Att sjukdomarna skall vara livshotande innebär att de skall vara så svåra att de allmänt sett leder till döden. Döden kan inträffa tämligen omgående eller först senare. En sjukdom som generellt sett inte är dödlig, men

som i det enskilda fallet kan vara livshotande p.g.a. att den smittade innan han drabbades av sjukdomen var särskilt svag och mottaglig för infektioner omfattas inte. Vilka sjukdomar som omfattas får avgöras av domstolarna med ledning av i lagtexten stipulerade kriterier. Enligt kommitténs bedömning får för närvarande t.ex. hivinfektion och multi-resistent TBC anses omfattas av bestämmelsen. Sjukdomar som idag omfattas av bestämmelsen kan emellertid efter ytterligare medicinsk forskning inte längre vara livshotande, och bestämmelsen skall då inte tillämpas på dessa.

Eftersom olika sjukdomar smittar på skilda sätt anser kommittén att regeln bör utformas så att *den som beter sig på sådant sätt att annan utsätts för fara att smittas skall straffas för detta*. Vad som utgör straffbart beteende får avgöras i varje enskilt fall, men någon typ av aktiv handling eller underlåtenhet som innebär någon form av otillåtet risktagande måste alltid krävas. En särskild fråga är om beteenden som rent typiskt innebär fara för smittoöverföring skall straffbeläggas eller om endast sådana handlingssätt som medför att fara föreligger i det enskilda fallet skall straffas. Ett val av det första alternativet kan medföra en mer enhetlig bedömning av likartade handlingar. Å andra sidan kan det ifrågasättas om ett handlingssätt som rent konkret inte inneburit någon fara för smittoöverföring är straffvärt. Kommittén finner att övervägande skäl talar för det senare synsättet, och att straffrättsliga sanktioner därför enbart bör övervägas för sådana handlingssätt som inneburit att fara för smittoöverföring förelegat i det enskilda fallet.

Kommittén har vidare övervägt *vilken grad av personligt ansvar* som bör medföra straff enligt den nya bestämmelsen. Eftersom man vill ha en specialinriktad bestämmelse med sammanhållen straffskala torde det emellertid vara lämpligast att denna omfattar både uppsåt och oaktsamhet. Straffskalan bör därför göras tämligen vid. Vad gäller förutsättningarna för att *uppsåtligt brott* skall ha begåtts bör inte krävas att gärningsmannen haft för avsikt att smitta målsäganden. Det bör i stället räcka med att man kan konstatera att han haft *uppsåt till att fara för smittoöverföring förelegat*, dvs. att han insett att hans handlande inneburit fara för att smitta skulle kunna komma att överföras. Bestämmelsen kan härigenom fånga upp många av de fall där man idag har problem vid bedömningen av det s.k. eventuella uppsåtet. Vad som skall anses *vara oaktsamt handlande* får bedömas i varje enskilt fall. Hänsyn får – liksom idag – bl.a. tas till gärningsmannens kunskaper om sjukdomen och vilka upplysningar och råd han fått av sin läkare. Har alla erforderliga försiktighetsåtgärder vidtagits men smitta ändock överförs kan beteendet inte anses oaktsamt (och är därmed inte straffbart). Ett exempel på oaktsamhet i den föreslagna bestämmelsens mening är om en person som är bärare av en av bestämmelsen omfattad sexuellt över-

förbar sjukdom underlåter att se till att kondom kommer till användning vid samlag. Kravet på oaktsamhet omfattar även vad gärningsmannen känt till eller bort känna till om att han själv är smittad av sjukdomen. Detta är ingen utvidgning av det straffbara området jämfört med vad som gäller idag. En person måste inte ha fått sin sjukdom fastställd genom en läkares diagnos för att kunna ställas till ansvar då han begått en gärning som medfört att smitta överförts eller riskerat att överföras. Det räcker med att han på goda grunder verkligen har haft anledning att misstänka att han är smittad. Grund för dylik misstanke kan t.ex. föreligga om allmänt kända och tydliga symptom på sjukdomen uppträtt eller om personen vet att han varit i en sådan situation där en konkret fara för smittoöverföring föreligger (t.ex. om han haft oskyddat samlag med en person han känt till varit smittad av hivinfektion). Den som befunnit sig i en sådan situation att han haft grundad anledning att anta att han kan ha smittats kan således inte undgå ansvar för egna efterföljande gärningar genom att underlåta att kontrollera om han smittats eller ej.

Enligt befintliga bestämmelser skall det dömas för olika brott beroende på om smitta överförts eller ej (t.ex. misshandel eller framkallande av fara för annan) samt beroende på om målsäganden hunnit avlida vid tiden för den rättsliga prövningen eller alltjämt är i livet (har målsäganden hunnit avlida kan t.ex. dömas för vållande till annans död). Om smitta verkligen överförts och om den smittade hunnit avlida innan rättegången slutförts är dock vanligen omständigheter som står utanför gärningsmannens kontroll. Vilket straff som kan komma ifråga för gärningen är emellertid, som nämnts under 30.1, till stor del beroende av hur brottet rubriceras. Ansvar enligt den nya bestämmelsen skall kunna utdömas *oavsett om smitta överförts eller ej*, och oavsett om målsäganden avlidit vid tiden för den rättsliga prövningen eller alltjämt är i livet. Dessa faktorer skall således fortsättningsvis inte påverka brottets rubricering, vilket skapar större förutsägbarhet och utgör en skillnad mot nu befintliga bestämmelser.

Påpekas bör emellertid att man enligt allmänna straffrättsliga principer vid bestämningen av straffet för ett brott bl.a. skall beakta den skada, kränkning eller fara som gärningen inneburit (brottsbalken 29 kap. 1 §). Detta innebär att man trots en enhetlig rubricering inte helt kan undgå att ta hänsyn till ovan nämnda faktorer vid utmätningen av straffet. Detta får dock ske inom ramen för den för brottet fastställda straffskalan. Vidare kan det bli aktuellt att döma även för annat brott (t.ex. vållande till annans död, brottsbalken 3 kap. 7 §).

Ett särskilt problem är hur man skall se på ett samtycke från en osmittad att utsätta sig för fara att smittas. Detta problem aktualiseras av naturliga skäl främst då det gäller sjukdomar som kan överföras

sexuellt. Som ovan nämnts innebär brottsbalkens nuvarande bestämmelser att ett samtycke inte kan befria gärningsmannen från straffansvar i dylika situationer. Inget torde emellertid hindra att en särbestämmelse om samtyckes inverkan införs i en ny straffbestämmelse. Inför övervägandet av vilken betydelse ett samtycke bör ha i detta sammanhang måste emellertid beaktas vilket syfte som ligger bakom att man bestraffar handlingar som medför fara för överföring av smitta. Ändamålet kan vara att skydda den enskilde individen från att smittas, eller att skydda allmänheten från att smittan sprids i allt vidare cirklar. Sannolikt utgör syftet en kombination av dessa synsätt. En logisk följd av att en straffbestämmelse skall skydda allmänheten från smittspridning vore att båda parter – både den smittade och den osmittade – har ett ansvar för att så inte sker. Används inte kondom vid samlag i en sådan situation kan synas följdriktigt att båda parter skall kunna bli föremål för straffrättslig påföljd (känner båda parter till smittan men använder kondom under hela akten är beteendet sådant att förutsättning för att straffa någon knappast föreligger, ens om kondomen går sönder). Detta skulle emellertid, enligt kommitténs mening, föra alltför långt. Ur ett individperspektiv är den osmittade att anse som den mest utsatte i situationen, och straffbestämmelsen bör även ha till syfte att skydda denne. Kommittén anser således att den osmittade partnern inte i något fall skall kunna ställas till ansvar. Samtidigt framstår det som orimligt att utkräva ansvar av en smittad person om dennes partner varit informerad om smittrisen men ändå beslutat sig för att utsätta sig för denna. Enligt kommitténs uppfattning bör bestämmelsen därför utformas så att inte heller den smittade kan ställas till ansvar i dessa fall.

En ny straffbestämmelse av nu angivet slag kan bidra till en ökad enhetlighet vid bedömningen av likartade gärningar av den typ som nu är ifråga. Att helt kunna undvika tillämpnings- och tolkningsproblem torde dock inte vara möjligt; hänsyn måste alltid tas till omständigheterna i det enskilda fallet. De tolknings- och tillämpningsfrågor som kan uppkomma måste därför även fortsättningsvis till del lösas i praxis. Kommittén är även medveten om att den nya bestämmelsen kan ge upphov till bevisproblem, t.ex. vad gäller frågan om samtycke lämnats eller inte. När gärningsmannen hävdar att samtycke förelegat har åklagaren att bevisa att så inte varit fallet. Men för att åklagaren skall tvingas motbevisa detta påstående krävs, enligt allmänna straffrättsliga principer, att invändningen om samtycke kan anses som trovärdig och inte helt ogrundad. Samma bevisproblem torde vidare i huvudsak föreligga även vid tillämpningen av befintliga bestämmelser om samtycke. Slutligen bör framhållas att särskilt allvarliga gärningar, t.ex. där gärningsmannen haft för avsikt att smitta sitt offer eller varit uppenbart likgiltig för om så sker, även fortsättningsvis kommer att bedömas

enligt brottsbalkens nuvarande bestämmelser om mord, dråp, grov misshandel m.m.

30.4 Sekretessfrågor vid utredning av brott som rör överföring av smitta

Nuvarande bestämmelser i sekretesslagen (1980:100) begränsar en åklagares möjligheter att få tillgång till t.ex. journalanteckningar om en misstänks hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Huvudregeln är att sekretess gäller inom hälso- och sjukvård samt inom socialtjänst för dylika uppgifter. Sekretessen bryts visserligen vid misstanke om brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år, eller om misstanken gäller vissa brott som begåtts mot någon som är under 18 år. Brott som rör överföring av smitta rubriceras emellertid idag vanligtvis som grov misshandel, vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan; för samtliga dessa brott är föreskrivet ett lägre straffminimum än fängelse i två år. Detta innebär att sekretessgenombrott enligt befintlig lagstiftning i övervägande antalet fall inte sker vid brott som rör överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom.

Sekretessen för den enskildes personliga förhållanden gör sig starkt gällande inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Detta inte minst för att den enskilde skall kunna känna förtroende och respekt för sin läkare eller socialtjänsteman och våga vända sig till denne med sina olika frågor och bekymmer. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall en god hälso- och sjukvård särskilt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det betonas bl.a. att vård och behandling så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Av naturliga skäl är det av stor vikt för den enskilde att utomstående inte utan hans samtycke kan få del av journalanteckningar m.m. som rör hans hälsotillstånd. Om utomstående skulle kunna få full insyn i enskilds sjukjournaler skulle detta bl.a. kunna leda till att vissa personer skulle avstå från att söka hjälp från sjukvården. Rör det sig om en person som bär på en smittsam sjukdom är det naturligtvis mycket viktigt att denne inte avskräcks från att söka vård, både för den sjuke själv och för hans omgivning. Likaså är det angeläget att hjälpsökande inte avhåller sig från att uppsöka socialtjänsten.

I mål som rör överföring av smittsam sjukdom är det emellertid för utredningens skull av stor betydelse att polis och åklagare kan få del av uppgifter beträffande när den misstänkte konstaterats vara smittad,

vilken information om sjukdomen han fått av sin läkare, vilka råd som givits honom m.m. Nuvarande sekretessbestämmelser innebär i princip, som tidigare nämnts, att en fullständig brottsutredning endast kan genomföras om den enskilde samtycker till att sekretessen efterges. Detta kan i vissa fall innebära att förutsättning för åtal endast föreligger om sådant samtycke ges.

Avvägningen mellan intresset av en effektiv brottsbekämpning och intresset av vårdsekretess är ingen enkel fråga. Efter övervägande anser emellertid kommittén att starka skäl talar för att sekretessen inom sjukvård och socialtjänst inte får drivas så långt att den riskerar att leda till ofullständiga eller felaktiga brottsutredningar i de allvarliga fall som här är i fråga. Intresset av ett korrekt beslutsunderlag för åklagare och domstolar vid de aktuella gärningarna väger mycket tungt, såväl med hänsyn till den enskilde målsäganden som med hänsyn till den större allmänhet som straffbestämmelserna i ett vidare perspektiv avser att skydda. Vidare är det otillfredsställande att resultatet av åtal kan bli helt olika beroende på om den misstänkte efterger sekretessen eller inte; till del kan detta även bero på hur utredaren väljer att rubricera den misstänkta gärningen. Kommittén föreslår därför att sekretesslagen ändras, så att sekretessen inte hindrar vårdpersonal eller personal vid socialtjänsten att lämna de uppgifter som behövs till åklagare och polis då det föreligger misstanke om att en person begått sådan gärning som inneburit att han utsatt annan för risk att smittas av allvarlig sjukdom enligt den av kommittén föreslagna nya straffbestämmelsen (se 30.3 ovan). Detta skall också gälla om fråga är om grov misshandel eller försök därtill, som begåtts genom överföring eller försök till överföring av sådan smittsam sjukdom som avses i den nya straffbestämmelsen. Däremot berörs inte brotten vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan. En följd av den föreslagna förändringen i sekretesslagen blir att motsvarande förändringar kommer att gälla beträffande möjligheten att ställa frågor till vittnen under rättegång samt vad gäller företeende av skriftlig handling inför domstol.

30.5 Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Som framgått av kap. 12.10 finns enligt rättegångsbalken och lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål möjlighet att i vissa fall tvångstesta en person för smittsam sjukdom då denne misstänks ha begått en brottslig gärning. Vidare föreslår kommittén att smittskyddslagen skall innehålla regler som medger tvångsun-

dersökning, då en person med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom och då ovissheten om så är fallet medför påtaglig risk för att andra människor kan smittas (se kap. 26).

Polismyndigheten i Stockholms län har i skrivelse till kommittén, kommitténs diarienummer 3/96, framfört viss kritik mot de befintliga bestämmelserna om tvångstestning. Polismyndigheten har bl.a. pekat på att lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål endast kan tillämpas vid hivinfektion och inte vid andra smittsamma sjukdomar och att en förutsättning för undersökning enligt lagen är att den person som man önskar undersökt är skäligen misstänkt för brott. Vidare har påpekats att det vid de brott polisen riskerar utsättas för i sin tjänst enligt lagen krävs att det skall föreligga någon konkret omständighet som tyder på att den misstänkte är smittad. Polismyndigheten menar att det bör finnas en möjlighet för den som inom ramen för sin tjänstgöring utsätts för smittrisk från den som är frihetsberövad att efter begäran få en provtagning genomförd, och att det därvid inte bör krävas några särskilda omständigheter som tyder på att den frihetsberövade är smittad av hivinfektion.

Det ankommer inte på kommittén att mera generellt överväga reglerna om provtagning vid misstanke om brottslig gärning. Med anledning av vad polismyndigheten i Stockholm anfört har kommittén emellertid övervägt om förutsättningarna för provtagning enligt lagen om undersökning beträffande hivsmitta i brottmål är ändamålsenliga eller om någon utvidgning bör ske för att stärka skyddet för dem som i sitt arbete kan utsättas för särskild risk att smittas av allvarliga sjukdomar. Kommittén är medveten om att polisens arbete i många fall är av utsatt natur och att den enskilde polismannen i sin yrkesutövning kan försättas i situationer där det är svårt att skydda sig mot smittrisk. Även andra yrkesgrupper, exempelvis sjukvårdspersonal, kan emellertid utsättas för smittrisk i sitt arbete. Med beaktande av de krav som i regeringsformen uppställs för att medborgarna skall få utsättas för påtvingade kroppsliga ingrepp (se kap. 12.10), anser kommittén inte att polisarbetets utsatta karaktär eller den påfrestning det innebär för en polisman att avvakta resultatet av en undersökning av honom själv utgör tillräckliga skäl för att utvidga möjligheterna till provtagning beträffande hivinfektion på den misstänkte. Om situationen ändras bör det dock inte vara uteslutet att ompröva detta kommitténs ställningstagande. Ett skäl för detta skulle t.ex. kunna vara att det visas att snabbt insatt förebyggande behandling av personer som utsatts för smitta klart minskar risken för smittoöverföring. Under senare år har antiviral förebyggande behandling givits till bl.a. sjukvårdspersonal i samband med hivsmittotillbud. Enligt tidigare rapporter hade detta tveksam effekt eller ingen effekt alls. Nyligen publicerades dock

resultat från studier som talar för att angiven profylax tycks ha viss skyddande karaktär. Med hänsyn till osäkerheten av effekten av den förebyggande behandling som kan ges idag, anser kommittén emellertid att förekomsten av detta inte för närvarande utgör skäl att utvidga möjligheterna till provtagning. Däremot anser kommittén att skäl saknas att endast låta lagen omfatta hivinfektion. Även vad gäller andra svåra smittsamma sjukdomar än hivinfektion kan det vara av vikt för den som utsatts för smittrisk vid brottslig gärning att få reda på om gärningsmannen är smittad. Att utvidga lagen till att omfatta alla s.k. allmänfarliga smittsamma sjukdomar (se kap. 23) skulle emellertid föra alltför långt. Kommittén stannar istället vid att föreslå att vissa allvarliga sjukdomar som kan överföras genom att målsäganden kommer i kontakt med gärningsmannens blod bör omfattas av lagen. Härmed avses förutom hivinfektion även hepatit B och C. Även ifråga om dessa sjukdomar kan det ta avsevärd tid för målsäganden att få veta om han själv är smittad. En konsekvens av den föreslagna förändringen blir att lagen fortsättningsvis bör rubriceras på så sätt att det av rubriken framgår att lagen omfattar fler smittsamma sjukdomar än hivinfektion.

31 De s.k. bastuklubbarna

Genom lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagen), som trädde i kraft 1987, förbjöds de s.k. bastuklubbarna och andra liknande verksamheter. Syftet med förbudet var att motverka hivspridning på klubbarna. Bakgrunden till lagen utgjordes bl.a. av en rapport från Socialstyrelsen, i vilken konstaterades att verksamheten vid de aktuella klubbarna innebar en risk för spridning av hivinfektion (se kap. 11.1). I sina direktiv har kommittén ålagts att utvärdera bastuklubbslagen. Kommittén har därvid i första hand sett som sin uppgift att analysera om lagen, i enlighet med sitt syfte, leder till ökat skydd mot smitta av vissa samhällsfarliga sjukdomar.

Bastuklubbslagen förbjuder anordnande av tillställningar eller sammankomster som är ägnade att underlätta sexuellt umgänge mellan besökare. Både klubbar som inriktar sig på homosexuella besökare och sådana som riktar sig till heterosexuella omfattas av lagen. De klubbar som funnits har emellertid i den absoluta majoriteten fall vänt sig till homosexuella män. Som påpekats i kap. 11.3 saknas tillgängliga statistiska uppgifter om hur många som hivsmittats vid besök på bastuklubb. Dyliga uppgifter finns vare sig för tiden före eller för tiden efter förbudets ikraftträdande. De studier där hivsmittade personer tillfrågats om smittvägar innehåller inte heller någon sådan information. Av kontakter som tagits med några av sjukhuskliniker i Stockholmsområdet (se kap. 11.3) framgår visserligen att det på Venhälsan (som är en mottagning särskilt för homo- och bisexuella män) inte bedöms vara ovanligt att personer kommer för att hivtesta sig därför att de haft anonyma sexuella kontakter på videoklubb eller liknande. Endast ett fåtal smittade personer har dock uppgett sådana kontakter som eventuell smittkälla. På övriga tillfrågade kliniker anses det ovanligt att en patient uppger anonyma sexuella kontakter som motiv för testning eller som eventuell smittkälla.

Till skillnad från Sverige har Finland, Norge och Danmark inte något förbud mot bastuklubbar, och sådana klubbar förekommer också i dessa länder. I Danmark har det kunnat konstateras att det trots information om smittrisen och tillhandahållande av kondomer m.m. fortfa-

rande förekommer oskyddat sexuellt umgänge på klubbarna. Om någon smittspridning sker där känner man emellertid inte till. Även i Norge har man uppfattningen att det förekommer oskyddat sexuellt umgänge på klubbarna och man menar att där finns en smittrisk; man bedömer dock att klubbverksamheten inte spelar någon central roll i hivpidemins utveckling eftersom samma sorts beteende även förekommer på andra platser. I Finland finns endast ett fåtal klubbar och egentlig kännedom om verksamheten på dessa idag saknas.

Förbudet mot bastuklubbar har ända sedan sin tillkomst varit mycket omdiskuterat. Vissa har hävdad att förbudet bör bibehållas p.g.a. smittriskan på klubbarna. Andra har kraftigt kritiserat lagen. Kritikerna har bl.a. framhållit att förbudet motverkar sitt syfte, då det på klubbarna ges unika förutsättningar att påverka människors beteende genom information om säkert sexuellt beteende, testning och samtalsterapi samt genom tillhandahållande av kondomer. Det har även anförts att kriminaliseringen medfört att homosexuella män i stället tvingas träffas på platser såsom parker, badanstalter och allmänna toaletter där de löper större risk att utsättas för våld. Vidare har man menat att lagen, trots att den i och för sig både gäller hetero- och homosexuellt beteende, i praktiken är diskriminerande då anonyma sexuella kontakter till allra största delen förekommer bland homosexuella.

Bastuklubbslagen har även kritiserats för att den är svår att tillämpa. Från polismyndigheten har framförts att gränsdragningen mellan tillåten och otillåten verksamhet är svår att göra, eftersom lagens förarbeten inte innehåller tillräckligt konkreta uttalanden. Praxis ger inte alla gånger ledning; endast ett fåtal domar på området har meddelats, och ännu har inte något fall prövats av Högsta domstolen.

Kommittén har, som inledningsvis nämnts, haft i uppgift att utvärdera bastuklubbslagen. Detta får med hänsyn till kommitténs övriga uppdrag förstås så att det är fråga om att utvärdera lagen utifrån ett smittskyddsperspektiv. Det ankommer inte på kommittén att anlägga moraliska aspekter eller att värdera lagen från andra synpunkter än sådana som har anknytning till smittskyddet. En central fråga är då om bastuklubbslagen haft någon inverkan på hivpidemin. Syftet med verksamheten på bastuklubbarna, att utöva anonymt sexuellt umgänge med tillfälliga kontakter, får i och för sig anses vara sådant att man svårligen kan bortse från den smittrisk som kan föreligga. Miljön på själva inrättningarna underlättar också ett högriskbeteende, dvs. oskyddat sexuellt umgänge med okända. Motsvarande beteende förekommer dock i dag även på andra ställen – i parker, på offentliga toaletter m.m. – där möjlighet att ingripa enligt bastuklubbslagen saknas. Det förefaller som om den typ av bastuklubbar som fanns vid

lagens tillkomst nu försvunnit, men det finns sannolikt fortfarande videoklubbar på vilka liknande verksamhet förekommer.

Mot bakgrund av de uppgifter om smittspridning m.m. som kommittén haft att tillgå får det anses oklart i vad mån förbudet i bastuklubbslagen haft den åsyftade effekten på hivepidemin; några konkreta belägg för att lagen haft någon inverkan på epidemins förlopp står knappast att finna. Med hänsyn härtill saknas, enligt kommitténs uppfattning, grund för att hävda att ett totalförbud mot bastuklubbarna är motiverat av smittskyddsskäl. Kommittén vill dock kraftigt understryka att totalförbudets avskaffande *inte* får ses som ett tecken på att den på klubbarna utövade verksamheten är riskfri från smittskyddssynpunkt. Vid oskyddat sexuellt umgänge med en partner man inte känner närmare finns alltid en risk för smittoöverföring. Hivinfektion är alltså en utomordentligt allvarlig sjukdom för vilken ingen bot finns. Det kan inte heller uteslutas att nya allvarliga varianter av sexuellt överförbara sjukdomar kan dyka upp i framtiden. Av dessa skäl anser kommittén att regleringen inte kan lämnas helt öppen. Lagstiftningen måste utformas så att den ger möjlighet till ingripande om förhållandena i ett enskilt fall är sådana att det kan antas föreligga konkret risk för smittspridning.

I princip finns inte stöd för ingripande mot bastuklubbarna (om fråga inte är om ingripande p.g.a. brott enligt brottsbalken eller liknande) enligt annan befintlig lagstiftning än enligt bastuklubbslagen. Ordningsslagen innehåller visserligen bestämmelser om vad som gäller vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, men i normalfallet kan den verksamhet som sker vid bastuklubbarna varken betraktas som allmän sammankomst eller som offentlig tillställning enligt lagens nuvarande lydelse (undantagsvis kan dock verksamheten vid klubbarna omfattas av den grundlagsskyddade mötesfriheten; arrangementet är då att betrakta som en allmän sammankomst). Någon typ av lagändring krävs således för att möjliggöra ingripanden vid missförhållanden på bastuklubbar i det enskilda fallet.

Vad gäller formen för ett ingripande kan olika alternativ diskuteras. En möjlighet är att skapa ett tillståndssystem för klubbarna, vilket skulle ge möjlighet att i det enskilda fallet framtvunga en sådan förändring av verksamheten att denna kan godtas från smittskyddssynpunkt. Lösningen övervägdes redan i förarbetena till nuvarande bastuklubbslag. För erhållande av tillstånd skulle vissa villkor uppställas, bl.a. beträffande lokalernas utformning, information, tillhandahållande av kondomer m.m. Om villkoren inte uppfylls tvingas verksamheten att upphöra. I likhet med vad som framfördes i förarbetena till bastuklubbslagen, anser dock kommittén att en dylik modell är förenad med betydande svårigheter. Redan utformningen av villkoren innebär problem. Det

finns också en risk för att ett tillstånd kan uppfattas som en garanti mot smittrisk. Kommittén kan därför inte ställa sig bakom en sådan modell.

Kommittén förordar istället en lösning som inte kräver särskilt tillstånd för anordnande av bastuklubsverksamhet, men som ger myndigheterna möjlighet att ingripa i ett enskilt fall om konkreta missförhållanden föreligger. Införandet av en ny, särskild lag med sådana bestämmelser bör emellertid undvikas. Behandlandet av bastuklubbarna i en egen lag kan befaras bidra till utpekande av och fördomar mot homosexuella i allmänhet. Vid undvikande av en särskild lag ligger ett par alternativ närmast till hands. En variant är att inta bestämmelser om bastuklubbar i smittskyddslagen. På så sätt kan den epidemiologiska grunden för regleringen tydligt betonas. Det finns dock lagtekniska invändningar mot en dylik konstruktion. Lösningen skulle innebära att man i smittskyddslagen skulle behöva införa ett antal bestämmelser om organisation och tillsyn, möjlighet till upplösning av sammankomster, polisens befogenheter i sammanhanget m.m. Bestämmelserna skulle bli tämligen omfattande och i många delar helt främmande för en lag vars uppgift är att reglera samhällets smittskydd. Denna lösning kan därför inte anses lämplig. Ett alternativ som ter sig mer tilltalande är att reglera bastuklubbarna genom en komplettering av bestämmelserna i ordningslagen (1993:1617). Ordningens mest centrala delar innehåller bestämmelser till upprätthållande av ordning och säkerhet vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar såsom demonstrationer, marknader, danstillställningar m.m. Bastuklubbarna är i och för sig – vilket framgått ovan – enligt rådande bestämmelser som huvudregel vare sig att anse som allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar. Det kan därför förefalla som om klubbarna är en främmande företeelse jämfört med vad som i övrigt regleras i ordningslagen. I likhet med de offentliga tillställningarna får emellertid bastuklubbarna anses vara av nöjeskaraktär. Dessutom förekommer i ordningslagen bestämmelser om förbud mot pornografiska föreställningar och om möjlighet att föreskriva att sammankomster och tillställningar inte får hållas inom visst område för att motverka epidemi. Med hänsyn härtill bör även bastuklubbarna kunna regleras i nämnda lag, utan att detta framstår som alltför avvikande. Kommittén anser att en lämplig lösning är att i ordningslagen jämställa bastuklubbarna med offentliga tillställningar. Härigenom kan bastuklubbarna i huvudsak kontrolleras med hjälp av det för de offentliga tillställningarna redan gällande regelsystemet. Några principiella hinder mot en sådan modell finns inte.

Ett jämställande av bastuklubbarna med offentliga tillställningar medför att de regler som gäller för offentliga tillställningar, bl.a. beträffande upplösning och förbud, blir tillämpliga på klubbarna. Detta innebär t.ex. att en bastuklubb kan upplösas om det där förekommer något

som strider mot lag (t.ex. narkotikahandel eller dobbleri) eller om verksamheten medför oordning eller fara för de närvarande (exempelvis p.g.a. smittrisk). Upplösning kan dock endast ske om mindre ingripande åtgärder visat sig vara otillräckliga. Vidare medför nu diskuterad reglering att bestämmelserna om anmälan av offentliga tillställningar skall tillämpas beträffande bastuklubbarna. Bestämmelserna innebär bl.a. att anordnande av bastuklubb måste anmälas till polisen. Anmälan skall innehålla uppgifter om anordnaren, tiden för tillställningen, dens art och huvudsakliga utformning samt de åtgärder ifråga om ordning och säkerhet som anordnaren avser vidta. Som tidigare nämnts kan det tänkas att det vid en bastuklubb undantagsvis förekommer verksamhet som omfattas av den i grundlagen skyddade mötesfriheten. Arrangemanget kan då vara att betrakta som en allmän sammankomst och inte som en offentlig tillställning; vad som skall gälla får avgöras utifrån en helhetsbedömning av verksamheten i varje enskilt fall. Sannolikt är detta dock mer ett teoretiskt än praktiskt problem. Skulle verksamheten vara att betrakta som en allmän sammankomst skall ordningslagens regler om sådana tillämpas. I vissa fall har allmänna sammankomster ett starkare skydd än offentliga tillställningar. Men skulle verksamheten vid en allmän sammankomst innebära att de närvarande hotades att smittas av en allvarlig sjukdom, torde emellertid även denna kunna upplösas och förbjudas (se vidare författningskommentaren, kap. 36.7).

32 Uppgiftsskyldighet och sekretess

32.1 Allmänna utgångspunkter

I motiven till gällande smittskyddslag, prop. 1988/89:5, påpekade departementschefen att det i smittskyddsarbetet inte sällan framträder de intressemotsättningar som finns när det gäller å ena sidan smittskyddsmyndigheternas behov av tämligen detaljerade uppgifter av ofta känslig natur om enskilda individer och å andra sidan den enskildes intresse av att värna sin personliga integritet. Enligt departementschefen förutsatte ett effektivt smittskydd att de smittade har förtroende för och känner säkerhet i myndigheternas åtgärder. Den viktigaste förutsättningen i detta hänseende torde enligt henne vara den sekretess som gäller i smittskyddsarbetet eller som direkt berör denna verksamhet. När det gällde möjligheterna till informationsutbyte framhöll departementschefen att utgångspunkten måste vara att en uppgift får lämnas endast då det är nödvändigt för smittskyddsarbetet. Detta innebär att endast sådana uppgifter som är relevanta för smittskyddsarbetet får lämnas och endast till den som oundgängligen behöver uppgifterna i sin verksamhet. Bestämmelserna om utlämnande fick emellertid enligt henne inte utformas så restriktivt att smittskyddet starkt försvåras.

Kommittén anser att dessa grundsatser bör gälla även fortsättningsvis. Nuvarande smittskyddslag innehåller flera sekretessbrytande bestämmelser som införts i syfte att bl.a. smittskyddsläkaren skall få tillgång till för honom nödvändiga uppgifter. Enligt kommitténs uppfattning är nuvarande bestämmelser i huvudsak nödvändiga och också tillräckliga för att ge goda möjligheter till nödvändigt informationsutbyte, även med beaktande av de förändringar av smittskyddslagstiftningen som kommittén föreslår. Några frågor föranleder dock en särskild diskussion och tas därför upp särskilt i följande avsnitt. Frågor som rör sekretessen vid det straffrättsliga förfarandet, såsom som lämnande av sekretessbelagda uppgifter vid förundersökning i brottmål då någon misstänks sprida smitta, behandlas i kap. 30.4.

I det här sammanhanget skall uppmärksammas att regeringen i april 1998 har utfärdat direktiv för en särskild kommitté med uppdrag att

bl.a. göra en allmän översyn av sekretesslagen. Kommittén är dock ännu inte tillsatt. Enligt direktiven ingår i uppdraget frågor om bl.a. förutsättningarna för att öka uppgiftslämnandet mellan myndigheter och behovet av och möjligheterna av att ändra bestämmelsen i 14 kap. 2 § fjärde stycket sekretesslagen (SkrL) rörande bl.a. hälso- och sjukvårdens möjligheter att till polis m.fl. lämna uppgifter vid förundersökning i brottmål. I detta uppdrag berörs således även frågor som är av intresse för smittskyddet. Uppdraget i de delar som avser den allmänna översynen av sekretesslagen skall enligt direktiven vara avslutat senast den 1 maj 2001.

32.2 Allmänna bestämmelser om utlämnande av uppgifter

I gällande smittskyddslag finns särskilda bestämmelser om utlämnande av uppgifter mellan smittskyddsläkare och berörda myndigheter m.fl. som syftar till att möjliggöra ett så effektivt smittskyddsarbete som möjligt; nämligen 8 § respektive 12 § andra stycket. Enligt 8 § smittskyddslagen har smittskyddsläkaren rätt att få upplysningar och ta del av handlingar hos kommunala nämnder som ansvarar för det objektinriktade smittskyddet och hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Smittskyddsläkaren har å sin sida skyldighet att i vissa fall lämna uppgifter till andra smittskyddsläkare och till behandlande läkare. Dessa bestämmelser har stor betydelse för smittskyddsarbetet och bör enligt kommittén bibehållas även i en förändrad smittskyddslag.

32.3 Uppgiftslämnande i samband med utredning hos smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkaren får enligt kommitténs förslag ett uttryckligt ansvar för att bevaka att den smittade får tillgång till det stöd eller den vård som behövs för att minska smittspridningen. För att nödvändig utredning skall kunna komma till stånd krävs att smittskyddsläkaren får tillgång till den information som behövs och att smittskyddsläkaren kan lämna nödvändiga uppgifter till bl.a. socialnämnd och ansvariga för vård inom hälso- och sjukvården. Enligt 29 § i gällande smittskyddslag har smittskyddsläkaren rätt att få uppgifter från bl.a. nu nämnda myndigheter beträffande vissa av regeringen föreskrivna samhällsfarliga

sjukdomar. En motsvarande bestämmelse bör finnas även i den nya lagen. Emellertid anser kommittén att rätten för smittskyddsläkaren att inhämta uppgifter bör omfatta samtliga smittsamma sjukdomar för vilka isolering oberoende av samtycke kan komma i fråga, dvs. allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Beträffande samtliga dessa föreligger ett sådant smittskyddsintresse av att åtgärder vidtas att det inte finns skäl att göra ytterligare begränsningar av när smittskyddsläkaren skall ha rätt att få uppgifter från andra myndigheter. Det bör erinras om att denna grupp av sjukdomar är mycket begränsad i jämförelse med antalet samhällsfarliga sjukdomar i nu gällande lag.

Vidare bör smittskyddsläkaren ha en uttrycklig rätt att lämna de uppgifter som är nödvändiga för att den enskilde skall kunna få erforderlig vård, behandling eller annat stöd. Visserligen torde smittskyddsläkaren redan nu i många fall vara oförhindrad att lämna ut sådana uppgifter till bl.a. socialnämnd eller vårdansvariga enligt hälso- och sjukvårdslagen, i varje fall när uppgiftslämnandet kan anses vara till förmån för den enskilde. För att undanröja eventuella tveksamheter bör emellertid rätten att lämna uppgifter uttryckligen framgå i den rättsliga regleringen.

Kommittén anser däremot inte att det finns skäl att utvidga möjligheterna till ett mer fritt informationsutbyte mellan smittskyddsläkaren och andra myndigheter än vad som ovan föreslagits. Enligt vad kommittén erfarit förekommer t.ex. att särskilda konferenser hålls mellan smittskyddsläkare, behandlande läkare, socialtjänst, polismyndigheter m.fl., vid vilka behandlas frågor rörande bl.a. vem som skall ha det huvudsakliga ansvaret för behövliga åtgärder. Sekretesslagen ger ytterst få möjligheter till att vid sådana tillfällen ta upp individuella ärenden, om inte den enskilde samtycker till detta. Enligt kommitténs uppfattning bör ingen ändring ske på denna punkt.

Enligt 30–31 §§ i gällande smittskyddslag skall smittskyddsläkaren i vissa fall underrätta bl.a. socialnämnd och polismyndighet om en hivpositiv inte har följt eller misstänks inte ha följt för honom eller henne meddelade förhållningsregler. Underrättade myndigheter har härefter skyldighet att anmäla förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs.

Bestämmelsen infördes för att förbättra smittskyddsläkarens möjligheter att kontrollera att de smittade följer erhållna förhållningsregler. Enligt vad kommittén erfarit synes bestämmelserna dock haft en liten betydelse i praktiken. Såvitt framgått har återrapportering använts i mycket begränsad omfattning och främst tillgripits när det gäller prostituerade. Det finns därför skäl att ifrågasätta om denna underrättelseskyldighet bör bibehållas. Även rent principiella skäl kan anföras mot

att t.ex. socialnämnden härigenom får en övervakningsfunktion inom smittskyddet vilket kan ha negativ inverkan på förtroendet mellan klienten och handläggande socialtjänsteman. I de allra flesta fall torde möjligheterna till informationsutbyte enligt ovan föreslagna bestämmelser vara tillräckliga. Emellertid kan det undantagsvis förekomma situationer då dessa bestämmelser inte ger smittskyddsläkaren erforderliga möjligheter att utreda huruvida en smittad, som anmäls av sin behandlande läkare, utsätter andra för smittrisk. Skäl föreligger därför att ålägga vissa myndigheter, däribland socialnämnden, en tidsbegränsad skyldighet att anmäla förhållanden som tyder på att en smittad inte vidtar de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta. Denna möjlighet får dock endast användas då det är nödvändigt för smittskyddsläkarens utredning rörande behovet av insatser för en enskild smittad. I konsekvens med kommitténs övriga bedömningar av uppgiftsskyldigheterna bör nu berörd skyldighet omfatta samtliga allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

32.4 Uppgiftslämnande avseende smittade personer som intagits på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård

Enligt gällande reglering finns vissa sekretessbrytande bestämmelser som syftar till att minska risken för smittspridning då en smittad person befinner sig på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård. Så skall behandlande läkare enligt 32 § i gällande smittskyddslag underätta läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården vid kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård då en patient med *hivinfektion* intagits på anstalten eller vårdinrättningen. Vidare har hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma vid bl.a. kriminalvårdsanstalt, LVM-hem och s.k. särskilda ungdomshem skyldighet att i vissa fall underätta styresmannen vid anstalten respektive den som förestår hemmet om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom (37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, 4 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), 12 § 3 st lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård). Bestämmelserna infördes med hänsyn till bl.a. att den behandlande läkaren har begränsade möjligheter att kontrollera att den smittade följer förhållningsreglerna

då han eller hon är tvångsomhändertagen. Med hänsyn till att särskilda åtgärder kan krävas för minska riskerna för smittspridning inom anstalten eller vårdinrättningen bör motsvarande bestämmelser behållas. Som påpekats i tidigare förarbeten (prop. 1995/96:23) får det anses föreligga ett särskilt ansvar för att personer som blivit föremål för tvångsomhändertagande inte skall utsättas för risk att smittas av allvarliga smittsamma sjukdomar. Bestämmelserna bör omfatta allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

Enligt 32 § i gällande smittskyddslag skall den ansvarige läkaren vid kriminalvårdsanstalten eller vårdinrättningen underrätta den behandlande läkaren om han finner att den intagne smittade inte kan tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras. I praktiken torde förhållandena dock vara sådana att den behandlande läkaren inte kan vidta andra åtgärder än en formell anmälan till smittskyddsläkaren. Enligt kommittén framstår det som mer ändamålsenligt att den ansvarige läkaren direkt kontaktar smittskyddsläkaren då problem med smitt-risk uppstår vid anstalten eller vårdinrättningen. Med hänsyn härtill bör det uttryckligen anges i lagen att den ansvarige läkaren i sådant fall skall underrätta smittskyddsläkaren.

Hälso- och sjukvårdspersonalens upplysningsskyldighet är något mera långtgående enligt bestämmelserna i LVM och LVU och för verkställighet av sluten ungdomsvård än enligt 37 § kriminalvårdslagen. Enligt de först nämnda bestämmelserna skall föreståndaren för vården i princip alltid underrättas med undantag för sådana situationer då det står klart att det inte finns risk för smittspridning. Underrättelseskyldighet enligt kriminalvårdslagen föreligger endast om underrättelse behövs med hänsyn till faran för smittspridning. Motiven för de olika formuleringarna är enligt prop. 1995/96:23 att de som vårdas enligt LVU eller LVM i mycket stor utsträckning har allvarliga missbruksproblem vilket ökar risken för spridning av smittsamma sjukdomar. Emellertid förekommer även inom kriminalvården klientel med sådant allvarligt missbruk eller med sådana psykiska eller sociala störningar som kan medföra en ökad risk för smittspridning. Enligt kommitténs mening finns det därför inte någon anledning att uppgiftsskyldigheten enligt kriminalvårdslagens bestämmelse utformas annorlunda än vad som gäller enligt bl.a. LVM. Till detta kommer att aktuell underrättelseskyldighet rör synnerligen allvarliga smittsamma sjukdomar vilket talar för att styresmannen vid kriminalvårdsanstalten i regel bör få kännedom om att en intagen är smittad av sådan sjukdom. Motsvarande bör även gälla uppgiftsskyldigheten enligt lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

Nu berörda bestämmelser har tillkommit mot bakgrund av de särskilda förhållanden som råder vid tvångsomhändertaganden. Uppgiftslämnandet innebär inte heller att de utlämnade uppgifterna inte längre är skyddade eftersom sekretess råder vid samtliga nu berörda verksamheter. Här bör också uppmärksammas att det även vid andra verksamheter kan finnas behov av att föreståndare eller personal underrättas om att någon som vistas vid verksamheten bär på en smittsam sjukdom. Kommittén anser dock att det skulle föra för långt att ytterligare öppna möjligheterna att lämna ut sekretesskyddade uppgifter.

32.5 Sekretessen i smittskyddsmål

32.5.1 Något om den rättsliga regleringen

Beslut enligt smittskyddslagen omfattas som huvudregel av sekretess enligt 7 kap. 1 § SekrL. Undantag görs dock i 7 kap. 2 § 2 p för beslut som angår frihetsberövande åtgärd, utom då det är fråga om sådana smittsamma sjukdomar som anges i 1.3 bilagan till smittskyddslagen (dvs. gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle).

Undantaget för beslut som angår frihetsberövande åtgärd innebär således att beslutet är offentligt. Motsvarande undantag från sekretess gäller vid andra beslut om vård eller omhändertagande utan samtycke enligt LVM, LVU och vid psykiatrisk tvångsvård.

I sekretesslagen finns vidare i 12 kap. särskilda bestämmelser om sekretess hos domstolar. Dessa bestämmelser är tillämpliga även på förvaltningsdomstolarnas handläggning av mål och ärenden enligt smittskyddslagen. Av bestämmelserna följer att om en domstol i sin rättsskipande verksamhet från annan myndighet erhåller en uppgift som är sekretessbelagd där, gäller sekretessen också hos domstolen (12 kap. 1 §). Sekretess vid domstol för en uppgift upphör dock om uppgiften förebringas vid offentlig förhandling varmed menas att uppgiften faktiskt åberopats eller föredragits vid förhandlingen. Förvaltningsdomstolar har emellertid en relativt vitt gående möjlighet att hålla förhandling inom stängda dörrar, vilket innebär att förhandlingen inte är offentlig. Enligt 16 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) får rätten förordna om att förhandling skall hållas inom stängda dörrar om det kan *antas* att vid förhandlingen kommer att förebringas uppgift för vilken sekretess gäller. Om förhandlingen hålls inom stängda dörrar bibehålls sekretessen för uppgifter som har förebringats vid förhandlingen (12 kap. 3 § SekrL). För fortsatt sekretess krävs dock att domstolen, när målet avslutas, förordnar att sekretessen skall bestå. Om

en uppgift tas in i domstolens dom eller beslut upphör normalt all sekretess för den uppgiften (12 kap. 4 §). Domstolen kan dock – under förutsättning att sekretess fortfarande gäller för en uppgift – sekretessbelägga även uppgifter i domskälen. Domslutet kan i princip inte sekretessbeläggas. Om beslutet omfattas av undantagsregeln i 7 kap. 2 § saknar domstolen också möjlighet att sekretessbelägga de uppgifter som ingår i domen eller beslutet.

Undantagsreglerna i 7 kap. 2 § om vissa besluts offentlighet innebär således att de uppgifter som framgår av själva domen eller beslutet blir offentliga. Beträffande övriga uppgifter som finns tillgängliga i målet kan domstolen förordna att sekretessen skall bestå.

32.5.2 Kommitténs överväganden

De undantag för frihetsberövande åtgärder som regleras i 7 kap. 2 § SekrL har motiverats av att rättssäkerhetsintresset av möjlighet till insyn i dessa mål gör sig starkt gällande. I den promemoria som låg till grund för propositionen om sekretesslagen ansågs det särskilt betydelsefullt att beslut om frihetsberövande åtgärder inte skulle kunna fattas i hemlighet. Departementschefen anslöt sig till denna syn och ansåg det angeläget att slå vakt om offentlighetsintressena när det gällde tvångsmässiga omhändertaganden av enskilda (prop. 1979/80:2 s. 164).

Kommittén anser att på motsvarande sätt som nu skall sekretessen inom hälso- och sjukvården inte gälla beslut enligt smittskyddslagen om beslutet angår frihetsberövande åtgärd. Enligt kommittén bör motsvarande offentlighetsregel även gälla sådana föreskrifter som kan meddelas i stället för isolering oberoende av samtycke. Beträffande övriga beslut gör sig offentlighetsintressena däremot inte lika starkt gällande varför undantaget från sekretess bör begränsas till de beslut som nu nämnts.

En särskild fråga är dock om sekretess fortfarande skall gälla beslut om frihetsberövande vid sådana sjukdomar som anges i 1.3 bilagan till nu gällande smittskyddslag. Här kan först konstateras att enligt kommitténs förslag har antalet sjukdomar för vilka tvångsåtgärder kan vidtas starkt begränsats. Beträffande de sjukdomar som omfattas av bilaga 1.3 till smittskyddslagen är det endast hivinfektion som idag kan hänföras till de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna. Vidare har nästan samtliga mål enligt smittskyddslagen angått frihetsberövande åtgärd vid hivinfektion. Diskussionen koncentreras därför till sådana beslut som berör hivinfektion.

Enligt kommittén talar rättssäkerhetsskäl starkt för att även beslut som rör frihetsberövande av hivpositiva bör vara offentliga. Med hänsyn till att ett frihetsberövande utgör ett allvarligt ingrepp i den enskildes personliga frihet är det, som ovan anförts, av stor vikt att sådana beslut kan bli föremål för offentlig insyn och kontroll. Den enskildes rättssäkerhetskrav torde därvid inte vara mindre framträdande vid hivinfektion än vid andra smittsamma sjukdomar. Med beaktande av att det i ett flertal isoleringsfall varit fråga om fleråriga frihetsberövanden har, enligt kommitténs uppfattning, kravet på offentlig insyn gjort sig särskilt starkt gällande. Enligt kommitténs förslag har tiden för isolering oberoende av samtycke begränsats så att isolering kan äga rum i sammanlagt högst sex månader. Även om en tidsgräns sålunda införts anser kommittén, med hänsyn till det ingrepp åtgärden utgör för den enskilde, inte att denna ändring minskar intresset av möjlighet till offentlig insyn i dessa mål.

Kommittén har vidare i flera sammanhang betonat vikten av en förändrad syn på hivinfektion och framhållit att man bör sträva mot en likartad behandling i lagstiftningen av hivinfektion och andra allvarliga smittsamma sjukdomar. Det framstår också som svårt att motivera att en åtskillnad görs mellan nu aktuella frihetsberövanden och frihetsberövanden vid t.ex. psykisk sjukdom eller sådant missbruk som motiverar tvångsvård enligt LVM. Uppgifterna i dessa mål torde i flera fall vara likartade med de uppgifter som framkommer i ett mål om isolering vid hivinfektion.

Här bör också beaktas att motsvarande sekretess inte gäller i brottmål som rör en person som överfört smitta av hivinfektion till annan person. Identiska uppgifter rörande samma person kan således vara sekretessbelagda i domen i smittskyddsålet men inte i den offentliga domen i brottmålet. Motsvarande förhållande gäller beträffande en hivpositiv person som är eller har varit aktuell för tvångsvård enligt annan lagstiftning respektive beslut om isolering enligt smittskyddslagen.

Mot dessa argument får vägas den stora betydelse hälso- och sjukvårdssekretessen har för den enskildes förtroende för kontakterna med sjukvården. Som kommittén påpekat i kap. 22 förekommer fortfarande fördomar och obefogad rädsla inför hivinfektion, även om allmänhetens kunskaper och syn på sjukdomen har blivit mer nyanserade och realistiska. Det finns därför skäl att beakta de negativa konsekvenser som ett offentliggörande av integritetskänsliga uppgifter i ett mål om t.ex. isolering oberoende av samtycke kan medföra för den som berörs.

Kommittén vill dock betona att undantaget beträffande sekretess inte innebär att sekretessen släpps beträffande samtliga uppgifter som funnits tillgängliga i målet. Domstolarna har relativt stor frihet att

begränsa vilka uppgifter som redovisas i domen. I princip är endast de omständigheter och resonemang som ligger till grund för domslutet nödvändiga. I övrigt kan sekretessen behållas. Oavsett de invändningar som påpekats ovan anser kommittén att rättssäkerhetsaspekterna gör sig så starkt gällande att skälen för att ta bort aktuellt undantag vid hiv-infektion väger över. Kommittén föreslår därför att beslut som rör frihetsberövande vid hivinfektion skall vara offentliga på motsvarande sätt som andra beslut om frihetsberövanden.

33 Ekonomiska förmåner vid smittskyddsåtgärder

33.1 Kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling samt för läkemedel enligt smittskyddslagen

33.1.1 Allmänna utgångspunkter

Enligt gällande bestämmelser i smittskyddslagen om kostnadsfrihet för den enskilde är all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård. Även undersökning hos en privatpraktiserande läkare är kostnadsfri för den enskilde under förutsättning att läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL). Kostnadsfriheten i sistnämnda fall omfattar dock inte efterföljande vård och behandling hos sådan läkare. Vidare är all läkemedelsbehandling som behövs vid samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri oavsett om den förskrivs av läkare inom den offentliga vården eller av privatläkare och oavsett om den senare får ersättning enligt LOL eller ej.

Bedömningen huruvida undersökning, vård och behandling (inklusive läkemedelsbehandling) behövs från smittskyddssynpunkt och därmed är kostnadsfri för den enskilde görs normalt av den enskilde läkaren. Det slutgiltiga avgörandet ligger dock hos den som skall stå för kostnaden ifråga, dvs. landstinget om det rör sig om undersökning, vård och behandling inklusive läkemedel inom landstingets hälso- och sjukvård eller undersökning av privatläkare om läkaren får ersättning enligt LOL samt staten i övriga fall (se kap. 17.1.1). Patienten saknar rätt att överklaga beslutet ifråga.

Enligt direktiven har kommittén att utgå från dagens system med kostnadsfri undersökning, vård och behandling för enskilda som kontaktar hälso- och sjukvården med anledning av en samhällsfarlig sjukdom. Kommittén har i sin utvärdering inte heller funnit anledning till några stora principiella förändringar av nuvarande bestämmelser om

kostnadsfrihet. Emellertid föranleder kommitténs övriga förslag, bl.a. rörande indelningen av sjukdomar, vissa förändringar av bestämmelserna. Av kommitténs material rörande tillämpningen av nuvarande bestämmelser har vidare framkommit att gränsdragningssvårigheter föreligger och att skillnader förekommer mellan landstingen vid bedömningen av bl.a. vilka läkemedel som skall omfattas av kostnadsfriheten. Detta föranleder särskilda överväganden.

33.1.2 Kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling

Grunden för kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling är enligt nuvarande bestämmelser att dessa åtgärder *behövs från smittskyddssynpunkt*. Enligt förarbetena får detta inte ges en för begränsad tolkning. Kostnadsfriheten skall gälla samtliga åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Enligt kommitténs mening bör detta synsätt även gälla fortsättningsvis. Emellertid bör detta komma klarare till uttryck i lagen varför kommittén anser att formuleringen "ägnad att minska smittspridningen" är mera lämplig.

I detta uttryck ligger att undersökning, vård och behandling som enbart syftar till att lindra sjukdomen som sådan eller eventuella följsjukdomar och andra komplikationer inte bör omfattas. Det skall här dock uppmärksammas att vård och behandling många gånger kan ha effekt både för den enskildes eget hälsotillstånd och för smittspridningen. I den mån åtgärden medför att smittsamheten minskar eller hålls tillbaka bör den emellertid omfattas även om denna effekt är av mindre art. Vidare ligger i kriteriet en objektiv bedömning av åtgärden. Detta innebär att patientens avsikt med besöket är av underordnad betydelse liksom i vad mån patienten själv misstänker att han eller hon bär på sjukdomen. Det är den behandlande läkaren som i det enskilda fallet skall avgöra huruvida åtgärden kan anses vara ägnad att minska smittspridningen. Om läkaren anser att det finns skäl för misstanke om en smittsam sjukdom som omfattas av kostnadsfriheten skall patienten inte erlägga patientavgift oavsett av vilken anledning han eller hon uppsöker läkaren.

De åtgärder som omfattas är således undersökningar m.m. som syftar till att klarlägga om patienten är smittad av sjukdomen eller ej. Även återbesök och behandling som är motiverade av smittskyddsskäl omfattas. Det kan t.ex. vara fråga om kontroller av huruvida smittsamhet fortfarande föreligger eller besök som är motiverade av att man behöver följa upp hur patienten klarar av att hantera de praktiska råd och anvisningar läkaren skall ge rörande åtgärder för att förhindra

smittspridning. Dessa åtgärder kan anses ha direkt betydelse för den fortsatta smittspridningen. Däremot bör inte åtgärder som endast har indirekt betydelse för smittspridning som sådan omfattas. Detta gäller bl.a. sådant stöd eller sådan hjälp den enskilde kan behöva t.ex. i form av psykologkontakt eller behandling för sitt missbruk. Enligt kommitténs mening torde det föra för långt att låta sådana åtgärder omfattas av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen.

Kommitténs förslag till ändrad indelning av de smittsamma sjukdomarna föranleder också ändringar beträffande vilka smittsamma sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten vid undersökning, vård och behandling. Enligt kommitténs mening finns inte anledning att låta alla smittsamma sjukdomar omfattas av kostnadsfriheten utan denna bör begränsas till sådana sjukdomar där samhället har ett starkt intresse av att smittskyddsåtgärder vidtas. I dessa fall är det av stor betydelse att den enskilde snabbt söker läkare och tidigt får behandling eller råd rörande hur han eller hon skall förhindra att andra personer utsätts för smittrisk. Kommittén anser därför att kostnadsfriheten skall begränsas till allmänfarliga smittsamma sjukdomar och till andra smittsamma sjukdomar där intresset från samhällets sida att bekämpa sjukdomarna ifråga är så starkt att det föreligger behov av att särskilda åtgärder som t.ex. att bedriva respektive medverka i smittspårning. I förhållande till de samhällsfarliga sjukdomarna torde detta dock innebära endast en marginell utökning av antalet smittsamma sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten.

Kostnadsfriheten bör naturligtvis gälla för undersökning, vård och behandling som ges i landstingets egen regi. Kommittén anser emellertid också att nuvarande begränsning när det gäller privat verksamma läkare som erhåller ersättning enligt LOL bör förändras. Oavsett om läkaren är privat verksam eller inte är en väl fungerande läkarkontakt viktig från smittskyddssynpunkt och bör inte brytas utan vägande skäl. Med hänsyn härtill bör kostnadsfriheten inte endast gälla undersökning, utan även vård och behandling som ges av privat verksamma läkare i de fall dessa är anslutna till den offentligt finansierade vården, dvs. erhåller ersättning enligt LOL eller har vårdavtal med landstingen. I dessa fall har landstingen också möjlighet till kontroll över kostnaderna. Däremot skulle det enligt kommitténs mening föra för långt att låta kostnadsfriheten omfatta andra privat verksamma läkare än som nu sagts.

33.1.3 Kostnadsfrihet för läkemedel

Även beträffande läkemedel gäller enligt nuvarande bestämmelse att dessa är kostnadsfria för den enskilde om läkemedlet behövs från smittskyddssynpunkt. Kommittén anser inte att det finns anledning att ändra grunden för när ett läkemedel som smittskyddsåtgärd skall vara kostnadsfritt för patienten. Läkemedel skall således även i fortsättningen vara kostnadsfria för den smittade om läkemedlet bedöms minska risken för smittspridningen. Kommittén vill här betona att prövningen skall innefatta en objektiv bedömning av läkemedlets inverkan på smittspridningen. Föreligger vetenskapligt grundad anledning att tro att läkemedlet har effekt för smittspridningen genom att det minskar smittsamheten hos sjukdomen eller hämmar tillväxten hos smittämnet bör läkemedlet således vara kostnadsfritt. Däremot skall läkemedel som enbart har betydelse för behandling av sjukdomstillståndet som sådant eller eventuella följsjukdomar och komplikationer vara undantagna från kostnadsfriheten.

Kommittén anser, i likhet med vad som gäller i dag, att det i första hand är den behandlande läkaren som skall göra bedömningen av huruvida läkemedlet i det enskilda fallet bedöms minska risken för smittspridning. Detta är dock många gånger en mycket svår fråga bl.a. med hänsyn till de medicinska bedömningar som därvid måste göras och till den snabba utveckling som äger rum på läkemedelsområdet. De svårigheter som är förenade med sådana bedömningar medför lätt att tillämpningen kommer att variera mellan olika läkare, vilket också synes ha varit fallet i praxis. Kommittén vill här framhålla att det, inte minst ur den enskilde patientens perspektiv, är mycket viktigt att tillämpningen blir enhetlig. Emellertid bör inte frågan om vilka läkemedel som skall omfattas av kostnadsfriheten regleras i lag. Enligt kommitténs mening är det däremot av stor vikt att Socialstyrelsen utfärdar allmänna råd i detta avseende.

Kravet bör vidare vara att läkemedlet för att omfattas av kostnadsfriheten skall ha förskrivits av läkare. Liksom i dag skall kostnadsfriheten dock gälla oavsett vilken läkare som förskrivit läkemedlet.

Med hänsyn till vikten av att de enskilda smittade personerna undergår nödvändig medicinsk behandling för att förhindra vidare smittspridning föreligger enligt kommitténs mening goda skäl för en generös tillämpning av kostnadsfriheten. Utgångspunkten bör därför enligt kommitténs mening vara att patientens kostnadsfrihet för läkemedel som förskrivits av läkare och som har inverkan på smittspridningen i princip bör omfatta samtliga sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag. De krav på läkemedlet som ställs enligt bestämmelsen bör kunna innebära en tillräcklig begränsning. Det bör här också upp-

märksammas att de vanligast förekommande smittsamma sjukdomarna av lindrigare art, t.ex. förkylningssjukdomar, enligt kommitténs förslag är undantagna från smittskyddslagens tillämpningsområde. Samtidigt är kommittén medveten om att detta kan leda till en icke önskvärd kostnadsutveckling för landstingen. Kommittén föreslår därför att regeringen skall kunna meddela närmare föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten.

33.1.4 Övriga frågor

Kommittén har inte funnit anledning till någon principiell förändring av *kretsen av förmånsberättigade*. Kostnadsfriheten skall således gälla endast de personer som bär på en smittsam sjukdom eller misstänks vara smittade. Vidare skall kostnadsfriheten vara begränsad till den som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Härutöver bör kostnadsfriheten även omfatta den som är berättigad till sjukvårdsförmåner i Sverige som en följd av EG-förordningen nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Beträffande utländska medborgare som ansökt om uppehållstillstånd som flyktingar m.m. finns särskilda bestämmelser i förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. Även om smittskyddsskäl starkt talar för att även utländska personer som vistas i landet på andra grunder borde omfattas av förmånerna enligt smittskyddslagen vore en sådan förändring en betydande principiell nyhet som torde ha effekter även för sjukvårdssystemet i stort. Enligt kommittén kan en sådan förändring inte övervägas enbart med avseende på smittskyddsåtgärderna.

Beträffande *ansvaret för de kostnader* som följer av dessa förmåner för den enskilde kan konstateras att landstingen under 1990-talet allmänt sett fått ett utvidgat kostnadsansvar för såväl vård och behandling som läkemedel. Landstingen svarar för ersättning till privat verksamma läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Vidare bär landstingen sedan den 1 januari 1998 ansvaret för de kostnader som följer av de allmänna läkemedelsförmånerna enligt lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. Med hänsyn till dessa förändringar bör landstingen helt svara för kostnaderna som uppstår på grund av att undersökning, vård och behandling samt läkemedel som skall vara kostnadsfria för den enskilde i vissa fall enligt smittskyddslagen.

33.2 Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare har behandlats i kap. 17. Kommittén anser inte att det finns anledning att förändra villkoren för när en smittad person skall anses vara berättigad till ersättning enligt aktuell lag eller de ersättningsbelopp som medges enligt lagen. Emellertid medför kommitténs förslag till förändringar av smittskyddslagen att grunderna för när ersättning skall utgå måste anpassas till de förhållanden som följer av kommitténs förslag. Här bör beaktas att enligt kommitténs förslag skall inte längre beslut om tvingande förhållningsregler meddelas i de enskilda fallen utan förslaget är uppbyggt kring en allmän skyldighet för den smittade att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk. Läkaren skall vidare ge praktiska råd om hur den enskilde skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Sådana råd bör naturligtvis då så erfordras innebära t.ex. att den smittade eller misstänkt smittade skall stanna hemma från arbetet. Läkaren skall i dessa fall utfärda ett intyg som styrker behovet av åtgärden och som skall kunna ligga till grund för försäkringskassans beslut.

Nuvarande ersättningsbestämmelser är vidare knutna till de s.k. samhällsfarliga sjukdomarna. Någon anledning att låta rätten till smittbärrpenningen generellt omfatta alla smittsamma sjukdomar – utöver vad som enligt nuvarande lag gäller för livsmedelsarbetare – finns inte enligt kommitténs mening. Kommittén anser därför att rätten till ersättning enligt aktuell lag bör omfatta allmänfarliga smittsamma sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar där intresset från samhällets sida att bekämpa sjukdomarna ifråga är så starkt att det föreligger behov av särskilda åtgärder som t.ex. att bedriva respektive medverka i smittspårning. Detta medför dock endast en marginell ökning av de sjukdomar som kommer att omfattas av rätten till smittbärrpenning.

33.3 Övriga ekonomiska förmåner för enskilda vid vård och behandling m.m. med anledning av smittsam sjukdom

Bestämmelser om rätt till ekonomiska förmåner för den enskilde vid bl.a. vård och behandling med anledning av smittsam sjukdom finns även i *lagen (1962:381) om allmän försäkring*, i *lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade* och i *livsmedelslagstiftningen*. I kommitténs underlag har inte med hänsyn till

smittskyddsfrågorna framkommit några omständigheter som påkallar förändring av dessa bestämmelser.

Vidare har asylsökande och vissa andra utländska medborgare som söker uppehållstillstånd i Sverige enligt *förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar* rätt till bl.a. kostnadsfri vård och behandling vid åtgärder enligt smittskyddslagen. Beträffande de ekonomiska förmånerna vid smittsam sjukdom kan övervägas om bestämmelserna härom för tydlighetens skull bör överflyttas till smittskyddslagen. Emellertid innehåller förordningen en samlad reglering av förmånerna för berörda utländska medborgare vid vård i Sverige varför övervägande skäl talar för att inte föreslå någon ändring.

Härutöver har svenska och utländska sjömän enligt *förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar* i vissa fall rätt till kostnadsfri undersökning och behandling vid gonorré, klamydia-infektion och syfilis. Enligt vad som erfarits har förordningen sällan tillämpats på senare tid och den framstår i många avseenden som föråldrad. Emellertid grundar sig rätten till kostnadsfri undersökning och behandling på en internationell överenskommelse från 1924 som Sverige har ratificerat varför förmånerna enligt överenskommelsen fortfarande bör vara författningsreglerade. Med hänsyn till att överenskommelsen medför kostnadsansvar för landstingen bör dock bestämmelser om kostnadsfrihet för den enskilde regleras i lag. Kommittén föreslår därför att bestämmelser härom tas in i smittskyddslagen. Vad beträffar övriga bestämmelser i förordningen, bl.a. rörande befälhavarens skyldigheter, kan ifrågasättas om de inte är att anse som obsoleta. Detta är dock inte en fråga som kommittén har anledning att ta ställning till.

33.4 Ersättning vid objektinriktade smittskyddsåtgärder

Enligt 34 § i nu gällande smittskyddslag har den enskilde rätt till skälig ersättning för föremål av personlig natur som förstörts för att förhindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Utöver sådan ersättning får också ersättning ges i vissa andra fall enligt *förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom*. Ersättning kan utgå främst för vissa kostnader eller förluster i näringsverksamhet. Härutöver kan även skälig ersättning ges till ägaren för kostnader och förlust med anledning av att en myndighet låtit avliva ett sällskapsdjur.

Kommittén har beslutat föreslå att objektinriktade åtgärder inte längre skall regleras i smittskyddslagen, se närmare om detta i kap. 27. I förslaget till nya bestämmelser i miljöbalken ingår också särskilda ersättningsbestämmelser. Enligt dessa ersättningsbestämmelser skall den enskilde ha rätt till skäligen ersättning om han eller hon drabbats av ett beslut om förstöring av föremål av personlig natur eller ett beslut om avlivning av sällskapsdjur. Dessa bestämmelser innebär således inte någon saklig ändring av nuvarande förhållanden. Förändringarna i regleringen av de objektinriktade åtgärderna föranleder dock följdändringar i 1956 års ersättningsförordning.

Det har vidare i flera lagstiftningssammanhang påpekats att ersättningsbestämmelserna i 1956 års förordning bör ses över bl.a. med hänsyn till de ersättningsbestämmelser som finns i andra lagar, däribland epizootilagen (1980:369), och till att ersättningsbeloppen inte har förändrats på 30 år. Enligt kommitténs mening föreligger skäl för en sådan översyn. Här bör dock beaktas att de absolut övervägande antalet ersättningsfall har avsett ingripande med stöd av livsmedelslagen och berört näringsverksamhet. De överväganden som bör göras vid en översyn har vidare nära beröring med ersättning vid ingripanden då det är fråga om smittsamma djursjukdomar. Kommitténs uppdrag är i första hand att göra en översyn av smittskyddslagen och personinriktade åtgärder har den främsta platsen i kommitténs arbete. En översyn av ersättningsbestämmelser som hänför sig till smitta i livsmedelshandlingen kräver vidare hänsynstaganden och analyser som faller utanför ramen för kommitténs uppdrag. Enligt kommitténs mening bör därför frågorna rörande ersättningsförordningen ses över i ett särskilt sammanhang.

34 Övriga frågor

34.1 Karantänslagstiftningen

Karantänslagen syftar till att ge skydd mot att de s.k. karantänssjukdomarna (gula febern, kolera och pest) förs in i landet eller sprids till utlandet. Dess bestämmelser har dock i princip inte tillämpats. Bestämmelserna har tillkommit främst p.g.a. Sveriges åtaganden enligt IHR (se kap. 20) och inte på grund av att ett faktiskt behov har ansetts föreligga. Sannolikheten för att någon av de tre karantänssjukdomarna skulle orsaka epidemier i Sverige är ytterst liten; gula febern kan överhuvudtaget inte spridas i landet, eftersom den mygga som överför sjukdomen inte kan leva här. Karantänslagen är vidare i sin nuvarande utformning till viss del oklar, främst när det gäller förhållandet till annan lagstiftning.

Med hänsyn till vad som ovan anförts förefaller det vara önskvärt att företa en närmare översyn av bestämmelserna i karantänslagstiftningen. Lagstiftningen är emellertid, som nämnts, starkt förbunden med de åtaganden Sverige gjort enligt IHR. IHR är för närvarande föremål för en översyn inom WHO, ett arbete i vilket Sverige deltar. Det pågående revisionsarbetet har bl.a. givit vid handen att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten. Ett förslag till förändring av bestämmelserna avses presenteras för Världshälsoförsamlingen under 1999. Detta arbete bör inte föregripas av de enskilda nationerna. Kommittén lämnar därför inte några förslag i denna del.

34.2 Vissa processuella frågor

För handläggning av mål och ärenden enligt smittskyddslagen gäller förvaltningslagen (1986:223), förvaltningsprocesslagen (1971:291) och lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Bestämmelserna i de två förstnämnda lagarna gäller dock endast i den mån avvikande bestämmelser inte meddelats i andra författningar. Vissa sådana avvikande bestämmelser finns i den nu gällande smittskyddslagen. Dessa bestämmelser överensstämmer till del med handläggningsreglerna i

lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, och reglerar bl.a. besluts överklagbarhet, tidsfrister, rättens sammansättning och möjlighet att begära biträde av polismyndighet.

Flera av de regler om handläggning som finns i befintlig smittskyddslag kan med inga eller smärre ändringar överföras till den nya lagen. Skäl att göra stora och ingripande förändringar saknas. Några justeringar krävs emellertid med hänsyn till det materiella innehållet i den nya lagen. De förändringar som behövs har bl.a. att göra med att de kommunala nämndernas åtgärder på smittskyddsområdet i princip inte längre skall regleras i smittskyddslagen. Detta medför att regler om överklagande av dessa myndigheters beslut inte längre fordras i lagen.

Vidare krävs vissa förändringar i handläggningsreglerna på grund av de regler om isolering oberoende av samtycke (33 §), tillfällig isolering (36 §) och föreskrifter (34 §) som föreslås i den nya smittskyddslagen. För att garantera en särskilt snabb handläggning i dessa fall erfordras bl.a. lagfästa tidsfrister utöver det generella kravet på skyndsamt handläggning av mål enligt lagen. Kommitténs förslag till bestämmelser på detta område framgår av författningsförslaget samt författningskommentaren, kap. 36.1.

34.3 Följdändringar i andra författningar

Kommitténs förslag medför att följdändringar behöver göras i andra författningar. Kommittén har under arbetet tagit upp och behandlat följdändringar av saklig betydelse i andra lagar. Härutöver behövs ändringar av terminologi och laghänvisningar i ytterligare ett antal lagar. På förordningsnivå erfordras också ändringar av saklig betydelse. Det krävs sålunda en ny och till föreslagen smittskyddslag anpassad smittskyddsförordning. Materiella ändringar behövs också göras bl.a. i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Emellertid har det inom ramen för kommitténs arbete inte varit möjligt att göra en fullständig genomgång av alla författningar som berörs av kommitténs förslag eller att ge uttömmande förslag till följdändringar. De ytterligare följdändringar som behövs får därför utarbetas under den fortsatta beredningen av förslaget.

35 Ekonomiska konsekvenser m.m.

35.1 Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittén har enligt de allmänna kommittédirektiven att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) bl.a. rörande kostnadsökningar och finansiering. I kommitténs uppdrag har, enligt kommitténs direktiv, också ingått att särskilt beakta ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. Emellertid föreligger betydande svårigheter att i dag göra samhälls-ekonomiska beräkningar på smittskyddsområdet, bl.a. med hänsyn till att det föreligger stora brister i det empiriska underlaget. Olika försök har gjorts att uppskatta kostnaderna (jfr kap. 18) men dessa skattningar får anses vara mycket osäkra och kan inte ligga till grund för närmare beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna av enskilda åtgärder. Kommittén har tagit upp och behandlat dessa problem i kap. 29 samt föreslagit att arbete inleds för att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering. Osäkerheten beträffande kostnaderna för och de ekonomiska konsekvenserna av smittskyddsåtgärderna idag innebär självfallet också att det är mycket svårt att bedöma de ekonomiska effekterna av kommitténs förslag. Med hänsyn till osäkerheten i underlaget har kommittén inte ansett det meningsfullt att försöka precisera eventuella kostnadsförändringar. Kommittén tar i det följande upp de från kostnadssynpunkt viktigaste delarna i förslagen.

Inledningsvis bör framhållas att kommitténs förslag bl.a. syftar till ett mer effektivt smittskyddsarbete, vilket i sig är ägnat att leda till långsiktiga besparingar i samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar. De smittsamma sjukdomarna medför stora kostnader vid sidan av kostnaderna för smittskyddet, såsom kostnader för vård och behandling, sjukskrivning och produktionsbortfall. Åtgärder som begränsar spridningen av dessa sjukdomar kan ge betydande samhällsekonomiska vinster. Enligt kommitténs bedömning torde förslagen sammantaget inte medföra någon ökning av de offentliga utgifterna.

Kommittén vill vidare peka på att flera av förslagen syftar till att åstadkomma olika former av stöd i frivillig form för att minska behovet

av tvångsåtgärder. Detta bör bl.a. kunna minska användningen av tvångsisolering, vilket är en ytterst kostnadskrävande vårdform (ca 7 000 kr/dag). Vidare föreslås isoleringstiderna minska. Detta bör medföra en betydande besparing för såväl stat som landsting. I gengäld uppstår vissa kostnader för alternativa insatser. Dessa får dock bedömas bli avsevärt lägre. En stor del av dessa kostnader faller på landsting och kommun. Kommittén vill dock framhålla att förslagen inte innebär några nya åligganden för vare sig kommun eller landsting utan bygger på det ansvar för bl.a. stöd- och vårdinsatser som följer av lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens samt på socialtjänstens område. Det ökade engagemang som kan följa av kommitténs förslag kan inte bedömas från kostnadssynpunkt.

Kommittén har föreslagit vissa utvidgningar när det gäller rätten till kostnadsfri undersökning, vård och behandling, främst i vad avser vid vilka sjukdomar kostnadsfrihet kan komma i fråga. Kostnadsfrihet enligt förslaget kan dock bara föreligga vid sådana sjukdomar då smittspårning skall ske för att förebygga fortsatt spridning av sjukdomen. Med hänsyn härtill är det tveksamt om någon kostnadsökning verkligen uppkommer för sjukvårdshuvudmannen. Det bör också erinras om att det här endast är fråga om patientavgifter och inte om den totala kostnaden för vården, vilken redan bärs av landstingen. När det gäller kommitténs förslag om utvidgad kostnadsfrihet för vård och behandling hos läkare med offentlig finansiering kan ingen kostnadsökning anses uppkomma, eftersom patienterna i annat fall hade måst behandlas inom den offentliga vården.

Kommitténs förslag beträffande kostnadsfrihet för läkemedel som bedöms kunna minska risken för smittspridning innebär en utvidgning av antalet sjukdomar som kan komma i fråga. Detta kan medföra en marginell kostnadsökning, vilken faller på landstingen. Läkemedelskostnaden kan dock inte bedömas enbart utifrån vilka sjukdomar som är aktuella utan hänsyn måste också tas till vilka läkemedel som finns tillgängliga vid olika sjukdomstillstånd. Kommittén har inte haft möjlighet att göra någon genomgång av de läkemedel som kan minska risken för spridning av de smittsamma sjukdomarna. Härtill kommer den osäkerhet som sammanhänger med att nya verksamma läkemedel kan komma att utvecklas. För att säkerställa en kontroll över kostnadsutvecklingen föreslår kommittén därför att regeringen bemyndigas att i förordning precisera vid vilka sjukdomar kostnadsfrihet för läkemedel kan åtnjutas.

Kommittén har föreslagit att ett särskilt nationellt anslag inrättas som skall disponeras av Smittskyddsinstitutet och som kan tas i anspråk vid vissa smittutredningar av större omfattning (jfr kap. 29). Som Statskontoret framfört i rapporten "Samordning och styrning av smittskyddsverksamheten" (1999:4) torde ett sådant anslag kunna rymmas i

statsanslag A3 inom utgiftsområde 9, med hänsyn till att detta statsanslag kan användas för att betala ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit för att förhindra smittsam sjukdom. Frågan om anslaget storlek och användning bör övervägas i samband med beredningen av övriga frågor om anslag till Smittskyddsinstitutet.

Kommittén har föreslagit att Socialstyrelsens tillsyn samordnas med den ordinarie tillsynen över hälso- och sjukvården. Även om kommittén inte anser sig kunna bedöma exakt vilken omfattning inspektionsverksamheten bör ha är syftet med förslaget att ambitionsnivån skall höjas. Med hänsyn härtill är det inte uteslutet att detta förslag kan medföra en kostnadsökning. Samtidigt bör vissa samordningsvinster kunna göras. En intensifierad tillsyn kan vidare bidra till effektivare smittskyddsarbete på det lokala planet och därmed till att minska kostnaderna för smittsamma sjukdomar.

För domstolarnas del torde kommitténs förslag rörande beslut om tvångsundersökning endast innebära en marginell ökning av antalet ärenden och därför endast en försumbar kostnadsökning. Kommittén har vidare föreslagit införande av ett nytt brott rörande sådana handlingar som orsakar fara för överföring av vissa allvarliga smittsamma sjukdomar. Det föreslagna nya brottet innebär endast en ändrad rubricering av redan straffbelagda gärningar och har inte i sig några kostnadskonsekvenser för de rättsvårdande myndigheterna.

Härutöver har kommittén föreslagit att lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och liknande verksamheter upphävs och att nya bestämmelser om sådan verksamhet tas in i ordningslagen samt att lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål skall utökas till att omfatta även vissa andra smittsamma sjukdomar. Enligt kommitténs bedömning medför inte förslaget såvitt avser s.k. bastuklubbar någon kostnadsökning. Beträffande de utökade provtagningsmöjligheterna vid förundersökning torde det röra sig om försumbara merkostnader för polismyndigheterna.

Övriga förslag bedöms inte medföra någon ökning av de offentliga utgifterna.

35.2 Övriga konsekvensfrågor

Kommittén har att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50, konsekvenser ur jämställdhetssynpunkt (dir. 1994:124) samt konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Kommitténs förslag medför inte några sådana regionalpolitiska eller jämställdhetspolitiska konsekvenser som skall beaktas enligt direktiven.

Kommitténs förslag på straffrättens område syftar till att bl.a. medföra större enhetlighet och ökad förutsebarhet vid lagföringen av fall då någon smittat eller utsatt annan person för fara att smittas. Dessa förändringar torde kunna ha en viss brottsförebyggande effekt eftersom de klargör gränserna för det straffbara området. Här bör också uppmärksammas att kommittén föreslagit olika åtgärder för att enskilda smittade skall få förbättrad tillgång till stöd och annan hjälp som kan bidra till att han eller hon ta sitt ansvar gentemot andra människor. Även detta torde kunna bidra till minskat antal lagöverträdelser av aktuellt slag.

36 Författningskommentarer

36.1 Förslaget till smittskyddslag (1999:000)

Inledande bestämmelser

Samhällets smittskydd

1 §

I paragrafen anges målet för samhällets smittskydd (jfr 1 § i gällande smittskyddslag). Smittskyddets uppgift är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen omfattar i princip alla smittsamma sjukdomar, se 2 §. Åtgärder som är ingripande för den enskilde kan emellertid vidtas enbart beträffande vissa, allvarligare, sjukdomar (se t.ex. 19 §, 22–25 §§, 33 §, 34 § och 36 §).

Vidare fastslås i paragrafen de grundläggande värderingarna för hur smittskyddet skall utformas, nämligen att smittskyddsarbetet skall vara förankrat i en humanistisk människosyn. Detta synsätt innebär bl.a. att smittade personer har samma värde och rätt till skydd som andra samhällsmedlemmar. En följd av detta är att smittskyddsarbetet skall bedrivas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

2 §

Paragrafen reglerar vilka sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Innebörden av *första stycket* är att lagen i princip omfattar alla smittsamma sjukdomar av betydelse för människan. Undantag gör för sådana sjukdomar som blott innebär ett ringa hot mot den smittades hälsa. Härmed avses t.ex. förkylningssjukdomar, endagsdiarréer och liknande enkla och vanligen förekommande sjukdomar. För dessa sjukdomar torde det inte vara aktuellt med särskilda smittskyddsåtgärder.

I *andra stycket* definieras vad som i lagen avses med *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. För dessa sjukdomar – men inte för övriga smittsamma sjukdomar som omfattas av lagen – kan tvångsundersökning, tillfällig isolering samt isolering oberoende av samtycke i vissa fall bli aktuellt. För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom måste den uppfylla de i paragrafen uppställda krite-

rierna. En prövning måste således göras av varje enskild sjukdom. Närmare precisering av vilka enskilda sjukdomar som omfattas av definitionen är dock nödvändig, bl.a. med hänsyn till vikten av förutsägbarhet i lagstiftningen samt till olika typer av sekretessfrågor. För att öka lagstiftningens flexibilitet skall preciseringen av sjukdomarna ske av regeringen i förordning.

För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom i lagens mening krävs för det första att den kan *överföras mellan människor*. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men därefter inte vidare till annan människa omfattas således inte av begreppet; vid dessa sjukdomar finns ju heller inget skäl att vidta tvångsåtgärder mot en enskild smittad för att förhindra smittspridning. Således kan t.ex. vare sig stelkramp eller tularemi anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom.

Dessutom erfordras att sjukdomen kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas. Kriterierna är ett mått på den fara sjukdomen utgör för den enskildes hälsotillstånd. Det räcker med att ett av kriterierna är uppfyllt. Begreppet "*livshotande*" hänför sig till sjukdomens dödlighet. Det skall röra sig om en sjukdom som har hög dödlighet eller som av annan anledning kan orsaka många dödsfall i befolkningen. Att en sjukdom är *långvarig* innebär att den varar länge; en sjukdom som snabbt läker ut omfattas ej av detta kriterium, och ej heller sjukdomar som kan botas genom relativt snabb behandling. *Svårt lidande eller andra allvarliga konsekvenser* tar sikte på att sjukdomen kan ge bestående skador, långvarig och/eller svår behandling eller långvariga inskränkningar i hur den sjuke får leva. Det kan också vara så att sjukdomen innebär en förhöjd risk för följsjukdomar av allvarligare slag. Kan sjukdomens följder begränsas genom en jämförelsevis enkel och snabb behandling kan den inte anses ge allvarliga konsekvenser i bestämmelsens mening. Vid bedömningen av om en sjukdom omfattas av de här beskrivna kriterierna har man att utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige. Man skall vidare utgå från den genomsnittliga risken för den som insjuknar att drabbas av de beskrivna följderna.

Exempel på sjukdomar som omfattas av de nu diskuterade kriterierna ges i den allmänna motiveringen, kap. 23. Här kan emellertid nämnas difteri och tuberkulos, som båda har hög dödlighet och kan leda till bestående skador. Andra exempel är hivinfektion (livshotande samt medför svårt lidande för den som smittas) samt hepatit B och C (långvarig sjukdom och svårt lidande). Däremot kan knappast t.ex. salmonella och shigella anses som allmänfarliga smittsamma sjukdomar i lagens mening. Sjukdomarna har låg letalitet och kan tämligen enkelt bo-

tas. Inte heller kan klamydia, gonorré eller syfilis anses som sådana sjukdomar. Även dessa sjukdomar har låg letalitet och kan enkelt botas; de kan dock i vissa fall leda till allvarliga konsekvenser som t.ex. sterilitet om de inte behandlas. Då följderna i princip kan hindras genom behandling bör dock tvångsåtgärder i form av tvångsundersökning eller isolering oberoende av samtycke inte få vidtas i syfte att hindra smittspridning.

3 §

I bestämmelsen klarläggs vad som avses med smittskyddsåtgärder såsom uttrycket används i lagen. Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom t.ex. läkarundersökning, behandling, information till allmänheten om smittvägar och dylikt. Om inte annat anges avses i lagen endast åtgärder som riktar sig till människor. Finns smittkällan i den fysiska miljön (t.ex. livsmedel eller djur) kan i stället objektinriktade åtgärder bli aktuella för att hindra smittspridning. De mest centrala lagarna som reglerar objektinriktade åtgärder uppräknas i paragrafens andra stycke.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 §

I paragrafen formuleras vissa grundläggande förutsättningar för smittskyddsverksamheten. Inledningsvis fastslås att smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att varje enskild åtgärd skall vara motiverad av ett klart epidemiologiskt behov. Behovet av åtgärder varierar för de olika sjukdomarna; behovet kan även växla för en viss sjukdom beroende på hur den epidemiologiska situationen ser ut. Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet har sedan flera år tillbaka använts inom hälso- och sjukvården. För en redovisning av vad som konkret skall anses ligga i begreppet hänvisas till förarbetena till den numera upphävda lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m., prop. 1993/94:149.

Vidare fastslås de grundläggande villkoren för när en åtgärd får vidtas mot den enskildes vilja. En sådan åtgärd får endast vidtas om inga andra möjligheter står till buds. Detta innebär att åtgärden inte får användas annat än om det är helt nödvändigt för att det avsedda resultatet skall uppnås och möjligheterna till frivilliga och mindre ingripande åtgärder är uttömda.

5 §

Paragrafen behandlar smittskyddets kvalitet. Liknande bestämmelser finns t.ex. i 7 a § socialtjänstlagen och 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. I paragrafens *första stycke* föreskrivs att insatserna inom smittskyddet skall vara av god kvalitet. Avsikten är att garantera kvaliteten i det smittskyddsarbete som bedrivs. Att konkretisera begreppet kvalitet låter sig inte göras på ett enkelt och entydigt sätt. För att uppnå god kvalitet krävs bl.a. rättssäkerhet för den enskilde smittade, garantier för att erforderlig vård och lämpligt stöd kommer honom eller henne till del, skydd mot smittspridning till de osmittade, god arbetsledning inom smittskyddsorganisationen, väl fungerande arbetslag samt utvecklat samarbete mellan de olika aktörer som är verksamma inom smittskyddet m.m. Att kommittén vill betona vikten av att kvalitetsaspekterna får genomslag i alla delar av smittskyddsverksamheten framgår av den allmänna motiveringen, kap. 29. Meningen är vidare att bestämmelsen skall bli till stöd för en kvalitetsinriktad tillsyn.

Paragrafens *andra stycke* gäller personalens kompetens. Det torde vara en självklarhet att smittskyddsläkaren måste besitta hög kompetens och erfarenhet. Men även andra befattningshavare inom smittskyddet, exempelvis personal som skall sköta smittspårning eller som har att ge råd i hygienfrågor, måste ha lämpliga kvalifikationer och tillräcklig erfarenhet för sina arbetsuppgifter.

6 §

Syftet med smittskyddet är primärt att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Själva vården av den sjuke faller under hälso- och sjukvårdslagen. Oaktat detta måste smittskyddslagen även värna om den som redan är smittad. Den enskilde skall kunna ställa anspråk på att samhället tillhandahåller det stöd och den hjälp han eller hon behöver för att kunna ta sitt ansvar. Den som är verksam inom smittskyddet är därför skyldig att både värna om skyddet för osmittade och bistå den enskilde smittade så att denne erhåller de olika insatser som kan behövas för att smittspridning skall förebyggas eller så långt som möjligt förhindras. Den sistnämnda skyldigheten kommer till uttryck på olika ställen i lagen, bl.a. i 26 § andra stycket, 28 § och 53 §. Enligt 57 § skall smittskyddsläkaren anmäla till tillsynsmyndigheten om en ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för att smittspridning skall motverkas.

*Ansvaret för smittskyddet***7 §**

Första stycket: Socialstyrelsen skall, under regering och riksdag, ha det övergripande *nationella* ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. I sitt arbete skall Socialstyrelsen samråda med andra berörda myndigheter och eventuell myndighetsgemensam samordningsgrupp (se vidare kap. 29).

Andra stycket: Enligt 16 § skall anmälan om inträffade sjukdomsfall göras till Smittskyddsintitutet. Med hänsyn härtill är det lämpligt att i lagen klargöra att institutet bl.a. har ansvaret för att följa och analysera det epidemiologiska läget.

8 §

Paragrafen motsvaras av 5 § i befintlig smittskyddslag. Landstinget skall även fortsättningsvis ha ansvar för det personinriktade smittskyddet och vara huvudman för smittskyddsläkarorganisationen. Kommitténs överväganden beträffande huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen redovisas i den allmänna motiveringen, kap. 29.

9 §

Paragrafen motsvaras delvis av 6 § i nu gällande smittskyddslag, som föreskriver att det i varje landsting skall finnas en smittskyddsläkare. Av den allmänna motiveringen, kap. 29, framgår att kommittén anser att smittskyddsläkarens roll bör renodlas. Kommittén menar, bl.a. med hänsyn till smittskyddsläkarens övervakande och myndighetsutövande roll, att det inte är lämpligt att smittskyddsläkaren samtidigt kan arbeta som smittskyddsläkare och t.ex. som behandlande läkare. Med hänsyn till befolkningsunderlaget kan det dock vara svårt för mindre landsting att inrätta en heltidstjänst för smittskyddsläkaren. I de nya storlandstingen (Västra Götalands läns landsting och Skåne läns landsting) kan det däremot krävas flera heltidsanställda smittskyddsläkare. På grund av det nu sagda anges i den föreslagna paragrafen att det i varje landsting skall finnas en eller flera smittskyddsläkare. Vidare öppnas en möjlighet för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare. Vid sådan samverkan skall samtliga samverkande landsting delta i finansieringen av smittskyddsverksamheten. Vad gäller fördelningen av arbetsuppgifter om flera smittskyddsläkare verkar inom ett område, se 52 §.

Liksom tidigare skall smittskyddsläkaren utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som avser myndighetsutövning skall han vara självständig i förhållande till landstingskommunen.

10 §

Paragrafen motsvarar till del 12 § första stycket i nu gällande smittskyddslag. Myndigheter inom smittskyddet, dvs. Socialstyrelsen, landstingen och smittskyddsläkarna, åläggs i bestämmelsen en skyldighet att samverka med aktörer som är verksamma inom andra delar av smittskyddet för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Som framgår av kap. 25 och kap. 27 varierar smittskyddsansvaret med varifrån smittan härrör. Smittskyddsläkaren är ansvarig då smittan härrör från människor medan ansvaret, då det gäller smitta som härrör från objekt eller djur, kan åvila bl.a. kommunen, Jordbruksverket eller Livsmedelsverket (se kap. 27 för en närmare beskrivning av ansvarsfördelningen). Formerna för samverkan bestäms av de inblandade aktörerna själva. Att smittskyddsläkaren skall stödja sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet samt, när det erfordras, skall ge dessa råd om lämpliga smittskyddsåtgärder framgår av 53 § p. 4.

*Skyldighet att förebygga smittspridning***11 §**

Det är inte möjligt för samhället att skydda sin befolkning mot alla smittrisker. Av den allmänna motiveringen framgår att alla individer, såväl smittade som osmittade, i vid mening har intresse av och ansvar för att förhindra smittspridning, se kap. 24. I paragrafen fastslås därför som utgångspunkt att var och en så långt som möjligt bör vidta rimliga försiktighetsmått för att skydda såväl sig själv som andra mot smittrisk. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör, dess smittsamhet och smittvägar. Här spelar information och förebyggande åtgärder en stor roll, se 13 § och 14 § samt 53 § p 1 och 2.

12 §

I bestämmelsens *första stycke* regleras skyldigheten för den enskilde som bär på eller som har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom att förhindra att smittan förs vidare till andra människor. Vägledning för den enskilde rörande hur han eller hon skall undvika att smitta andra ges genom de medicinska och praktiska råd behandlande läkare skall ge enligt 26 § men kan också bestå i välkända försiktighetsåtgärder som t.ex. handhygien vid toalettbesök.

Den s.k. informationsplikten regleras i *andra stycket*. Denna gäller enbart då fråga är om allmänfarlig smittsam sjukdom. I den allmänna motiveringen ges en redovisning av kommitténs överväganden vad gäller informationsplikten, se kap. 24. Där framgår bl.a. att kommittén an-

ser att en person som riskerar att utsättas för en beaktansvärd smittrisk bör kunna ställa krav på att få vetskap härom för att kunna avgöra om han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas. Vidare understryker kommittén att såväl osmittade som smittade personer har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks, och för att även den osmittade personen skall kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon ha insikt i vilka förhållanden som råder.

Informationsplikten innebär att den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom i vissa fall skall informera andra människor om att han eller hon bär på smittan. I princip innebär detta att den smittade skall informera om vad för sjukdom han eller hon har. Uppgifter om närmare detaljer som inte har betydelse för smittspridningen är dock inte nödvändiga. Bestämmelsen innebär inte en allmän skyldighet att informera i alla sammanhang utan endast vid sådana situationer då en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När sådan risk föreligger beror på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar. Den enskilde skall få kunskap härom av sin läkare enligt 26 §. Den som bär på en blodsmitta skall t.ex. informera tandläkare och i vissa fall vårdpersonal (se vidare den allmänna motiveringen, kap. 24). Är fråga om en sexuellt överförbar sjukdom skall sexualpartners informeras, och den som bär på tuberkulos skall bl.a. informera dem han delar bostad med.

Skyldigheterna enligt bestämmelserna är inte särskilt sanktionerade. Underlåter den enskilde att fullgöra sin informationsplikt till en honom eller henne närstående person är emellertid behandlande läkare i vissa situationer skyldig att underrätta den närstående, 30 §. Det skall vidare erinras om att den som smittat någon eller utsatt någon för smittrisk i vissa fall kan bli föremål för straffrättsliga åtgärder, se den allmänna motiveringen kap. 30. Ytterst kan den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom och som inte vill eller inte är i stånd till att vidta erforderliga åtgärder i vissa situationer bli föremål för isolering oberoende av samtycke, 33 §, eller meddelas särskilda föreskrifter, 34 §.

Smittskyddsverksamheten

Information och förebyggande åtgärder

13 §

I paragrafen fastslås landstingets ansvar för att enskilda får den information som de behöver för att kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar. Det rent faktiska preventionsarbetet bedrivs främst av smittskyddsläkaren (jfr 53 § p 1 och 2). Även annan hälso- och sjukvårds-

personal som är verksam inom smittskyddet utför emellertid sådant arbete (jfr 14 §).

14 §

I 53 § p 1 och 2 stadgas att smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten får erforderlig information för att kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar samt att han skall ge råd och anvisningar till grupper som är särskilt utsatta för smittrisk. För alla dem som arbetar med smittskydd är emellertid prevention genom information en viktig uppgift. I paragrafen fastslås därför att all hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom smittskyddet är skyldig att ge patienterna upplysningar om hur de kan förebygga smittsamma sjukdomar.

Rapportering av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

15 §

Bestämmelsens *första stycke* motsvaras till del av första meningen i 10 § i nu gällande smittskyddslag. Den föreslagna bestämmelsen omfattar dock – i motsats till nu gällande bestämmelse – samtliga smittsamma sjukdomar.

I bestämmelsens *andra stycke* definieras vad som avses med behandlande läkare i lagen. Liksom enligt 11 § första stycket i nu gällande smittskyddslag avses med behandlande läkare den läkare som har det omedelbara medicinska ansvaret för patienten. Patienten avgör själv vem som skall vara behandlande läkare. Misstänker någon att han smittats av en smittsam sjukdom och uppsöker läkare för undersökning blir den läkaren automatiskt patientens behandlande läkare. I lagen finns åtskilliga bestämmelser som rör behandlande läkare. Om den som undersökts för en allmänfarlig smittsam sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren (21 §).

16 §

Paragrafen reglerar läkares skyldighet att anmäla fall av smittsam sjukdom. Anmälan skall – i likhet med vad som sker enligt nu gällande smittskyddslag – göras dels till smittskyddsläkaren, dels till Smittskyddsinstitutet. I de fall anmälande läkare är uppkopplad till SmiNet kommer dock i praktiken endast en anmälan att behöva upprättas, eftersom datasystemet ser till att anmälan befordras till båda instanserna. Anmälningsskyldiga är förutom behandlande läkare även läkare vid mikrobiologiskt laboratorium samt obducerande läkare.

Till skillnad från vad som gäller idag skall både *konstaterade fall* och *kliniskt misstänkta fall* anmälas. Den anmälningsskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han gör sin anmälan, vilket medför att behövliga tidsvinster kan göras. Åtgärder mot smittspridning kan då sättas in så tidigt som möjligt; detta kan vara värdefullt bl.a. i fall av meningokocksjukdom. För att misstanke i lagens mening skall föreligga krävs dock att det finns något konkret som tyder på att den smittsamma sjukdomen är för handen, t.ex. att patienten uppvisar något symptom som är typiskt för ifrågavarande sjukdom.

Anmälan skall göras i två fall. *Anmälan enligt p 1* skall ske vid smittsam sjukdom som påkallar smittskyddsåtgärder utöver behandling. Det kan, men behöver inte, vara fråga om allmänfarliga smittsamma sjukdomar enligt 2 § andra stycket. Även i andra fall (exempelvis vid utbrott av diarréer eller streptokockinfektioner) kan anmälan behöva göras. Detta innebär att t.ex. anmälan av en ansamling av fall av infektionssjukdomar kan ske, vilket kan medföra att omfattningen av vissa utbrott snabbare kan minskas än vad som är fallet i dagens läge. Anmälan skall emellertid enbart göras på denna grund i de fall då åtgärder utöver behandling är erforderliga för att förhindra smittspridning. Sådana åtgärder kan bl.a. vara råd om försiktighetsåtgärder, profylax och information till berörda, smittspårning och desinficering eller förstörelse av ett smittförande objekt. *Anmälan enligt p 2* skall göras då det rör sig om en sjukdom som är föremål för nationell epidemiologisk uppföljning. Ofta lär de sjukdomar som rapporteras enligt p 1 omfattas även av p 2, men så behöver inte nödvändigtvis vara fallet. Närmare bestämmelser om i vilka fall anmälan skall ske enligt p 1–2 skall meddelas av regeringen.

En anmälan enligt p 1 skall göras *ofördröjligen*, eftersom det i dessa fall är viktigt att det nödvändiga smittskyddsarbetet kommer igång så snabbt som möjligt. Detta innebär att anmälan helst skall göras samma dag och senast dagen efter sjukdom konstaterats eller misstanke om sådan uppstått. Anmälan skall göras skriftligen, antingen per post eller genom datormedia. En skriftlig anmälan kan i akuta lägen behöva föregås av ett telefonsamtal. En anmälan som enbart sker enligt p 2 behöver däremot generellt sett inte ske lika snabbt. Denna typ av anmälan bör i regel göras antingen snarast, dvs. med samma hastighet som ordinarie postgång, eller periodiskt (vilket innebär rapport varje vecka, månad eller annan lämplig tidsrymd).

Läkare skall inte, såsom idag, beträffande vissa smittsamma sjukdomar även göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Det åligger istället smittskyddsläkaren att underrätta relevanta objektansvariga myndigheter om

att smittskyddsåtgärder erfordras, se 60 §. Härigenom förenklas förfarandet hos den behandlande läkaren.

17 §

Paragrafen fastslår vad anmälan enligt 16 § skall innehålla. Bestämmelsen motsvarar i princip 21 § i gällande smittskyddslag. *Första stycket:* i anmälan skall lämnas uppgifter om den smittades identitet och adress, den sannolika smittkällan och de sannolika smittvägarna samt de åtgärder behandlande läkare vidtagit för att hindra smittspridning. Sådana åtgärder kan förutom behandlingsinsatser t.ex. vara de råd för att förhindra smittspridning som patienten mottagit och olika typer av psykosocialt stöd som behandlande läkare initierat. Vidare skall anmälan innehålla andra typer av uppgifter av betydelse för smittskyddet som kan föreligga i det enskilda fallet, exempelvis uppgifter om patientens yrke om detta är sådant att det kan ha samband med sjukdomsfallet.

Andra stycket: Regeringen får föreskriva att uppgift om identitet och smittkälla inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar. Här har kommittén haft i åtanke de sjukdomar som omfattas av 1.3 i bilagan till den befintliga smittskyddslagen (gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle) och för vilka identitetsuppgifter m.m. inte anges i anmälan enligt befintlig lagstiftning. Kommitténs överväganden i denna del redovisas i den allmänna motiveringen, kap. 23.

18 §

I paragrafen föreskrivs att närmare bestämmelser om anmälan enligt 16 § bör regleras i föreskrifter, meddelade av regeringen eller myndighet regeringen bestämmer. Bland annat bör föreskrifter meddelas om förfarandet i de fall där misstanke om sjukdom anmälts enligt 16 §, men misstanken efter noggrannare undersökning visat sig vara ogrundad. Paragrafen ger vidare möjlighet att i föreskrifter meddela vissa undantag från anmälningsskyldigheten eftersom behovet av klinisk anmälan respektive anmälan av bl.a. laboratoriefynd varierar mellan olika sjukdomar. Så kan t.ex. beträffande kikhosta laboratorieanmälan vara tillräcklig för uppföljning av vaccinationsprogrammet. I sådant fall kan klinisk anmälan undantas. I andra fall kan vissa uppgifter, t.ex. om eventuella smittvägar, framstå som mindre relevanta varför undantag kan göras i anmälningsskyldigheten.

Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

19 §

I paragrafens *första stycke* regleras den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas. Skyldigheten överensstämmer med de fall då den enskilde enligt 22–23 §§ är skyldig att medverka till smittspårning. Detta innebär att den enskilde åläggs en sådan skyldighet då han eller hon vet eller har anledning att befara att han eller hon bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom eller annan smittsam sjukdom vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl (för innebörden av detta begrepp, se kommentaren till 22 §). I dessa fall skall den enskilde utan dröjsmål söka läkare. Anledning att befara att man bär på dylik sjukdom kan t.ex. föreligga då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad. Skyldigheten kan också uppkomma genom att man underrättas om risken i ett smittspårningsärende. Liksom i gällande lag bör det inte vara den enskildes egen uppfattning som är avgörande för om skyldighet föreligger eller inte.

Syftet med läkarundersökningen är att försöka klarlägga vilken sjukdom det är fråga om. Skyldigheten avser endast undersökningar som är motiverade av smittskyddshänsyn, dvs. för att konstatera om smittsamhet föreligger. Undersökningen får sålunda inte enbart vara motiverad av att man vill kunna behandla sjukdomen hos den enskilde. En sådan skyldighet torde stå i strid med principerna om frivillig behandling. När det gäller rent medicinska motiv torde det inte heller finnas någon anledning att behandla smittsamma sjukdomar på annat sätt än andra allvarliga sjukdomar.

Andra stycket reglerar läkarens undersökningsskyldighet. Även här är skyldigheten begränsad till allmänfarliga smittsamma sjukdomar eller andra sjukdomar vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl. Skyldigheten gäller såväl privat som offentligt verksamma läkare. Enligt gällande smittskyddslag krävs, för att läkarens skyldighet skall aktualiseras, att han har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den. Den föreslagna bestämmelsen innehåller inte några sådana begränsningar. Att en läkare skall ha kompetens för det han gör följer redan av andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område. Om läkaren inte anser sig ha kompetens att genomföra en undersökning åligger det honom att se till att kompetent läkare tar vid liksom om läkaren av annan anledning har förhinder att genomföra undersökningen.

Om en patient misstänks bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom men motsätter sig erforderlig undersökning eller provtagning skall läkaren enligt *tredje stycket* ofördröjligen göra anmälan till smittskyddsläkaren. Ofördröjligen innebär att anmälan i princip skall göras samma dag. Bestämmelsen täcker situationen då en patient av någon anledning söker läkarvård. För fall då misstanke om smitta framkommit vid smittspårning finns bestämmelser i 25 §.

20 §

Paragrafen ersätter 36 § i gällande smittskyddslag. Enligt den föreslagna bestämmelsen kan tvångsundersökning i vissa särskilda fall beslutas beträffande en person som med fog misstänks bära på allmänfarlig smittsam sjukdom. Tillämpningsområdet för tvångsundersökning är något snävare än vad som gäller beträffande den allmänna skyldigheten att uppsöka läkare (19 §). Dels skall det vara fråga om en allmänfarlig smittsam sjukdom. Dels måste det finnas konkreta omständigheter som talar för att personen kan vara smittad. Liksom vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag är det inte tillräckligt att personen enbart har en livsföring eller ett beteende i övrigt som allmänt innebär risk för att han eller hon skall smittas. Tillräcklig misstanke kan t.ex. uppstå då en patient av någon anledning uppsöker läkare antingen genom vad patienten berättar eller genom iakttagelser som läkaren gör. Det kan vidare vara så att läkaren eller smittskyddsläkaren får uppgifter om att en person utsatts för en konkret smittrisk. Särskilda krav måste dock ställas på sådana uppgifter; tvångsundersökning skall inte kunna grundas på allmänt hållna påståenden om att en person utsatts för smittrisk.

Tillämpningsområdet begränsas ytterligare av att tvångsundersökning endast kan beslutas om ovissheten medför påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Om risken för att andra smittas av en eller annan anledning är liten bör undersökning inte få genomföras mot den enskildes vilja. Det bör här vara fråga om en individuell bedömning med utgångspunkt i omständigheterna kring den enskilde.

Omfattningen av undersökningen och provtagningen avses motsvara vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Vilka undersökningar och prov som skall göras respektive tas får avgöras från fall till fall. Ibland kan det vara tillräckligt med endast klinisk diagnos, medan det i andra fall kan krävas någon form av provtagning. Mindre ingrepp som t.ex. provtagning från saliv, urin, avföring eller blod får tålas av den enskilde. Däremot får ingrepp som kan riskera den enskildes hälsa eller i övrigt förorsaka annat än obetydliga men inte genomföras.

Beslutsrätten om tvångsundersökning skall i första instans tillkomma länsrätten. Detta föreslås mot bakgrund av den vikt som Europakonventionen och regeringsformen tillerkänner den kroppsliga integri-

teten. Tvångsundersökning kan även innebära ett frihetsberövande i Europakonventionens mening, se kap. 21. Visserligen torde det långt i från i alla fall vara fråga om särskilt ingripande undersökningar. Rätts-säkerhetsskäl talar dock för att domstolsprövning alltid bör ske.

Domstolen har att pröva målet skyndsamt, se 77 §. Skulle situationen vara av så allvarlig och brådskande art att en omedelbar undersökning är nödvändig och domstolens beslut inte kan avvaktas ges enligt 36 § en möjlighet för smittskyddsläkaren att tillgripa tillfällig isolering.

I paragrafens sista stycke åläggs den läkare som utfört läkarundersökningen en skyldighet att omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

21 §

Bestämmelsen motsvarar i princip 19 § i gällande smittskyddslag. Enligt den föreslagna bestämmelsen skall emellertid inte endast den tidigare behandlande läkaren utan också smittskyddsläkaren underrättas om ett läkarbyte.

Smittspårning

22 §

Bestämmelsen ersätter 18 § i nu gällande smittskyddslag och behandlar läkares och viss annan hälso- och sjukvårdspersonals ansvar vad gäller smittspårning. Vid vilka sjukdomar smittspårning blir aktuell anges i *första stycket*. Smittspårning skall ske då fråga är om allmänfarliga smittsamma sjukdomar eller andra smittsamma sjukdomar vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl. Det rör sig således om ett större antal sjukdomar än de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna; här avses även sjukdomar som kan leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade om t.ex. behandling inte ges i tid och som om de får en större spridning utgör en belastning för folkhälsan. I dessa fall är det viktigt dels att smittkällan spåras upp, dels att man når människor som kan ha smittats av sjukdomen för att kunna erbjuda dessa behandling eller förebyggande insatser som information, vaccination m.m. Typexempel på sjukdomar som omfattas av bestämmelsen, förutom de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna, är mag- och tarmsjukdomar som salmonella, campylobacter, EHEC och hepatit A. Beträffande sexuellt överförbara sjukdomar rör det sig främst om gonorré, klamydia och syfilis. Andra sjukdomar som också torde omfattas är t.ex. legionella och TBE. Smittspårning skall inte endast ske i de fall smittsam sjukdom konstateras utan även vid *misstänkta fall*. Smittskyddsåtgärder kan, beträffande ett flertal sjukdomar, behöva vidtas även om

sjukdomen inte är fastställd och det kan vara viktigt att redan i ett tidig skede nå personer som kan ha smittats av sjukdomen. Regeringen meddelar, enligt *tredje stycket*, närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som avses.

Skyldigheten att söka få upplysningar omfattar uppgifter om vem eller vad patienten kan ha fått smittan i från samt vilka som patienten i sin tur kan ha smittat. För att betona vikten av att den för smittspårningen ansvarige verkligen försöker att få nödvändiga upplysningar sägs i bestämmelsen att den ansvarige *aktivt* skall söka få upplysningar. Riktlinjer och vägledning för hur smittspårningsarbetet bör bedrivas bör ges i allmänna råd (jfr 72 §).

Enligt nuvarande lag är det den behandlande läkaren som har det formella ansvaret för smittspårningsarbetet även om han eller hon i praktiken ofta delegerar det praktiska arbetet till annan hälso- och sjukvårdspersonal, se vidare kap. 5.2. Föreslagen bestämmelse innebär viss utvidgning av den personkrets som ansvarar för smittspårningsarbetet med den enskilde patienten. Behandlande läkare är dock skyldig att tillse att ansvaret ges till personal med kompetens för arbetet.

Den som ansvarar för smittspårningen är enligt *andra stycket* skyldig att tillse att personer som hans eller hennes patient kan antas ha smittat underrättas om sjukdomen och anmodas att söka läkare. Den som ansvarar för smittspårningen behöver dock inte i samtliga fall personligen kontakta den som kan antas ha smittats. Om det är lämpligt kan detta överlåtas åt patienten, antingen självständigt eller med stöd av läkare eller kurator. Bedömningen får göras med ledning av den praxis som utvecklats bl.a. inom STD-vården och vid behov bör vägledning och riktlinjer ges ut centralt. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man antar kan ha smittats verkligen har underrättats om misstanken och att han eller hon anmanats att uppsöka läkare. Kontrollen bör också omfatta om personen verkligen sökt läkare. I de fall berörd person inte har uppsökt läkare bör han eller hon i första hand försöka övertalas att göra detta och också underrättas om sin skyldighet enligt 19 §.

23 §

Bestämmelsen ersätter 14 § i gällande smittskyddslag. Med hänsyn till smittspårningens centrala betydelse för smittskyddet skall den enskilde patienten även fortsättningsvis vara skyldig att, så gott han eller hon förmår, medverka till att utröna varifrån smittan kan ha erhållits och till vem smittan kan ha spritts.

Den sista meningen i bestämmelsen tar sikte på fall då smittskyddsläkaren tagit över smittspårningen (se 24 §).

24 §

Hälso- och sjukvårdspersonals skyldighet att genomföra smittspårning regleras i 22 §. Den person som skall genomföra smittspårningen måste inte bara ha goda epidemiologiska kunskaper; han måste också besitta en förmåga att kunna sätta sig in i den enskilda patientens livssituation. En smittspårning skall genomföras på ett sätt som inte verkar kränkande för patienten och den eller de personer som denne kan ha smittat eller smittats av. Uppgiften kan vara mycket tidskrävande. Undersökningar har visat att det förekommer att läkare underlåter att utföra lagstadgad smittspårning eller utför den på ett bristfälligt sätt. Detta kan bero på olika faktorer, t.ex. kompetensbrist och tidspress. För att säkerställa att smittspårning verkligen utförs på tillfredsställande sätt, ges i bestämmelsen möjlighet för smittskyddsläkaren att befria behandlande läkare (eller annan personal) från uppgiften och överlämna den till en person med tillräcklig kompetens och erfarenhet. Detta kan ske i två fall. Dels efter underrättelse från den behandlande läkaren själv (eller annan personal), då han inte ser sig i stånd att genomföra viss smittspårning. Dels då smittskyddsläkaren i sitt arbete själv finner att ett visst smittspårningsärende inte utförs på riktigt sätt (jfr 53 § p 4). Avsikten är inte i första hand att smittskyddsläkaren själv skall ta över smittspårningen. Emellertid kan smittskyddsläkaren i undantagsfall finna det lämpligt att så sker, t.ex. vid större epidemier av födoämnesburen smitta eller dylikt. Han har då möjlighet att personligen utföra smittspårningen. Ett överlämnande eller övertagande enligt bestämmelsen kan avse smittspårningsärendet i sin helhet eller enbart del därav, såsom själva kallelsen av de av patienten uppgivna personerna samt kontroll av att dessa söker läkare.

25 §

Bestämmelsen ersätter 26 § i nuvarande smittskyddslag. Skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren gäller endast vid allmänfarliga smittsamma sjukdomar (jfr 20 § om tvångsundersökning). Någon anmälningsplikt föreligger inte vid andra sjukdomar; i stället åligger det den som ansvarar för smittspårningen att aktivt söka påverka personen att söka läkare.

Anmälan skall göras av den som ansvarar för smittspårningen, dvs. i förekommande fall även annan hälso- och sjukvårdspersonal än behandlande läkare. Smittskyddsläkarens skyldigheter efter det att han mottagit anmälan framgår av 54 §.

*Råd och stöd***26 §**

Paragrafen ersätter 16 § i gällande smittskyddslag. Enligt bestämmelsens *första stycke* har läkaren en skyldighet att ge medicinska och praktiska råd till en patient om hur denne skall undvika att utsätta andra för smittrisk. De allra flesta människor vill undvika att smitta andra, och en skyldighet för den som bär på en smittsam sjukdom att skydda sina medmänniskor finns intagen i 12 §. För att kunna fullgöra sina skyldigheter skall den enskilde ges tillräckliga förutsättningar för att ta ansvar. En sådan förutsättning är att den enskilde får individuellt utformad information om vad han eller hon kan göra för att förhindra att smitta sprids vidare. Det kan här erinras om att läkare har en allmän skyldighet enligt andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område att ge upplysningar och råd till patienten rörande sjukdom som patienten drabbats av. Detta gäller självklart också smittsamma sjukdomar.

Vilka råd läkaren skall ge bör bygga på sjukdomens art och den enskildes livssituation. Liksom nu kan dessa råd avse bl.a. den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt. I rådgivningen skall också ingå information om sjukdomens art, smittsamhet och smittvägar. Det kan vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas. Vägledning bör därför ges centralt i form av allmänna råd (jfr 72 §) och vid tveksamhet bör läkaren kontakta smittskyddsläkaren, som har en lagstadgad skyldighet att bistå honom (53 § p 4). Enligt 53 § p 5 har smittskyddsläkaren en skyldighet att tillse att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats. De s.k. smittskyddsbladen som ges ut av Smittskyddsläkarförbundet bör också kunna utgöra ett hjälpmedel. Uppgifter om vilka råd och anvisningar som givits patienten skall enligt 3 § andra stycket p 5 patientjournalagen (1985:562) intas i den patientjournal som vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras för varje patient. En sådan dokumentering utgör ett slags "kvitto" på att rådgivning har ägt rum och underlättar för såväl patienten som läkaren att vid följande kontakter få klarhet i vilka individuella råd som har givits.

I *andra stycket* stadgas att nödvändigt psykosocialt stöd skall erbjudas om den enskilde personen av smittskyddsskäl behöver det. Utgångspunkten för bestämmelsen är kommitténs överväganden angående samhällets skyldighet att bistå den enskilde smittade så att denne kan ta sitt ansvar, se kap. 25. Den som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation måste så snart som möjligt få erforderligt stöd och hjälp.

Särskilt vid svåra långvariga sjukdomar torde det vara så att det inte främst är de medicinska frågorna om behandling och dylikt som är avgörande utan den enskilde kan också behöva stöd i sin livssituation. Det stöd som skall erbjudas enligt bestämmelsen avser dock inte allmänna stödbehov utan stödet skall behövas av smittskyddsskäl. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren själv, men också av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens t.ex. kuratorer, psykologer eller psykoterapeuter. Psykosocialt stöd kan i vissa fall även tillhandahållas genom olika frivilligorganisationer.

27 §

Enligt bestämmelsen är läkaren – i likhet med vad som gäller enligt 25 § i nuvarande smittskyddslag – skyldig att anmäla till smittskyddsläkaren då den enskilde patienten inte iakttar nödvändiga försiktighetsåtgärder. Bestämmelsens *första stycke* gäller endast då fråga är om *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. Till skillnad från nuvarande reglering lämnas i paragrafen ett uttryckligt utrymme för läkaren att inte göra anmälan om erforderligt stöd kan fås genom läkarens försorg. Den föreslagna bestämmelsen motiveras bl.a. av vikten av att en patient som bär på en allvarlig smittsam sjukdom skall känna tillräckligt förtroende för att kunna ta upp och diskutera sina svårigheter med läkaren.

Enligt *andra stycket* skall anmälan enligt första stycket också göras vid annan smittsam sjukdom, om det finns särskild risk för smittspridning. Bestämmelsen är främst tänkt att tillämpas då risk föreligger för att smitta skall spridas i slutna miljöer såsom sjukhem och daghem. Det skall understrykas att möjlighet för smittskyddsläkaren att vidta tvångsåtgärder *inte* föreligger vid anmälan enligt andra stycket (till skillnad mot vad som gäller efter anmälan enligt första stycket). Syftet är att smittskyddsläkaren skall kunna använda sina allmänna befogenheter enligt 53 § samt få till stånd ett samtal med den smittade.

Vård och behandling

28 §

Den vård och behandling som skall erbjudas är sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet erfordras för att undanröja eller minska risken för smittspridning. För sådan vård och behandling som den enskilde kan behöva för sjukdomen i sig och som inte påverkar smittsamheten gäller bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Aktuell bestämmelse innebär inte att behandling eller medicinering kan ske mot den enskildes vilja. Med särskilda behandlingsinsatser avses exempelvis behandling för missbruk av alkohol eller narkotika.

29 §

Paragrafen ersätter del av 25 § i nu gällande smittskyddslag. Till skillnad från nuvarande reglering lämnas dock i paragrafen uttryckligen ett utrymme för läkaren att inte göra anmälan om erforderligt stöd kan fås genom läkarens försorg. Se även kommentaren till 27 §.

30 §

Av 33 § framgår att isolering oberoende av samtycke i princip inte kan användas i syfte att endast skydda någon eller några individer i den smittades personliga omgivning. I sådant fall kan smittrisen förebyggas på andra sätt än genom isolering av den smittade. Ett sådant sätt är underrättelse till närstående av behandlande läkare, vilket regleras i den här föreslagna paragrafen.

Sådan underrättelse innebär visserligen en viss begränsning av nuvarande sekretesskydd men är å andra sidan en mindre ingripande åtgärd än isolering enligt 33 § då den smittade personen inte vill medverka. Med hänsyn till betydelsen av förtroendet mellan den smittade patienten och läkaren kan underrättelse endast ske då den som utsätts för risk att smittas är en till den smittade personen närstående och då det står klart att den smittade personen inte frivilligt vill informera om smittrisen. Med närstående avses make eller annan person som den smittade personen lever med i en relation eller andra nära familjemedlemmar som han eller hon lever tillsammans med. Underrättelse får endast äga rum om fråga är om en allmänfarlig smittsam sjukdom och om läkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas.

Att underrättelseskyldigheten, om särskilda skäl föreligger, istället kan fullgöras av smittskyddsläkaren framgår av paragrafens *andra stycke*. Sådana särskilda skäl kan t.ex. vara att behandlande läkare har svårt att få kontakt med en till patienten närstående person eller att underrättelseskyldigheten kräver särskild erfarenhet som den behandlande läkaren saknar.

Genom det av kommittén föreslagna tillägget i 7 kap. 1 § sekretesslagen klarläggs att underrättelse enligt ovan kan lämnas utan hinder av sekretess.

Innehåll i anmälan m.m.

31 §

Paragrafen motsvarar 27 § i gällande smittskyddslag. Bestämmelsen reglerar vad anmälningar till smittskyddsläkaren enligt 19 § tredje stycket, 25 §, 27 § eller 29 § skall innehålla. I samtliga typer av anmälan skall finnas uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades

identitet, adress samt andra uppgifter som den som anmäler bedömer vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En anmälan som görs därför att någon vägrar låta sig läkarundersökas (19 § tredje stycket eller 25 §) skall även innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

32

I paragrafens *första stycke* regleras skyldigheten för behandlande läkare att i somliga fall underrätta annan läkare om viss patients smitta samt om de medicinska och praktiska råd som läkaren givit patienten enligt 26 §. Sådan underrättelse skall ske om någon som för smitta av allmänfarlig smittsam sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på annan vårdinrättning. Mottagare av underrättelsen är den läkare som svarar för hälso- och sjukvården på vårdinrättningen i fråga. Syftet med underrättelseskyldigheten är att risken för smittspridning så långt som möjligt skall minskas vid tvångsomhändertagandet.

Nuvarande smittskyddslag innehåller en bestämmelse om motsvarande underrättelseskyldighet för det fall intagning sker av någon som för smitta av hivinfektion (32 §). Det är dock inte enbart vid hivinfektion som behov kan finnas för läkaren på vårdinrättningen att få uppgifter om den intagne. Det gäller även vid t.ex. hepatit B, tuberkulos och andra svåra smittsamma sjukdomar. Här föreslagna bestämmelse innebär därför att underrättelse skall ske vid samtliga allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Liksom enligt nu gällande smittskyddslag avses med annan vårdinrättning i lagtextens mening LVM-hem, institutioner som lämnar vård enligt lagen (1990:52) om vård av unga samt vårdinrättningar för psykisk tvångsvård. Att hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma vid kriminalvårdsanstalt, LVM-hem eller s.k. särskilda ungdomshem i sin tur har skyldighet att i vissa fall underrätta styresmannen vid anstalten respektive den som förestår hemmet om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom framgår av 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 12 § tredje stycket lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Kommittén föreslår att dessa bestämmelser skall anpassas till den nu föreslagna smittskyddslagen, se den allmänna motiveringen kap. 32.

Enligt *andra stycket* skall läkaren på vårdinrättningen underrätta smittskyddsläkaren om den intagne inte kan tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras. Smittskyddsläkaren kan då ge råd om lämpliga åtgärder. Vid en starkt smittsam sjukdom kan det t.ex. bli fråga om att ge den sjuke medicinsk vård under frivillig isolering på sjukhus. I vissa fall kan situationen vara föranledd av att den smittade

inte följer de medicinska och praktiska råd som givits honom till förhindrande av smittspridning. Smittskyddsläkaren skall då utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som erfordras för att förebygga smittspridning, 55 §.

Isolering m.m.

Förutsättningar för isolering

33 §

Paragrafen reglerar förutsättningarna för isolering utan samtycke. Sådan isolering är en åtgärd som endast får tillgripas som en sista utväg för att hindra smittspridning. Utgångspunkterna för kommitténs ställningstagande i denna fråga har utförligt behandlats i den allmänna motiveringen, kap. 26, där bl.a. de principer kommittén menar bör ligga till grund för tillämpningen av tvångsåtgärder redovisats. Därutöver kan följande anmärkas.

Ett första villkor för att isolering utan samtycke skall kunna komma ifråga är att det rör sig om en allmänfarlig smittsam sjukdom enligt 2 § andra stycket. Dessutom krävs att samtliga de förutsättningar som beskrivs i punkterna 1–4 är för handen.

I *punkten 1* ställs krav på att sjukdomen antingen är starkt smittsam eller smittar på ett sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittrisen. Vidare fordras att sjukdomen i det enskilda fallet befinner sig i ett smittsamt skede. Att sjukdomen skall vara starkt smittsam innebär att den skall ha en hög förmåga att avge smittämnet; uttrycket innefattar emellertid också sådana fall där det räcker med en liten infektionsdos för smittöverföring. Som alternativ till stark smittsamhet anges att det skall vara svårt att skydda sig mot smitta. Även om smittsamheten inte är stark kan det vara svårt att skydda sig mot smitta av t.ex. luftburna sjukdomar. Risk att smittas skall i princip föreligga för fler personer än enbart någon eller några individer i den smittades personliga omgivning (se kap. 26.2). I det senare fallet kan smittrisen i allmänhet förebyggas på andra sätt än genom isolering av den smittade. Exempel på allmänfarliga smittsamma sjukdomar som faller in under de här uppställda kriterierna är hepatit B och C, som båda har hög smittsamhet, samt tuberkulos och difteri, som smittar på ett sådant sätt att det är svårt att skydda sig mot dem. En särskild fråga i sammanhanget är hur sjukdomar som främst överförs genom sexuellt umgänge och inte är starkt smittsamma skall bedömas i nu diskuterat avseende. Frågan är om det kan anses vara svårt att skydda sig mot dem. I och för sig känner människor i allmänhet till smittriskerna vad

gäller de sexuellt överförbara sjukdomarna och kan teoretiskt sett relativt lätt skydda sig mot smitta. De beteendevetenskapliga studierna visar dock att det mänskliga sexualbeteendet är så komplext sammansatt av olika psykiska och sociala faktorer att det kan vara svårt för en enskild att överföra de teoretiska kunskaperna till faktiskt handlande i konkreta situationer. Med hänsyn härtill omfattas även vissa sexuellt överförbara sjukdomar, t.ex. hivinfektion, av kriterierna i p 1.

Punkten 2 innebär att isolering oberoende av samtycke inte kan komma till stånd om inte adekvat stöd och vård som behövs från smittskyddssynpunkt först erbjudits i frivillig form. Utgångspunkten är att de problem en enskild kan ha med att ta ansvar för att smittan inte sprids vidare i första hand skall lösas genom frivilliga åtgärder, t.ex. genom hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens försorg. Det kan röra sig om medicinsk behandling som minskar smittsamheten, olika former av psykosocialt stöd den enskilde kan behöva för att ta sitt ansvar men också skilda typer av stöd som inte direkt har samband med sjukdomen i sig men som har betydelse för hur individen kan ta sitt ansvar (t.ex. vård för missbruksproblem). Domstolen har vid sin prövning av om rekvisiten enligt denna punkt är uppfyllda att göra en objektiv bedömning av erbjudna insatsers ändamålsenlighet och kvalitet med avseende på den enskildes behov. Den enskilde kan inte kräva någon viss insats.

Punkt 3 tar sikte på den enskildes beteende. För den som frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder för att hindra smittspridning kan isolering oberoende av samtycke inte bli aktuell. För att sådan isolering skall kunna komma i fråga skall det av de konkreta omständigheterna i det enskilda fallet klart framgå att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning. Förutsättningarna enligt denna punkt kan t.ex. anses vara uppfyllda om en person nekar till att frivilligt låta sig isoleras då detta krävs för att förhindra smittspridning, vägrar undergå från smittspridningssynpunkt nödvändig behandling eller struntar i föreskrifter som meddelats med stöd av 34 §. Det kan även vara fråga om trovärdiga uppgifter om visst smittfarligt beteende som stöds av annan utredning. Domstolen skall bedöma om de åtgärder som krävts att den enskilde frivilligt medverkat till kan anses adekvata och rimliga.

Punkt 4 uppställer det allmänna kravet att påtaglig risk skall föreligga för att andra människor kan smittas om inte isolering sker (jfr förutsättningarna för läkarundersökning mot den enskildes vilja enligt 20 §). I detta ligger bl.a. att smittrisen för andra människor på grund av särskilda omständigheter kan vara utesluten eller i vart fall mera obetydlig. Det kan t.ex. vara så att den enskilde av ett eller annat skäl

inte kommer i sådan kontakt med andra människor att de utsätts för smittrisk. I så fall finns inte tillräckliga skäl för isolering. Detsamma gäller t.ex. om ytterligare frivilliga åtgärder bedöms kunna leda till att den enskilde ändrar sitt beteende.

34 §

I bestämmelsen regleras möjligheten att till hindrande av smittspridning meddela särskilda föreskrifter som den enskilde har att följa. De överväganden som legat till grund för bestämmelsen redovisas i den allmänna motiveringen, kap. 26.

Förutsättningarna för att särskilda föreskrifter skall kunna komma i fråga är de samma som för isolering oberoende av samtycke. Föreskrifterna är emellertid mindre ingripande än isolering för den enskilde. Sådana kan meddelas om det bedöms vara en tillräcklig åtgärd för att hindra smittspridning och kan i vissa fall utgöra ett alternativ till isolering oberoende av samtycke.

Föreskrifterna skall avse konkreta åtgärder som den enskilde är skyldig att delta i. De skall vara individuellt utformade med utgångspunkt i den utredning som smittskyddsläkaren gjort om den enskildes situation och behov. Exempel på vad föreskrifterna kan innehålla ges i paragrafens punkt 1–3. Uppräkningen är inte uttömmande. Föreskrifterna skall dock ange åtgärder som bedöms kunna stärka den enskildes förmåga att ta det ansvar som följer av att hon eller han smittats av en smittsam sjukdom av allvarlig art. Det kan t.ex. röra sig om vård eller behandling inom psykiatrin eller missbrukarvården, kontakt med viss läkare eller annan lämplig person för individuellt utformat psykosocialt stöd eller stödverksamhet för smittbärare, missbrukare eller psykiskt eller fysiskt funktionshindrade som anordnas av landstingskommun, kommun eller organisation. Däremot skall föreskrifterna inte omfatta olika försiktighetsåtgärder rörande sjukdomen som sådan (t.ex. att använda skydd vid sexuell umgänge). Dylåka anvisningar ges av behandlande läkare genom de praktiska och medicinska råd som denne skall ge till sin patient enligt 26 § första stycket.

Att länsrätten, efter ansökan av smittskyddsläkaren, har möjlighet att meddela föreskrifter enligt 34 § i samband med ett beslut om upphörande av isolering framgår av 41 § andra stycket.

35 §

Beslut om isolering utan samtycke enligt 33 § samt föreskrifter enligt 34 § fattas av länsrätt. Ansökan härom görs smittskyddsläkaren. Det står länsrätten fritt att besluta om föreskrifter enligt 34 § om rätten anser att detta är tillräckligt, även om ansökan endast avsett isolering enligt 33 §.

Till ansökan skall bifogas en utförlig utredning om den enskildes situation och behov. Vidare skall rätten upplysas om de åtgärder som tidigare erbjudits eller vidtagits för den enskilde. Dessutom skall utredningen innehålla en individuell vårdplan utvisande behövliga insatser för att minska risken för smittspridning samt i vilken ordning insatserna kan tillhandahållas. Härigenom kan de insatser som skall vidtas under eller efter isolering förberedas.

Smittskyddsläkaren har ansvar för att utredningen i fråga kommer till stånd. Detta innebär dock inte att han personligen måste ha utfört samtliga delar av densamma.

36 §

Paragrafen reglerar möjligheterna till tillfällig isolering i vissa mycket brådskande fall. Vid fall av allmänfarlig smittsam sjukdom kan det i vissa fall uppkomma situationer där smittrisken är så allvarlig och överhängande att frivilliga åtgärder eller domstols beslut om isolering enligt 33 § inte kan avvaktas. Smittskyddsläkaren har därför fått behörighet att besluta om tillfällig isolering om någon som bär eller med fog kan misstänkas bära på sådan smitta genom sitt beteende utsätter annan för omedelbar risk att smittas. Vanligtvis torde det röra sig om en starkt smittsam sjukdom, men det kan även vara fråga om en mindre smittsam sjukdom som den smittade genom sitt beteende utsätter annan för överhängande risk att smittas av.

Det huvudsakliga syftet med tillfällig isolering är att smittspridningen skall förhindras till dess att nödvändiga smittskyddsåtgärder hunnit vidtas. Då åtgärden gäller en person som med fog misstänks vara smittad gäller det även att klarlägga om denne verkligen är smittad. Visar det sig att så inte är fallet eller att sjukdomen inte är i ett smittsamt skede skall isoleringen genast upphöra. Isoleringen skall annars upphöra så snart sådana åtgärder som undanröjer den omedelbara smittrisken kunnat vidtas.

Tillfällig isolering utgör en självständig åtgärd i förhållande till isolering oberoende av samtycke. Är förutsättningarna för isolering enligt 33 § uppfyllda, kan den emellertid följas av ett domstolsbeslut om isolering oberoende av samtycke. Det är dock inte meningen att tillfällig isolering rutinmässigt skall föregå ett förfarande om isolering oberoende av samtycke.

Smittskyddsläkarens beslut skall senast inom två dagar underställas länsrätten för prövning. Sker detta inte, förfaller smittskyddsläkarens beslut. Den tillfälliga isoleringen kan bestå under högst två veckor.

37 §

Med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda bör isolering äga rum i offentligt bedriven verksamhet. Isolering oberoende av samtycke samt tillfällig isolering skall därför ske på en vårdinrättning som drivs av ett landsting. Några närmare krav på vårdinrättningens egenskaper ställs inte i lagen, men den måste vara så beskaffad att de i lagen reglerade kraven på isoleringens innehåll m.m. kan uppfyllas. Liksom är fallet enligt nu gällande smittskyddslag finns inget hinder mot att isolering av en person sker utanför det landstingsområde som denne tillhör.

38 §

Isolering oberoende av samtycke är lagens sista utväg för att hindra smittspridning. Den skall inte pågå längre än vad som är oundgängligen nödvändigt. Kritik har framförts mot nu gällande smittskyddslag enligt vilken tvångsisolering stundom sträckt sig över mycket lång tid (se kap. 8).

Enligt paragrafen får isolering oberoende av samtycke pågå i högst tre månader, i vilken tid tillfällig isolering inte inräknas. Meningen är att den smittade därefter skall komma i åtnjutande av erforderliga alternativa åtgärder som hindrar eller begränsar risken för smittspridning, t.ex. frivillig behandling för missbruksproblem eller individuellt utformat psykosocialt stöd. I vissa fall kan föreskrifter enligt 34 § bli aktuella, se 41 § andra stycket. Även under isoleringstiden skall den isoleerade erbjudas den vård och det stöd han behöver.

I undantagsfall kan nödvändiga alternativa åtgärder inte komma till stånd innan de stipulerade tre månaderna löpt till ända. Länsrätten kan då, efter ansökan av smittskyddsläkaren, besluta att isoleringen skall pågå i ytterligare högst tre månader. Tiden kan därefter inte vidare förlängas. Befinns efter en tid efter det att isoleringen upphört att den enskilde återigen uppfyller förutsättningarna för isolering oberoende av samtycke enligt 33 § finns emellertid inget hinder mot att smittskyddsläkaren på nytt ansöker om isolering.

Även varaktigheten av meddelade föreskrifter begränsas i tiden. Sådana får ges för en tid av högst sex månader. Föreligger därefter fortsatt behov av föreskrifter kan länsrätten förlänga dessas giltighet med högst sex månader i taget. Sådant beslut initieras genom ansökan av smittskyddsläkaren. Länsrätten kan även, när som helst under föreskrifternas giltighetstid, besluta om förändring av deras innehåll.

39 §

När länsrätten fattat beslut om isolering oberoende av samtycke skall smittskyddsläkaren genast underrätta det landsting eller den kommun som har ansvaret för att de för den smittade behövliga insatserna kom-

mer till stånd. Detta för att den ansvarige huvudmannen tillsammans med smittskyddsläkaren så snart som möjligt skall kunna förbereda sådana åtgärder som den smittade behöver vid isoleringens upphörande.

40 §, 41 §

Den som är isolerad enligt bestämmelserna om tillfällig isolering eller isolering oberoende av samtycke kan när som helst under isoleringstiden begära att isoleringen skall upphöra. Länsrätten skall då omedelbart pröva frågan. Finner länsrätten att skäl för isolering inte längre föreligger skall domstolen omedelbart häva beslutet. Kommer det till smittskyddsläkarens kännedom att skäl för isolering inte längre föreligger är även han behörig att upphäva beslutet. Häver smittskyddsläkaren ett beslut om isolering skall han snarast underrätta länsrätten om detta.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren kan länsrätten, om förutsättningar föreligger, meddela föreskrifter enligt 34 § i samband med beslut om isoleringens upphörande. Detta innebär att skäl för isolering i och för sig fortfarande föreligger, men att föreskrifter i fortsättningen bedöms vara en tillräcklig åtgärd.

Isoleringens innehåll

42 §

Bestämmelsen motsvaras delvis av 43 § i nu gällande smittskyddslag. Första stycket är emellertid anpassat till det innehåll isolering oberoende av samtycke skall ha enligt den nya lagen och innehåller ett påpekande om att den smittade redan under isoleringstiden skall få det stöd och den hjälp som krävs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller så långt som möjligt minskas. Det är viktigt att isoleringstiden inte blir ett passivt frihetsberövande; insatser för att stärka den enskildes förmåga att ta sitt ansvar bör påbörjas redan där.

43 §, 44 §

Innehållet i paragraferna motsvaras av 43 a § och 43 b § i nu gällande smittskyddslag.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

45 §

Paragrafen motsvaras av 44 § i nu gällande smittskyddslag. Smittskyddsläkaren kan begära biträde av polismyndighet för att återföra den som avvikit från vårdinrättningen (84 § 3).

46 §

Enligt 45 § i gällande smittskyddslag är det för en tvångsisolerad förbjudet att inneha bl.a. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel. Vad beträffar olovligt narkotikainnehav är sådant straffbelagt redan enligt narkotikastrafflagen (1968:64). Men bestämmelsen i gällande smittskyddslag innebär även att en tvångsisolerad inte kan inneha t.ex. en flaska lättöl. Den som är isolerad behöver emellertid inte vara missbrukare. Den nu föreslagna paragrafen är därför så utformad, att det görs möjligt att omhänderta alkoholhaltiga drycker, narkotika, andra berusningsmedel, föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk m.m. då egendomen kan vara till skada för den isolerade själv eller till men för ordningen på vårdinrättningen. Under förutsättning att ordningen på vårdinrättningen tillåter det, är det således fortsättningsvis möjligt för en isolerad att t.ex. dricka lättöl eller svagdricka till maten eller att inneha ett till honom receptförskrivet sömnmedel som är klassificerat som narkotika.

47 §, 48 §, 49 §

Bestämmelserna motsvarar 46–48 §§ i nu gällande smittskyddslag.

Vistelse utanför vårdinrättningen

50 §, 51 §

Paragraferna, som ersätter 49 § och 50 § i befintlig lag, reglerar möjligheten att bevilja tillstånd för en person som är isolerad oberoende av samtycke att under viss tid vistas utanför vårdinrättningens område. Bestämmelserna innebär en inskränkning av denna möjlighet jämfört med bestämmelserna i nu gällande smittskyddslag. Under den tämligen korta isoleringstiden kan dock vistelse utanför vårdinrättningens område bara få förekomma i undantagsfall, och då endast under en mycket begränsad tid. Sådan vistelse kan enbart tillåtas om den antingen är påkallad av särskilda skäl hänförliga till den isolerade själv eller hans närmaste (t.ex. för att besöka en svårt sjuk närstående eller för att närvara vid närståendes begravning) eller om vistelsen utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den smittade (exempelvis del-

tagande i aktivitet anordnad av en frivilligorganisation). Tillstånd kan givetvis endast komma i fråga om vistelse utanför vårdinrättningens område bedöms kunna ske utan risk för smittspridning.

Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område kan inte ges vid tillfällig isolering. Detta får anses följa av den överhängande smitt-risk som förutsätts för tillfällig isolering. Eventuella nödvändiga besök utanför vårdinrättningen får därför i dessa fall genomföras tillsammans med personal från inrättningen.

Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens allmänna skyldigheter

52 §

Smittskyddsläkaren har enligt gällande smittskyddslag en central roll i samhällets smittskydd. Han får i sitt arbete en samlad bild av smittskyddsläget i länet och är den som har den bästa kompetensen för att kunna avgöra vilka insatser som behövs, både generellt och i enskilda fall. Hans huvudsakliga arbetsuppgifter bör inte förändras genom den nya lagen (kommitténs närmare överväganden i denna fråga presenteras i den allmänna motiveringen, kap. 29). Även i fortsättningen skall han således ha ansvaret för den övergripande ledningen av smittskyddsarbetet inom den område där han är verksam. Smittskyddsläkaren skall liksom idag planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (jfr 7 § p 1 och 2 i gällande smittskyddslag).

Enligt 9 § kan det finnas flera smittskyddsläkare inom ett område. Det kan i sådant fall finnas övergripande uppgifter som det är lämpligt att en av dem har ansvar för, t.ex. epidemiplan eller vaccinationsprogram. Detta är en fråga som huvudmannen enligt paragrafens *andra stycke* får besluta om.

53 §

I paragrafen anges några särskilt viktiga uppgifter som smittskyddsläkaren har att sörja för inom smittskyddet. Uppräkningen är dock på intet sätt uttömmande. Ordningsföljden på uppgifterna avses spegla den nya smittskyddslagens uppbyggnad.

Paragrafen kan närmast jämföras med 7 § i den gällande smittskyddslagen. Uppbyggnaden är dock delvis annorlunda. Det är inte avsikten att någon av de uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt den nu gällande bestämmelsen skall upphöra p.g.a. den nya avfattningen. Även fortsättningsvis skall han ha en mycket aktiv roll i det praktiska

smittskyddsarbetet. Däremot utökas smittskyddsläkarnas ansvar på vissa punkter.

Punkt 1: Smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten får sådan upplysning och information om smittsamma sjukdomar att den kan vidta de åtgärder som krävs för att skydda sig mot smitta. Information till befolkningen om sjukdomar, smittvägar, prevention m.m. är många gånger den bästa åtgärden för att förebygga att smittsamma sjukdomar sprids. Informationen kan röra vilka konkreta försiktighetsåtgärder den enskilde bör iaktta (t.ex. vid anrättning av matvaror eller vid sexuellt umgänge) men även vilket vaccinationsskydd som är erforderligt.

Punkt 2: Enligt p 1 skall allmänheten få information om smittskydd. För grupper som löper särskild risk att smittas av viss sjukdom bör dock riktade insatser göras. Meningen är att smittskyddsläkaren skall verka mer tydligt och aktivt vad gäller dessa grupper. Smittskyddsläkarens åtgärder initieras av den allmänna epidemiologiska situationen. Det kan t.ex. röra sig om uppmaningar till pensionärer att låta vaccinera sig i influensatider eller anvisningar till sjukvårdspersonal om hur de bör skydda sig mot blodsmitta.

Punkt 3: Smittskyddsläkaren skall tillse att även andra förebyggande åtgärder än de som nämns under p 1 och 2 vidtas. I detta ingår bl.a. att han skall ge akt på när det av epidemiologiska skäl är påkallat att erbjuda olika typer av vaccinationer och uppmärksamma huvudmannen på detta.

Punkt 4: Smittskyddsläkaren är den person i länet som har bäst överblick över och erfarenhet av olika typer av smittsamma sjukdomar. Det är därför viktigt att han fungerar som ett stöd för sjukvårdspersonal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med dylika sjukdomar. Det gäller inte minst personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Stödet kan ges på olika sätt; det kan röra sig om råd vid telefonförfrågningar, skriftlig information (t.ex. i form av månadsblad eller liknande), föreläsningar m.m. I den omfattning som behövs skall smittskyddsläkaren även undervisa berörd personal i smittskyddsfrågor. Erforderligt stöd skall dessutom ges till andra aktörer som har uppgifter inom smittskyddet, t.ex. de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Dessa har oftast en begränsad erfarenhet av smittskyddsarbete och kan behöva bistånd vid utförandet av t.ex. smittutredningar där smittan misstänks härröra från ett objekt. Vid behov skall smittskyddsläkaren ge råd om lämpliga smittskyddsåtgärder.

Punkt 5: Spårningen av smittkälla samt personer som den smittade i sin tur kan ha utsatt för smittrisk är en mycket viktig uppgift inom smittskyddet. En omsorgsfullt utförd smittspårning innebär att smittade personer urskiljs och kan hindras från att sprida smittan vidare. Det

förekommer emellertid att behandlande läkare underlåter att smittspåra eller utför uppgiften bristfälligt. Detta kan t.ex. bero på tids- eller kompetensbrist. Smittskyddsläkaren har visserligen redan idag ett ansvar för att smittutredningarna blir fullständiga. Genom den föreslagna bestämmelsen blir dock hans ansvar i denna fråga mer tydligt uttryckt. Uppgift om smittspårning får han i det enskilda fallet genom den anmälan behandlande läkare m.fl. har att göra då fråga är om vissa typer av sjukdomar (se 16–18 §§). En sådan anmälan skall bl.a. innehålla uppgifter om den sannolika smittkällan samt om de åtgärder läkare vidtagit för att hindra smittspridningen. I 24 § finns bestämmelser om att smittskyddsläkaren i vissa fall kan befria behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal från ett smittspårningsärende och överlämna det till annan eller själv fullgöra uppgiften.

Smittskyddsläkaren skall även se till att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats. Genom anmälan enligt 16 § får smittskyddsläkaren reda på de medicinska och praktiska råd som behandlande läkare gett patienten enligt 26 §. Uppmärksammar smittskyddsläkaren att de givna råden av en eller annan anledning kan ifrågasättas eller behöver kompletteras, skall han kontakta behandlande läkare om detta.

Punkt 6: Enligt 11 § bör var och en medverka till att spridningen av smittsamma sjukdomar förhindras. Den som vet eller har anledning att misstänka att han är smittad av en allvarlig sjukdom är dessutom skyldig att vidta de åtgärder som han kan för att skydda andra mot smittrisk samt informera vissa personer om sin smitta, nämligen dem som han kommer i sådan kontakt med att de kan komma att smittas, 12 §. Han är också i vissa fall skyldig att söka läkare och låta denne göra erforderliga undersökningar samt att medverka i smittspårningsarbetet.

För att den enskilde skall kunna klara av att fullgöra sina skyldigheter enligt lagen skall den behandlande läkaren se till att han får erforderlig information samt den vård och det stöd han behöver. Även smittskyddsläkaren skall stödja den enskilde i detta sammanhang. Smittskyddsläkaren skall vidare bevaka att den enskilde verkligen får det stöd eller den vård som är påkallad av sjukdomen eller av smittrisken. Han skall utreda vilka problem den smittades svårigheter bottnar i och vilka insatser som krävs för att komma till rätta med problemen. Det kan röra sig om medicinsk vård, men också om t.ex. vård för drogproblem eller psykosocialt stöd i olika former. Betonas bör emellertid att avsikten inte är att smittskyddsläkaren skall ta över den behandlande läkarens roll och själv ge medicinsk vård eller samtalsstöd till den enskilde. Inte heller är meningen att smittskyddsläkaren skall kontrollera samtliga rapporterade sjukdomsfall eller bedriva någon generell tillsyn. Hans insatser enligt bestämmelsen torde främst aktualiseras efter det att en enskild smittad klagat på att han inte får det stöd han anser sig be-

höva, efter anmälan om en smittad persons misskötsamhet från behandlande läkare eller efter en anhållan om hjälp från behandlande läkare i ett enskilt fall.

Punkt 7: Varje år inträffar ett flertal allvarliga sjukdomsfall på sjukhus, sjukhem och i s.k. särskilda boendeformer för äldre eller funktionshindrade som en följd av smittspridning på grund av bristfälliga rutiner. Bristerna kan vara av olika slag. Det kan t.ex. röra sig om att personalen inte tvättar händerna ordentligt, felaktig praxis vad gäller användning av engångsmaterial eller andra brister beträffande olika objekt (exempelvis undermålig rengöring av handfat, brister i vatten- och ventilationsanläggningar m.m.) eller underlåtenhet att placera en särskilt smittsam patient på enskilt rum. De vanligaste vårdhygieniska problemen torde, enligt Socialstyrelsens rapport 1998:19, vara diarrésjukdomar, återkommande urinvägsinfektioner, trycksår och influensautbrott. Om det inte är fråga om samhällsfarliga sjukdomar bedriver dock smittskyddsläkaren idag sällan någon utredning eller smittspårning inom de lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård; andra typer av vårdrelaterade infektioner förutsätts lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Vilka resurser den enskilde huvudmannen har på detta område varierar emellertid.

Smittskyddsläkaren har ansvar för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar i det område inom vilket han enligt 9 § första stycket verkar. Mot bakgrund av den föreliggande situationen beträffande vårdrelaterade infektioner ges smittskyddsläkaren ett uttryckligt ansvar för bevakningen av att tillräckliga åtgärder kommer till stånd. Vid brister i detta hänseende skall han påtala för den aktuella huvudmannen eller ansvarige vårgivaren vilka insatser som krävs. Skulle åtgärder ändå inte vidtas kan smittskyddsläkaren anmäla detta till tillsynsmyndigheten, som har möjlighet att utfärda ett föreläggande förenat med vite (se 56 § och 58 §).

Punkt 8: Det är av största vikt att smittskyddsläkaren håller sig informerad om smittskyddssituationen i det område som han ansvarar för. Uppgifter om smittskyddsläget får han bl.a. från de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkare har att göra enligt 16–18 §§. Uppmärksammar smittskyddsläkaren vid övervakningen förhållanden som kräver smittskyddsåtgärder, skall han skyndsamt se till att sådana vidtas. Smittskyddsläkaren skall också medverka i den nationella epidemiologiska uppföljningen.

54 §

Bestämmelsen, som behandlar smittskyddsläkarens skyldigheter då han fått anmälan om att en person som antas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte låter sig undersökas av läkare, ersätter del av

28 § i nu gällande smittskyddslag. Efter anmälan har smittskyddsläkaren att utreda ärendet, ta reda på varför den misstänkt smittade inte låter läkarundersöka sig samt vilka åtgärder som kan vidtas för att detta frivilligt skall ske. Om inte särskilda skäl talar däremot skall i smittskyddsläkarens utredning ingå ett personligt samtal med den enskilde. Går det inte att nå resultat på detta sätt kan det i vissa fall bli aktuellt med att ansöka till länsrätten om tvångsundersökning (20 §).

55 §

I bestämmelsen regleras smittskyddsläkarens skyldigheter efter det att han fått en anmälan om att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte iakttar erforderliga försiktighetsåtgärder för att skydda andra mot smitta eller inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra. Bestämmelsen ersätter del av 28 § i nu gällande smittskyddslag.

Efter att ha fått anmälan skall smittskyddsläkaren påbörja den utredning om den enskilde som krävs för att han skall kunna ta ställning till vilka insatser som erfordras för att smittspridning skall förhindras. Som huvudregel skall i utredningen ingå ett personligt samtal med den enskilde. Detta samtal behövs främst för att klarlägga vilka svårigheter den enskilde har och vilka frivilliga insatser som kan vara adekvata. Samtalet kan också fylla funktionen att inskräpa situationens allvar hos den enskilde så att han eller hon inser sitt eget ansvar för att hindra smittspridning. Smittskyddsläkaren har vidare rätt att få uppgifter från vissa myndigheter och personal inom hälso- och sjukvården (63 §). Är det nödvändigt för en utredning får han dessutom underrätta socialnämnden, polismyndigheten och den lokala kriminalvårdsmyndigheten om bl.a. den enskildes identitet och vilka råd och anvisningar han eller hon har att följa, se 65 §.

56 §

Uppmärksammar smittskyddsläkaren brister i smittskyddet skall han påpeka detta för den myndighet eller annan som är skyldig att avhjälpa bristerna. Det kan t.ex. röra sig om brister i smittskyddet på sjukhus, sjukhem eller i s.k. särskilda boendeformer (jfr 53 § p 7). Sker inte rättelse, och medför detta fara från smittskyddssynpunkt, skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till aktuell tillsynsmyndighet (dvs. Socialstyrelsen om fråga är om hälso- och sjukvård eller länsstyrelsen om det gäller socialtjänsten). Anmälan skall användas som ett yttersta påtryckningsmedel och bör ske först om huvudmannen, trots påpekande, inte åtgärdat bristerna. Tillsynsmyndigheten kan enligt 58 § efter anmälan förelägga ansvarig huvudman att vidta de åtgärder som krävs.

57 §

Upptäcker smittskyddsläkaren i sitt arbete enligt 53 § p 6 att en enskild smittad inte erbjuds det stöd eller den vård som han behöver för att förebygga smittspridning skall smittskyddsläkaren kontakta ansvarig huvudman (dvs. kommun eller landstingskommun) och påtala detta. I de allra flesta fall förutsätts huvudmannen ta påpekandena på allvar och åtgärda bristerna. Men om så inte skulle ske skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till aktuell tillsynsmyndighet, som efter anmälan kan förelägga ansvarig huvudman att vidta åtgärder, 58 §.

58 §

Den berörda tillsynsmyndigheten kan, efter anmälan av smittskyddsläkaren, förelägga ansvarig huvudman att vidta de åtgärder som erfordras. Skyldigheten att vidta åtgärder bygger på, förutom smittskyddslagen, befintliga regler i hälso- och sjukvårdslagen. På socialtjänstområdet följer skyldigheterna att erbjuda stöd m.m. av befintliga regler i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Föreläggandet skall vara skriftligt och bl.a. innehålla uppgifter om till vem det riktas (adressaten), vilka konkreta åtgärder som skall vidtas och inom vilken tidsfrist detta skall ske. I föreläggandet får vite sättas ut. I lagen (1985:206) om viten finns allmänna regler om vitesföreläggande, vitesbelopp, utdömande av vite m.m. Bland annat anges att vitet som huvudregel skall fastställas till ett bestämt belopp, men att vitet även i vissa fall kan föreläggas som löpande vite. Vitet bestäms då till ett visst belopp för varje tidsperiod av viss längd under vilken föreläggandet inte har följts eller, om föreläggandet avser en återkommande förpliktelse, varje gång adressaten underlåter att fullgöra denna. Frågor om utdömande av viten prövas av länsrätten.

59 §

Paragrafens *första stycke* motsvarar 12 § andra stycket i gällande smittskyddslag.

Smittskyddsläkaren omfattas av hälso- och sjukvårdsekretessen enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100). Sekretess råder således för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden bl.a. mellan smittskyddsläkaren och andra myndigheter. Enligt *andra stycket* får dock nödvändiga uppgifter lämnas till de myndigheter som skall tillhandahålla vård och stöd till den enskilde (jfr förslaget till 7 kap. 1 § sekretesslagen nedan i 36.8).

60 §

Ansvar för åtgärder inom det objektinriktade smittskyddet (t.ex. avseende djur, vatten eller livsmedel) åvilar bl.a. kommunen, Jordbruksverket och Livsmedelsverket. Kommunen respektive myndigheterna har även ansvaret för den utredning som ligger till grund för åtgärderna. Genom den föreslagna bestämmelsen ges en klarare ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna då det gäller det objektinriktade smittskyddet. I bestämmelsen åläggs smittskyddsläkaren att formellt underrätta en kommun – eller annan ansvarig myndighet – om att smittskyddsåtgärder erfordras. Bestämmelsen är kopplad till vissa föreslagna paragrafer i miljöbalken och livsmedelslagen (se kap. 27), vilka slår fast kommuns respektive myndighets ansvar att senast efter en underrättelse från smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som krävs. Underrättelsen innebär dock inte att smittskyddsläkaren har någon direktiv rätt mot objektansvariga kommuner eller myndigheter.

61 §

Paragrafen motsvarar 12 § tredje stycket i gällande smittskyddslag. Med område avses det område smittskyddsläkaren verkar i enligt 9 § första stycket.

62 §

Bedömer smittskyddsläkaren i ett enskilt ärende att vidare smittskydds- eller smittspårningsåtgärder inte är erforderliga för att hindra smittspridning skall han ha möjlighet att avskriva ärendet. Detta kan t.ex. bli aktuellt om de personer den smittade kan ha fört smittan vidare till befinner sig utomlands eller av andra skäl inte går att få tag i.

*Särskilda befogenheter för smittskyddsläkaren***63 §**

Paragrafen motsvaras närmast av 29 § i gällande smittskyddslag. Skyldigheten att lämna uppgifter gäller bara om det är fråga om allmänfarlig smittsam sjukdom och endast om en begäran om uppgifter framställts av smittskyddsläkaren. Vidare krävs att uppgifterna behövs för att smittskyddsläkaren skall kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen.

64 §

Bestämmelsen motsvarar 8 § i gällande smittskyddslag. Den är inte begränsad till allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Enligt bestämmelsen har smittskyddsläkaren i ett enskilt fall, på begäran, rätt att få

upplysningar från kommunala nämnder som fullgör uppgifter på miljö- och hälsoskyddsområdet samt från sjukvårdspersonal om detta behövs för att han skall kunna fullgöra sina smittskyddsuppgifter. Några formkrav på själva begäran eller på hur uppgifterna skall lämnas ställs, liksom tidigare, inte. Smittskyddsläkaren har också rätt att ta del av uppgifter i handlingar under samma förutsättningar. Hans rätt att få upplysningar eller att ta del av uppgifter i handlingar är begränsade till de fall då han behöver dem för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen. Att begärd uppgift omfattas av sekretess hindrar inte att den skall lämnas ut till smittskyddsläkaren.

65 §

Paragrafen ersätter 30 § i gällande smittskyddslag. Den nuvarande bestämmelsen omfattar dock endast hivinfektion. Underrättelse får ske om det är nödvändigt för en utredning enligt 55 §, dvs. utredning efter anmälan om att den enskilde (vid allmänfarlig smittsam sjukdom) inte iakttar erforderliga försiktighetsåtgärder eller inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor. Om underrättelse skall ske eller inte får avgöras av smittskyddsläkaren efter omständigheterna i det enskilda fallet. Självfallet bör underrättelsen begränsas till den eller de av de nämnda myndigheterna som bedöms kunna lämna relevant information.

66 §

Paragrafens *första stycke* motsvarar huvudsakligen 31 § i gällande smittskyddslag; den befintliga bestämmelsen omfattar emellertid endast smitta av hivinfektion. Enligt det nya *andra stycket* är tiden för anmälningsskyldigheten begränsad till två månader från det att underrättelse enligt 65 § mottagits. Har smittskyddsläkaren av någon anledning inom denna tid inte kunnat avsluta sin utredning, kan han, om han bedömer det nödvändigt på nytt göra underrättelse enligt 65 §. En ny tvåmånadersfrist enligt 66 § andra stycket börjar då löpa.

Rätt till ersättning vid vissa åtgärder

67 §

Paragrafen reglerar kostnadsfrihet beträffande vissa läkemedel. Bestämmelserna om rätt till ersättning vid vissa åtgärder har närmare behandlats i den allmänna motiveringen, kap. 33.

Enligt bestämmelsen skall läkemedel vara kostnadsfria för den enskilde om läkemedlet bedöms vara ägnat att minska risken för smittspridning. Avsikten är att läkemedel som vid en objektiv vetenskaplig

bedömning bedöms minska risken för smittspridning, t.ex. genom att minska smittsamheten eller hämma tillväxten hos smittämnet, skall vara kostnadsfria för den enskilde. Kraven motsvarar vad som gäller enligt nuvarande bestämmelser. Kostnadsfriheten inbegriper enligt paragrafen läkemedel för i princip alla smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Emellertid förutsätts regeringen precisera tillämpningsområdet genom särskilda föreskrifter.

För att omfattas av kostnadsfriheten måste läkemedlet vara förskrivet av läkare. Receptfria läkemedel omfattas således inte. Däremot spelar det ingen roll om förskrivande läkare är verksam inom den offentliga hälso- och sjukvården eller privat praktiserande. Några krav ställs inte heller på att läkaren skall vara ersättningsberättigad enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget.

Här erinras om att patienter som blivit smittade av hivinfektion inom den svenska hälso- och sjukvården erhåller fria läkemedel enligt lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hivsmittade.

68 §

I paragrafen regleras när kostnadsfrihet gäller för undersökning, vård och behandling av smittsam sjukdom.

För kostnadsfrihet förutsätts att det är fråga om undersökning, vård och behandling som är ägnad att minska risken för smittspridning. I den allmänna motiveringen, kap. 33, beskrivs närmare vad som avses med att åtgärden skall vara ägnad att minska risken för smittspridning. Avsikten är att det till grund för kostnadsfriheten skall ligga en objektiv bedömning av åtgärdens betydelse för att minska fortsatt smittspridning. Kostnadsfriheten skall således gälla samtliga åtgärder som direkt kan leda till att smittsamheten minskar eller hålls tillbaka. Endast sådana åtgärder som saknar direkt betydelse för smittspridningen, t.ex. behandling av komplikationer till sjukdomen, är undantagna från bestämmelsens tillämpningsområde. Läkaren, och inte den enskilde, avgör om åtgärden har betydelse från smittskyddssynpunkt.

Kostnadsfriheten är begränsad till allmänfarliga smittsamma sjukdomar samt övriga smittsamma sjukdomar som omfattas av bestämmelserna om smittspårning i 22 §. Det är i dessa fall angeläget att den som kan vara smittad söker läkare, och detta bör därför inte medföra kostnader för den enskilde.

Kostnadsfriheten gäller för undersökning, vård och behandling som ges inom landstingets egna hälso- och sjukvård eller av privat verksam läkare under förutsättning att verksamheten är offentligt finansierad. I förhållande till nu gällande ersättningsbestämmelser (63 § i befintlig

smittskyddslag) innebär bestämmelsen en viss utvidgning av kostnadsfriheten. För undersökning, behandling och vård som ges av läkare som inte omfattas av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och inte har vårdavtal får däremot den enskilde även fortsättningsvis betala själv.

Patienter som har blivit smittade av hivinfektion inom den svenska hälso- och sjukvården erhåller kostnadsfri sjukvård enligt lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade.

69 §

I paragrafen anges vem som har rätt till förmånerna enligt 67 § och 68 §. Med hänsyn till Sveriges medlemskap i EU omfattas även de personer som ingår i personkretsen enligt rådets förordning nr 1408/71 bland de förmånsberättigade. Paragrafens p 3 är en följd av att kommittén föreslår att rätten till kostnadsfria förmåner enligt förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar skall regleras i lag (se kap. 33). I övrigt innebär bestämmelsen inte några förändringar mot vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag.

Här erinras om att asylsökandes rätt att kostnadsfritt erhålla bl.a. vård och åtgärder enligt smittskyddslagen regleras i 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

70 §

Bestämmelsen innebär att landstingen svarar för alla kostnader som uppstår på grund av bestämmelserna om kostnadsfrihet för den enskilde, dvs. även för undersökning m.m. som företas av privat verksam läkare med offentlig finansiering. Detta är en skillnad mot nu gällande bestämmelser (jfr 64 § i gällande smittskyddslag), enligt vilka landstinget svarar för kostnader för åtgärder och läkemedel som förordnats inom den egna verksamheten, medan staten svarar för övriga kostnader. Ändringarna är föranledda av förändringar rörande kostnadsansvaret för läkemedelsförmåner enligt lagen (1996:1150) om högkostnads-skydd vid köp av läkemedel m.m. och rörande läkarvårdsersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Tillsyn m.m.

71 §, 72 §

Den statliga tillsynen är ett viktigt medel för att öka enhetlighet och kvalitetsmedvetande inom smittskyddet. Socialstyrelsen skall även fortsättningsvis ha tillsynen över smittskyddet i landet (jfr 65 § i gällande

smittskyddslag), vilket naturligtvis även omfattar smittskyddsläkarnas verksamhet. Styrelsens tillsyn över smittskyddet hänger nära samman med dess tillsyn över hälso- och sjukvården, och styrelsens tillsyn över smittskyddsverksamheten bör samordnas med dess tillsyn över hälso- och sjukvården i stort. Genom bestämmelsen i 71 § ges Socialstyrelsen alla de befogenheter, inklusive möjligheten att förbjuda viss verksamhet, som föreligger vid styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården. Kommitténs vidare överväganden när det gäller tillsynen framgår av den allmänna motiveringen, kap. 29.

Socialstyrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet. I likhet med vad som sker idag skall styrelsen utfärda allmänna råd till ledning för tillämpningen av smittskyddslagen. Dessa kan behandla skilda frågor, såsom t.ex. riktlinjer för smittspårningsarbetet eller ge vägledning till enskilda läkare beträffande vilka praktiska och medicinska råd som kan vara befogade vid olika slag av sjukdomar.

Överklagande m.m.

73 §

Paragrafen reglerar vilka beslut av smittskyddsläkare och annan läkare som är överklagbara. Den är uppbyggd efter mönster i 52 § i den gällande smittskyddslagen.

I paragrafens *första stycke* anges att vissa beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Från och med den 1 oktober 1998 gäller emellertid en allmän regel om domstolsprövning av förvaltningsbeslut. Regeln har införts i 22 a § förvaltningslagen (1986:223), och innebär bl.a. att förvaltningsbeslut överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Det kan ifrågasättas om denna regel bör ersätta bestämmelser i annan lagstiftning, såsom t.ex. smittskyddslagen, om överklagande till allmän förvaltningsdomstol. Regeringen har dock i förarbetena till 22 a § förvaltningslagen uttalat att reglerna i annan lagstiftning fyller en viktig funktion som information till allmänheten, och att särskilda regler om överklagande tills vidare bör behållas i lag och även i fortsättningen införas i ny förvaltningsrättslig lagstiftning.

Jämfört med 52 § i befintlig lag innehåller den föreslagna bestämmelsen ett mindre antal beslut som kan överklagas. Orsaken härtill är att somliga beslut som idag fattas av smittskyddsläkaren enligt den nya lagen istället skall fattas av länsrätten som första instans. Beslut om läkarundersökning som den enskilde motsatt sig skall t.ex. framdeles fattas av länsrätten och inte av smittskyddsläkaren (se kap. 26). Detta innebär även att sådant beslut kan överklagas till kammarrätten. För att kammarrätten skall ta upp ett sådant mål krävs emellertid att prövnings-

tillstånd meddelas, se nedan 75 §. Vidare blir det, till skillnad från vad som gäller i dag, länsrätten som i första instans har att pröva en begäran från den isolerade att isolering oberoende av samtycke skall upphöra. Både länsrätten och smittskyddsläkaren har emellertid befogenhet att häva ett beslut om isolering, om de får kännedom om att skäl för sådan inte längre finns.

De smittskyddsläkarens beslut som får överklagas enligt paragrafen är beslut om tillfällig isolering, avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, meddelande av villkor i samband med sådan vistelse samt återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Vidare kan vissa beslut som enligt lagen kan fattas av chefsöverläkare överklagas, nämligen beslut enligt 49 § om att förstöra eller försälja berusningsmedel m.m., samt beslut enligt 44 § om inskränkningar i rättigheterna för den enskilde som isolerats oberoende av samtycke vad gäller sysselsättning, utomhusvistelse, telefonsamtal, besök m.m.

74 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om överklagande av vissa av tillsynsmyndighetens beslut, nämligen sådana som rör förelägganden enligt 58 §.

75 §

Bestämmelsen motsvarar 53 a § i den befintliga lagen. Enligt denna krävs inte prövningstillstånd i kammarrätt i mål som gäller tvångsisolering eller upphörande av tvångsisolering. Även i nya lagen föreslås att prövningstillstånd inte skall erfordras i mål som rör frihetsberövande.

76 §

Paragrafen motsvarar 55 § i den gällande smittskyddslagen.

77 §

Paragrafen motsvarar 54 § i gällande smittskyddslag.

78 §

Bestämmelsen motsvarar till del 56 § i nu gällande smittskyddslag.

I *första stycket* anges den tidsfrist, inom vilken länsrätten har att ta upp mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 § och föreskrifter enligt 34 § till prövning. Bestämmelsen innebär att den slutliga handläggningen, i form av muntlig förhandling eller föredragning, måste ha påbörjats inom den föreskrivna tiden. Föreligger särskilda skäl får länsrätten förlänga tiden. Ett särskilt skäl i lagtextens mening kan t.ex. vara att ytterligare utredning måste inhämtas beträffande den person för

vilken ansökts om isolering. Med hänsyn till målens brådskade karaktär skall emellertid förlängning av tiden endast ske undantagsvis och när det är oundgängligen nödvändigt.

Andra stycket innehåller särskilda regler om den tidsfrist, inom vilken länsrätten har att ta upp mål om tillfällig isolering enligt 36 §. Dessa mål är av ytterst brådskande karaktär. I 36 § finns bestämmelser om att smittskyddsläkares beslut om tillfällig isolering måste underställas länsrätten inom två dagar, annars förfaller beslutet. Länsrätten skall i sin tur ta upp målet snarast och senast inom fyra dagar från det att underställningen skedde. Tillfällig isolering får bestå i högst två veckor.

Det har inte föreslagits någon särskild regel i lagen om när dom eller beslut senast skall meddelas. Någon sådan regel finns inte heller i den befintliga smittskyddslagen. Beslut bör emellertid kunna meddelas i nära anslutning till muntlig förhandling, när sådan hållits.

I *sista stycket* bestäms att länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på målets avgörande då fråga är om isolering oberoende av samtycke, tillfällig isolering eller föreskrifter. Detta gäller även då fråga är om ytterligare isolering eller förlängning av föreskrifter enligt 38 §.

79 §

Bestämmelsen, som bl.a. reglerar domstolarnas skyldighet att hålla muntlig förhandling i mål om isolering oberoende av samtycke, tillfällig isolering och upphörande av isolering motsvarar i stort 57 § i gällande smittskyddslag.

Regler om när muntlig förhandling skall hållas i övriga mål enligt smittskyddslagen återfinns i 9 § förvaltningsprocesslagen (1971:291).

80 §

Paragrafen ersätter 58 § i gällande smittskyddslag. Huvudregeln är att nämndemän skall delta i handläggningen av mål i kammarrätt enligt smittskyddslagen. Nämndemän skall emellertid inte, med hänsyn till den korta tidsfristen vid prövning, ingå i rätten då målet rör tillfällig isolering. En liknande bestämmelse rörande tillfälliga frihetsberövanden finns i lagen (1990:52) om bestämmelser om vård av unga och i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

I detta sammanhang erinras om domstolens möjlighet enligt förvaltningsprocesslagen att inhämta yttrande från eller hålla förhör med sakkunniga.

Vad gäller rättens sammansättning i länsrätt, se nedan kap. 36.9.

81 §

Bestämmelsen ersätter 59 § i gällande smittskyddslag.

82 §

Bestämmelsen motsvarar 60 § i gällande smittskyddslag. S.k. surrogatdelgivning och kungörelsedelgivning får inte användas vid delgivning med enskild i mål och ärenden enligt smittskyddslagen.

83 §

Bestämmelsen motsvarar 61 § i gällande smittskyddslag. Den har sin bakgrund i att många beslut enligt lagen till sin natur är sådana att de måste kunna verkställas genast, t.ex. beslut om tillfällig isolering och läkarundersökning.

84 §

I paragrafen regleras när biträde av polismyndighet kan lämnas för att säkerställa vissa enligt lagen beslutade åtgärder. Paragrafen motsvarar till del 62 § i nu gällande smittskyddslag.

Hjälp av polismyndighet kan begäras för att genomföra av länsrätten beslutad läkarundersökning, för att genomföra isolering oberoende av samtycke eller tillfällig isolering samt för att återföra en person som isolerats med stöd av lagen till vårdinrättning. Dylig begäran skall i samtliga fall göras av smittskyddsläkaren. Begäran skall innehålla de uppgifter som polisen behöver för att utföra uppdraget, t. ex. namn och eventuell adress beträffande den som biträdet avser, vilken typ av sjukdom den enskilde kan befaras vara eller är smittad av och vart han skall föras.

Vid biträde vid beslut om läkarundersökning enligt p 1 skall polisen söka upp den som misstänks vara smittad och föra honom till den läkare som skall genomföra undersökningen. Kan undersökningen inte genomföras på annat sätt kan det ytterst också bli fråga om att hålla fast den enskilde. Då fråga är om biträde för att verkställa isolering oberoende av samtycke eller tillfällig isolering enligt p 2 eller återförande till vårdinrättning enligt p 3 är polisens uppgift att söka upp den enskilde och föra honom till vårdinrättningen. Kvarhållandet på vårdinrättningen när den enskilde väl kommit dit svarar landstinget för.

Enligt bestämmelserna i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kan Socialstyrelsen begära biträde av polismyndighet för att kunna genomföra sin tillsyn över smittskyddsverksamheten (se 71 § ovan).

Övriga bestämmelser

85 §, 86 §, 87 §

Paragraferna 85 och 86 motsvarar i princip 69 § och 70 § i gällande smittskyddslag, medan den föreslagna 87 § innebär en utvidgning av regeringens befogenheter jämfört med vad som nu gäller. I 87 § be- myndigas regeringen att utfärda särskilda föreskrifter om smittskyddet också i fredstid, om riksdagens beslut inte kan avvaktas och epidemi av allvarlig smittsam sjukdom utbrutit eller hotar att utbryta i landet. Meningen är att regeringen vid svåra påfrestningar i fredstid vid vilka akuta smittskyddsåtgärder är nödvändiga skall kunna besluta om sam- ordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smitt- skyddet. Föreskrifter som meddelats med stöd av paragrafen måste sna- rast underställas riksdagens prövning. I den allmänna motiveringen, kap. 29, finns en redogörelse för kommitténs överväganden beträffande nationell samordning och styrning.

Av 2 kap. 6 §, 8 § och 12 § regeringsformen framgår att föreskrifter som meddelas med stöd av bestämmelserna i de här föreslagna 85–87 §§ inte får avse begränsningar i medborgarnas grundlagsfästa skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp eller frihetsberövande.

36.2 Förslaget till lag om ändring i miljöbalken (1998:808)

9 kap.

14 §

Paragrafen är ny. Dess *första mening* motsvarar i huvudsak 12 § första stycket andra meningen i gällande smittskyddslag.

Med hänsyn till vikten av samverkan mellan de myndigheter på vil- ka det ankommer att vidta åtgärder för att förhindra smittspridning in- förs en bestämmelse som föreskriver information och samråd. Miljö- balkens kapitel om tillsyn innehåller redan en bestämmelse om att sam- arbete skall ske mellan tillsynsmyndigheterna och sådana statliga och kommunala organ som skall utöva tillsyn i särskilda hänseenden eller som på annat sätt fullgör uppgifter av betydelse för tillsynsverksam- heten. Den nu föreslagna bestämmelsen innebär således en utvidgning av den redan föreskrivna samarbetskyldigheten. Informations- och samrådsskyldigheten läggs vidare uttryckligen på den nämnd som skall utöva tillsyn över miljö- och hälsoskyddet.

I bestämmelsen anges att informationen skall lämnas skyndsamt. Detta innebär en skärpning i förhållande till vad som föreskrivs idag.

Härigenom avses att understryka kravet på snabbhet i förfarandet. Att få kunskap om förhållanden utan tidsutdräkt är ofta en förutsättning för att adekvata smittskyddsåtgärder skall kunna vidtas.

Vad avser föreskriften om samråd bör det på motsvarande sätt som gäller idag finnas möjlighet att – om smittskyddsläkaren inte kan nås i en brådskande situation – fatta beslut eller vidta åtgärd utan föregående samråd. Smittskyddsläkaren får då istället informeras i efterhand. Med hänsyn till arten av de uppgifter som åvilar smittskyddsläkaren kan denne dock nästan alltid nås utan större tidsutdräkt. Möjligheten att fatta beslut eller vidta viktiga åtgärder utan att samråd ägt rum torde därför endast i sällsynta fall behöva utnyttjas. Åtgärder eller beslut av betydelse för den enskilde, såsom t.ex. ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur, bör dock av rättssäkerhetsskäl inte kunna vidtas eller fattas utan att samråd med smittskyddsläkaren först ägt rum. Det bör uppmärksammas att bestämmelsen inte innebär att smittskyddsläkaren erhåller en beslutanderätt över kommunen. Även om det förutsätts att den kommunala nämnden beaktar smittskyddsläkarens uppfattning är det nämnden som avgör huruvida åtgärden skall vidtas.

15 §

Paragrafen är ny. Den avser att klarlägga för den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet när ett ansvar för smittskyddsåtgärder senast inträder. I skyldigheten att utöva tillsyn ligger att den kommunala nämnden skall vidta de åtgärder som behövs för att tillse att bestämmelserna om bl.a. hälsoskydd efterlevs. Det kan emellertid hända att myndigheten saknar kännedom om förhållanden som påkallar ett ingripande av myndigheten. Förhållandena kan också vara sådana att myndigheten är tveksam till huruvida åtgärder verkligen erfordras.

I smittskyddsläkarens allmänna uppgifter ingår att verka för en effektiv samordning av smittskyddsåtgärder. Smittskyddsläkaren har vidare en särskild skyldighet att underrätta berörda myndigheter om förhållanden som han bedömer påkallar åtgärder från deras sida.

Genom underrättelse enligt det föreslagna stadgandets *första stycke* klagörs för den kommunala nämnden att smittskyddsläkaren fått uppgifter som tyder på att en smittkälla i miljön (mot vilken det åligger nämnden att ingripa) sprider eller misstänks sprida smitta. Nämnden har ett ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas. De åtgärder som avses är såväl utrednings- som bekämpningsåtgärder. Smittskyddsläkaren kan aktualisera smittskyddsansvaret hos olika berörda myndigheter samtidigt. Ett sådant förfarande kan bli aktuellt t.ex. vid ett utbrott där flera objekt är tänkbara som smittkälla.

Den kommunala nämndens ansvar för att vidta åtgärder inträder senast när underrättelsen erhållits. Har nämnden dessförinnan fått kännedom om förhållanden som nämnden bedömer påkallar ett ingripande, inträder naturligtvis ansvaret för att vidta smittskyddsåtgärder vid denna tidigare tidpunkt.

Någon särskild form för underrättelsen föreskrivs inte. Bestämmelsen innebär inte att smittskyddsläkaren har rätt att ge bindande direktiv till den kommunala nämnden rörande vilka åtgärder som skall vidtas.

Andra stycket införs för att lösa den lagkonflikt som kan uppkomma när det gäller utredning och bekämpande av smitta eller sjukdom hos djur som kan medföra olägenhet för människors hälsa.

Ingripanden för att lokalisera smittkälla hos djur och förhindra att smitta sprids från denna bör ske med stöd av bestämmelserna i miljöbalken endast såvitt gäller sällskapsdjur som innehas av enskilda. Som sådana avses i första hand sällskapsdjur som hålls i människans bostad. En strikt begränsning till dessa har dock inte ansetts lämplig. Exempelvis bör även en hund som bor i en hundkoja omfattas av bestämmelsen. Sällskapsdjur som är föremål för yrkesmässig uppfödning eller yrkesmässig försäljning faller emellertid utanför tillämpningsområdet. Genom den föreslagna bestämmelsen kommer således djur i zoobutiker – till skillnad från vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag och enligt praxis – i fortsättningen inte att ingå i det kommunala ansvarsområdet.

16 §

Paragrafen är ny. Den motsvarar till stor del 34 § i gällande smittskyddslag.

Förstöring av personliga föremål för att förhindra smittspridning torde knappast ha förekommit under senare tid. Det är emellertid inte otänkbart att ett behov av en sådan åtgärd kan uppkomma bl.a. med hänsyn till att nya sjukdomar med hittills okända smittvägar kan uppträda. Om en sådan åtgärd skulle bli nödvändig bör det ankomma på kommunen att bestämma och stå kostnaderna för åtgärden.

Genom den föreslagna bestämmelsen ges den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet befogenhet att förstöra vissa föremål. Liksom i motsvarande bestämmelse i gällande smittskyddslag begränsas bestämmelsen till föremål av personlig natur. Den föreslagna bestämmelsen innehåller inte någon exemplifiering av vilka föremål som avses. Någon saklig förändring i förhållande till nuvarande smittskyddslag är emellertid inte avsedd.

Nämnden ges också en uttrycklig rätt att avliva sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. En rätt att avliva sällskapsdjur finns också uttryckligt angiven i nuvarande smittskyddslag. Denna rätt avser såväl

sällskapsdjur som innehas av privatpersoner som andra sällskapsdjur. Med hänsyn till att miljöbalkens hälsoskyddsregler endast omfattar sällskapsdjur som innehas av privatpersoner begränsas den nu föreslagna bestämmelsen till att endast avse dessa djur.

Åtgärden att avliva sällskapsdjur hos privatpersoner torde mycket sällan behöva tillgripas eftersom smittspridning bör kunna förhindras på andra sätt. Som framgår av 14 § skall ett samråd med smittskyddsläkaren alltid föregå en sådan åtgärd.

Varken när det gäller beslut om förstöring eller beslut om avlivning begränsas tillämpningsområdet till att omfatta endast vissa smittsamma sjukdomar. Det krav som uppställs på att åtgärderna skall vara nödvändiga för att förhindra smittspridning innebär emellertid att möjligheten att tillgripa dessa åtgärder är begränsad.

Kommunen skall ersätta den som drabbats av ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur eller ett beslut om förstöring. Ersättning skall utgå med skäligt belopp (se vidare den allmänna motiveringen, kap. 33).

36.3 Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)

25 b §

Paragrafen är ny. Dess första stycke har en viss motsvarighet i 12 § första stycket i gällande smittskyddslag.

Beträffande skälen för införandet av paragrafen hänvisas till vad som anförts i kommentarerna till motsvarande bestämmelser i miljöbalken (se förslaget till 9 kap. 14 § och 15 §). Paragrafen reglerar inledningsvis en skyldighet för tillsynsmyndigheten att informera smittskyddsläkaren och att samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder. Med hänsyn till att ett effektivt smittskydd ofta kräver ett snabbt ingripande föreskrivs att informationen skall lämnas skyndsamt.

Den tillsynsmyndighet som anges i paragrafen är den myndighet som har det direkta tillsynsansvaret. Ett sådant ansvar åvilar enligt bestämmelserna i livsmedelslagen den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet om inte regeringen föreskrivit att tillsynen skall utövas av Livsmedelsverket.

Bestämmelsen om samråd i *första stycket* motsvarar i huvudsak den föreslagna bestämmelsen i 9 kap. 14 § miljöbalken. Angående möjlighet att underlåta samråd hänvisas till vad som anförts i kommentaren till den bestämmelsen. Den föreskrivna samrådsskyldigheten innebär exempelvis att ett beslut av tillsynsmyndigheten att avstänga en person

från livsmedelshantering alltid skall föregås av ett samråd med smittskyddsläkaren.

Den föreslagna bestämmelsen i *andra stycket* om skyldighet att vidta behövliga åtgärder efter en underrättelse från smittskyddsläkaren ingår som ett led i den reglering som har till syfte att förbättra samordningen av olika smittskyddsinsatser. Motsvarande bestämmelse föreslås i miljöbalken (se vidare förslaget till 9 kap. 15 § miljöbalken).

36.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

7 a §

Paragrafen är ny. Genom den nu föreslagna bestämmelsen läggs ett ansvar för att vidta åtgärder på Jordbruksverket vid spridning eller misstänkt spridning av smitta från djur som kan överföras till människor. Verket föreslås emellertid kunna delegera ansvaret till länsstyrelsen. Eftersom bestämmelsen främst tar sikte på att förhindra att smitta överförs till människor har det ansetts tillräckligt att föreskriva ett inträdande av ansvaret ifråga efter en underrättelse från smittskyddsläkaren.

Den föreskrivna skyldigheten att vidta erforderliga åtgärder innebär i första hand att Jordbruksverket efter nämnda underrättelse skall uppta ett ärende. Om verket därvid bedömer att smittskyddsåtgärder behövs har verket ett ansvar för att dessa vidtas. Bestämmelsen ger inte smittskyddsläkaren någon direktiv rätt rörande vilka åtgärder som skall vidtas.

För att klarlägga Jordbruksverkets ansvar gentemot det ansvar som åvilar kommunen enligt hälsoskyddsreglerna i miljöbalken begränsas bestämmelsen till att inte omfatta sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Någon annan begränsning när det gäller djurslag görs ej.

36.5 Förslaget till lag om ändring i brottsbalken

3 kap.

8 a §

Paragrafen innehåller en ny straffrättslig bestämmelse som införs i brottsbalkens 3 kap. Bestämmelsen tar sikte på gärningar genom vilka vissa mycket farliga smittsamma sjukdomar kan överföras från en person till en annan. Kommitténs straffrättsliga överväganden redovisas utförligt i den allmänna motiveringen, kap. 30. Här skall följande anmärkas.

Bestämmelsen omfattar ett begränsat antal smittsamma sjukdomar, nämligen sådana som är livshotande för den som smittats. Endast beträffande dessa synnerligen allvarliga sjukdomar får det anses befovat att ha en särskild straffrättslig bestämmelse; beträffande andra smittsamma sjukdomar skall enbart de nu befintliga bestämmelserna i brottsbalken tillämpas. Med livshotande sjukdomar avses sådana sjukdomar som allmänt sett är så svåra att de leder till döden. Döden kan inträffa tämligen omgående efter det att smittan överförts eller först efter flera år. En obotlig kronisk sjukdom som i regel inte är dödlig men som i det enskilda fallet kan vara livshotande p.g.a. att den sjuke redan innan han smittades var särskilt svag och mottaglig omfattas däremot inte. Vilka konkreta sjukdomar som täcks av definitionen kan komma att variera över tiden, och det får åvila domstolarna att avgöra om en sjukdom faller in under lagtextens kriterier eller ej. Nya allvarliga sjukdomar kan dyka upp och sjukdomar som idag omfattas av bestämmelsen kan efter ytterligare medicinsk forskning bli möjliga att bota och således inte längre livshotande. För närvarande omfattas t.ex. hivinfektion och multiresistent TBC av den föreslagna definitionen.

Både gärningar som begås uppsåtligen och sådana som begås av oaktsamhet är straffbelagda. För att uppsåtligt brott skall ha begåtts krävs inte att gärningsmannen haft för avsikt att smitta målsäganden. Det räcker med att det kan konstateras att han haft uppsåt till att fara för smittoöverföring förelegat, dvs. att han insett att hans handlande inneburit en fara för att smitta skulle kunna komma att överföras. Bestämmelsen kan härigenom fånga upp många av de fall där man idag har problem vid bedömningen av det s.k. eventuella uppsåtet. Kan det visas att gärningsmannen verkligen haft för avsikt att smitta annan skall emellertid istället dömas enligt de befintliga, strängare, straffbestämmelserna för mord, dråp, barnadrap eller grov misshandel. Vidare kan det, i vissa fall, bli aktuellt att förutom för ansvar enligt den föreslagna

bestämmelsen döma även för annat brott (exempelvis vållande till annans död).

Vad som är oaktsamt handlande i bestämmelsens mening får bedömas i det enskilda fallet. Vid bedömningen skall hänsyn bl.a. tas till gärningsmannens kunskaper om sjukdomen och vilka upplysningar och råd han fått av sin läkare. Ett exempel på oaktsamt handlande i bestämmelsens mening kan vara om en person som är smittad av en sexuellt överförbar sjukdom underlåter att se till att kondom kommer till användning vid samlag. Bedömningen av om en gärning är oaktsam eller inte innefattar även övervägande av vilken insikt gärningsmannen haft eller borde ha haft om att han själv är sjuk (se vidare härom i den allmänna motiveringen, kap. 30.3).

För att en gärning skall vara straffbar krävs vidare att det förelegat en konkret fara för att smitta skulle ha kunnat överföras. Om sådan fara verkligen förelegat får prövas i varje enskilt fall. En handling som abstrakt sett innebär en smittorisk kan inte bestraffas om det i det enskilda fallet förelegat sådana omständigheter att fara för smittoöverföring varit utesluten (exempelvis p.g.a. att målsäganden redan varit smittad av samma variant av den ifrågakvarande sjukdomen). Fara för smittoöverföring får vidare inte vara alltför obetydlig. En handling som inneburit en närmast försumbar risk för smittoöverföring leder inte till ansvar enligt bestämmelsen.

I paragrafens *andra stycke* har en särbestämmelse om samtycke intagits. Den torde nästan uteslutande komma att aktualiseras då det gäller sexuellt överförbara sjukdomar. Enligt denna skall ansvar inte utdömas om gärningsmannen informerat målsäganden om sin sjukdom och om smittrisen, men målsäganden ändå samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas. För att ett giltigt samtycke skall föreligga krävs enligt allmänna regler bl.a. även att målsäganden måste vara kapabel att förstå innebörden av ett samtycke samt att samtycket skall lämnas frivilligt och under insikt om relevanta förhållanden. Kommitténs överväganden beträffande bestämmelsen om samtycke redovisas vidare i den allmänna motiveringen, kap. 30.3.

36.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

1 §

Den föreslagna lagändringen innebär att möjligheten till provtagning utvidgas till att omfatta något fler sjukdomar än hivinfektion. De

sjukdomar som enligt förslaget kan komma ifråga för provtagning är, förutom hivinfektion, allvarliga s.k. blodsmittor (dvs. sådana sjukdomar som bl.a. kan överföras genom att målsäganden kommer i kontakt med gärningsmannens blod). Begreppet rymmer hepatit B och C. Någon ändring av övriga kriterier som krävs för att provtagning skall kunna komma till stånd föreslås inte. Förändringen innebär framförallt att skyddet för dem som i sitt arbete kan utsättas för särskild risk att smittas av allvarliga sjukdomar stärks. Kommitténs närmare överväganden i frågan har redovisats i kap. 30.5.

I paragrafen har även gjorts en rent språklig justering genom att "infektion av HIV (humant immunbristvirus)" har bytts ut mot "hivinfektion".

Rubriken: en konsekvens av den föreslagna förändringen blir att lagen fortsättningsvis skall rubriceras på så sätt att det av rubriken framgår att lagen omfattar fler smittsamma sjukdomar än hivinfektion. Kommittén föreslår att "HIV-smitta" i rubriken ersätts med "vissa smittsamma sjukdomar".

36.7 Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)

2 kap.

3 §

Ett nytt andra stycke införs i paragrafen genom vilket de s.k. bastuklubbarna jämföras med offentliga tillställningar. Härvid har den rådande definitionen av bastuklubbar i 2 § lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagen) huvudsakligen överförts till ordningslagen.

En utförlig redogörelse för kommitténs ställningstaganden vad gäller bastuklubbarna återfinns i den allmänna motiveringen, kap. 31. Kommittén har vid granskning av den s.k. bastuklubbslagen funnit att frågan om i vad mån bastuklubbslagen har haft den åsyftade begränsande effekten på epidemin är oklar, och att tillräckliga skäl för att behålla ett totalförbud inte längre kan anses föreligga. I nuläget får det anses tillräckligt med en reglering som möjliggör ingripande i det enskilda fallet då förhållandena vid en viss bastuklubb är sådana att t.ex. risk för smittspridning föreligger. Detta åstadkoms genom den föreslagna ändringen i ordningslagen. Härigenom kan bastuklubbarna kontrolleras med hjälp av det för de offentliga tillställningarna gällande regelsystemet. Förändringen innebär att de regler som gäller för offentliga

tillställningar, bl.a. beträffande anmälningsskyldighet, upplösning och förbud, även skall tillämpas på bastuklubbarna. Bestämmelserna medför att en bastuklubb kan upplösas om det vid den förekommer något som strider mot lag, eller om den medför oordning eller fara för de närvarande (exempelvis p.g.a. smittrisk), 2 kap. 23 § första stycket 2 p ordningslagen. Upplösning kan endast ske om mindre ingripande åtgärder visat sig vara otillräckliga. Polisen har möjlighet att förbjuda att en tillställning i form av bastuklubb hålls, om det vid tidigare tillställning av samma slag förekommit något som stridit mot lag eller som medfört oordning eller fara för de närvarande, 2 kap. 25 § första stycket 2 p.

I princip kan tänkas att det vid en bastuklubb förekommer verksamhet som omfattas av den i grundlagen skyddade mötesfriheten. Arrangemanget kan då vara att betrakta som en allmän sammankomst och inte som en offentlig tillställning. Detta innebär att ordningslagens bestämmelser om allmänna sammankomster skall tillämpas. Allmänna sammankomster har i vissa fall ett starkare skydd än offentliga tillställningar, t.ex. krävs starkare skäl för att upplösa eller förbjuda en allmän sammankomst än en offentlig tillställning. Skulle verksamheten innebära att de närvarande hotades av allvarlig smittsam sjukdom, torde emellertid även en allmän sammankomst kunna upplösas och förbjudas (2 kap. 23 § första stycket 1 p och 25 § första stycket 1 p ordningslagen).

4 §

Genom en hänvisning i paragrafens första stycke undantas bastuklubbarna från vissa tillståndskrav. Något tillstånd krävs således inte för att få anordna en bastuklubb. I ett nytt andra stycke förbjuds anordnade av dylika klubbar på offentliga platser. Kommitténs skäl för de föreslagna förändringarna framgår av den allmänna motiveringen, kap. 31.

36.8 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

7 kap.

1 §

Kommittén har föreslagit bestämmelser i smittskyddslagen, 39 §, 59 § och 65 §, genom vilka smittskyddsläkaren har möjlighet men ej skyldighet att i vissa fall lämna uppgifter om en enskild till bl.a. myndigheter inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Enligt 30 § skall vidare behandlande läkare eller smittskyddsläkare i vissa fall underrätta när-

stående. Eftersom sådana fall inte omfattas av undantaget från sekretess i 14 kap. 1 § sekretesslagen är ett tillägg i 7 kap. 1 § samma lag nödvändigt.

2 §

Bestämmelsen i paragrafens första stycket 2 p har ändrats på så sätt att undantaget från hälso- och sjukvårdssekretessen även omfattar föreskrifter som meddelas i stället för isolering oberoende av samtycke. Vidare skall undantaget inte fortsättningsvis vara begränsat till endast vissa smittsamma sjukdomar. Även beslut som avser frihetsberövande åtgärd vid hivinfektion omfattas således av den föreslagna bestämmelsen. Motiven för denna förändring har ingående redogjorts för i kap. 32.

Beslut som berörs av bestämmelsen är isolering oberoende av samtycke, tillfällig isolering och föreskrifter enligt 34 § smittskyddslagen. Utöver beslut om att någon skall isoleras omfattar bestämmelsen även beslut om isoleringens upphörande, tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och inskränkningar i den isolerades rättigheter.

Liksom enligt nu gällande bestämmelse gäller undantaget från sekretess endast sådana uppgifter som tas in i beslutet.

14 kap.

2 §

Ett tillägg föreslås i paragrafens femte stycke. Tillägget innebär att sekretess inte hindrar vårdpersonal eller personal vid socialtjänsten att lämna de uppgifter som behövs till åklagare och polis då det föreligger misstanke om att en person utsatts för det av kommittén föreslagna brottet orsakande av smittfara, 3 kap. 8 a § brottsbalken, eller annat brott rörande överföring eller försök till överföring av sådan sjukdom som avses i nämnda lagrum. De brott som i praktiken här kan bli aktuella är, på grund av den föreslagna konkurrensbestämmelsen i 3 kap. 8 a §, försök till mord eller dråp, grov misshandel och försök till grov misshandel. Kommitténs överväganden beträffande sekretess vid brottsutredning redovisas utförligt i kap. 30.4.

36.9 Förslaget till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

18 §

I länsrätten skall enligt gällande bestämmelser mål enligt smittskyddslagen som huvudregel avgöras av en domare och tre nämndemän, 17 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Undantag görs dock för mål om tillfälligt omhändertagande enligt den befintliga smittskyddslagen, 18 § andra och fjärde stycket. Länsrätten är då domför med en lagfaren domare. Genom den föreslagna ändringen blir en lagfaren domare fortsättningsvis behörig att avgöra mål enligt den nya smittskyddslagen om tillfällig isolering.

36.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

3 §

Ändringarna i paragrafen är föranledda av kommitténs förslag till ändringar av bestämmelserna i smittskyddslagen, bl.a. att formella beslut om förhållningsregler inte längre skall meddelas. Någon förändring av i vilka fall den enskilde skall få ersättning är inte avsedd. Liksom nu är det främst fråga om fall då smittbäraren måste hålla sig isolerad från andra i syfte att förhindra vidare smittspridning. Det kan vidare vara fråga om sådan läkarundersökning eller medicinsk kontroll som erfordras för att klarlägga om han eller hon är smittad av sjukdomen. Behovet av åtgärden får liksom i nuvarande fall bedömas av den behandlande läkaren, vilket framgår av att det i lagtexten sägs att åtgärden skall vara anvisad av läkaren. Den enskilde skall vidare, liksom i dag, ha principiell rätt till ersättning då det är fråga om beslut om tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande eller isolering oberoende av samtycke. Här får dock uppmärksammas att rätten till ersättning kan nedsättas om den smittade inte iakttar de råd och anvisningar läkaren meddelat.

Enligt bestämmelsen skall rätten till smittbärrersättning omfatta allmänfarliga smittsamma sjukdomar och andra sjukdomar som omfattas av 22 § i förslaget till smittskyddslag. I förhållande till nu gällande bestämmelser innebär förslaget inte någon nämnvärd ökning av antalet smittsamma sjukdomar som berättigar till ersättning.

I övrigt görs en om-disponering av texten i paragrafen med hänsyn till ovan angivna förändringar.

8 §

Ändringarna i paragrafen är föranledda av att kommittén föreslår att förhållningsregler inte längre skall meddelas. Ändringen innebär inte någon saklig förändring i övrigt av nu gällande bestämmelse. Bedömningen av huruvida det finns skäl att sätta ned eller dra in smittbärrpenningen får enligt paragrafen göras med utgångspunkt från de råd behandlande läkaren givit smittbäraren.

10 §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av kommitténs förslag till ny smittskyddslag.

11 §

I paragrafen görs följdändringar som konsekvens av de föreslagna ändringarna i 3 §.

36.11 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

26 a §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av kommitténs förslag till ändrad sjukdomsindelning i smittskyddslagen. Enligt kommitténs bedömning bör upplysningsskyldigheten enligt paragrafen begränsas till vad som i förslaget till smittskyddslag definieras som allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

36.12 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

12 §

Förslaget har samma innehåll och motivering som förslaget till ändring i 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

36.13 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård

19 §

Förslaget har samma innehåll och motivering som förslaget till ändring i 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

36.14 Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

37 §

I paragrafens *första stycke* görs en följdändring med anledning av kommitténs förslag till ändrad sjukdomsindelning i smittskyddslagen. Enligt kommitténs bedömning bör upplysningsskyldigheten enligt paragrafen begränsas till vad som i förslaget till smittskyddslag definieras som allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Kriteriet för när upplysningsskyldighetens inträder ändras också så att det motsvarar vad som gäller enligt 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Ändringen har närmare motiverats i kap. 32 och innebär att styresmannen vid kriminalvårdsanstalten som huvudregel skall underrättas om en intagen är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom.

I övrigt görs, i konsekvens med hur motsvarande bestämmelser har utformats i 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, en språklig justering genom att "underrättas om detta" ersätts med "underrättas".

36.15 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

4 §

Förslaget har samma innehåll och motivering som förslaget till ändring i 37 § första stycket lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

36.16 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

29 §

I bestämmelsen görs följdändringar med hänsyn till kommitténs förslag till ny smittskyddslag. Vidare ändras bestämmelsen på så sätt att hänvisningen till befattningshavare som förordnats enligt 50 a § i gällande smittskyddslag tas bort. Enligt denna bestämmelse kan landstinget förordna annan befattningshavare, som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra chefsöverläkares uppgifter enligt smittskyddslagen vid tvångsisolering som rör hivpositiva. I förslaget till ny smittskyddslag har inte införts en motsvarande undantagsbestämmelse. Motiven härför redovisas i kap. 26.

Reservationer och särskilda yttranden

Reservation

av ledamoten Karin Israelsson (c)

Ang. de s.k. bastuklubbarna

I betänkandet fastslår kommittén att förbudet mot sk bastuklubbar skall upphöra. För att kontrollera sammankomster som sker på sk bastuklubbar föreslås att dessa jämställs med offentliga tillställningar. Genom ett tillägg till ordningslagen anses att man skall kunna upplösa och förbjuda verksamheten om det där förekommer något som strider mot lag eller om verksamheten medför oordning eller fara för de närvarande, exempelvis p.g.a. smittrisk.

Med detta återinförs bastuklubbarna. Det finns ingenting som talar för att detta inte kommer att kunna medföra risk för ökad smittspridning. De mycket sparsamma rapporter som man hänvisat till visar dock att i Norge har ett antal personer blivit HIVsmittade på bastuklubb.

Det är vidare oklart hur polismyndigheten skall informeras om att smitta sprids på en bastuklubb för att kunna ingripa med stöd av ordningslagen.

Jag anser därför att nuvarande lagstiftning rörande bastuklubbar skall gälla.

Reservation

av ledamoten Isa Halvarsson (fp)

Ang. de s.k. bastuklubbarna

Genom bastuklubbslagen förbjöds bastu- och videoklubbar samt liknande verksamheter från den 1 juli 1987. Lagen tillkom mot bakgrund av oron för spridning av HIV-smitta på grund av s.k. anonym sex mellan vissa bi- och homosexuella män på de ca tioalet klubbar som då fanns, främst i storstäderna.

Det är viktigt för mig som liberal att slå fast att det inte finns något annat hållbart argument för staten att förbjuda bastuklubbar än för att motverka epidemiska sjukdomar av allvarlig karaktär. Några moraliska

aspekter på hur vuxna människor – tillsammans och utan tvång, i avskildhet och utan betalning – lever ut sin sexualitet har jag inte.

Även om vi i Folkpartiet liberalerna stod bakom riksdagens beslut att införa bastuklubbslagen fanns hos oss farhågor mot lagen bl.a. att kriminaliseringen skulle innebära att de bi- och homosexuella män som besökte bastuklubbar skulle tvingas träffas på andra platser där de riskerade att utsättas för våld och där det sexuella umgänget inte alls ur smittskyddssynpunkt skulle utövas mer säkert.

Kommittén konstaterar nu att det är oklart i vad mån bastuklubbslagen har haft den åsyftade effekten på HIV-epidemin. Några konkreta belägg för att lagen har haft någon inverkan på epidemins förlopp har inte kommit fram. Tvärtom har det visat sig att lagen riskerat motverka sitt smittskyddssyfte, t.ex. har åklagaren i mål om brott mot bastuklubbslagen åberopat förekomsten av kondomer i en lokal som bevis för brott mot bastuklubbslagen. Kommitténs slutsats är att något totalförbud mot bastuklubbar inte är motiverat av smittskyddsskäl.

Trots att kommittén alltså har konstaterat att bastuklubbslagen inte har haft den åsyftade HIV-preventiva effekten stannar emellertid utredningens majoritet för att föreslå en reglering eftersom det inte kan "uteslutas att nya allvarliga varianter av sexuellt överförbara sjukdomar kan dyka upp i framtiden". Således föreslår man att den s.k. bastuklubbslagen ersätts av en reglering i ordningslagen med möjlighet att ingripa i enskilt fall. Enligt min uppfattning är den lösningen mindre välbetänkt. En reglering i ordningslagen ger bastuklubbsverksamheten karaktären av ett "ordningsproblem" och lagstiftningen får därmed en moralisk grund som inte är acceptabel.

I själva verket är det ju inte platsen som avgör om en sexuell förbindelse innebär fara för smittspridning, utan sättet som människor har sex på. En sexuell handling blir varken mer eller mindre riskfylld om den utförs i en bastuklubb jämfört med om den utförs i den egna sängkammaren. Att utredningen ändå vill ålägga bastuklubbar särskilda restriktioner tyder på ett moraliserande synsätt gentemot vissa människors frivilligt utövade sexualliv.

Mot bakgrund av vad jag nu har anfört anser jag att den s.k. bastuklubbslagen avskaffas utan någon ny reglering. Det innebär naturligtvis inte att jag anser att oskyddat sexuellt umgänge med en okänd partner är riskfritt. För att ett avskaffande av bastuklubbslagen inte skall uppfattas som ett tecken på att verksamheten är riskfri ur smittskyddssynpunkt bör det enligt min mening kombineras med ökade HIV-preventiva insatser. Bastuklubbar ger onekligen stat och kommun samt frivilligorganisationer unika tillfällen att informera bi- och homosexuella män med högriskbeteende om säker sex.

Reservation**av ledamoten Ethel Sjöberg (mp)***Ang. smittskyddets organisation*

Jag reserverar mig mot den av smittskyddskommittén föreslagna organisationsförändringen vad gäller smittskyddsläkarorganisationen. Förslaget innebär att flera smittskyddsläkare skall kunna utses inom ett landsting. Jag ställer mig bakom det särskilda yttrande i denna fråga som avgivits av experterna Kerstin Belfrage, Seth Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt och Peet J Tüll.

I den av smittskyddskommittén beställda utvärdering och översyn av smittskyddsarbetets organisation som utförts av Statskontoret framkommer ingenting som stödjer ett förslag om en organisationsförändring av smittskyddsläkarna.

Statskontoret redovisar i sin rapport att redan i förra betänkandet Om smittskydd (SOU 1985:37) föreslog utredaren att flera smittskyddsläkare skall kunna utses inom ett landsting. I propositionen framhåller föredragande statsråd att hon inte kan biträda detta förslag. Det framhålls att om så skulle ske förlorades många av de vinster som uppnås genom att beslutsfattande och ansvar för det övergripande smittskyddsarbetet samlas hos smittskyddsläkaren. I mycket stora landsting finns det enligt propositionen inte något hinder mot att läkare och annan personal anställs som medarbetare till smittskyddsläkaren eller på annat sätt knyts till honom, till vilka han kan delegera uppgifter i särskilda frågor. Den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagen får dock utövas endast av honom själv. Det framhålls att det är en självklarhet att det finns en ersättare för smittskyddsläkaren.

Särskilt yttrande**av ledamoten Carl-Gustav Hedén (v)***Ang. informationsplikten enligt 12 § i nya smittskyddslagen, andra stycket*

För mig är det en moralisk skyldighet att informera att man har en allmänfarlig smittsam sjukdom.

Jag vill peka på följande svårigheter med en lagstadgad informationsplikt.

Min åsikt grundar sig på att en i lagen strikt skyldighet att informera kan invagga osmittade i en falsk säkerhet. Det kan också vara så att den smittade exempelvis inte informerat sin partner. Då är det också ganska troligt att, p.g.a. dåligt samvete och rädslan att bli övergiven, läkaren

blir oinformerad. En öppen bearbetning hos en behandlande läkare är därför en bättre väg än en strikt informationsplikt.

Om informationsplikten blir frivillig och den smittade inte känner oro över att eventuella åtgärder kan vidtas mot henne eller honom kommer den smittade att mer öppet kunna berätta om sin sjukdom. Frivilligheten förstärker även förtroendet mellan den behandlande läkaren och patienten. Det skulle då också bli mindre vanligt att människor blir avvisade just på grund av att informationsplikten är en skyldighet. Det finns ingen valmöjlighet och skyldigheten blir den smittades fiende. Med bättre psykosocialt stöd och frivillighet blir det lättare att informera sin omgivning.

Särskilt yttrande

av experten Bertil Falkenström

Ang. informationsplikten

Riksförbundet för hivpositiva, RFHP, förordar att informationsplikten avskaffas.

Ett av skälen till att spridningen av hiv i Sverige, i en internationell jämförelse, har varit låg är att de allra flesta hivpositiva har tagit sitt ansvar. Detta skall på alla sätt uppmuntras. Ett annat skäl är det breda förebyggande arbete som har bedrivits och som har behandlat sexualiteten på ett positivt sätt.

Enligt förslaget till ny smittskyddslag 12 § andra stycket, har den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom, däribland hiv, en skyldighet att informera andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittöverföring kan uppkomma.

Formuleringen av lagtexten kan vid en hastig anblick tyckas självklar. RFHP menar dock att ett effektivt smittskydd bör bygga på frivillighet, förtroende och samförstånd. De flesta hivpositiva håller med om att de har en moralisk skyldighet att informera och handlar i enlighet med detta. RFHP menar att en lagstadgad informationsplikt har en negativ inverkan på smittskyddsarbetet och kan invägga de osmittade i en falsk trygghet.

Efter mer än 15 år med hiv i samhället borde alla veta hur man skyddar sig och hiv är lätt att skydda sig emot. Om alla tog fullt ansvar för sitt eget liv och handlande, skulle smittspridningen kunna vara noll idag. Samhället har tagit sitt fulla ansvar vad gäller blodprodukter och här förekommer sedan många år ingen smittspridning.

Ytterligare skäl till att lagtexten är olämplig:

- Formuleringen av lagtexten är vag, och den kan ge utrymme för olika tolkningar.
Ex. En hivpositiv person har skyddat sexuell umgänge med en hivnegativ person, d.v.s. vidtar de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk enligt 12 § första stycket. Denna person kommer då rimligen inte i sådan kontakt med den andre, att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma, enligt 12 § andra stycket.
- Det finns inga direkta sanktioner mot den som inte informerar, vilket gör att lagen inte fyller någon egentlig funktion.
- Informationsplikten kan liksom idag ge en vilseledande signal till de osmittade, att de hivpositiva alltid känner till sin hivstatus. Informationen i sig skyddar inte mot hiv, och det finns dessutom många som inte känner till att de har hiv. Det vore lämpligt att en gång för alla direkt uttrycka, att var och en har ansvar för sitt eget handlande.
- Den hygieniska standarden på våra vårdinrättningar skall vara så hög, att det ur smittskyddssynpunkt inte skall vara nödvändigt att informera om att man har hiv eller annan blodsmitta. För den enskilde hivpositive patienten kan det däremot finnas goda skäl att berätta, t.ex. för att få en korrekt diagnos ställd och för att få en adekvat medicinsk behandling.

Särskilt yttrande

av experten Lena Lennerhed

Ang. informationsplikten och de s.k. bastuklubbarna

RFSU anser att samhällets smittskydd, när det gäller hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar, ska bygga på frivillighet, stöd, information och upplysning. Förbundet sympatiserar med att integritet och mänskliga rättigheter betonas i den föreslagna lagen. På några punkter har RFSU en från förslaget avvikande uppfattning.

RFSU anser att informationsplikten bör avskaffas. Skälet till det är inte att information om hivstatus är irrelevant. Vi anser att det finns en moralisk plikt att informera en tilltänkt partner om att man är hivsmittad. Så tycker även de flesta hivsmittade själva. Däremot anser vi att en sådan plikt varken kan eller bör göras juridiskt bindande. En sådan bestämmelse kan invagga osmittade i en falsk trygghet.

Dessutom är informationsplikten i den föreslagna lagen till intet förpliktigande. Några sanktioner ska inte vidtas mot den som inte informerar.

Vad gäller bastuklubbslagen föreslår kommittén att den ska avskaffas då det inte finns några bevis för att lagen inneburit att hivepidemin

begränsats. Smittskyddsskäl saknas alltså för ett bibehållande av bastuklubbslagen. Samtidigt antar kommittén att "den på klubbarna utövade verksamheten" inte är riskfri ur smittskyddssynpunkt och att den bör regleras av ordningslagen. Resonemanget är motsägelsefullt. Antingen finns smittskyddsskäl eller så finns de inte.

Kommittén hävdar vidare att miljön på bastuklubbarna underlättar ett "högriskbeteende" vilket definieras som oskyddat sexuellt umgänge med okända, och betonar: "Vid oskyddat sexuellt umgänge med en partner man inte känner närmare finns alltid en risk för smittoöverföring". Med denna formulering upprepar kommittén den felaktiga föreställning som låg till grund för bastuklubbslagen, nämligen att anonyma sexuella kontakter i sig är riskfyllda. I själva verket är det de oskyddade sexuella kontakterna som är riskfyllda, anonyma eller ej.

RFSU anser att bastuklubbslagen ska hävas utan att ny reglering införs.

Särskilt yttrande

av experterna Hasse Knutsson och Anita Sundin

Ang. statlig tillsynsmyndighets rätt att förelägga landsting och kommuner att genomföra bestämda vård- och omsorgsinsatser

Kommittén presenterar ett lagförslag som innebär att statlig tillsynsmyndighet får rätt att i vissa situationer förelägga landsting eller kommun att genomföra bestämda vård- och omsorgsinsatser. I föreläggandet får vite sättas ut. Vi kan inte ställa oss bakom detta förslag av skäl som utvecklas i det följande.

Utgångspunkten för kommitténs förslag är 52 hiv-positiva personer som tvångsisolerats mellan 1989 och 1997. I betänkandet hävdas att flertalet av dessa personer tvångsisolerats på grund av "brister i utbudet av adekvata former av vård eller omhändertagande enligt annan lagstiftning". Bristerna gäller särskilt missbrukare med grava psykiska störningar. Kommittén har emellertid inte kunnat presentera faktaunderlag i form av statistik eller beskrivning av enskilda fall som stöd för sin uppfattning. Vi är inte eniga med kommittén i dess slutsatser; missbrukare med så grava psykiska störningar som det här är fråga om har varit föremål för åtskilliga insatser och kan knappast sägas ha övergivits av kommuner och landsting. Med så tunt empiriskt underlag är det helt oacceptabelt att som kommittén föreslå att staten skall ges mer omfattande möjligheter att detaljstyra huvudmännens verksamhet. Samtidigt vill vi understryka att vi delar kommitténs uppfattning om den viktiga huvudprincipen att isolering under tvång endast skall kunna äga rum om möjligheterna till frivilliga åtgärder är uttömda. Vi delar

också kommitténs uppfattning att den enskilde individens rättssäkerhet skall garanteras.

Kommitténs förslag att berörd tillsynsmyndighet efter anmälan från smittskyddsläkaren får förelägga ansvarig myndighet att vidta särskilda åtgärder för att avhjälpa brister i vård eller omhändertagande innebär en direkt förpliktelse för ansvarig huvudman. Föreläggandet kan förstärkas med en särskild sanktionsmöjlighet i form av vite. Förslaget ger således statliga tillsynsmyndigheter långt gående befogenheter att fatta tvingande beslut för landsting och kommun i kombination med sanktionsmöjligheter. Den grundläggande konflikten mellan statlig styrning utan ansvar för finansiering och verkställighet inom landsting och kommuner förstärks därmed mer om tvångsmedel i form av vite riktas mot huvudmännen.

Sådana utökade beslutsbefogenheter att direkt intervensera i landstingen och kommunerna för att reglera frågor som rör enskild individ är inte acceptabla och står heller inte i överensstämmelse med den demokratiska utvecklingen på regional och lokal nivå. Vi vill särskilt framhålla att de förtroendevalda beslutsfattarna i kommunerna och landstingen handlar på eget politiskt mandat och ansvar.

Landstingen och kommunerna svarar i enlighet med gällande lagstiftning för planering och organisering av sin verksamhet med utgångspunkt från bl a lokala behov och förhållanden. I det sammanhanget är det nödvändigt för den enskilde huvudmannen att i sina beslut kunna avväga omfattningen av specifika insatser till särskilt behövande grupper mot verksamhet inom övriga ansvarsområden. Om staten ges befogenhet att fatta tvingande beslut om ökad tillgänglighet av vård för vissa specificerade grupper medför det för huvudmännen ytterligare åtaganden och därmed ökade kostnader i en redan ansträngd ekonomisk situation. Vi vill understryka att kommittén inte heller har kostnadsberäknat detta förslag eller anvisat hur kostnadsökningarna skall kompenseras i enlighet med finansieringsprincipen. Vi vill i sammanhanget erinra om det statliga kravet på budgetbalans år 2000 i landstingen och kommunerna.

De föreslagna statliga befogenheterna att fatta beslut om särskilda insatser för enskild person berör det principiellt viktiga området om rättighetslagstiftning och frågan om reglering av patientens ställning. Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning är i huvudsak uppbyggd kring sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter. I proposition 1997/98:189 om Patientens ställning anger regeringen att det inte finns skäl att frånga den nuvarande principen med skyldighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Mot bakgrund av att kommitténs förslag får omfattande principiella konsekvenser för bl a enskilda patienter, landstingen och kommunerna anser vi att förslaget behöver mer all-

sidigt analyseras. Detta arbete kan ske i den utredning som regeringen avser att tillsätta med uppgift att göra en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bli åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. En sådan samlad analys bör bli utgå ifrån generella frågor om patientfokuserad vård i stället för att koppla frågan om patientens ställning till några av de 52 personer som under en åtta-årsperiod har tvångsisolerats.

Särskilt yttrande

av experterna Kerstin Belfrage, Seth-Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt och Peet J Tüll

Ang. smittskyddets organisation m.m.

Smittskyddslagen syftar till att minska smittspridningen bland människor. Den nuvarande lagen har gällt i 10 år. Under denna tid har smittskyddets organisation byggts upp samtidigt som verksamheten funnit bra arbetsformer och tillägnat sig värdefulla erfarenheter. På grundval av dessa erfarenheter vill vi föra fram tre synpunkter, som avviker från det nu framlagda betänkandet.

1. Ansvaret för det operativa smittskyddet ligger på landsting och i landstinget på smittskyddsläkaren. Det är angeläget att smittskyddet organiseras på ett samstämmigt sätt inom landstinget (som vårdgivare) liksom att rutinerna för handläggning av smittskyddsfrågor i landstinget är likformiga. Detta bidrar till att öka funktionalitet och rätts-säkerhet. Samma samstämmighet eftersträvas mellan landstingen, där Socialstyrelsen har ett ansvar för detta. Idag finns 21 smittskyddsläkare med myndighetsuppgifter. I de utredningar som gjorts av kommittén om likformigheten mellan smittskyddsläkarna så har skillnader påvisats, även om de inte varit påtagligt stora.

Kommitténs förslag leder till att det kommer att finnas ca 50 smittskyddsläkare varvid vissa landsting kommer att ha 4–6 smittskyddsläkare. Var och en kommer att ansvara över ett visst område, där smittskyddslagen gör dem till självständiga myndigheter. Detta leder till att likformigheten inom landstinget kan gå förlorad och att skillnaderna inom riket kommer att öka. Någon övertygande motivering varför den av kommittén föreslagna ordningen är bättre än nuvarande har inte gått att utläsa ur betänkandet.

Vi anser att:

- I varje landsting skall finnas en ansvarig smittskyddsläkare. Två eller flera landsting kan dock träffa överenskommelse om att samverka om smittskyddsläkare. Samtliga samverkande landsting skall bidra till finansieringen av verksamheten.
- En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denna verka under nämnden.
- Smittskyddsläkaren får utse en eller flera biträdande smittskyddsläkare. Biträdande smittskyddsläkare får på smittskyddsläkarens uppdrag fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter.

2. När en person insjuknar med smittsam sjukdom upptäcks detta i allmänhet inom sjukvården. Detta rapporteras vidare till smittskyddsläkaren. Beroende på smittämne kan smittskyddsläkaren göra en rimlig bedömning av smittvägar och därigenom försöka finna källan till smittämnet. Smittskyddsläkaren förfogar över kunskaper och rätt organisation för att påta sig den utredningen. Smittskyddsläkaren kan också få hjälp av Smittskyddsinstitutets expertis om så erfordras. Källan till smitta kan vara andra individer eller komma från omgivningen såsom t.ex. mat eller fästingar. Kommitténs utredningar visar att kommunerna idag i allt mindre grad förfogar över motsvarande kompetens.

Kommittén föreslår att utredningen skall helt överföras till kommunen när smitta från omgivning befaras. Detta innebär att kommunerna måste påbörja en kompetensuppbyggnad som är långvarig och dyr trots att denna kompetens redan finns inom landstinget. Vi kan inte finna att detta är rimligt. Det kan heller inte uteslutas att utredningen blir fördröjd.

Vi anser att:

- När någon insjuknat i smittsam sjukdom och misstanke uppkommer om objektsmitta skall smittskyddsläkaren tillse att källan till smitta utreds. Om åtgärder behöver tillgripas för att eliminera smittkälla i omgivningen skall kommunen ta vid. Kommunen skall också vid utredningarna bistå med sin kompetens.

3. I vissa verksamheter är risken för smittöverföring till omgivningen mycket stor. Exempel på detta är personal i kök med tarmsmittor eller personal inom sjukvården med MRSA. Dessa personer skall inte arbeta med riskfyllda uppgifter eller vistas i miljöer där smitta kan överföras

till särskilt mottagliga. I den av kommittén föreslagna lagtexten finns ingen möjlighet att stänga av någon från sådana verksamheter.

Vi anser att:

- Person med smittsam sjukdom skall kunna avstängas från visst arbete eller viss verksamhet, om risk för smittspridning föreligger vid yrkesutövningen eller i verksamheten.

Kommittédirektiv

Utvärdering av smittskyddslagen m.m.

Dir. 1996:68

Beslut vid regeringssammanträde den 5 september 1996

Sammanfattning av uppdraget

En parlamentarisk kommitté tillkallas för att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet.

Kommittén skall härvid fästa särskild vikt vid

- bestämmelserna om tvångsåtgärder,
- ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet.

Kommittén skall vidare

- kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas tillvara,
- beakta internationellt smittskyddssamarbete,
- genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde.

Kommittén skall utifrån utvärderingen förutsättningslöst analysera och föreslå de förändringar och den författningsreglering som ett effektivt smittskydd påkallar i framtiden.

Kommitténs uppdrag skall redovisas senast den 31 december 1998.

Bakgrund

Smittskyddslagen

Smittskydd omfattar en mängd olika åtgärder som alla syftar till att minska spridning av smittsamma sjukdomar. Det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården med smittade patienter bidrar till att minska smittspridningen. Normalt regleras vården för smittsamma sjukdomar genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Beträffande vissa smittsamma sjukdomar finns därutöver speciella regler i smittskyddslagen (1988:1472). Smittskyddslagen, som trädde i kraft den 1 juli 1989, reglerar olika epidemiologiska insatser för att förhindra vissa smittsamma sjukdomars vidare spridning. I lagen fastställs också vilka skyldigheter och rättigheter som gäller för bl.a. enskilda och vilka möjligheter samhället har att tillgripa tvångsåtgärder.

I propositionen 1988/89:5 om ny smittskyddslag, m.m., som låg till grund för den nya lagstiftningen (bet. 1988/89:SoU9, rskr. 1988/89:54), angavs vissa förutsättningar för ett effektivt smittskydd. Enligt propositionen var ett effektivt smittskydd inte möjligt att upprätthålla med stöd endast av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och strafflagstiftningen. Det övergripande intresset för smittskydd var att förhindra smittspridning. Detta innebar enligt propositionen att man måste kunna framtvunga vissa åtgärder eller förhindra smittfarligt beteende när råd och anvisningar inte räckte. Ett effektivt smittskydd förutsatte således enligt propositionen att åtgärder, t.ex. att läkarundersöka eller isolera misstänkta smittbärare, kunde vidtas mot den enskildes vilja. Att i efterhand straffa någon enligt strafflagstiftningen ansågs vara av underordnat intresse för smittskyddet.

En annan förutsättning för att man framgångsrikt skulle kunna bekämpa smittsamma sjukdomar var enligt propositionen att man förstod det epidemiologiska sammanhanget, dvs. att åtgärderna måste utformas med hänsyn till hur människors beteende och verksamheter påverkar smittspridningen. Ytterligare en förutsättning för ett effektivt smittskydd var att inträffade fall av smitta snabbt och säkert rapporterades till dem som ansvarar för smittskyddet. För detta krävdes att insatserna planerades och samordnades av en särskild smittskyddsorganisation.

I propositionen ansågs också ett effektivt smittskydd vila på principen att det aldrig kunde vara den enskildes ensak att avgöra om han skulle söka läkare när han led av en allvarlig smittsam sjukdom. Det var ett gemensamt intresse för alla samhällsmedlemmar att de allvarliga smittsamma sjukdomarna bekämpades och hölls nere så länge det var möjligt. Medborgarna skulle knappast acceptera att samhället avhände sig möjligheten att ingripa med tvångsåtgärder mot den smittbärare

som utan hänsyn till sina medmänniskor genom sin livsföring utsatte andra för risk att bli smittade. Det var enligt propositionen nödvändigt att en ny smittskyddslag betonade behovet av ett förtroendefullt samarbete mellan dem som hade uppgifter inom smittskyddet och de smittade och andra som berördes av olika slags smittskyddsåtgärder. Den enskildes integritet skulle därför så långt det var möjligt värnas. Detta fick dock inte undanskymma samhällets berättigade krav på effektiva åtgärder till skydd mot allvarliga smittsamma sjukdomar. I propositionen betonades samtidigt att samhället också hade skyldigheter mot de enskilda människorna om smittskyddet skall kunna åtnjuta medborgarnas förtroende. Samhället måste således tillhandahålla undersökningsresurser, vård och läkemedel samt hjälp och stöd under lättillgängliga och förmånliga former för den enskilde.

Smittskyddslagen har varit föremål för ändringar vid flera tillfällen, senast till följd av propositionen 1995/96:23 om vissa ändringar i smittskyddslagen, m.m. (bet. 1995/96:SoU7, rskr. 1995/96:64). Det har huvudsakligen varit fråga om ändringar av teknisk natur och följdändringar på grund av ändringar i annan lagstiftning. Vidare har vissa rättigheter för tvångsisolerade preciserats. Någon mer omfattande utvärdering av lagens funktion och effektivitet har inte gjorts. Regeringen aviserade därför i propositionen 1995/96:23 att smittskyddslagen borde bli föremål för utvärdering utifrån de samhällsförhållanden som gäller idag. En parlamentarisk utredning borde tillsättas med uppdrag att utvärdera lagen.

I socialutskottets betänkande 1995/96:SoU7 med anledning av propositionen behandlades bl.a. ett antal motioner om smittskyddslagens regler och hur dessa regler förhåller sig till hiv och aids. Utskottet avstyrkte motionerna med hänvisning till den parlamentariska utredning som regeringen avsåg att tillkalla. Utskottet framhöll emellertid särskilt att frågor om rättssäkerheten för den enskilde och huruvida tvångsisolering kunde bidra till minskad smittspridning av epidemiologisk betydelse borde belysas. Utskottet hänvisade också till att konsekvenserna av tvångsisolering för det förebyggande arbetet och erfarenheterna av smittskyddslagens tvångsbestämmelser avseende hivinfektion skulle uppmärksammas i utvärderingen. Utskottet utgick vidare ifrån att smittskyddslagens bestämmelser om kontaktpårning skulle bli föremål för överväganden av utredningen. Utskottet hänvisade också till att utvärderingen borde inriktas på frågor om huruvida smittskyddslagen gav förutsättningar för ett effektivt smittskydd samt att den faktiska tillämpningen av lagen skulle belysas.

Med anledning av ett antal motioner om utvärderingen av smittskyddet i övrigt framhöll utskottet att det delade regeringens uppfattning att utvärderingen av smittskyddet borde ges en bred ansats samt förutsatte

att även det övriga förebyggande arbetet mot hiv och aids skulle behandlas. Mot bakgrund av att utvärderingen avsågs få ett brett perspektiv och omfatta den rättsliga regleringen av åtgärder mot spridning av hiv, oavsett om dessa åtgärder regleras i smittskyddslagen eller i annan lag, förutsatte utskottet att regleringen av provtagningsverksamheten då också skulle behandlas.

Straffansvarsutredningen

Efter regeringens bemyndigande tillkallade chefen för Justitiedepartementet i maj 1994 en särskild utredare (Straffansvarsutredningen, Ju 1994:04) för att utreda vissa frågor inom den allmänna straffrätten. Utredaren skall bl.a. överväga frågan om den nedre gränsen för när uppsåt skall anses ha förelegat, dvs. det som för närvarande benämns eventuellt uppsåt, bör konstrueras på annat sätt och i så fall hur.

I rättspraxis finns ett antal avgöranden där domstolarna haft att ta ställning till rubriceringen av gärningar som inneburit överförande av eller risk för överförande av hivsmitta. En särskild svårighet i flera av dessa fall har varit att ta ställning till uppsåtsfrågan. Hur ett förändrat uppsåtsbegrepp skulle påverka bedömningen av sådana gärningar kommer att belysas av Straffansvarsutredningen.

Frågan om införande av en eventuell särskild straffbestämmelse för spridande av hivsmitta ingår emellertid inte i Straffansvarsutredningens uppdrag.

Justitieutskottet (bet. 1995/96:JuU4) har behandlat ett antal motioner från den allmänna motionstiden under riksmötet 1994/95 angående den straffrättsliga bedömningen av spridande av hivsmitta. Utskottet avstyrkte bifall till motionerna med hänvisning till att riksdagen inte borde föregripa resultatet av Straffansvarsutredningen och utvärderingen av smittskyddslagen.

Utvecklingen

Sedan gällande smittskyddslag trädde i kraft den 1 juli 1989 har det skett flera förändringar som påverkat smittskyddssituationen. Människors allt vanligare resande till främst sydliga och tropiska länder, den ökade invandringen och handeln med livsmedel är några faktorer som har betydelse i sammanhanget. Utvecklingen inom medicinen med nya vård- och behandlingsmöjligheter samt förbättrade kunskaper om vissa smittämnen och sjukdomar är också förändringar som påverkar smitt-

skyddsarbetets inriktning och omfattning. Sverige har också varit tvunget att se över sin beredskap för mycket dramatiska sjukdomar som bl.a. Ebola, även om risken för smittspridning varit liten. Förekomsten av resistens mot antibiotika bland mikrober, t.ex. resistent tuberkulos och resistens hos vanliga bakterier som pneumokocker och staphylokokker är andra problem som uppstått.

Senare års diskussioner inom smittskyddet har i hög grad gällt integritetsfrågor och smittskyddslagen inslag av tvångsåtgärder. Det hävdas bl.a. att smittskyddslagen strider mot Europarådets rekommendation om hivsmittades rättigheter. Sverige har inte ställt sig bakom Europarådets rekommendation. Det har också framförts synpunkter att lagens möjligheter till tvångsåtgärder motverkar ett effektivt förebyggande arbete mot spridning av smittsamma sjukdomar särskilt beträffande hiv-infektion.

Även i internationella sammanhang har smittskyddsfrågor aktualiserats allt mer de senaste åren. Världshälsoorganisationen (WHO) bedriver sedan länge ett omfattande arbete med att kartlägga och redovisa statistik över förekomsten och spridningen av smittsamma sjukdomar i världen. Inom Europeiska unionen (EU) pågår ett arbete med att upprätta ett nätverk mellan medlemsstaterna för epidemiologisk övervakning av smittsamma sjukdomar. EU har ännu inte fattat något beslut i frågan. Ett sådant beslut är dock att vänta inom den närmaste tiden. Sverige anordnade också våren 1996 i Östersjöområdet ett expertmöte om smittskyddslagstiftning för rådets medlemsländer och representanter för WHO och Europeiska kommissionen.

Uppdraget

Allmänt

En parlamentarisk kommitté tillkallas för att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet. Härvid skall kommittén särskilt fästa vikt vid bestämmelserna om tvångsåtgärder samt ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. I kommitténs uppdrag ingår vidare att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas tillvara. Kommittén skall vidare beakta internationellt smittskyddssamarbete och genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde.

Kommittén skall utifrån utvärderingen förutsättningslöst analysera och föreslå de förändringar och den författningsreglering som ett effektivt smittskydd påkallar i framtiden.

Smittskyddslagen

Kommittén skall utvärdera smittskyddslagen (1988:1472). Hit hör att analysera och utvärdera nuvarande regler och tillämpningen av dessa med avseende på samhällsskyddet.

Kommittén skall se över hur landstingen och smittskyddsläkarna planerat och organiserat smittskyddsarbetet inom landstingsområdena. Vid översynen bör särskilt uppmärksammas vilken inverkan ikraftträdandet av kommunallagen (1991:900) – som medger en fri kommunal nämndorganisation – haft på organisationen av smittskyddet. Kommittén skall också belysa ansvarsfördelningen och hur samverkan fungerar mellan olika aktörer inom smittskyddsarbetet, bl.a. ansvariga nämnder, smittskyddsläkare, behandlande läkare, myndigheter och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. I detta sammanhang skall de sekretessbestämmelser som gäller för smittskyddsarbetet utvärderas. I frågor som gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning är smittskyddsläkaren självständig i förhållande till landstinget. I övriga frågor skall smittskyddsläkaren verka under den ansvariga nämnden. Kommittén skall se över och precisera innebörden av dessa principer samt överväga om det finns anledning att förändra ansvarsförhållandena.

Kommittén skall vidare se över och analysera hur meddelandet av förhållningsregler och smittspårning fungerar. I sammanhanget skall relationen mellan patienten och behandlande läkare och andra personalkategorier behandlas. I analysen skall kommittén särskilt beakta patientens förtroende för smittskyddsarbetet och föreslå eventuella ytterligare åtgärder för att främja ett förtroendefullt samarbete mellan patient och myndigheter.

Kommittén skall även se över anmälningsförfarandet och dess funktion. Här bör beaktas bl.a. frågor om vem som skall anmäla, vilka sjukdomar som skall anmälas, uppgifterna i anmälan och till vem som anmälan skall göras.

Enligt gällande rätt kan i vissa fall tvångsåtgärder vidtas för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Smittskyddsläkaren kan besluta om tvångsundersökning och om tillfälligt omhändertagande på sjukhus. Smittskyddsläkaren kan vidare ansöka hos länsrätten om tvångsisolering av den som bär smitta av samhällsfarlig sjukdom. Kan länsrättens beslut inte avvaktas får smittskyddsläkaren fatta beslutet om

tvångsisolering. Sådant beslut skall dock omedelbart underställas länsrättens prövning. Tvångsåtgärder är av mycket ingripande karaktär för den enskilde. Kommittén skall belysa hur åtgärderna tillämpats i praktiken och analysera dessa i förhållande till en objektiv bedömning av risken för smittspridning. Vidare skall kommittén analysera tvångsåtgärdernas effekter på det förebyggande smittskyddsarbetet och om åtgärderna minskar smittspridning av epidemiologisk betydelse. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot tvångsisoleringens varaktighet, den tvångsisoleras rättigheter och de stöd- och hjälpåtgärder som skall erbjudas den isolerade för att motivera denna att ändra sin inställning och livsföring så att tvångsisoleringen kan upphöra. Kommittén skall även se över de tvångsåtgärder i form av föreläggande och förbud m.m. som den nämnd som fullgör kommunens uppgifter inom smittskyddet kan vidta.

Övriga författningar

Kommittén skall även utvärdera övriga författningar som hör till smittskyddet, såsom smittskyddsförordningen (1989:301), lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter samt andra författningar som är av betydelse.

När det gäller lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter skall kommittén i första hand analysera om lagen, i enlighet med sitt syfte, leder till att människor skyddas mot att bli smittade av vissa samhällsfarliga sjukdomar.

Kommittén skall vidare belysa hur samordningen mellan smittskyddslagen och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall har fungerat och hur lagarna bör samordnas framöver.

Ekonomiska konsekvenser

Kommittén skall beakta de ekonomiska konsekvenserna av smittskyddsarbetet för bl.a. enskilda och landstingen. I uppdraget ingår att göra en översyn av och bedöma om de regler som gäller för kostnader och ersättning för åtgärder, som vidtas av smittskyddsskäl, kan anses skäligen. Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med kostnadsfri undersökning, vård och behandling för enskilda som kontaktar hälso- och sjukvården med anledning av en samhällsfarlig sjukdom.

Andra åtgärder mot spridning av smittsamma sjukdomar

Kommittén skall kartlägga och utvärdera andra åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar än dem som regleras i smittskyddslagen. Av intresse att uppmärksamma och redovisa är internationella erfarenheter av olika åtgärder för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. I redovisningen av internationella erfarenheter bör även olika länders syn på förhållandet mellan åtgärder för att förhindra smittspridning och hänsyn till de mänskliga rättigheterna analyseras. Olika länders utgångspunkter för smittskyddsarbetet bör också belysas.

Kommittén skall vidare analysera förutsättningarna för kriminalisering av underlåtenhet att följa meddelade förhållningsregler. Även förutsättningarna för att införa en straffsanktionerad bestämmelse som uttryckligen avser spridande av hivsmitta skall belysas. Om nya straffbestämmelser föreslås skall förhållandet mellan dessa bestämmelser och straffbestämmelserna i brottsbalken övervägas.

Internationellt samarbete

Kommittén skall beakta det internationella samarbetet inom främst WHO och EU i smittskyddsfrågor. Inom EU pågår för närvarande ett arbete med att besluta om en fast struktur för samarbetet på smittskyddsområdet mellan medlemsländerna. Ett liknande samarbete pågår också mellan EU och USA. Kommittén skall följa det pågående arbetet och analysera konsekvenserna av detta för smittskyddsarbete i Sverige.

Övriga frågor

Kommittén skall genomgående i sitt arbete uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde. I detta sammanhang bör kommittén särskilt ta fasta på Sveriges internationella åtaganden på området för mänskliga rättigheter. Som exempel på folkrättsligt bindande åtaganden som bl.a. rör skyddet för enskildas personliga integritet kan nämnas den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna som dessutom gäller som lag (1994:1219) i Sverige.

Den avgränsning av utredningsuppdraget som angetts bör inte ses som absolut. Det kan inte uteslutas att det under utredningsarbetet visar sig nödvändigt att också behandla andra frågor av betydelse för smitt-

skyddet. Kommittén är i så fall oförhindrad att göra detta och lägga fram förslag även i sådana frågor.

Mot bakgrund av att kommitténs uppdrag till viss del berör Straffansvarsutredningen (Ju 1994:04) och Tvångspsykiatrikommittén (S 1995:11) skall samråd ske med dessa utredningar. Samråd skall också ske med Statens jordbruksverk med anledning av det uppdrag verket fått att göra en översyn av epizootilagen (1980:369). I de fall kommittén berör domstolsprövningen och handläggningen i domstolarna skall samråd i den delen ske med Domstolsverket.

För kommittén gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) och att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50). Förslaget skall också innehålla en redovisning av de jämställdhetspolitiska konsekvenserna (dir. 1994:124) och konsekvenserna för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Kommitténs uppdrag skall redovisas senast den 31 december 1998.

(Socialdepartementet)

Kommitténs referensgrupper och särskilda utfrågningar – deltagarförteckningar

Förteckning över deltagare i referensgrupp I

Ulla Bertling, psykolog, Behandlingsgruppen i City, Stockholm
Hans Fredlund, smittskyddsläkare och ordförande i Programgruppen
för tuberkulos
Lars Jakobsson, professor, Institutionen för psykiatri, Umeå universitet
Peter Lidbrink, docent, Hudkliniken I 43, Huddinge sjukhus
Denny Vågerö, professor, Sociologiska institutionen, Stockholms
universitet

Förteckning över deltagare i referensgrupp II

Claes Heijbel, Convictus
Amadou Jallow, Oasen
Jan-Olof Morfeldt, Stiftelsen Noaks Ark/Röda Korset
Pehr-Olov Pehrson, Läkare mot AIDS
George Svéd, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande

Förteckning över deltagare vid kommitténs särskilda utfrågning den 29 oktober 1997 angående smittskyddsfrågor och sjukhushygien

Anna Hambræus, överläkare, Akademiska sjukhuset i Uppsala
Johan Struve, infektionsläkare, Danderyds sjukhus, tillika sekreterare i
Socialstyrelsens utvärdering av sjukhushygienisk verksamhet
Håkan Wahren, fil. lic, sekreterare i Socialstyrelsens utvärdering av
sjukhushygienisk verksamhet

Förteckning över deltagare vid kommitténs
särskilda utfrågning den 29 oktober 1997
angående smittskyddsfrågor vid smittsamma
sjukdomar som sprids till människor från
objekt eller djur

Yvonne Andersson, epidemiolog, Smittskyddsinstitutet
Bengt Berglund, jurist, Livsmedelsverket
Anders Engvall, avdelningschef, Zoonosentrum
Olle Sillfors, miljö- och hälsoskyddsinspektör, Sigtuna kommun
Nils Svensson, smittskyddsläkare, dåvarande Skaraborgs läns landsting

Förteckning över deltagare vid kommitténs
särskilda utfrågning den 4 december 1997
angående medicinsk–etiska frågor

Lars Jacobsson, professor, Institutionen för psykiatri, Umeå universitet
Tore Nilstun, docent, Institutionen för medicinsk etik, Lunds universitet
Torbjörn Tännsjö, professor, Institutionen för praktisk filosofi,
Göteborgs universitet

Innehåll

Bilaga 1; Anmälningsförfarandet – en analys <i>Seth-Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt, Peet J Tüll</i>	5
Bilaga 2; Delrapport från pågående studie om Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex – En enkätstudie vid två mottagningar för hivrådgiv- ning och hivtestning <i>Torsten Berglund.....</i>	19
Bilaga 3; Tuberkulos och smittskyddslagen – En sammanställning av 122 patienters erfarenheter och synpunkter <i>Lars Olof Larsson</i>	45
Bilaga 4; Modell för spridning av hiv – Studie utförd av Epidemiolo- giska enheten vid Smittskyddsinstitutet, på uppdrag av 1996 års Smittskyddskommitté (S 1996:07) <i>Johan Lindbäck, Johan Giesecke</i>	77
Bilaga 5; ”Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna hända mig”. Rapport från intervjuer med personer som kallats till test på grund av risk för hivinfektion <i>Christina Persson, Gunilla Östlund.....</i>	101
Bilaga 6; Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia <i>Tanja Tydén.....</i>	133
Bilaga 7; ”Inte har väl doktorn tid med sånt...?” 91 hiv-positiva perso- ners erfarenheter av att leva med hiv <i>Mikael Westrell</i>	151

Bilaga 8; Beskrivning och analys av smittsamma sjukdomar – Ett underlag för 1996 års Smittskyddskommitté <i>Anders Thorén</i>	193
Bilaga 9; Utlåtande om psykiatriskt perspektiv på situationen för de personer som tvångsisolerats enligt smittskyddslagen <i>Anders Annell</i>	315
Bilaga 10; Hänsyn och dilemman vid kulturanpassad prevention <i>Lisbeth Sachs</i>	351
Bilaga 11; Referenslista till kap. 14, del A.....	381

Bilaga 1

Anmälningförfarandet – en analys

*Seth-Olof Bergquist
Hans-Bertil Hansson
Erik Nordenfelt
Peet J Tüll*

Innehåll

Orsak för anmälan	7
Smittskyddsåtgärder	11
Tidskrav för anmälan.....	14
Anmälningens ansvarig.....	14
Till vem skickas anmälan	15
Bilaga.....	16

ANMÄLNINGSFÖRFARANDET – EN ANALYS

En arbetsgrupp med Seth-Olof Bergquist, Hans-Bertil Hansson, Erik Nordenfelt och Peet Tüll har av ordförande för smittskyddskommittén blivit ombedd att utarbeta ett förslag till principer för anmälan av smittsamma sjukdomar.

Gruppen presenterar här de principiella övervägandena som göres kring anmälningar. Gruppen har utgått från den idag gällande smittskyddslagens förutsättningar vad gäller organisation.

De använda rubrikerna återkommer i den tabell som följer som bilaga. I bilagan har de smittsamma sjukdomarna fått siffror motsvarande siffrorna i underrubrikerna. Ingen prioritering utifrån smittämnenas svårighetsgrad har gjorts. Prioriteringen grundas på om åtgärder är möjliga eller ej.

Orsak för anmälan

1. Anledning att vidta smittskyddsåtgärder
2. Underlag för epidemiologisk analys och för långsiktiga åtgärder
3. Underlag för kvalitetsuppföljning av kontrollprogram/åtgärder
4. Underlag för kvalitetsuppföljning av vaccinationsprogram
5. Anmälan enligt internationella överenskommelser (IHR)
6. Syndromanmälan nationellt

Det övergripande målet med en anmälan är att försöka finna vägar att minska fortsatt smittspridning. Detta kan ske på olika sätt.

En förutsättning för ett anmälningssystem är att de läkare som möter patienterna är kunniga och medvetna om anmälningssystemet. Läkare skall också ta hand om patienten och initiera de första smittskyddsåtgärderna.

1. Anledning att vidta smittskyddsåtgärder

En anmälan som faller inom denna kategori skall omfatta såväl säkerställda som kliniskt misstänkta fall. Om åtgärder skall påbörjas t.ex. vid meningokocksjukdom kan dessa ej vänta till dess att laboratoriediagnos fastställts.

Den första bedömning som måste göras är huruvida omedelbara åtgärder kan krävas. Den bedömningen sker av smittskyddsläkaren. För

att kunna ingripa måste smittskyddsläkaren ha uppgifter om den insjuknade. Dessa uppgifter måste vara så fullständiga som möjligt. Initialt kan anmälan innehålla vissa basuppgifter, men vid behov måste smittskyddsläkaren omedelbart kunna komplettera uppgifterna. Detta förutsätter att såväl den som anmäler som den som anmäls kan nås.

Vid vissa sexuellt överförda sjukdomar kan särskilda överväganden behövas vad gäller identiteten hos den anmälda. Av integritetsskäl kan identitetsuppgifter motverka möjligheten att minska smittspridningen, dvs. behandlande läkare kan underlåta att anmäla p.g.a. hänsyn till patientens integritet. Det finns argument både för och emot detta. Arbetet med att följa smittsamhet försvåras för smittskyddsläkaren t.ex. när någon med HIV också har tuberkulos. Det har varit svårt att bekämpa klamydiaepidemin då uppgifterna i den nuvarande anmälan försvårar kontaktspårning. Å andra sidan finns belägg för att en del personer avstår från att kontakta vården vid HIV för att de inte vill bli registrerade. Om smittskyddsläkaren förväntas kunna delta i smittbekämpning av dessa sjukdomar måste han dock kunna härleda anmälan till en viss person. Om detta ej går blir uppgiften närmast av registreringskaraktär, där registeruppgifterna är osäkra och smittskyddsläkarens funktion kan inte tillfredsställande utnyttjas.

2. Underlag för epidemiologisk analys och för långsiktiga åtgärder

Uppgifterna ligger till grund för mer långsiktiga åtgärder såsom att riktade program utarbetas. Detta underlag behöver primärt inte innehålla personuppgifter, men för att kunna förstå risker, smittvägar m.m. så måste verkligheten bakom siffrorna vara känd. Detta betyder att individen i sig inte är intressant men väl att man skall kunna förstå smittspridningens dynamik.

3. Underlag för kvalitetsuppföljning av kontrollprogram / åtgärder

Som framgått ovan finns ett antal kontrollprogram och det genomförs ett antal åtgärder mot smittade. Exempel är de program som utarbetats för t.ex. tuberkulos- och klamydiabekämpning. Dessa har skapats med utgångspunkt från det kända statistiska underlaget. Effekterna av programmen måste följas upp och utvärderas. Utvärderingarna ligger till grund för ändringar i strategier.

4. Underlag för kvalitetsuppföljning av vaccinationsprogram

Ett särskilt område är vaccinationsprogrammen. Mer än 95 % av svenska barn ingår i vaccinationsprogram. För vuxna finns rekommendationer bl.a. om influensa- och pneumokockvaccin. En åtgärd riktas mot en vid tillfället frisk befolkning. Det är då av största vikt att åtgärderna i sig inte är skadliga – varken på kort eller lång sikt. För att kunna utvärdera detta krävs noggranna uppföljningssystem.

5. Anmälan enligt internationella överenskommelser (IHR)

Bakgrund

Idag gäller IHR (International Health Regulations) de så kallade karantänssjukdomarna. IHR är grunden till att Sverige har en särskild karantänslagstiftning. IHR är under omarbetande inom WHO. Arbetet beräknas vara klart våren 1999 och förväntas accepteras av WHA (World Health Assembly) samma år. De nya principerna är att man till WHO skall anmäla vissa sjukdomsbilder som kan bedömas utgöra ett internationellt smittskyddsproblem. Således skall inte specifika sjukdomar anmälas. Denna princip finns inte upptagen i svensk lagstiftning f.n.

Ett "syndrom" innebär att en patient uppvisar ett antal sjukdomstecken som kan tyda på allvarlig smittsam sjukdom. Om man använder syndrom så minskar tiden från inträffad sjukdom till anmälan och ställningstagande till bekämpning kan påbörjas tidigare.

Ett viktigt kriterium för anmälan till WHO är att händelsen har internationell betydelse. Detta är ett svårbedömt kriterium varför bedömning av situationen bör ske på nationell nivå. Socialstyrelsen skall underrättas omedelbart och också ansvara för anmälan till WHO.

För att kunna fånga upp denna typ av utbrott måste ett rapporteringssystem med syndrom införas. Konkret kan anmälan egentligen bara ske av individ vid akut hemorrhagisk feber. Vid de andra tillfällena så bör anmälan innebära att smittskyddsläkaren underrättas om att en misstanke om anmälningspliktigt syndrom har väckts. Smittskyddsläkaren skall då omedelbart informera sig om detaljer kring utbrottet. Detta innebär att smittskyddsläkaren måste ha både skyldighet och rättighet för att göra efterforskningar.

Den följande klassificeringen baseras på det preliminära förslag som presenterats av WHO – det kan ändras.

Akuta hemorrhagiska febrar

IHR föreskriver anmälan av alla fall. Dessa fångas genom det vanliga anmälningssystemet.

Akuta respiratoriska syndrom (Luftvägsinfektioner)

Om en ansamling av akut påkommande hosta eller luftvägssymptom inträffar, sjukdomen är allvarlig, patienterna är över 5 år och inga kända underliggande individfaktorer finns, skall nationell anmälan ske.

Om utbrottet har internationell betydelse skall anmälan ske vidare till WHO.

Akuta diarrésyndrom

Om en ansamling av akut påkommande diarré inträffar, sjukdomen är allvarlig, patienterna är över 5 år och inga kända underliggande individfaktorer finns, skall nationell anmälan ske.

Om utbrottet har internationell betydelse skall anmälan ske vidare till WHO.

Akuta icterussyndrom (Gulsot)

Om en ansamling av akut påkommande gulsot inträffar, sjukdomen är allvarlig och inga kända underliggande individfaktorer finns, skall nationell anmälan ske.

Om utbrottet har internationell betydelse skall anmälan ske vidare till WHO.

Akuta neurologiska syndrom

Om en ansamling av akut påkommande neurologiska dysfunktioner inträffar, omfattande: akut demens, akuta pareser, kramper, hjärnhinne-
retning, ofrivilliga rörelser, andra allvarliga tecken på neurologisk dysfunktion, allvarlig sjukdom och inga kända underliggande individfaktorer finns, skall nationell anmälan ske.

Om utbrottet har internationell betydelse skall anmälan ske vidare till WHO.

Andra anmälningspliktiga syndrom

Alla ansamlingar av allvarliga sjukdomar som inte omfattas av ovanstående och av internationell betydelse.

6. Syndrom-anmälan nationellt

Det sker regelbundet utbrott i samhället av fr.a. diarrésjukdomar men ibland också av andra sjukdomar såsom streptokockinfektioner. Dessa sjukdomar är idag inte anmälningspliktiga varför de inte kommer till smittskyddsläkarens kännedom annat än om omfattningen upplevs som påtagligt besvärande. Smittskyddsorganisationen skulle sannolikt kunna minska omfattningen av vissa utbrott om den blev informerad i tid. Det finns ett behov av att läkare, som får kännedom om en ansamling av sjukdomsfall med infektionssjukdomar, informerar smittskyddsläkaren om detta även om sjukdomsbilden inte är så dramatisk som den som IHR föreskriver. Denna anmälan skall gå till smittskyddsläkaren. Här föreligger samma förutsättningar som vid de internationella syndromen, smittskyddsläkaren måste ha rätt att utreda utbrotten. Smittskyddsläkaren skall också kunna vända sig till Smittskyddsinstitutet.

Smittskyddsåtgärder

1. Förehållningsregler för att motverka smittspridning
2. Profylax och information till berörda
3. Smittspårning – prospektiv och retrospektiv
4. Dekontamination/elimination av objekt/smittkälla

Vid vissa smittsamma sjukdomar kan olika åtgärder förhindra eller minska vidare smittspridning. Nedan finns en tabell där det framgår när och vad smittskyddsläkaren kan göra vid olika sjukdomar. Åtgärderna är inte satta i relation till sjukdomarnas allvarlighetsgrad utan av principiell karaktär. Vilka åtgärder smittskyddsläkaren kan tillgripa bestäms av lagstiftningen där den enskilde smittades rättigheter vägs mot den osmittades rättigheter. När anmälan inkommer måste smittskyddsläkaren först ta ställning till om något behöver göras. Åtgärderna kan delas in i olika kategorier.

1. Förhållningsregler för att motverka smittspridning

Dessa insatser är riktade direkt mot den enskilde. Det bästa är om den smittade kan behandlas till smittfrihet. Så länge smittsamhet finns, utgör personen ett potentiellt smittskyddsproblem. Åtgärder mot enskild kan variera från att den enskilde inte får göra vissa saker såsom att vara blodgivare eller att laga mat åt andra till att den enskilde under vissa omständigheter kan isoleras. Insatserna kan delvis kategoriseras till aktiviteter.

- Hinder för viss typ av verksamhet. Smittämnen som överföres via föda eller blodkontakt kan falla i denna kategori. Detta gäller t.ex. salmonella och hepatit B vid vissa yrken.
- Hinder för rörelsefrihet. Hit hör främst de luft- och salivöverförda smittämnen men kan också gälla smittämnen som överföres med händerna. Tuberkulos och difteri är exempel på detta. Andra exempel är personer med resistenta bakterier där vård t.ex. i samma rum som andra inte är lämpligt.
- Inskränkningar i beteende. Personer med blodsmitta skall inte vara blodgivare. Vid de sexuellt överförda sjukdomarna har tillämpats krav på säker (dvs. smittfri) sex alternativt temporär avhållsamhet.

För att belysa vilka åtgärder som är aktuella vid de olika sjukdomarna har en ytterligare kategorisering införts. De åtgärder som åsyftas är inte obligata men kan i vissa fall behöva tillämpas. Åtgärderna i sig bygger på några förutsättningar.

- Smittskyddsläkaren förutsättes ha ansvar för alla utredningar oavsett om objekt eller människor är involverade. Åtgärder efter att objekt-smitta konstaterats förutsättes ske med stöd av miljöbalk eller livsmedelslag. Smittskyddsläkaren måste ha en möjlighet att överklaga ett beslut om åtgärder till någon instans för överprövning. Smittskyddsläkaren skall också kunna utreda fall av alla smittsamma sjukdomar eller ovanliga händelser.
- Smittspårning skall vara en skyldighet för i första hand behandlande läkare men smittskyddsläkaren skall kunna överta utredningen. Underlåtenhet att utföra smittspårning av behandlande läkare kan behöva straffbeläggas (se HSAN beslut av idag).
- Medveten handling som innebär risk för smittspridning bör övervägas att straffbeläggas.

Med dessa förbehåll har en genomgång skett av samtliga sjukdomar. De åtgärder, som kan bli aktuella och som kräver ett lagstöd för att kunna tillämpas har kategoriserats enligt följande:

- a) Isolering.
- b) Avstängning från arbete, dagis eller liknande.
- c) Oskyddat sex – kopplat till straffåtgärd? Se förutsättning ovan.
- d) Stängning av verksamhet under utredning eller för att stoppa smittspridning och där annan lagstiftning inte är aktuell.
- e) Ej sprutbyte vid narkomani.
- f) Ej blodgivare.

I tabellen har dessa bokstäver införts för sjukdomar med siffra 1 i åtgärds kolumnen.

Grupperna syndrom och resistenta mikroorganismer har separerats från tabellen då de kräver särskilda överväganden.

2. Profylax och information till berörda

Vid infektioner såsom meningokockinfektioner är detta en viktig smittskyddsinsats.

3. Smittspårning – prospektiv och retrospektiv

För att så snabbt som möjligt kunna hitta fler smittade eller för att finna hur personen själv blivit smittad tillämpas smittspårning. Detta sker genom att fråga den anmälda vilka denne varit i kontakt med vid t.ex. luftburen smitta eller om fler personer ätit av samma mat vid födoämnes smitta.

4. Dekontamination/elimination av objekt/smittkälla

Om smittkälla identifieras till något objekt såsom föda, vatten, djur eller motsvarande är det av vikt att något görs för att hindra fortsatt smittspridning.

Tidskrav för anmälan

1. Omedelbart (telefonkontakt)
2. Snarast (ordinarie postgång)
3. Periodisk (vecko-/månadsrapport)

Beroende på vilka åtgärder som kan bli aktuella avgörs också hur snabbt anmälan bör inkomma. Allmänt kan sägas att punkterna 1 och 2 kräver ställningstaganden vid anmälan, 3 är till för långsiktiga bedömningar såsom uppföljning av vaccinationsprogrammet.

Anmälningsansvarig

1. Behandlande läkare
2. Laboratorium/blodcentral (ansvarig läkare)
3. Miljö- o hälsoskyddsnämnd eller motsvarande/Livsmedelsverket
4. Länsveterinär

1. Behandlande läkare

Behandlande läkare utgör alltid hörnstenen i anmälninssystemet. Denne är den förste som träffar på patienten. De flesta anmälningar kommer från läkare som per år ser få anmälningspliktiga sjukdomar. Det kan vara svårt att hålla medvetandet om dessa sjukdomar uppe. Smittskyddsläkarna har en viktig roll i att kontinuerligt påminna om existensen av smittsamma sjukdomar.

2. Laboratorium/blodcentral (ansvarig läkare)

Vissa smittämnen påvisas först på laboratorier. Detta gäller både mikrobiologiska laboratorier och patologiska institutioner. När sådana fynd görs som direkt pekar på viss sjukdom eller visst smittämne skall det anmälas. Laboratorieläkaren har dock sällan tillgång till epidemiologiska patientuppgifter. Det måste då framgå av anmälan vem som behandlar patienten så att kompletterande information kan inhämtas såsom t.ex. om en person med mässling blivit vaccinerad eller ej.

3. Miljö- och hälsoskyddsnämnd eller motsvarande/Livsmedelsverket

Dessa myndigheter tar fortlöpande prov på livsmedel, miljö osv. De får också resultat från prov på livsmedelsarbetare. Vid ansamling av matförgiftningar informeras oftast dessa myndigheter. Denna information bör lämnas till smittskyddsläkaren. Detta är av särskild vikt om syndrom skall anmälas.

4. Länsveterinär

En ny zoonoslagstiftning håller på att utarbetas. Där liksom i smittskyddslagen bör det framgå att vid inträffade fall av zoonoser (sjukdomar som överföres mellan djur och människor) så skall information lämnas mellan länsveterinär och smittskyddsläkare.

Till vem skickas anmälan

1. Smittskyddsläkare
2. Smittskyddsinstitutet
3. Objektansvarig myndighet

Idag går anmälningarna till dessa instanser. I bilagan har detta inte medtagits. Principen bör vara att den som har att ta ställning till omedelbara åtgärder är primär mottagare för anmälningen, dvs. smittskyddsläkaren och objektansvarig myndighet.

För den långsiktiga uppföljningen är det viktigt att den nationella myndigheten får anmälningarna. Vid vissa tillfällen då något inträffar inom flera landstingsområden kan den nationella instansen också behöva agera mer omedelbart.

Bilaga

Tabell över smittsamma åtgärder graderade efter olika behov Alfabetisk uppställning

* Dessa sjukdomar behöver inte anmälas annat än om de uppträder som syndrom

Sjukdom	Orsak	Åtgärd	Klassificering	Hastighet	Vem
			av åtgärd 1		
[Fläckfeber]*					
[Toxoplasma]*					
[Non A–D]*					
[Återfallsfeber]*					
Amöba	1, 2	3, 4		2	1, 2
Anthrax	1, 2	1, 2, 3, 4	a	1	1, 2
Atypiska mykobakterier	2			3	1
Borrelia	2	2		3	1
Botulism	1	3, 4		1	1, 2
Campylobacter	1, 2	3, 4		2	1, 2
Difteri	1, 4	1, 2, 3	a	1	1, 2
EHEC	1, 2	1, 2, 3, 4	b	1	1, 2
Giardia	1, 2	1, 3, 4	b, d	2	1, 2
Gonorré	1, 2	1, 3	c	2	1, 2
Gula febern	1, 4	3		1	1, 2
Hepatit A	1, 2	1, 2, 3, 4	a, d	1	1, 2
Hepatit B akuta	1, 2, 3, 4	1, 2, 3	a, b, c, e, f	2	1, 2
Hepatit B kronisk	1, 2, 3	1, 2, 3	b, c, e, f	2	1, 2
Hepatit C	1, 2, 3	1, 3	b, c?, e, f	2	1, 2
Hepatit D	1, 2	1, 3	a, b, c, e, f	2	1, 2
Hepatit E	1, 2	1, 3, 4	a, d	1	1, 2
Hib	4	-		3	2
HIV	1, 2, 3	1, 3	c, e, f	2	1, 2
HTLV I o II	2	1	f		
Klamydia pneumonie	2	(2)		3	2
Klamydia trachomatis	1, 2, 3	1, 3	c	2	1, 2
Kolera	1, 2	1, 3, 4	a, b	1	1, 2
Legionella	1, 2, 3	3, 4		2	1, 2, 3
Listerios	1, 2	3, 4		2	1, 2
Malaria	2, 3	-		2	1, 2
Meningokockinfektion	1, 2	1, 2, 3	a	1	1, 2
Morbilli	4	2		2, 3	1, 2
Nephropatia epidemica	2	-		3	2

Ornithos	1	3, 4		2	1, 2
Paratyfoid	1, 2	1, 3, 4	a, b, d	1, 2	1, 2
Parotit	4	-		3	2
Pertussis	2, 4	-		2	2
Pest	1, 2	1, 2, 3, 4	a, b	1	1, 2
Pneumokocker m. Pc > 0,5	1, 2, 3	1, 3	b	2	1, 2
Polio	1, 2, 4	1, 2, 3	a, b	1	1, 2
Rabies	1, 2	1, 2, 3, 4	a	1	1, 2, 4
Rubella	4	-		3	2
Salmonella	1, 2	1, 3, 4	b, d	2	1, 3
Shigella	1, 2	1, 3, 4	b, d	1, 2	1, 2, 3
Syfilis	1, 2	1, 3	c, f	2	1, 2
TBE	1, 2, 3, 4	2, 3		2	1, 2
Tetanus	4	-		3	1, 2
Trichinos	3	3, 4		2	1, 2, 3, 4
Tuberkulos	1, 2, 3, 4	1, 2, 3	a, b	2	1, 2
Tularemi	2	-		3	2
Tyfoid	1, 2	1, 3, 4	a, b, d	1, 2	1, 2, 3
Ulcus molle	1, 2	1, 3	c	2	1, 2
Virala hemorragiska febrar	1	1, 2, 3	a	1	1, 2
Yersinia	1, 2	3, 4		2	1, 2

Speciella tillstånd

Resistenta mikroorganismer	1, 2, 3	1, 2, 3, 4	a, b, d	2	1, 2
Syndrom	1	1, 2, 3, 4	a, b, d	1	1

Bilaga 2

Delrapport från pågående studie om

Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex

En enkätstudie vid två mottagningar för hivrådgivning och hivtestning

*Torsten Berglund,
socionom, kurator,
Venhälsan, SÖS*

Förord

Föreliggande studie är en delrapport från en pågående enkätundersökning som riktar sig till personer som söker för rådgivning och testning på två stora hivmottagningar i Stockholm. Resultaten är därför att betrakta som preliminära.

Tvåhundra män och kvinnor har anonymt besvarat ett omfattande frågeformulär med känsliga frågor om sexuallivet och om attityder till säkrare sex, hiv och smittskyddslagstiftning. De har mycket generöst delat med sig av sina erfarenheter och synpunkter.

Ansvariga för studien är socionom Torsten Berglund, kurator vid Venhälsan, Södersjukhuset, och vik. epidemiolog vid Smittskyddsinstitutet (1997/98), och med. dr Göran Bratt, bitr. överläkare vid Venhälsan.

Innehåll

Förord	
Innehållsförteckning	
Inledning.....	22
<i>Bakgrund och syfte</i>	22
<i>Metod</i>	23
Resultat.....	23
<i>Kön och sexuell inriktning</i>	23
<i>Ålder</i>	24
<i>Sexuell identitet och öppenhet</i>	24
<i>Sexuell livsstil</i>	25
<i>Partnerns hivstatus</i>	27
<i>Om hivtestning</i>	27
<i>Sexuellt överförbara sjukdomar</i>	29
<i>Upplevelse av sexuallivet</i>	29
<i>Hivkunskaper och riskbedömning</i>	30
<i>Att fråga och informera om hiv</i>	31
<i>Alkohol och andra droger vid sexkontakter</i>	34
<i>Smittskyddslagstiftning om hiv</i>	36
<i>Attityder till smittskyddslagstiftningen</i>	37
<i>Partneruppföljning</i>	40
Sammanfattning.....	41

Inledning

I september 1997 påbörjades en enkätstudie riktad till personer som söker för hivrådgivning och hivtestning på Venhälsans kvällsmottagning och Klara HIV-mottagning i Stockholm. Studien pågår alltså (febr. 1998) och beräknas avslutas i mars 1998 efter sex månaders insamling av enkätsvar. Då har 400 enkäter lämnats ut på vardera mottagningen, och målet är att få in minst 500 svar så att svarsfrekvensen överstiger 60 procent.

Föreliggande arbete är en delrapport som presenterar resultatet av de första 100 besvarade enkäterna från vardera mottagningen. Resultatet är att betrakta som *preliminärt*. Ett par mer omfattande frågor i enkäten har inte heller tagits med i denna delrapport; frågor om sexteknik och kondomanvändning med fast och tillfällig partner, samt riskbedömning för hiv vid olika sextekniker. Delrapporten vill ge en bild av hur svaren fördelar sig och om det finns skillnader mellan dem som tillfrågats: män som har sex med män å ena sidan och heterosexuella män och kvinnor å andra sidan. En mer omfattande analys av resultatet och jämförelser med andra studier får däremot anstå till den slutgiltiga rapporten.

Bakgrund och syfte

Venhälsans kvällsmottagning har sedan 1982, i lokaler på Södersjukhuset, bedrivit rådgivning och undersökning av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) inklusive aidsrelaterade tillstånd bland homo- och bisexuella män, och sedan 1985 även erbjudit hivtestning/rådgivning. Klara HIV-mottagning, beläget i lokaler i Stockholms city, tillkom 1988 som ett komplement till Venhälsamottagningen, och vänder sig till alla som vill hivtesta sig, oavsett sexuell läggning, men har bl.a. som mål att nå sådana män som har sex med män utan att själva definiera sig som homo- eller bisexuella. Venhälsans kvällsmottagning besöks av ca 1 000 personer/år och Klara HIV-mottagning har ca 2 000 besök/år. Båda mottagningarna lyder under kliniken Venhälsan på Södersjukhuset, som har behandlingsansvar för ca 400 hivpositiva patienter.

Syftet med studien är att förbättra kunskaperna om homo- och bisexuella mäns sexuella livsstil, attityd till säkrare sex, inställningen till hiv och smittskyddslagstiftningen. Sådan kunskap är av betydelse för utformningen av hivförebyggande åtgärder, så väl vid individuell rådgivning som i informationskampanjer. Några mer omfattande undersökningar av detta slag med fokus på gruppen män som har sex med

män har veterligen inte gjorts i Sverige. Avsikten är också att jämföra sexuell livsstil hos presumtivt hivnegativa homo- och bisexuella män som söker för hivtestning vid Venhälsans kvällsmottagning och Klara HIV-mottagning med hivpositiva homo- och bisexuella män, som deltagit i en liknande enkätundersökning genomförd under 1996/97 på Venhälsan. Ytterligare jämförelsegrupper erhålls genom att inkludera heterosexuella män och kvinnor som besöker Klara HIV-mottagning.

Metod

Den tiosidiga enkäten, som omfattar 28 frågor med tillhörande delfrågor, lämnas ut av en rådgivare/läkare på Venhälsan i samband med rådgivningen inför hivtestningen och/eller STD-undersökningen. På Klara HIV-mottagning har man dock valt att lämna ut enkäten först vid återbesöket för hivprovsvaret. Alla svenskspråkiga besökare erbjuds att delta i studien. De erhåller såväl muntlig som skriftlig information tillsammans med enkäten, samt ett frankerat kuvert, fyller i enkäten hemma eller på mottagningen efter besöket, och skickar sedan in den till projektledaren. Enkäten innehåller inte något kodnummer, utan patienterna är helt anonyma.

Resultat

Svaren som redovisas nedan har hämtats från de första 100 enkäterna från Venhälsans kvällsmottagning som skickades in under perioden 19/9 1997–13/11 1997 och från de första 100 enkäterna från Klara HIV-mottagning, inkomna 16/9 1997–13/11 1997. Eftersom inte samtliga personer alltid svarat på alla frågor och delfrågor i enkäten, redovisas antalet som besvarat varje fråga (n=).

Kön och sexuell inriktning

Enkäten har besvarats av *149 män* och *51 kvinnor*. På frågan om vilket kön personerna har som de har sexuella kontakter med, fördelar sig svaren på följande vis:

106 män har enbart sex med män	53 %
16 män har sex med både män och kvinnor	8 %
27 män har enbart sex med kvinnor	14 %
49 kvinnor har enbart sex med män	24 %
2 kvinnor har sex med både män och kvinnor	1 %

För att förenkla den fortsatta resultatredovisningen och jämförelser sins emellan har ovanstående fem kategorier fördelats på tre grupper utifrån kön och vem man har sex med enligt ovan, oavsett hur personerna själva definierar sin sexuella identitet (se särskild fråga nedan). De tre grupperna är homo- och bisexuella män (HBS män), heterosexuella män (HT män) och kvinnor (heterosexuella och bisexuella) som fördelar sig enligt följande:

122	HBS män (61 %)
27	HT män (14 %)
51	Kvinnor (25 %)

Ålder

Medelåldern för homo- och bisexuella män var 36 år, medan den var 32 år för heterosexuella män och 27 år för kvinnorna. Fyra homosexuella män har inte uppgivit sin ålder.

	Medelålder	Variationsvidd	Median
HBS män (n=118)	36 år	19–75 år	34 år
HT män (n=27)	32 år	16–60 år	30 år
Kvinnor (n=51)	27 år	16–50 år	26 år

Sexuell identitet och öppenhet

På frågan om man uppfattar sig själv som heterosexuell (HT), bisexuell (BS), homosexuell (HS), eller "vet ej" har följande svar erhållits:

HBS män (n=122)		HT män (n=27)		Kvinnor (n=51)	
HS	103	HT	26	HT	47
BS	15	Vet ej	1	BS	1
Vet ej	3			Vet ej	3
Transsexuell	1				

Av de som hänförts till gruppen homo- och bisexuella män (se s. 24), definierar sig 84 procent som homosexuella och 12 procent som bisexuella, medan tre män inte vet vilken sexuell identitet de har och en man uppfattar sig som transsexuell. Av männen med enbart heterosexuella kontakter har en man svarat att han inte vet vilken hans sexuella identitet är och bland kvinnorna uppfattar sig en som bisexuell och tre vet inte vilken sexuell identitet de har.

De män som uppfattar sig som homo- eller bisexuella har gjort en bedömning av hur många personer i deras närhet (familj, släkt, vänner, arbets-/studiekamrater etc.) som känner till deras sexuella läggning:

- 58 procent bedömde att *tre fjärdedelar* eller *alla* har kännedom.
- 30 procent bedömde att *en fjärdedel* eller *hälften* har kännedom.
- 12 procent (fjorton män) uppgav att *ingen* har kännedom eller att de inte vet om någon känner till deras homo- eller bisexualitet.

En annan fråga, som kan ha samband med graden av öppenhet, är om man är medlem i någon förening eller organisation för homo- eller bisexuella. Den kan också ha viss betydelse för i vilken utsträckning man nåtts av de hivpreventiva informationskampanjer som bedrivits via sådana föreningar. 42 procent av de homo- och bisexuella männen (n = 19) svarade att de är medlemmar i en sådan förening och 20 procent svarade att de tidigare varit medlemmar men inte är det nu. Av de män som bedömde att tre fjärdedelar eller alla i deras närhet känner till deras sexuella läggning, är 73 procent medlemmar, eller har tidigare varit, i en förening/organisation för homo- och bisexuella. Av de fjorton männen som uppgav att ingen har kännedom eller att de inte vet om någon känner till deras homo- eller bisexualitet är fyra (29 procent) medlemmar eller har varit i en sådan förening.

Sexuell livsstil

För att få en uppfattning om hur många av besökarna på mottagningarna som lever i en fast relation respektive lever utan relation men med tillfälliga sexuella kontakter har de fått beskriva sin nuvarande sexuella livsstil som den varit under den senaste månaden innan hivtestningen. 39 procent av de homo- och bisexuella männen har enbart tillfälliga kontakter medan 29 procent lever med fast partner utan andra sexuella kontakter och 22 procent lever i en fast relation men har även tillfälliga sexuella kontakter vid sidan av förhållandet. Nästan hälften av de heterosexuella männen och kvinnorna lever med fast partner och har inga tillfälliga kontakter vid sidan om denna relation. 22 procent av de hete-

rosexuella männen lever i en fast relation och har också tillfälliga kontakter vid sidan om relationen, medan endast åtta procent av kvinnorna lever på ett sådant sätt.

	HBS män (n = 122)	HT män (n = 27)	Kvinnor (n = 51)
Inga sexkontakter	10 %	22 %	29 %
Fast partner	29 %	45 %	47 %
Fast + tillfälliga	22 %	22 %	8 %
Enbart tillfälliga	39 %	11 %	16 %

Hur många sexpartner hade besökarna i genomsnitt haft under den senaste tolv månaders perioden? De homo- och bisexuella männen hade i genomsnitt haft åtta partner, medan de heterosexuella männen hade haft fyra och kvinnorna tre partner. Några enstaka män med ett stort antal partner drar upp medelvärdet både bland heterosexuella och homo- och bisexuella män, varför medianvärdet ger en bättre bild av partnerfrekvensen. För de homo- och bisexuella männen var medianvärdet fem partner, för de heterosexuella männen två partner och för kvinnorna var medianen tre partner.

<i>Antal sexpartner</i>			
	Medelvärde	Variationsvidd	Median
HBS män (n=117)	8 st	0–50 st	5 st
HT män (n=27)	4 st	0–25 st	2 st
Kvinnor (n=51)	3 st	0–10 st	3 st

Bland männen, oavsett sexuell inriktning, är det vanligast att man träffar sina sexpartner på ett diskotek, medan kvinnorna träffar dem hos vänner och näst vanligast på diskotek. Barer, resor och hemma hos vänner är också vanliga mötesplatser för homo- och bisexuella män, följt av videoklubbar och badhus/badplatser. Heterosexuella män och kvinnor träffar också sina partner på arbetet eller i skolan, något som är ovanligare bland homo- och bisexuella män.

Vissa skillnader finns beträffande var man träffar en fast partner och en tillfällig partner. Vanligaste platsen för att träffa en fast partner är för homo- och bisexuella män på diskotek och barer även om de också är de vanligaste mötesplatserna för tillfälliga kontakter. Hos vänner och på arbetet/i skolan är också platser där man träffar sin fasta partner. På resor, videoklubbar, badhus/badplatser och i parker träffar man nästan bara tillfälliga partner. För heterosexuella kvinnor och män är det vanligast att man träffar sina fasta partner på arbetet/skolan och hos

vänner, men också på diskotek. Tillfälliga partner träffar man främst på resor, barer och diskotek.

<i>De sex vanligaste mötesplatserna</i>					
HBS män		HT män		Kvinnor	
Diskotek	73	Diskotek	12	Vänner	34
Bar	50	Vänner	12	Diskotek	29
Resor	48	Arb/skola	9	Arb/skola	20
Vänner	36	Resor	8	Resor	16
Videoklubb	34	Bar	6	Bar	16
Bad	29	Annon	4	Restaurang	8

Partners hivstatus

Av de besökare som lever i en fast parrelation, uppgav 71 procent av de homo- och bisexuella männen att partnern är hivnegativ, medan 10 procent lever med en hivpositiv man. 19 procent lever med en otestad partner eller känner inte till sin partners hivstatus. Av heterosexuella män känner hälften inte till partners hivstatus och bland kvinnorna är motsvarande andel en tredjedel. En kvinna, men ingen heterosexuell man, lever med en hivpositiv partner.

	Hivneg. partner	Hivpos. partner	Ej testad/vet ej
HBS män (n=58)	41 (71 %)	6 (10 %)	11 (19 %)
HT män (n=18)	9 (50 %)	–	9 (50 %)
Kvinnor (n=27)	17 (63 %)	1 (4 %)	9 (33 %)

Om hivtestning

Erfarenhet av hivtestning var stor i alla tre grupperna. Hela 88 procent av de homo- och bisexuella männen hade hivtestat sig en eller flera gånger innan det nu aktuella testillfället. Motsvarande andel av de heterosexuella männen var 59 procent och av kvinnorna 61 procent. Medianvärdet för antalet tidigare test var bland de homo- och bisexuella männen fyra, för kvinnorna tre och för de heterosexuella männen två. Det är tydligt att en stor andel av besökarna på de båda mottagningarna hivtestat sig upprepade gånger.

Resultatet kan jämföras med den befolkningsbaserade sexualvane-studien "Sex i Sverige – om sexuallivet i Sverige 1996" (Uppsala 1997). Av de 2 600 som deltog i studien hade 14 procent av både kvinnor och

män någon gång hivtestat sig, och av dem hade tre procent testat sig mer än en gång (s. 268).

	Tidigare test	Medeltal	Variationsvidd	Median
HBS män (n=122)	88 %	4,7 ggr	2–10 ggr	4 ggr
HT män (n=27)	59 %	2,6 ggr	2–4 ggr	2 ggr
Kvinnor (n=51)	61 %	3,3 ggr	1–15 ggr	3 ggr

På både Venhälsans kvällsmottagning och Klara HIV-mottagning testar man sig anonymt. I stället för namn och personnummer används en s.k. reservkod bestående av ett årtal följt av sex slumpvisa siffror. I enkätens sista fråga lämnas utrymme för synpunkter på respektive mottagning. Flera av besökarna har där påpekat att det är bra med anonym testning, och att de inte skulle vilja gå till en mottagning där de inte är anonyma. Men hur många av besökarna skulle avstå från hivtestning om det inte fanns möjlighet att testa sig anonymt? 38 procent av de homo- och bisexuella männen svarar att de skulle avstå eller inte vet om de skulle vilja testa sig. 31 procent av de heterosexuella männen och 22 procent av kvinnorna svarar samma sak, men andelen som svarar att de skulle avstå är betydligt lägre i dessa två grupper jämfört med de homo- och bisexuella männen.

	<i>Avstå själv från hivtestning</i>		
	Avstå	Vet ej	Ej avstå
HBS män (n=116)	28 %	10 %	62 %
HT män (n=26)	4 %	27 %	69 %
Kvinnor (n=50)	4 %	18 %	78 %

Andelen besökare som tror att andra personer skulle avstå om det inte gick att hivtesta sig anonymt är stor i samtliga tre grupper. Hela 80 procent av homo- och bisexuella män tror att andra skulle avstå från testning, vilket också 54 procent av de heterosexuella männen tror och 61 procent av kvinnorna.

	<i>Andra avstå från hivtestning</i>		
	Avstå	Vet ej	Ej avstå
HBS män (n=116)	80 %	20 %	–
HT män (n=26)	54 %	42 %	4 %
Kvinnor (n=49)	61 %	33 %	6 %

Sexuellt överförbara sjukdomar

Många av besökarna har haft en eller flera sexuellt överförbara sjukdomar (STD). Nästan hälften av de homo- och bisexuella männen har haft det och en tredjedel av de heterosexuella männen, samt en fjärdedel av kvinnorna. Gonorré är vanligaste STD bland homo- och bisexuella män, medan klamydia är vanligast bland kvinnorna och kondylom bland de heterosexuella männen.

HBS (n=98)	HT män (n=27)	Kvinnor (n=51)
46 %	33 %	25 %

Upplevelse av sexuallivet

67 procent av homo- och bisexuella män och 68 procent heterosexuella män respektive kvinnor svarar att de upplever sitt nuvarande sexualliv som tillfredsställande eller ganska tillfredsställande.

	Tillfreds.	Ganska tillfreds.	Ganska otillfreds.	Otillfreds.
HBS män (n=122)	33 %	34 %	19 %	14 %
HT män (n=25)	36 %	32 %	16 %	16 %
Kvinnor (n=51)	31 %	37 %	20 %	12 %

44 procent av homo- och bisexuella män anser att upplevelsen av sexuallivet påverkas av risken för att bli hivsmittad. 35 procent av de heterosexuella männen och 33 procent av kvinnorna anser också detta.

<i>Påverkas upplevelsen av sexuallivet av risken för hiv?</i>				
	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
HBS män (n=122)	44 %	21 %	30 %	5 %
HT män (n=25)	35 %	19 %	35 %	11 %
Kvinnor (n=51)	33 %	16 %	47 %	4 %

Flera av de homo- och bisexuella männen har kommenterat hur de anser att risken för hiv påverkar deras upplevelse av sexuallivet, och de skriver bl.a. följande: "Man vågar inte göra allt man vill, t.ex. suga utan kondom", "Lite tråkigt och fantasilöst", "Kan ibland vid sexkontakt bli blockerad" och "Jag är rädd för att träffa människor p.g.a. hivrisken".

Hivkunskaper och riskbedömning

En övervägande del, 59 procent, av de homo- och bisexuella männen anser att de har bra eller mycket bra kunskaper om hiv och säkrare sex. Endast 6 procent anser att kunskaperna är ganska dåliga eller otillräckliga. Av kvinnorna anser nästan lika många, 54 procent, att de egna kunskaperna är bra eller mycket bra, och 12 procent att de är ganska dåliga eller otillräckliga. De heterosexuella männen skiljer sig från de andra två grupperna. Betydligt färre, 29 procent, anser sig ha bra eller mycket bra kunskaper, medan 23 procent anser att kunskaperna är ganska dåliga, otillräckliga eller rent av dåliga eller obedömbara.

	HBS (n=122)	HT män (n=25)	Kvinnor (n=51)
Bra – mkt bra	59 %	29 %	54 %
Ganska bra/tillräckliga	34 %	45 %	34 %
Ganska dåliga/otillräckliga	6 %	15 %	12 %
Dåliga/vet ej	–	8 %	–

Besökarna har också fått bedöma hur stor risken är att de är hivsmittade nu och att de blir smittade i framtiden. P.g.a. att enkäten lämnats ut före hivtestningen på Venhälsan, medan Klara HIV-mottagning lämnat ut enkäten i samband med provsvaret, så försvåras möjligheten att göra adekvata jämförelser mellan de tre grupperna, även om flertalet Klara-besökare förmodligen har uppfattat att riskbedömningen avsåg tidpunkten för hivtestningen och inte efter det hivnegativa beskedet. Här redovisas därför svaren separat för de homo- och bisexuella männen som besökt Venhälsan, eftersom de personer som besökt Klara-mottagningen kan ha ändrat sin riskbedömning efter att de fick sitt hivnegativa besked.

Så pass många som 19 procent av homo- och bisexuella män som besökte Venhälsan bedömer att det inte finns någon risk att de är hivsmittade, och 70 procent bedömer risken som liten, medan endast 6 procent (6 personer) bedömer risken som stor. Många bedömer alltså att det inte finns någon risk alls, och det stora flertalet att risken är liten, men ändå väljer de att hivtesta sig, ofta med jämna mellanrum. Detta kan tyda på att många i gruppen homo- och bisexuella män testar sig mer eller mindre rutinmässigt för att få bekräftat att man inte är smittad, och inte för att man tror att man skulle kunna vara smittad. Några kanske testar sig för att de har träffat en partner som vill att man går och testar sig tillsammans, men de tror inte själva att de kan vara smittade. Två tredjedelar av de män som bedömer att det inte finns någon risk att de är smittade lever i ett fast förhållande.

	<i>Risk nu?</i>			
	Ingen	Liten	Stor	Vet ej
<i>Venhälsan:</i>				
HBS män (n=99)	19 %	70 %	6 %	5 %
<i>Klara:</i>				
HBS män (n=20)	25 %	65 %	10 %	–
HT män (n=26)	27 %	58 %	7,5 %	7,5 %
Kvinnor (n=49)	49 %	47 %	4 %	–

Risken att i framtiden bli hivsmittad bedöms som liten eller ingen av de allra flesta som besvarat frågan. Enstaka personer i varje grupp har dock bedömt risken som stor och några män, såväl homo-/bisexuella som heterosexuella, kan inte bedöma den framtida risken.

	<i>Risk sedan?</i>			
	Ingen	Liten	Stor	Vet ej
<i>Venhälsan:</i>				
HBS män (n=99)	15 %	72 %	1 %	11 %
<i>Klara:</i>				
HBS män (n=20)	9,5 %	81 %	–	9,5 %
HT män (n=26)	22 %	52 %	7 %	19 %
Kvinnor (n=49)	20 %	69 %	2 %	–

Att fråga och informera om hiv

Hälften av de homo- och bisexuella männen har svarat att de inte brukar fråga en ny sexpartner om han har hiv. Drygt hälften av de heterosexuella männen brukar inte heller fråga om detta, men kvinnor däremot frågar i större utsträckning sina sexpartner; 62 procent brukar fråga eller gör det ibland.

15 homo- och bisexuella män som svarat att de inte brukar fråga om en ny sexpartner har hiv, kommenterar nästan samstämmigt sitt svar med att de har säkrare sex och därför inte finner någon anledning att fråga. En man har dock svarat att han inte brukar fråga eftersom han tror att sexpartnern skulle berätta om han hade hiv utan att frågan först ställdes.

<i>Fråga ny sexpartner om hiv</i>			
	Ja	Ibland	Nej
HBS män (n=119)	25 %	25 %	50 %
HT män (n=24)	25 %	21 %	54 %
Kvinnor (n=50)	40 %	22 %	38 %

En överväldigande majoritet av besökarna tror *inte* att hivpositiva alltid informerar sina sexpartner om sin hivinfektion. Endast sex homo- och bisexuella män och en kvinna har svarat att de tror att hivpositiva alltid informerar. Några har kommenterat varför de tror att hivpositiva inte alltid informerar. Bl.a. skriver de att hivpositiva är rädda att bli avvisade om de berättar, men ett par män tror att det finns hivpositiva som medvetet vill sprida smitta för att hämnas.

<i>Informerar alltid hivpositiva?</i>				
	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
HBS män (n=122)	5 %	4 %	86 %	5 %
HT män (n=26)	–	19 %	69 %	12 %
Kvinnor (n=51)	2 %	2 %	94 %	2 %

Även om besökarna inte tror att hivpositiva alltid informerar om sin hivinfektion vid sexuella kontakter, så tycker flertalet att de skall göra det. Av de homo- och bisexuella männen tycker 67 procent att de alltid skall informera, och av de heterosexuella männen och kvinnorna anser 88 procent respektive 94 procent detsamma. Men 22 procent av homo- och bisexuella män har svarat att de inte tycker att hivpositiva alltid skall informera eller att de inte vet om hivpositiva skall informera. Mer än hälften av dessa (56 %) har i en följdfråga svarat att de har egen erfarenhet av att en sexpartner informerat om att han är hivpositiv.

<i>Skall alltid hivpositiva informera?</i>				
	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
HBS män (n=122)	67 %	11 %	16 %	6 %
HT män (n=26)	88 %	8 %	–	4 %
Kvinnor (n=51)	94 %	2 %	2 %	2 %

Så pass stor andel som 31 procent av de homo- och bisexuella männen har varit med om att en sexpartner berättat att han är hivpositiv. En kvinna hade också varit med om att en sexpartner informerat om sin hivinfektion, men ingen heterosexuell man hade denna erfarenhet.

<i>Varit med om att hivpositiv partner berättat?</i>			
	HBS (n=122)	HT män (n=25)	Kvinnor (n=51)
Ja	31 %	–	2 %
Nej	69 %	100 %	98 %

På en följdfråga om hur de reagerade på att en sexpartner berättat att han är hivpositiv har 36 av 38 homo- och bisexuella män med sådana erfarenheter svarat. En tredjedel beskriver reaktionen i negativa ordalag: "blev ledsen och lite rädd", "chockad och väldigt ledsen", "skräck – men jag ville inte visa det", "hjälploshet – hopplöshet". Några av dem tillägger också att de inte hade någon sex: "kände mig avståndstagande och ville ha kläderna på hela tiden", "avstod från all sex – kramades bara och gick utan att tala om återseende". En man beskriver sin reaktion på informationen så här: "Avtändande... Det blev så konstigt. Jag hade hellre velat att han låtit bli eftersom jag ändå har säkrare sex... ". De övriga männen lämnar neutrala eller positiva kommentarer: "Reagerade inte så mycket – behandlar alla som om de vore hivpositiva", "uppskattade ärligheten", "tyckte att det var väldigt modigt av honom att berätta", "tryggare att veta än att inte veta" och "bra – vi hade mycket trevlig och säker sex! ".

Hur många av besökarna skulle ha sex med en person som informerat om att han är hivpositiv? 31 procent av de homo- och bisexuella männen har svarat att de skulle ha sex med någon som berättat att han är hivpositiv. 41 procent svarar att de kanske skulle eller inte vet om de skulle ha sex med någon som är hivpositiv. En minoritet, 28 procent, svarar att de inte skulle ha sex med en person som är hivpositiv. Av de heterosexuella männen och kvinnorna svarar däremot 77 respektive 78 procent att de inte skulle ha sex med någon som är hivpositiv.

<i>Skulle ha sex med hivpositiv?</i>				
	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
HBS män (n=122)	31 %	28 %	28 %	13 %
HT män (n=26)	–	8 %	77 %	15 %
Kvinnor (n=51)	4 %	4 %	78 %	14 %

Att ha oskyddad sex med en person som har hivtestat sig och säger sig vara hivnegativ, svarar 23 procent av de homo- och bisexuella männen att de skulle, men hälften av männen skulle inte ha det. Av de heterosexuella männen skulle bara 7 procent avstå från oskyddad sex, medan andelen är större bland kvinnorna; 26 procent. De kvinnor som kommenterat varför de inte skulle ha oskyddad sex med en person som är hivtestad pekar på att det finns andra sexuellt överförbara sjukdomar

och graviditet att skydda sig mot, eller att de avser sex med tillfällig partner.

	<i>Oskyddad sex med hivtestad?</i>			
	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
HBS män (n=122)	23 %	24 %	49 %	4 %
HT män (n=26)	56 %	33 %	7 %	4 %
Kvinnor (n=51)	37 %	31 %	26 %	6 %

Flertalet av de homo- och bisexuella männen som kommenterat varför de skulle ha oskyddad sex med en person som säger sig vara hivnegativ, skriver att de avser en stadig partner som de litar på. Några har kommenterat att de inte skulle ha oskyddad analsex, och ett par skriver att de vill se testresultatet, medan en man svarar: "Bara om jag är full och självdestruktiv".

Flertalet homo- och bisexuella män, 72 procent, skulle inte ha oskyddad sex med en person som inte har hivtestat sig. Av de heterosexuella männen skulle 30 procent avstå från oskyddad sex och av kvinnorna skulle nästan hälften, 47 procent, avstå.

Tio homo- och bisexuella män (8 procent) har svarat att de skulle ha oskyddad sex med en otestad person. Några har kommenterat sitt svar, och flera av dem påpekar att de inte skulle ha oskyddad analsex. En man skriver att han skulle ha oskyddad sex om partnern vet att han inte utsatt sig för smittrisk.

	<i>Oskyddad sex med otestad?</i>			
	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
HBS män (n=122)	8 %	16 %	72 %	4 %
HT män (n=27)	22 %	41 %	30 %	7 %
Kvinnor (n=51)	10 %	37 %	47 %	6 %

Alkohol och andra droger vid sexkontakter

97 procent av de homo- och bisexuella männen hade haft sex med någon under den senaste tremånadersperioden. Detsamma gäller för 89 procent av männen och 84 procent av kvinnorna. Dessa har besvarat några frågor om alkohol- och droganvändning i samband med sex.

58 procent av homo- och bisexuella män har svarat att de vid något tillfälle druckit alkohol i samband med sex i sådan mängd att de blev påverkade. Av dessa ansåg 37 procent att det hade inverkan på vilken typ av sex som de hade vid detta tillfälle. Flera av dem har beskrivit på

vilket sätt alkoholen påverkat och de flesta anser att den lett till mindre försiktighet och mer osäker sex, eller som en man uttrycker det: "Oooops – varför använde man inte kondom, tänker man när man nyktrar till". Ett par män menar dock att det blev mer ohämmad sex, men knappast mer riskfylld.

Något fler av de heterosexuella männen och kvinnorna, 67 procent respektive 63 procent, har svarat att de varit påverkade av alkohol i samband med sex. Av dessa så uppger 38 procent av männen och 23 procent av kvinnorna att detta hade inverkan på vilken typ av sex de hade. Flera av kvinnorna har kommenterat att de inte skulle ha haft sex överhuvud taget om de inte varit alkoholpåverkade, och att de blev mindre försiktiga och mer vågade.

	HBS (n=117)	HT män (n=24)	Kvinnor (n=41)
Alkohol	58 %	67 %	63 %
<i>Inverkan</i>	37 %	38 %	23 %

34 procent av de homo- och bisexuella männen hade i samband med sex använt poppers (amyl/bytylnitrit) som sniffas i stämningshöjande och sexuellt upphetsande syfte. 35 procent av dessa har svarat att det hade inverkan på vilken typ av sex de hade. Ett par män menar att det leder till ökat risktagande och en man fick "huvudvärk och tappade sexlusten" medan övriga framhåller de positiva effekter som de upplevt av att använda poppers: "mer ohämmat", "mer lustkänsla", "mer intensivt" osv.

	HBS (n=118)	HT män (n=24)	Kvinnor (n=42)
Poppers	34 %	4 %	–
<i>Inverkan</i>	35 %	–	–

Tio homo- och bisexuella män (8 procent) har använt andra droger i samband med sex. Medelåldern för dessa män skiljer sig inte från övriga i gruppen. Flera av dem har använt flera olika droger, men vanligast är amfetamin, LSD och ecstasy. Ett par män har också använt kokain och heroin och en har använt opium. Sex av tio menar att narkotikan påverkade vilken typ av sex de hade. Två män skriver att narkotikan ledde till oskyddad sex, medan två andra skriver att det ledde till "ohämmad" eller "manisk" sex. En man skriver att "vi kunde inte ha sex". En 21-årig heterosexuell man har använt LSD, ecstasy och heroin i samband med sex, och en 17-årig kvinna har använt ecstasy.

	HBS (n=118)	HT män (n=24)	Kvinnor (n=40)
Narkotika	8 %	4 %	2 %
<i>Inverkan</i>	60 %	100 %	–

Smittskyddslagstiftning om hiv

Hur väl känner besökarna som kommer för att hivtesta sig till smittskyddslagen och övriga bestämmelser som omgärdar hiv (inkl. Socialstyrelsens tillämpningsföreskrifter)? De har fått markera om de känner till innebörden av fem olika regler som sammanfattas i enkäten.

- 59 procent av de homo- och bisexuella männen (n=122), 52 procent av de heterosexuella männen (n=27) och 47 procent av kvinnorna (n=51) känner till att: *"Den som misstänker att han/hon kan vara hivsmittad är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och testa sig."*
- 74 procent av homo- och bisexuella män, 63 procent av heterosexuella män och hela 82 procent av kvinnorna känner till bestämmelserna om kontaktpårning: *"Den som är hivsmittad måste medverka till att de personer kan kontaktas som kan ha smittat honom/henne eller som han/hon kan ha överfört hiv till. Om en sexpartner inte hör samman kallelsen till testning, har smittskyddsläkaren rätt att begära polishämtning och tvinga honom/henne till testning."*
- De bestämmelser som en hivpositiv patient har att följa är också bekanta för majoriteten av besökarna. 61 procent av homo- och bisexuella män och lika stor andel av kvinnorna samt 48 procent av heterosexuella män känner till att: *"Den som är hivsmittad får inte ha anala, orala eller vaginala samlag utan att först informera sexualpartnern om sin hivinfektion."*
- Något färre, hälften (51 procent) av de homo- och bisexuella männen, 37 procent av de heterosexuella männen och 45 procent av kvinnorna har svarat att de känner till att: *"Den som är hivsmittad måste använda kondom vid anala, orala eller vaginala samlag."*
- Möjligheten att tvångsisolera en hivpositiv person som lever smittfarligt är något som majoriteten av besökarna känner till. 79 procent av de homo- och bisexuella männen, 56 procent av de heterosexuella männen och 55 procent av kvinnorna vet att: *"En hivsmittad person, som man har anledning anta inte följer förhållningsreglerna, kan på smittskyddsläkarens begäran av länsrätten dömas till tvångsisolering."*

Attityder till smittskyddslagstiftningen

I debatten om hiv och prevention i framförallt gruppen homo- och bisexuella män, har smittskyddslagens eventuella inverkan på preventionen länge diskuterats. Bl.a. har uttryckts farhågor att en del män skulle avstå från hivtestning p.g.a. rädsla för smittskyddslagen och de konsekvenser den för med sig för den som befinner sig vara hivpositiv. P.g.a. denna pågående diskussion om smittskyddslagen och dess eventuella konsekvenser för det hivpreventiva arbetet, har besökarna fått ta ställning till fyra påståenden, efter att i föregående fråga ha fått bestämmelserna om hiv presenterade i sammanfattning.

Det första påståendet vill fånga diskussionen om att lagen kan tänkas ha en rent hivpreventiv effekt genom att människor av rädsla för lagens konsekvenser inte skulle utsätta sig för risken att smittas. Frågan kan tyckas vara märklig eftersom man rimligtvis borde vara räddare för att smittas av hiv och de konsekvenser för liv och hälsa som sjukdomen medför, än för vad smittskyddslagen och dess följdbestämmelser kan innebära för den hivpositive. Ungefär en femtedel av besökarna (18–20 procent) har svarat att de helt instämmer i påståendet:

"Smittskyddslagens bestämmelser gör att jag undviker att utsätta mig för risken att bli hivsmittad."

Här skiljer sig inte de tre grupperna åt, men det är fler homo- och bisexuella män som tar helt eller delvis avstånd från påståendet (46 procent), än vad det är bland heterosexuella män (24 procent) och kvinnor (32 procent). Många har svarat att de inte kunnat ta ställning till påståendet (22–32 procent), och kanske har påståendet känts så främmande eller svårbegripligt för en del av besökarna att man därför tolkat det annorlunda än vad som var avsikten. Emellertid har många också passat på att lämna sina åsikter om smittskyddslagen i en öppet ställd fråga om synpunkter på lagen. Bl.a. skriver en homosexuell man:

"Smittskyddslagen gör inte att någon undviker att bli smittad. Det är rädslan för att bli dödligt sjuk som är avskräckande."

	HBS (n=117)	HT män (n=25)	Kvinnor (n=49)
Instämmer helt	19 %	20 %	18 %
Instämmer delvis	13 %	24 %	25 %
Tar delvis avstånd	14 %	8 %	7 %
Helt avstånd	32 %	16 %	25 %
Kan ej ta ställning	22 %	32 %	25 %

Det har också spekulerats i att smittskyddslagen och bestämmelserna som omgärdar en hivpositiv person skulle kunna invagga människor i en falsk trygghet – en föreställning om att det inte finns någon risk att

smittas av någon som är hivpositiv eftersom denne måste ändra sexbeteende och följa sina förhållningsregler. Annars är han en brottsling som kan dömas till tvångsisolering om han lever smittfarligt. Besökarna har därför fått ta ställning till påståendet:

"P.g.a. smittskyddslagen så är risken liten att bli smittad av någon som känner till sin hivinfektion. "

Endast några få av besökarna (4–6 procent) instämmer helt i detta påstående, medan majoriteten (54–59 procent) tar helt eller delvis avstånd.

	HBS (n=117)	HT män (n=26)	Kvinnor (n=50)
Instämmer helt	6 %	4 %	6 %
Instämmer delvis	11 %	15 %	28 %
Tar delvis avstånd	14 %	23 %	24 %
Helt avstånd	45 %	35 %	30 %
Kan ej ta ställning	24 %	23 %	12 %

Det finns en farhåga att en del människor som utsatt sig för risk att smittas av hiv, skulle avstå från att hivtesta sig p.g.a. smittskyddslagen och de negativa konsekvenser som den kan upplevas medföra för den som befinns vara hivpositiv, t.ex. Särskilt i gruppen homo- och bisexuella män har man misstänkt att det finns män som skulle avstå från testning av denna anledning. Lagen har därför uppfattats som ett hinder i det hivpreventiva arbetet i Sverige, där hivtestning och identifiering av hivpositiva personer ansetts vara en viktig metod, eftersom den som känner till sin hivinfektion förutsätts inte föra smittan vidare.

Besökarna har p.g.a. ovannämnda tankar fått ta ställning till påståendet:

"Smittskyddslagens bestämmelser gör att jag skulle låta bli att hivtesta mig om jag verkligen trodde att jag var hivsmittad."

Något mer än varannan homo- och bisexuell man tar helt avstånd från påståendet, men drygt 21 procent av de homo- och bisexuella männen instämmer helt eller delvis i att de p.g.a. smittskyddslagen skulle låta bli att testa sig om de verkligen trodde att de var hivsmittade. Även 16 procent av de heterosexuella männen och 8 procent av kvinnorna instämmer helt eller delvis.

	HBS (n=118)	HT män (n=26)	Kvinnor (n=49)
Instämmer helt	8 %	4 %	2 %
Instämmer delvis	13,5 %	12 %	6 %
Tar delvis avstånd	10 %	–	8 %
Helt avstånd	55 %	65 %	82 %
Kan ej ta ställning	13,5 %	19 %	2 %

Det kan tyckas motsägelsefullt att samma personer som svarat att de skulle avstå från testning, faktiskt hivtestat sig i samband med att de fick frågeformuläret med dessa frågor. 76 procent av de homo- och bisexuella männen som skulle låta bli att testa sig har bedömt risken att de är hivsmittade som liten eller ingen, men två män har bedömt risken som stor. Det händer dock nästan varje år att någon som testat sig anonymt på Venhälsan eller Klara och som visar sig vara hivpositiv, inte återkommer efter att ha fått sitt svar, alternativt inte hämtar ut sitt svar överhuvud taget. Nästan hälften (48 procent) av männen som instämmer helt eller delvis i påståendet har varit med om att en sexpartner berättat att han är hivpositiv. Det är alltså en större andel av dessa män som har erfarenhet av att ha träffat en hivpositiv sexpartner än vad som är fallet i hela gruppen homo- och bisexuella män (31 procent). Det skulle kunna innebära att de i högre grad än andra har kommit i kontakt med de svårigheter som många hivpositiva upplever t.ex. när de skall uppfylla påbudet om informationsskyldigheten, vilket kan ha påverkat deras ställningstagande. Något fler av dessa män, 48 procent jämfört med 42 procent av hela gruppen homo- och bisexuella män, är också medlemmar i någon förening eller organisation för homo- eller bisexuella, och de har därför kanske närmare än andra kunnat följa den debatt om smittskyddslagen och den kritik som bl.a. framförts av Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), men också från läkarhåll.

Att så många i gruppen homo- och bisexuella män tvekar eller helt skulle avstå från hivtestning om de *verkligen* trodde att de var hivpositiva kan tyda på att många uppfattar bestämmelserna om hiv som alltför hotfulla. 27 män har lämnat synpunkter på dessa bestämmelser, varav åtta framför positiva åsikter om lagen, bl.a.: "Bestämmelserna behövs och skall vara så stränga som de är nu", "Allt måste göras för att förhindra att smitta sprids" och "Bra med möjligheten till anonym testning". Flertalet, 19 män, framför dock negativa synpunkter på lagen, bl.a.: "Var aktsam med förmynderi och registrering", "Lagen är hotfull men hjälper inte, tvång och moralkakor hindrar inte hivpidemin", "Man borde få vara anonym även efter hivpositivt test, som i USA", "Information är bättre än kontroll och tvång", "Ansvaret bör delas lika mellan positiva och negativa – hivnegativas ansvar borde också skrivas in i lagen" och "Lagen lever lite vid sidan av den mänskliga naturen".

Av de heterosexuella männen och kvinnorna som lämnat synpunkter är betydligt fler, 15 av 21, positiva till smittskyddslagens bestämmelser. De skriver bl.a.: "Tycker att de är ganska rimliga", "Riktigt att hivpositiva hindras från att föra över sjukdom. Synd bara att det skall behövas en lag – det borde ju vara självklart", "Mer information om vad som står i bestämmelserna till allmänheten". Några framför dock negativa synpunkter, bl.a.: "Att hämta någon med polis är väl att ta i", "Tveksam till tvånget att uppge sina partner vid hivpositiv test", och "Helt omöjligt att få folk att helt lyda sådana lagar".

Många av de homo- och bisexuella männen tror att andra skulle avstå från hivtestning. Hälften av männen instämmer helt eller delvis i påståendet:

"Smittskyddslagens bestämmelser gör att jag tror att andra skulle låta bli att hivtesta sig om de verkligen trodde att de var hivsmittade."

Även hälften av de heterosexuella männen instämmer helt eller delvis, men bara 26 procent av kvinnorna.

	HBS (n=118)	HT män (n=26)	Kvinnor (n=50)
Instämmer helt	15 %	4 %	2 %
Instämmer delvis	35 %	46 %	24 %
Tar delvis avstånd	9 %	19 %	14 %
Helt avstånd	15 %	12 %	32 %
Kan ej ta ställning	26 %	19 %	28 %

Partneruppföljning

Inställningen till kontaktspårning/partneruppföljning är positiv i alla tre grupperna. Efter en kort information om kontaktspårning och möjligheten till anonymitet gentemot sina partner har hela *96 procent* av kvinnorna och de heterosexuella männen svarat ja på frågan "Om Du befanns vara hivpositiv, skulle Du då medverka så att alla Dina partner kunde kallas till hivtestning?". Andelen homo- och bisexuella som svarat ja är också hög; *86 procent*. De som svarat nej skriver i sin kommentar bl.a.: "Vet inte vad kontakterna heter" och "Skulle hävda att jag endast haft anonyma kontakter och sedan själv underrätta dem så att de själva fick ta beslutet att testa sig".

Endast fem män (4 procent) i gruppen homo- och bisexuella män har egen erfarenhet av att ha blivit kallade till hivtestning p.g.a. att de uppgivits som partner till en hivpositiv person. Tre av dem har lämnat en kommentar om vad de tyckte om detta: "Obehagligt men nödvändigt", "Helt OK och självklart" och "Mindre bra, eftersom jag skulle resa bort". En av dessa män med egen erfarenhet av att ha blivit kallad

till testning har på föregående fråga svarat att han inte skulle medverka i partneruppföljningen om han befanns vara hivpositiv, utan han skulle själv ta kontakt med sina partner och underrätta dem.

Det stora flertalet av de tillfrågade har svarat att de skulle vilja bli kallade till rådgivning och testning om de ovetande haft sex med en hivpositiv person. Endast 9 procent av de homo- och bisexuella männen och 7 procent av de heterosexuella männen skulle inte vilja bli kallade.

	Ja	Nej	Vet ej
HBS män (n=121)	80 %	9 %	11 %
HT män (n=27)	82 %	7 %	11 %
Kvinnor (n=51)	96 %	–	4 %

Sammanfattning

Enkäten besvarades av 200 personer som sökt för hivtestning på Venhälsan och Klara HIV-mottagning under perioden september till november 1997. 122 av dem är homo- eller bisexuella män, 27 är heterosexuella män och 51 är kvinnor.

Av de homo- och bisexuella männen bedömde 42 procent att hälften eller färre i deras närmaste sociala omgivning känner till deras sexuella läggning. 39 procent av männen har enbart haft tillfälliga sexuella kontakter den senaste månaden, medan 29 procent lever i en fast parrelation utan andra sexuella kontakter och 22 procent har en fast partner men också tillfälliga kontakter vid sidan om förhållandet. Av de heterosexuella männen och kvinnorna lever 45 respektive 47 procent i en fast relation utan andra sexuella kontakter. De senaste tolv månaderna hade den genomsnittlige homo- och bisexuelle mannen haft fem partner (medianvärde) medan heterosexuella män hade haft två partner och kvinnorna tre. Sex homo- och bisexuella män och en kvinna lever med en partner som vet om att han är hivpositiv.

Hela 88 procent av de homo- och bisexuella männen har tidigare hivtestat sig en eller flera gånger och detsamma gäller för 59 procent av de heterosexuella männen och 61 procent av kvinnorna. De utgör med andra ord en grupp människor med ovanligt stor erfarenhet av hivtestning. 38 procent av de homo- och bisexuella männen skulle avstå eller vet inte om de skulle testa sig om det inte gick att vara anonym vid testtillfället. 31 procent av de heterosexuella männen och 22 procent av kvinnorna är också tveksamma till testning eller skulle avstå om anonymitet inte erbjöds.

Majoriteten (59 procent) av de homo- och bisexuella männen bedömer sina egna kunskaper om hiv och säkrare sex som bra eller mycket bra. Ingen bedömer dem som dåliga. Endast sex av männen bedömer att risken är stor att de är hivsmittade. 86 procent av de homo- och bisexuella männen tror inte att hivpositiva alltid informerar om sin hiv-infektion för sina sexpartner, men så pass många som 31 procent har varit med om att en sexpartner berättat att han är hivpositiv. 67 procent av männen anser att hivpositiva alltid skall informera. 59 procent svarar att de skulle ha eller kanske skulle ha sex med en person som är hivpositiv, medan bara sex heterosexuella män och kvinnor skulle kunna tänka sig detta.

58 procent av de homo- och bisexuella männen har under de senaste tre månaderna druckit alkohol i samband med sex i sådan mängd att de varit påverkade, och 37 procent av dem ansåg att detta hade haft inverkan på vilken typ av sex de hade. De flesta ansåg att det lett till ett större risktagande. Bland de heterosexuella besökarna på Klara HIV-mottagning hade något fler, 67 procent av männen och 63 procent av kvinnorna, varit alkoholpåverkade i samband med sex. 34 procent av de homo- och bisexuella männen hade sniffat poppers och av dem ansåg 35 procent att detta haft inverkan på vilken typ av sex de hade haft, men endast ett par personer ansåg att det lett till större risktagande. Tio homo- och bisexuella män och en heterosexuell man och en kvinna hade använt narkotika i samband med sex. Ecstasy och LSD var de vanligaste drogerna bland dem.

Kännedom om den svenska smittskyddslagstiftningen och de föreskrifter som gäller för hivpositiva personer är genomgående hög bland besökarna på både Venhälsan och Klara HIV-mottagning. Bland annat känner 74 procent av de homo- och bisexuella männen till att de som är hivsmittade måste uppge namnen på sina partner och 79 procent känner till att en person som inte följer sina förhållningsregler kan dömas till tvångsisolering. Endast några få procent av besökarna tror att risken är liten p.g.a. smittskyddslagen att smittas av någon som känner till sin hivinfektion. Däremot är det relativt många, 21 procent, av de homo- och bisexuella männen som instämmer helt eller delvis i påståendet att "smittskyddslagens bestämmelser gör att jag skulle låta bli att hivtesta mig om jag verkligen trodde att jag var hivsmittad". Även 16 procent av de heterosexuella männen och 8 procent av kvinnorna instämmer helt eller delvis. Många av dem har givit uttryck för att de uppfattar bestämmelserna som hotfulla eller svåra att följa i sina egna synpunkter på lagen.

Inställningen till partneruppföljning/kontaktpårning är positiv i alla tre grupperna. 86 procent av de homo- och bisexuella männen och 96 procent av de heterosexuella besökarna har svarat att de skulle

medverka om de befanns vara hivpositiva. En stor majoritet har också svarat att de skulle vilja bli kallade till testning om de ovetande haft sex med en hivpositiv person. Egen erfarenhet av att bli kallad till hivtestning p.g.a. att de uppgivits som partner till hivpositiv har emellertid bara fem homo- och bisexuella män.

Bilaga 3

Tuberkulos och smittskyddslagen – En sammanställning av 122 patienters erfarenheter och synpunkter

*Lars Olof Larsson,
Specialistläkare*

Innehåll

Inledning.....	47
<i>Tuberkulos i Sverige</i>	47
<i>Tuberkulos i världen</i>	47
<i>Smittspridning vid tuberkulos</i>	48
<i>Smittskyddslagen och tuberkulos</i>	48
<i>Uppdragets syfte</i>	48
<i>Godkännande av forskningsetikkommité</i>	49
I undersökningen ingående personer.....	49
Metod	53
Resultat.....	53
<i>Resultat avseende tuberkulosformer</i>	53
<i>Resultat avseende de undersökta personerna</i>	54
<i>Resultat avseende besked om tuberkulos</i>	55
<i>Resultat avseende smittspårning, uppfattning om smitta och smittkällor</i>	55
<i>Resultat avseende smittskyddslagens regler</i>	58
<i>Resultat avseende behandling</i>	59
<i>Resultat vid jämförelse mellan de som ej är födda i Sverige och de i Sverige födda</i>	59
<i>Resultat vid jämförelse mellan kvinnor och män</i>	60
Slutkommentar	60
Tack	61
Bilaga 1.....	62
Bilaga 1b.....	69
Bilaga 2.....	70
Bilaga 3.....	72
Bilaga 4.....	75

Inledning

Tuberkulos i Sverige

I början av seklet var ett av sex dödsfall i Sveriges städer beroende på tuberkulos och sjukdomen drabbade framförallt unga personer. Upp-täckten av smittämnet, tuberkelbakterien, och förståelse för hur smittan spreds, gav möjligheter till insatser mot sjukdomen. Vid sekelskiftet byggdes flera sanatorier som bidrog till att begränsa smittspridningen genom att där kunde de sjuka isoleras från övriga samhället. Sanatorie-vården gav patienten näringsriktig kost, vila och möjlig medicinsk vård. Senare under 1900-talet kunde det förebyggande arbetet underlättas genom att BCG-vaccineringen introducerades. BCG-vaccineringen blev allmän i Sverige på 1940-talet. I slutet av andra världskriget producerades de första läkemedlen mot tuberkulos. I Göteborg behandlades de första patienterna med läkemedlet PAS, *para-amino-salicylsyra*, 1944. PAS var framställt av Jörgen Lehman. Förbättrade boende- och kostförhållanden i Sverige var dock den viktigaste orsaken till att sjukdomen snabbt minskade i förekomst.

Tuberkulosincidensen har alltså minskat från 310/100 000 år 1944, till 20/100 000 år 1974 och till 6,4/100 000 år 1995. Det var 20 054 nya tuberkulosfall 1944 och 564 nya fall 1995. Antalet nya fall med tuberkulos har under 1990-talet legat mellan 500 och 600. Andelen av de nysjuknade som är födda i Sverige är i stadigt minskande och var t.ex. 3,1/100 000 år 1995. Mer än hälften av de som insjuknar i tuberkulos är födda utomlands, t.ex. 56 % av samtliga fall år 1995.

Över 80 % av de nya tuberkulosfallen har fått diagnosen efter att de utretts p.g.a. symptom som feber, hosta och ofrivillig viktne-dgång. Några av dem har dock upptäckts vid miljöundersökning, dock vanligtvis färre än 5 %. Miljöundersökning innebär att den sjukes kontakter, de som finns i patientens miljö, får genomgå en hälsokontroll med lungröntgen och tuberkulintest.

Tuberkulos i världen

Tuberkulos är den infektionssjukdom som orsakar flest dödsfall hos vuxna i hela världen. Världshälsoorganisationen uppskattar att 8–9 miljoner människor årligen insjuknar i tuberkulos och att 3 miljoner människor varje år dör i sjukdomen, varav 300 000 barn. I Östeuropa, såsom Baltikum, rapporteras en ökande tuberkulosincidens, där antalet nya fall år 1995 beräknades ligga på 40/100 000 inv. i Estland, 60/100 000 inv. i Lettland och 64/100 000 i Litauen. Som framgått ligger incidensen i

Sverige på ca 6/100 000 inv. Tuberkulos har fått en än allvarigare karaktär under 90-talet p.g.a. att sjukdomen särskilt drabbar individer som är hiv-infekterade och att alltfler stammar av tuberkelbakterien har utvecklat resistens mot de vanliga tuberkulos-läkemedlen. Resistenta stammar av tuberkulosbakterien är ett stort problem i Baltikum.

Smittspridning vid tuberkulos

Alla tuberkulosformer smittar ej. Den vanliga *smittkällan* är en tuberkulossjuk med lungtuberkulos och med tuberkelbakterier i sina upphostningar. Den sjuke benämns då *direktpositiv*, därför att tuberkelbakterierna vid specialfärgning av slemmet, är *direkt* synliga vid mikroskopisk undersökning. Alla patienter med lungtuberkulos är ej smittsamma. I Sverige är 20–25 % av tuberkulospatienterna direktpositiva och klart smittsamma. *Smittvägen* är att tuberkelbakterier från en hostande tuberkulossjuk inandas av en person i den sjukets närhet. Man behöver ej utveckla tuberkulos, *sjukdom*, efter det att man *infekterats* med tuberkelbacillen. I de fall där sjukdomen bryter ut sker det vanligen inom de första fem åren efter smittotillfället. *Smittämnet*, tuberkelbakterien, kan dock vara vilande i årtionden utan att den som *infekterats* har några som helst *sjukdomssymptom* eller är smittsam. Vid en s.k reaktivering bryter sjukdomen ut.

Smittskyddslagen och tuberkulos

Tuberkulos regleras enligt Smittskyddslagen (1988:1472) och tuberkulos tillhör den grupp av de smittsamma sjukdomarna som benämns samhällsfarlig. Behandlande läkare skall göra anmälan om nytt fall av tuberkulos till smittskyddsläkaren och SMI. Anmälningsplikt föreligger även för läkare vid patologiskt laboratorium som ställer diagnosen vid obduktion och läkare vid mikrobiologiskt laboratorium som finner tuberkelbakterier vid provtagning. De patienter som har tuberkulos har, liksom deras kontakter, samma rättigheter och skyldigheter som vid de övriga samhällsfarliga sjukdomarna.

Uppdragets syfte

Uppdragets syfte var att ur patientperspektiv belysa hur smittskyddslagens bestämmelser påverkar personer med diagnosticerad tuberkulos. Syftet med uppdraget innefattade därför;

- hur patienterna uppfattade smittskyddslagens bestämmelser,
- hur lagen påverkade patienternas beteende med betydelse för smittspridningen och
- hur lagen inverkade på relationen mellan behandlande personal och patient.

Så som enkäten är utformad, *Bilaga 1*, gavs vidare möjligheter för patienten att ge sina synpunkter på behandlingen och undersökaren erhöll omfattande uppgifter om sociala och kulturella faktorer i den studerade gruppen.

Godkännande av forskningsetikkommitté

Undersökningen är godkänd av berörda kommittéer, enligt L 472–97 (Göteborg), 406–97 (Lund/Malmö), 979–97 (Örebro) och 97–471 (Stockholm).

I undersökningen ingående personer

I undersökningen ingick i Sverige födda vuxna som någon gång under de tre senaste åren fått diagnosen tuberkulos och som var bosatta i Malmö, Göteborg, Örebro och Stockholm. Dessutom har vuxna som är bosatta i Göteborg, men som ej är födda i Sverige, intervjuats med hjälp av forskningssjuksköterska och vid behov med tolk. De senare har avslutat sin behandling eller behandlats under minst tre månader.

Totalt ingick 122 personer i undersökningen varav 35 ej var födda i Sverige. Fördelning på enkätorter, kön och ålder finns presenterad i *Figur 1* och i *Figur 2*. Andelen äldre personer dominerar, vilket beror på att mer än 2/3 av de som besvarat enkäten är födda i Sverige. De har oftast en reaktivering av tuberkulos och har infekterats i unga år. Några få yngre, i Sverige födda personer, finns med i den undersökta gruppen. De är närmare presenterade i resultatdelen.

Betr. födelseland för de 35 personer som ej var födda i Sverige, se tabell 1.

Tabell 1 Ej i Sverige födda

<i>Födelseland</i>	<i>Antal personer</i>
Somalia	16
Etiopien.....	4
F.d Jugoslavien	5
Vietnam.....	2
Laos	1
Thailand	1
Filippinerna.....	1
Sydkorea	1
Hong-Kong	1
Ungern	1
Rumänien.....	1
Finland.....	1
<i>Totalt</i>	35

Metod

De personer som var födda i Sverige har fått enkäten hemsänd och bifogat till enkäten fanns ett frankerat svarskuvert. Utskicket har skett med hjälp av smittskyddsläkarna i Malmö, Göteborg, Örebro och Stockholm. Svarskuverten har samlats och sänts till Göteborg för sammanställning och analys. Uppgifterna om patienterna har varit anonyma för undersökaren. Undersökaren har fört in uppgifterna från enkäterna i ett dataprogram för lagring och bearbetning.

Intervjuerna av de personer som ej var födda i Sverige har skett med hjälp av en forskningssjuksköterska med utbildning för enkätundersökningar och intervju. Hon hade ej träffat någon av dem hon intervjuade vid tidigare tillfälle och hon var civilklädd vid intervjun.

Resultat

Antalet utsända enkäter var 137 och antalet som inkom för bearbetning var 87, dvs. 64 %. De 35 personer som var födda utomlands och som tillfrågades om de ville delta i undersökningen, önskade samtliga medverka. Totalt ingår 122 personer i undersökningen.

Resultat avseende tuberkulosformer

Tabell 2 Former av TBC, antal fall

Enkät- ort	Totalt	Lung	Lymf- körtel	Lung- säck	Skelett	Uro- genital	Miliär	Gastro- intes- tinal	CNS	Vet ej
Göte- borg*	22	16	2	1	3	-	-	-	-	-
Göte- borg**	35	19	6	2	2	2	-	-	-	4
Malmö*	38	28	2	-	1	2	-	-	1	4
Örebro*	17	10	-	1	2	1	1	1	-	1
Stock- holm*	10	6	1	-	1	-	-	1	-	1
	122	79	11	4	9	5	1	2	1	10

* I Sverige född

** Ej i Sverige född

Som framgår av *Tabell 2* är lungtuberkulos den klart dominerande tuberkulosformen. 79 av de 122 undersökta har haft lungtuberkulos, dvs. 65 %. Av dem med lungtuberkulos har 31 personer uppgivit att de har haft tuberkelbaciller i sina upphostningar och därmed varit smittsamma. De två personer som svarat "Vet ej" avseende sin tuberkulosform, har ändå uppgivit att de varit smittsamma. Sannolikt har även de haft lungtuberkulos. I princip alla former av tuberkulos finns representerade i undersökningen och även de former som bryter igenom långt efter infektionstillfället, t.ex. urogenital- och skelettuberkulos.

Resultat avseende de undersökta personerna

Av de 119 personer som lämnat uppgift om sitt civilstånd var 74 personer gifta och 45 personer frånskilda eller ogifta. Ca 2/3 av de tillfrågade var sammanboende och ca 1/3 ensamboende.

Endast 12 personer uppgav universitetsutbildning, men 45 personer hade genomgått gymnasium eller läroverk. Av de 56 personer som var i yrkesverksam ålder var 12 personer studerande och 5 var arbetslösa. Nio personer har arbete inom hälso- och sjukvården, nämligen som mentalskötare, överskötare, undersköterska, tandläkare, läkare, arbetsterapeut, vaktmästare på enhet för patologi, och två laboratorieassistenter. Två av de undersökta personerna arbetade med barn, nämligen en lärare och en dagbarnvårdare.

Vid insjuknandet i tuberkulos har 37 personer uppgivit att de samtidigt hade en annan sjukdom. Sju av dem hade en lunginflammation och fem personer var lungsjuka med astma och emfysem. Av tre patienter med njursjukdom var två patienter i dialys. Tre av de tillfrågade var hepatitpositiva. En av dem som insjuknade i tuberkulos hade samtidigt cystisk fibros och var gravid. Ytterligare två kvinnor var gravida vid insjuknandet, men de var för övrigt friska.

Den sociala och psykiska situationen var försämrad hos 38 personer. Av dem var åtta utarbetade eller mycket trötta och nio deprimerade eller led av oro. En person har uppgivit att han var "totalt nedsupen".

I enkäten har två personer uppgivit att de dricker alkohol varje dag, 20 personer dricker alkohol varje vecka och 48 personer uppger att de aldrig dricker alkohol. Av de personer som ej var födda i Sverige kom 20 från muslimska länder i vilka alkoholintag ej är allmänt accepterat.

Resultat avseende besked om tuberkulos

Det vanligaste sättet att få besked om sin tuberkulos var av läkare och i samband med besök. Så var fallet vid 76 tillfällen. Sex av patienterna fick besked per brev och 12 fick besked via telefon. Diagnosen blev ställd under tiden patienten var inlagd på sjukhus i 16 fall. Sjuksköterska uppgavs ha gett beskedet i sex fall och läkare i 113 fall. Någon annan yrkesgrupp som har lämnat besked finns ej noterad. Synpunkter på hur beskedet gavs har 24 personer och sex patienter har uppgivit att beskedet gavs på ett mindre lämpligt sätt, *Bilaga 2*.

Resultat avseende smittspårning, uppfattning om smitta och smittkällor

Smittspårning, dvs. miljöundersökning, har enligt enkäten genomförts i 52 fall. Sju personer har ej besvarat frågan och tre av dem har sannolikt uppgivit kontakter, då totalt 55 personer har uttryckt hur de upplevde att omgivningen kallades till miljöundersökning. Ett antal personer, 13 stycken, uppger att de ej vet om miljöundersökning har genomförts.

Reaktionen på att kontakter till patienten blev kallade för undersökning var positiv i 46 fall och patienten kände sig lättad. Reaktionen var däremot negativ i nio fall. Man har då instämt i meningen att "jag upplevde det negativt att vara en möjlig smittkälla och jag ville helst ha sluppit att uppge mina kontakter".

Endast tre personer har undanhållit information om någon kontakt. I syfte att informera kontakter om sin tuberkulossjukdom tog 16 personer själv kontakt med personer utöver dem som läkare eller sjuksköterska önskade kalla för miljöundersökning.

Någon annan yrkesgrupp än läkare och sjuksköterskor har ej utfört smittspårning och enligt enkäten var det vanligare att läkare utförde arbetet.

I *Tabell 3* finns resultatet av smittspårningen. I fyra fall har smittspårning *ej* genomförts vid direktpositiv tuberkulos. I två av fallen är orsaken att personen återvänt till Sverige efter en längre tid i ett u-land och vederbörande har sökt sjukvård direkt vid hemkomsten. I två av fallen går det ej att utifrån enkäten avgöra orsaken till varför smittspårning ej utförts.

Tabell 3 Smittspårning vid tuberkulos, antal fall

Enkät- ort	Tuberkulos i lunga						Tuberkulos "vet ej" i vilken form		
	Direkt pos.	Smitt- spårn.	Direkt neg.	Smitt- spårn.	Direkt pos. "vet ej"	Smitt- spårn.	Smitt- spårn.	Smitt- spårn.	
Göteborg*	16	6	51	7	3	3	2	0	0
Göteborg**	19	10	92	8	5	1	1	4	2
Malmö*	28	9	73	15	6	4	2	4	0
Örebro*	10	3	3	2	1	5	1	1	0
Stockholm*	6	3	24	3	1	0	0	1	1
TOTALT	79	31		35		13		10	

* I Sverige född

** Ej i Sverige född

Kommentar: Av de 79 fallen med lungtuberkulos, så har 66 känt till om de har haft tuberkelbakterier i upphostningarna eller ej, dvs. varit direktpositiva eller direktnegativa. Smittspårning har även skett vid ett fall av tarmtuberkulos och vid ett fall av skelettuberkulos (Stockholm) och vid ett fall av urogenitaltuberkulos och ett fall av lymfkörtel-tuberkulos (Göteborg).

¹ En direktpositiv patient smittad i Indien.

² Oklart varför smittspårning ej utförts i ett fall.

³ En direktpositiv patient smittats i Indien. En direktpositiv patient där uppgiften om smittspårning ej är ifylld.

⁴ Oklart varför smittspårning ej utförts i ett fall.

Som framgår av *Tabell 4* varierar antalet uppgivna kontakter stort. Allt mellan 2 och 25 kontakter uppges. De med ett stort antal miljöundersökta kontakter var en lärare, en dagbarnvårdare, en äldre person med hemtjänst och en man som är boxare och med många nära kontakter.

I materialet i sin helhet är medianantalet uppgivna kontakter 5 personer.

I sex fall fann man någon som var sjuk i tuberkulos, dvs. bland kontakter till 52 tuberkulossjuka patienter.

De flesta visste ej hur man blev smittad av tuberkulos. I 30 fall har man bekräftat att man smittas genom att andas in tuberkelbacillen. Fyra personer har instämt i påståendet att man får tuberkulos genom kontakt med smittade kroppsvätskor. Det är 13 personer som instämmer i att man kan smittas genom dryck eller föda.

Tabell 4 **Antal uppgivna kontakter vid smittspårning**

Enkätort	Antal patienter som givit uppgifter	Antal kontakter som var enskild patient uppgivit
Göteborg*	10	2, 3, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 10
Göteborg**	19	2, 2, 3, 3, 3, 3, 4, 4, 4, 5, 5, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 9, 25
Malmö*	8	2, 2, 2, 4, 7, 10, 14, 15
Örebro*	3	4, 18, 25
Stockholm*	4	1, 6, 7, 10
Totalt	44	

Medianvärde för hela materialet är 5 angivna kontakter per patient.

* I Sverige född

** Ej i Sverige född

Som framgår av *Tabell 5* hade 51 av de undersökta en uppfattning om vem som de blivit smittade av eller under vilka omständigheter. Nära kontakter som familjemedlemmar, släktingar och flick- eller pojkvänner stod för huvuddelen av smittkällorna.

I 66 fall kände *alla* i patientens omgivning till att patienten hade tuberkulos och i 17 fall kände *ingen* till att patienten hade sjukdomen.

Tabell 5 Uppgiven smittkälla

Smittkälla	I antal fall
Familjemedlem	15
Släkting	7
Flick- eller pojkvän	5
Arbets- eller studiekamrat	4
Vård av sjuk patient	4
Obduktion	1
Annan patient	2
Barndomskamrat	3
Bekant	2
Missbrukskamrat	2
Medfångar i koncentrationsläger	1
I flyktingläger	1
Kontakt i u-land	4
Totalt	51

Resultat avseende smittskyddslagens regler

De allra flesta fick upplysningar om smittskyddslagens regler vid behandlingsstart, nämligen 83 patienter, 68 %. Det finns däremot 16 patienter som uppger att man *ej* fick denna information. Det är 13 patienter som *ej* minns om information gavs.

Endast sju patienter skulle ha skött sin behandling annorlunda om tuberkulos *ej* reglerades av smittskyddslagen. Lagen påverkade samarbete och kontakter med behandlande personal negativt enligt åtta patienter. Av de 122 patienterna ansåg 106 dvs. 87 % att smittskyddslagen och dess regler behövs vid kontroll av tuberkulos. Två patienter ansåg

att sådana regler ej behövdes. Åtta patienter hade besvarat frågan med "Vet ej" och i sex fall var frågan obesvarad. Kommentarer finns samlade i *Bilaga 3*.

Resultat avseende behandling

Behandlingstiden var vanligen sex månader men upp till 18 månaders behandlingstid finns uppgiven. Behandlingen var lätt att genomföra enligt 70 av de tillfrågade, medan 37 upplevde den som "ganska svår" och i nio fall att den var "mycket svår". Behandlingen fick under kortare tid avbrytas p.g.a. biverkningar i 25 fall. I 10 av fallen leverpåverkan och i fem fall var orsaken allergisk reaktion.

Samarbetet med läkare och sjuksköterska under behandlingen uppgavs ha varit bra i 107 fall, "ganska bra" i åtta fall och dåligt i fyra fall.

Resultat vid jämförelse mellan de som ej är födda i Sverige och de i Sverige födda

Jämfört med gruppen i sin helhet är de som *ej* är födda i Sverige betydligt yngre. Den äldsta personens födelseår i gruppen är 1923 och den yngsta personens födelseår är 1983. Medianvärde för besvarade födelseår är 1967. Det finns endast två "i Sverige födda" personer som är under 30 år och de två kvinnorna är födda 1974 respektive 1975. De hade vistats utomlands och en av dem led av anorexia.

I gruppen *ej* födda i Sverige är det fler kvinnor: 19 kvinnor mot 17 män. Det är en större andel med direktpositiv lungtuberkulos i gruppen. De fyra fallen av skelett- och urogenitaltuberkulos är hos äldre personer. Fyra av de 35 personerna "Vet ej" vilken form av tuberkulos de har, jämfört med sex av 87 personer som är födda i Sverige. Det var en större andel av gruppen *ej* födda i Sverige som ansåg att behandlingen var ganska svår eller svår att genomföra: 18 av 34 personer jämfört med 28 av 82 personer.

De i Sverige *ej* födda var mer återhållsamma med att berätta om sin sjukdom. I 22 av 35 fall kände mindre än hälften av kontakterna till att patienten var sjuk. Bland de som var födda i Sverige var motsvarande siffra 12 av 79 personer. Som framgår av *Bilaga 4* kan tuberkulos fortfarande vara en sjukdom som skrämmer även äldre svenskar och gör dem upprörda och oroliga.

De flesta av de som *ej* var födda i Sverige, 23 personer, har kommit till Sverige efter 1990. Det är endast sju av dem som bott på mer än två orter i landet och som mest på fem orter (en patient). Undersökningen

motsäger att de som *ej* är i Sverige födda skulle flytta mellan olika orter under kort tid. Av de 35 personerna förstod 25 det svenska språket, medan tre uppgav att de inte alls förstod svenska. Av de 35 *ej* i Sverige födda personerna kunde 18 skriva på svenska.

Resultat vid jämförelse mellan kvinnor och män

Könskillnaderna är *ej* uttalade i den undersökta gruppen, dock ingår 71 kvinnor gentemot 51 män. I den nationella statistiken är det dock vanligare att män har tuberkulos än kvinnor. 1995 var t.ex. incidensen för män 3,5/100 000 inv. jämfört med 2,8/100 000 inv. för kvinnor. I denna undersökning kan resultatet bero på att det är i huvudsak i Sverige födda som besvarat enkäten och då det i en äldre befolkning finns fler kvinnor.

De skillnader man trots allt finner är att det finns förhållandevis fler välutbildade kvinnor i gruppen. Vidare är det betydligt fler kvinnor som aldrig nyttjar alkohol, 32 av 71 kvinnor jämfört med 16 av 51 män.

Kvinnorna tyckte i 31 fall att behandlingen var svår att genomföra, jämfört med 15 män. De var mer öppna för att berätta om sin sjukdom: 53 av kvinnorna hade berättat för hälften eller fler av sina kontakter om sjukdomen jämfört med 27 av männen.

Slutkommentar

Undersökningen kan *ej* ge belägg för att smittskyddslagen i sin nuvarande utformning påverkar relationen med behandlande personal och patient negativt. Tvärtom önskar patienterna själva att det finns regler vid sjukdomen. De som *ej* är födda i Sverige och har insjuknat i tuberkulos verkar i många fall uppfatta sjukdomen på ett annat sätt än de i Sverige födda. Kulturella och andra faktorer som skapar skillnader i uppfattning om tuberkulos mellan sjukvårdspersonal och patient kan inverka på samarbete och behandlingsresultat.

*

Tack

Undersökningen hade ej varit möjlig utan insatser från nedanstående personer. Särskilt tack till forskningssjuksköterska *Ing-Marie Doshé*, Göteborg, som tålmodigt genomfört intervjuerna av invandrare, samt *Kristina Ramstedt*, Stockholm, som vänligt och bestämt representerat uppdragsgivaren och givit uppmuntrande tillrop vid behov.

Arne Lind, Göteborg, har konstruerat dataprogrammen och därmed förenklat arbetet för sin adept.

Hans Fredlund, Örjan Garpenholt, Hans Bertil Hansson, Lars Hellström, Ann-Marie Hilmersson, Inger Julander, Anne Lennell, Ingrid Norrman, Per Rönnow, Karin Stenqvist och Martin Wahl.

*

Bilaga 1 – Frågeenkäten

Om Dig

Kryssa i rätt ruta eller skriv på raden vid frågan

1. Är Du man ”
 Är Du kvinna ”
 2. Vilket år är du född? _____
 3. Är Du gift? ”
 ogift? ”
 frånskild? ”
 4. Är Du ensamboende? ”
 sammanboende? ”
 5. Har Du genomgått Folkskola eller grundskola? ”
 Läroverk eller gymnasium? ”
 Universitetsutbildning? ”
 6. Om Du förvärvsarbetar – Vilket yrke har Du nu? _____
-

Om tuberkulos och hälsa

1a. *När* fick Du besked om att Du hade tuberkulos?

Angiv år och månad! _____

1b. *Hur* fick Du besked om att Du hade tuberkulos?

Vid besök ”

Brev ”

Telefon ”

På annat sätt ”

Om på "Annat sätt" ange hur; _____

1c. *Vem* gav Dig besked om att Du hade tuberkulos?

Läkare ”

Sjuksköterska ”

Annan person ”

Om "Annan person", ange vem; _____

1d. Om Du har synpunkter *på det sätt* Du fick beskedet, så kan Du ange det på nedanstående rader.

2a. Vet Du *när* Du blev smittad av tuberkulos? Ja ”
 Nej ”

Om ja, kan Du ange år och eventuell månad? _____

2b. *Vem* tror Du kan ha smittat Dig? En familjemedlem? ”
 En släkting? ”
 Flick- eller pojkvän? ”
 Arbets-/studiekamrat? ”
 Annan person? ”

Om "Annan person", kan Du ange på *vilket sätt* ni har haft kontakt?

- 2c. *Hur* tror Du att Du blev smittad av tuberkulos?
- | | |
|--|---|
| Genom att andas in smittämnet. | ” |
| Genom att smittämnet funnits i dryck eller föda. | ” |
| Genom kontakt med kroppsvätskor som varit smittade (t.ex. blod, slem, urin). | ” |
| På annat sätt. | ” |

Om "På annat sätt", *hur*? _____

- 3a. Hade Du en annan *samtidig sjukdom* när Du fick besked om tuberkulos?

Ja	”
Nej	”

Om ja, *vilken sjukdom*? _____

- 3b. Var Din *psykiska hälsa* eller Din *sociala situation* sämre än vanligt vid den tid då Du fick besked om tuberkulos?

Ja	”
Nej	”

Om ja, på *vilket sätt*? _____

- 3c. *Hur ofta* dricker Du vin, starköl eller sprit?
- | | |
|---|---|
| Varje dag | ” |
| Ej varje dag, men minst en gång per vecka | ” |
| En gång per månad eller mera sällan | ” |
| Aldrig | ” |

4. Vilken form av tuberkulos har Du haft (exempelvis lungtuberkulos eller lymfkörteltuberkulos)? _____

Vet ej	”
--------	---

- 5a. Hur många månader fick Du behandling? _____ månader.

Minns ej	”
----------	---

- 5b. Fick Du *avbryta* behandlingen pga biverkningar?

Ja	”
Nej	”

Om ja, vilka biverkningar? _____

5c. Gjorde Du *uppehåll* med behandlingen som Din läkare eller sjuksköterska ej fick reda på?

Ja ”

Nej ”

Om ja, vad var anledningen till att Du gjorde *uppehåll* med medicinerna?

Om ja, *hur länge* var Du utan mediciner, samtliga perioder inberäknat? Ange antal veckor! _____ veckor.

Minns ej ”

5d. *Hur* tyckte Du att behandlingen var att genomföra?

Lätt ”

Ganska svår ”

Mycket svår ”

Om "mycket svår", kan Du ange *varför*? _____

5e. Hur var *samarbetet* med den/de läkare och den/de sjuksköterska/-or som skötte Din behandling?

Bra ”

Ganska bra ”

Dåligt ”

Om *dåligt*, kan Du ange *varför*? _____

Om smittspårning och regler

I samband med att en person får besked om att han eller hon har tuberkulos skall en smittspårning genomföras. Man är *skyldig* enligt Smittskyddslagen att ange sina kontakter och de kontakter som uppges är *skyldiga* att komma till en miljöundersökning. Syftet är att hindra spridning av tuberkulos genom att finna personer som har tuberkulos eller tecken på att de blivit infekterade med tuberkelbakterier. En miljöundersökning innebär samtal med sjuksköterska, tuberkulintest och lungröntgen.

1. Hade Du tuberkelbakterier i Dina upphostningar, dvs. var Du "*direktpositiv*" och därför möjligt *smittsam*?

Ja "
Nej "
Vet ej "

2a. Genomfördes *smittspårning* med *miljöundersökning* efter det att Du fått besked om tuberkulos?

Ja "
Nej "
Vet ej "

Om ja, hur upplevde Du att personer omkring Dig blev kallade till miljöundersökning?

Jag kände mig lättad över att de blev kallade. "
Jag upplevde det negativt att vara en möjlig smittkälla
och ville helst ha sluppit att uppge mina kontakter "

Har Du några kommentarer till *miljöundersökningen*?

2b. *Vem* utförde smittspårningen?

Läkare? "
Sjuksköterska? "
Annan personal? "
Vet ej. "

Om "Annan personal", vem? _____

2c. Hur många personer uppgav Du vid smittspårningen? ____ stycken.
(Försök att ange så exakt som möjligt!)

2d. Undvek Du att uppge någon kontakt vid smittspårningen?

Ja ”

Nej ”

Om ja, varför? _____

2e. Tog Du själv kontakt med någon utöver dem Du uppgav vid smittspårningen för att De skulle veta att De kunde ha blivit smittade?

Ja ”

Nej ”

2f. Vet Du om man fann någon vid miljöundersökningen som var sjuk i tuberkulos?

Ja ”

Nej ”

Vet ej ”

3. Hur många personer i Din omgivning (familj, släkt, vänner, arbets- och studiekamrater) känner till att Du behandlas för tuberkulos?

Alla ”

Ca tre fjärdedelar ”

Ca hälften ”

Ingen ”

4. Enligt Smittskyddslagens regler skall patienten ges besked om att man är *skyldig* att ta sin medicin, *skyldig* att komma till läkar- och sjuksköterskebesök och *skyldig* att ange kontakter som man kan ha smittat.

Fick Du dessa upplysningar vid start av behandlingen?

Ja ”

Nej ”

Minns ej ”

Om *nej*, vilken av dessa upplysningar erhöll Du ej? _____

5. Skulle Du skött Din *behandling* annorlunda om tuberkulos *ej* reglerades av Smittskyddslagen?

Ja ”
Nej ”
Vet ej ”

6. Har Smittskyddslagens regler *påverkat samarbete* och *kontakter negativt* med de läkare och sjuksköterskor som ansvarat för Din *behandling*?

Ja ”
Nej ”
Vet ej ”

Om ja, *hur* och beroende av *vilken/vilka regler*? _____

7. Tycker Du att Smittskyddslagens regler behövs *vid kontroll* av tuberkulos i Sverige?

Ja ”
Nej ”
Vet ej ”

Om ja, varför? _____

Tack så mycket!

Bilaga 1b – Kompletterande frågor för de som ej är födda i Sverige

7a. Vilket *år* kom Du till Sverige? _____

7b. Från vilket land kom Du *innan* Du kom till Sverige? _____

7c. I vilket land är Du *född*? _____

7d. Hur många *platser* har Du bott på i Sverige?

8a. Vilket är Ditt *modersmål*? _____

8b. *Förstår* Du svenska?

Ja ”
Något ”
Nej ”

8c. *Talar* Du svenska?

Ja ”
Något ”
Nej ”

8d. *Skriver* Du svenska?

Ja ”
Något ”
Nej ”

Bilaga 2 – Synpunkter på sättet av besked

Enkät 97. Utskrift av kommentarer.

Utskriftsdatum 980110

Nr 8: Öron-näsa-hals –92 –"Det är nog en halsböld men den är borta nu". Allmänläk –92 "Du ljuger nog om att du tränar så mycket. Då hade du inte kunnat vara så utmärglad kring bröstkorgen". Husläk –93 – "nog något allergiskt" och senare "OK då men på sin höjd en bronkit". TBC-specialist 93 osv.

Nr 14: Mottagandet på akuten var ej bra. Beskedet om tbc var bra. På akuten förklarade man att ett blodkärl i näsan spruckit och att jag skulle åka hem. De trodde mig inte då jag sade att det var större mängder blod och att det kom från magen eller lungorna. Jag vägrade åka hem och väntade i många timmar tills jag fick en ny hostattack, och först då blev jag undersökt. Tips: upplys läkarna om att tbc faktiskt existerar!

Nr 22: Gav besked på ett opsykologiskt sätt som gjorde att jag gjorde en anmälan.

Nr 30: Det lät så otroligt att jag hade fått det på hjärnan. Sjukdomen skall ha legat latent ända sedan jag föddes, eller sedan min mor hade sjukdomen 1944.

Nr 34: Det var hemskt – man var ganska stränga på den tiden. Jag var 17 år när jag kom till Orup. Registrators anmärkning: Lungtbc 1994, recidiv och direktpositiv.

Nr 51: Man frågar sig varifrån man fått TBC.

Nr 52: Låg på sanatorium 1,5 år som barn. Gick på kontroll tills jag var 15årsåldern. Levde sedan i tron att sjukdomen var utläkt tills jag 1995 upptäckte svullna körtlar på halsen och fick då beskedet att sjukdomen blossat upp något. Genomgick en medicinsk behandling och fick nu beskedet att allt var bra. Blev mycket besviken och förvånad över att jag under alla dessa år aldrig fått någon information om att jag tidigare kunde fått medicinsk behandling för att förhindra ett oppblående av sjukdomen.

Nr 59: Chockbesked för både mig och min familj.

Nr 62: Det var underbara läkare på urologmottagningen, Regionsjukhuset Örebro som förklarade hur det var. Jag var chockad.

Nr 65: Mycket bra doktor, Bo Söderkvist 1994, Infektionskliniken, Örebro.

Nr 88: Blev ledsen.

- Nr 90:* Konstigt.
- Nr 91:* Det kändes inte bra.
- Nr 92:* Jag är fortfarande besviken på läkarhuset som sa att jag inte hade tuberkulos.
- Nr 93:* Det var korrekt.
- Nr 94:* Bra.
- Nr 95:* Bra.
- Nr 96:* Jag fick en chock men han sa på bra sätt.
- Nr 99:* Oroad för att det skulle vara cancer.
- Nr 100:* Lättad.
- Nr 105:* Ville ej tro att det var tbc. Man hade förutsagt att det var cancer. Chockad.
- Nr 106:* Blev förvånad och ledsen. Dålig sjukdom.
- Nr 113:* Fick ej korrekt information om smittsamhet. Studiekamrater blev rädda när hon berättade om sin tbc. Hon visste ej om att hon inte kunde smitta.
- Nr 118:* Var ledsen att jag hade tbc, men tror inte att läkarens sätt var fel.

Bilaga 3 – Varför regler behövs vid kontroll av tbc

Enkät 97. Utskrift av kommentarer.

Utskriftsdatum 980110

Nr 2: Viktigt att ej avbryta medicineringen även om det är jobbigt med alla biverkningar * Smittorisken.

Nr 7: Självklart att smittskyddslagens regler är viktiga pga. smittorisken och för andra människors säkerhet.

Nr 8: För att det är en dödlig och handikappande sjukdom som i möjligaste mån bör utrotas. Jag tror tom på en utökad kontroll när man misstänker att medicineringen kan misskötas för att förhindra bildandet av resistentastammar. Jag tror vidare absolut på utökad information om sjukdomen till osv

Nr 9: För att förhoppningsvis få ökningen av tbc i landet att vända nedåt igen.

Nr 10: Med lite eller mycket mera rim och reson. Man behöver ej gå till ytterligheter.

Nr 12: Pga smittspridningen.

Nr 14: För att värna om patientens tillfrisknande, skydda patientens omgivning, och att motverka att medicinresistenta tbc-former uppstår.

Tips: upplys även patienterna om riskerna med att inte ta mediciner.

Nr 15: För att sjukdomen annars kan spridas ohejdat.

Nr 16: För mest möjliga motarbetande av sjukdomen och spridning av densamma.

Nr 17: Det är en allvarlig sjukdom.

Nr 20: För att inte smitta ner andra.

Nr 21: För att hitta och hjälpa smittade samt för att förhindra spridning.

Nr 22: Eftersom vi har fått hit så många från andra länder.

Nr 23: För att stoppa vidare smittspridning.

Nr 26: Förhindrande av smittspridning nödvändig.

Nr 28: Allt som kan göras för bekämpning av TBC skall göras.

Nr 30: Det är bra att det finns. Vi blev i familjen uppföljda när mor var sjuk. Jag hade en fläck på lungan när jag var 11 år, men den försvann. Jag var inlagd på lungliniken i Lund, under docent von Rosens överinseende.

- Nr 31:* För att skydda sina vänner och bekanta.
- Nr 32:* Det är en lång behandling, sjukdomen kan smitta och det finns slarviga människor.
- Nr 34:* Säkert behövs det.
- Nr 36:* Viktigt att förhindra att sjukdomen sprids.
- Nr 38:* För att minimera smittriskerna och av kostnadsskäl.
- Nr 39:* Personliga kontakter.
- Nr 41:* För att förhindra spridning.
- Nr 43:* Det är bra skydd för alla inblandade.
- Nr 46:* Om antalet tbc-fall skall minska igen tror jag att man måste använda lagen som instrument.
- Nr 48:* För att förhindra smittspridning.
- Nr 52:* Regler och kontroll behövs för alla smittsamma sjukdomar och information behövs för att de som drabbas ej skall behöva känna skam.
- Nr 54:* Det är mycket jobbigt, har fått halva vänstra lungan bortopererad pga svamp efter TBC 2 ggr.
- Nr 57:* Stoppa spridning.
- Nr 60:* De som bär på tbc kan annars smitta ner andra i sin omgivning.
- Nr 61:* Ingen i min familj eller släkt känner till att jag behandlats för TBC.
- Nr 62:* För att andra personer blir inte smittade.
- Nr 64:* Medicinerna verkar bli resistenta och smittan måste hejdas.
- Nr 67:* För att hitta källan till smittan.
- Nr 68:* Undvikande av smittspridning.
- Nr 69:* För att spåra smittkällan, och kanske utrotas.
- Nr 73:* Stor invandring och ökad andel åldrande människor.
- Nr 75:* Förmodligen för att hindra att sjukdomen sprids!
- Nr 77:* Kontroll.
- Nr 79:* Så inte smittan sprids vidare.
- Nr 83:* Kontroll över sjukdomens spridning.
- Nr 84:* Helt naturligt ett måste för att undvika smittorisken.
- Nr 86:* Annars spridning av tbc.
- Nr 87:* För att utrota sjukdomen.
- Nr 88:* Hindra sjukdomen.
- Nr 90:* Inte smitta andra människor.
- Nr 92:* Bättre att veta i förväg innan det blir sämre. Svenska läkare lyssnar inte på patientens problem.
- Nr 93:* För säkerhets skull för miljö.
- Nr 97:* Så att ingen utomstående blir smittad.
- Nr 99:* Alla måste inse att behandlingen måste slutföras så att smittan ej bryter igenom igen.
- Nr 100:* Äter man ej medicinen, blir andra sjuka.

- Nr 101:* Bra att lagen finns. Patienten får ju medicinen! Smittan slutar spridas.
- Nr 102:* Sjukdomen kan sprida sig annars.
- Nr 103:* Hindra spridning av tbc.
- Nr 105:* Bra för att dom som slarvar och sprider sjukdom kan hållas efter.
- Nr 106:* Så att jag tar medicinen och blir bra, och att medicinen var gratis. Farligt om smitta sprids, måste stoppas.
- Nr 107:* Bättre med kontroll.
- Nr 111:* Viktigt med kontroll av tbc.
- Nr 113:* För kontroll!
- Nr 115:* Kontroll av tbc bör vara gjort innan invandrare kommer till Sverige.
- Nr 116:* För att jag har fått en bra behandling.
- Nr 117:* Måste kontrollera tbc, = självklart.
- Nr 118:* Så att man kan utrota sjukdomen.
- Nr 119:* För egen del, men också för att andra skall kontrolleras.
- Nr 120:* Ja, så att man förstår och att man blir frisk.
- Nr 121:* För kontroller så att smitta ej sprids.
- Nr 122:* Bra!

Bilaga 4 – Aidentifierat brev från upprörd anhörig

--- 1997 09 22

Min moder --- vill ej svara på detta formulär.

Hon blev mycket illa berörd, och vill slippa allt vad som berör TBC
i framtiden.

Vi hoppas att detta respekteras.

Vänliga hälsningar

tel. ---

P.S. undertecknad har varit i kontakt med smittskyddsläkare ---
per telefon. D.S.

Bilaga 4

Modell för spridning av hiv

Studie utförd av Epidemiologiska enheten vid Smittskyddsinstitutet,
på uppdrag av 1996 års Smittskyddskommitté (S 1996:07)

Johan Lindbäck, statistiker
Johan Giesecke, statsepidemiolog

Innehåll

Uppdraget	79
Val av modell	79
Modellbeskrivning.....	80
<i>Indelning av populationen</i>	80
<i>Kontakter</i>	80
<i>Åldrande och död</i>	81
<i>Överföring av smitta</i>	82
Indata	82
Resultat.....	84
<i>Förändringar i modellen</i>	87
Slutsats	97
Referenser.....	99

Uppdraget

Den parlamentariska utredningen för översyn av smittskyddslagen har givit epidemiologiska enheten, SMI, uppdrag att utarbeta en matematisk modell för spridningen av HIV i Sverige. Avsikten är att i modellen kunna studera effekten på smittspridning av olika åtgärder.

Val av modell

I valet av modell gäller det att hitta en som beskriver verkligheten så bra som möjligt men ändå är lättolkad. Man skiljer mellan deterministiska och stokastiska (slumpmässiga) modeller på så sätt att en deterministisk modell är helt förutsägbar, givet alla startvärden, medan en stokastisk modell innehåller funktioner som genererar slumptal för de olika parametrarna utifrån någon sannolikhetsfördelning, vilket leder till att man inte får samma resultat vid varje simulering. Man skiljer också på populationsbaserade och individbaserade modeller. Populationsbaserade modeller utgår ifrån data som rör en grupp av individer medan individbaserade modeller utgår ifrån egenskaper hos enskilda individer, vilket ofta är svårare att modellera. Vid modeller för smittspridning är det vanligt att man delar in populationen i grupper baserat på de egenskaper som kan påverka smittspridningen (t.ex. ålder och kön). En av de viktigaste delarna i en modell för smittspridning är kontaktmönstret inom och mellan dessa grupper, framförallt när det gäller sexuellt överförbara sjukdomar (Anderson och May, 1991 [1]).

Den modell som vi här använder för att beskriva smittspridningen är deterministisk och populationsbaserad. En stokastisk modell kräver att vi känner, eller åtminstone kan uppskatta, sannolikhetsfördelningarna för parametrarna i modellen. Om vi var intresserade av att kunna förut säga hur många smittade vi kommer att ha om t.ex. 10 år, skulle en stokastisk modell kunna ge oss ett mått på osäkerheten i en sådan förutsägelse. Eftersom vi främst är intresserade av effekten på epidemin av olika åtgärder är en deterministisk modell att föredra då vi har bättre indata för en sådan modell.

Modellbeskrivning

Indelning av populationen

Populationen delas in i fyra *populationsgrupper*:

1. Homo- och bisexuella män (HBS)
2. Heterosexuella (Het)
3. Intravenösa missbrukare (IVDU)
4. Heterosexuella invandrare från hög-endemiskt område (Inv)

Dessa grupper delas sedan in i två *könsklasser*, män resp. kvinnor (förutom grupp 1 där indelningen blir homo- resp. bisexuella). Vidare delas grupperna upp i två *aktivitetsklasser*, låg resp. hög aktivitet. Låg aktivitet innebär att man har relativt få, och hög aktivitet innebär att man har relativt många nya kontakter per år. Totalt ger detta $4*2*2 = 16$ olika grupper. Vi begränsar oss till en åldersgrupp (20–39 år). Varje individ tillhör en, och endast en, av grupperna.

Kontakter

Med en kontakt menas ett längre, eller ett tillfälligt, förhållande (sexuellt eller genom sprutdelning) på sådant sätt att det finns risk att smitta skulle kunna överföras om endera parten är smittad.

Kontakter sker inom och mellan grupperna enligt ett förutbestämt mönster (se figur 1) som beror på populations- och könsguppstillhörighet.

Vissa kontakter kan inte ske (t.ex. heterosexuell man med annan heterosexuell man). Omvänt gäller för IVDU att kontakter kan vara såväl av sexuell typ (mellan kön) som sprutdelning, vilken kan ske både mellan och inom kön.

Figur 1. Kontaktmönster för spridning av HIV. Pilarna anger möjliga kontaktvägar.

I modellen simuleras de fyra populationsgrupperna var för sig och inte tillsammans. Detta förenklar modellen avsevärt genom att vi inte behöver känna till hur många kontakter som sker mellan grupperna. Till exempel behöver vi inte veta hur många kontakter bisexuella svenska män med hög sexuell aktivitet har med invandrade kvinnor med låg aktivitet.

Åldrande och död

Om vi antar att individerna i varje grupp är jämnt fördelade över alla åldrar inom åldersintervallet (som är 20 år långt), gäller att 1/20 av dessa kommer att åldras ut från respektive grupp under ett år. För att populationen ska hållas ungefär konstant (vilket den, i det närmaste, är i Sverige) bör lika många åldras in i populationen. Här inför vi dock restriktionen att man inte kan åldras in som smittsam. Undantag görs för gruppen invandrare där vi antar att en liten andel av de nytilkomna är smittade.

Individerna i varje grupp dör av olika orsaker. Den naturliga dödsintensiteten kallar vi μ . Dödlighet på grund av sjukdom regleras med den specifika dödsintensiteten, v .

Överföring av smitta

Incidensen, eller antalet nya smittade, under ett givet tidsintervall är beroende av hur många som är mottagliga för smitta under detta intervall. Risken för dessa att smittas inom den egna gruppen är proportionell mot antalet kontakter dessa har under tidsintervallet, andelen smittade bland dessa kontakter och sannolikheten att smitta överförs vid en sådan kontakt. Ett konstant antal av de mottagliga smittas utanför gruppen. För gruppen heterosexuella svenskar består detta antal av alla som smittats utomlands, i Sverige av invandrare, i Sverige av intravenösa missbrukare, i Sverige av bisexuella män (gäller endast kvinnorna) eller på annat sätt (okänt).

Antalet som smittas genom kontakter utanför gruppen skattas utifrån ett kompletterande frågeformulär som skickas ut av Smittskyddsinstitutet.

Indata

Skattade populations- och parametervärden.

Dessa siffror är tagna från register (Statistiska Centralbyråns, SCB, befolkningsregister; Smittskyddsinstitutets, SMI, register över anmälningspliktiga sjukdomar) och undersökningar (Sex i Sverige, 1996 [2]; Westrell, 1996 [3]; Uno 92). Vissa av siffrorna som inte fås fram ur några källor är skattade för att ge en så bra bild av verkligheten som möjligt.

Den mest godtyckliga parametern i alla modellerna är andelen som inverkar på smittspridningen, p_A . Då denna grupp är svårdefinierad i praktiken är det svårt att hitta referenser som ger någon uppskattning av dess storlek. Givet övriga parametrar kan man prova sig fram med olika värden på p_A för att se vilken effekt den har på smittspridningen. Vi har funnit att allt för hög andel ger en epidemi som blir alldeles för stor jämfört med den verkliga. För att få en så bra överensstämmelse med verkligheten som möjligt skattar vi p_A till 20 % i alla modellerna utom för gruppen intravenösa missbrukare där vi skattar p_A till 3 %.

Andelen som antas tillhöra den högaktiva gruppen skattar vi till 10 % i samtliga modeller. Högaktiva antas i genomsnitt ha 15 nya kontakter per år och lågaktiva antas i genomsnitt ha 1 ny kontakt per år. Dessa skattningar ger en median för antalet nya kontakter per år som stämmer bra överens med skattningarna i [2] (för heterosexuella) och [3] (för homosexuella som besökt Venhälsan).

10 %, per år, av alla smittade i den högaktiva gruppen minskar sitt riskbeteende (flyttar över till den lågaktiva gruppen). 10 %, per år, av alla lågaktiva smittade slutar med sitt riskbeteende.

Den naturliga dödsintensiteten, μ , sätts till 0,06 % döda/år (Källa: SCB).

Den sjukdomsspecifika dödsintensiteten, ν , sätts till 5 % döda/år. Detta ger en genomsnittlig livslängd, efter smittotillfälle, på ca 10 år.

Övriga indata, specifika för grupperna:

Homosexuella:

- Antal män N , i åldersgruppen: $N = 29\ 000$ (2,4 % av manliga befolkningen enligt skattningar i [2])
- Sannolikhet att smittas vid kontakt: $\beta = 5\ %$ (Giesecke mfl, 1990 [4])
- Antal som smittas utanför gruppen (utlandssmittade, smittade av de andra grupperna): 10 nysmittade/år (Källa: SMI)

Heterosexuella:

- Antal män, N_1 , resp. kvinnor, N_2 , i åldersgruppen: $N_1 = N_2 = 1\ 200\ 000$ (Källa: SCB)
- Sannolikhet att smittas vid kontakt: $\beta = 1\ %$ för män och $\beta = 2\ %$ för kvinnor (Giesecke mfl, 1990 [4])
- Antal som smittas utanför gruppen (utlandssmittade, smittade av de andra grupperna): män = 2 nysmittade/år, kvinnor = 4 nysmittade/år (Källa: SMI)

Invandrare från hög-endemiskt område:

- Antal män, N_1 , resp. kvinnor, N_2 , i åldersgruppen: $N_1 = 11\ 000$, $N_2 = 6\ 500$ (Källa: SCB)
- Sannolikhet att smittas vid kontakt: $\beta = 1\ %$ för män och $\beta = 2\ %$ för kvinnor (samma som för svenskar)
- Antal som smittas utanför gruppen (utlandssmittade, smittade av de andra grupperna): män = 40 nysmittade/år, kvinnor = 40 nysmittade/år (Källa: SMI)

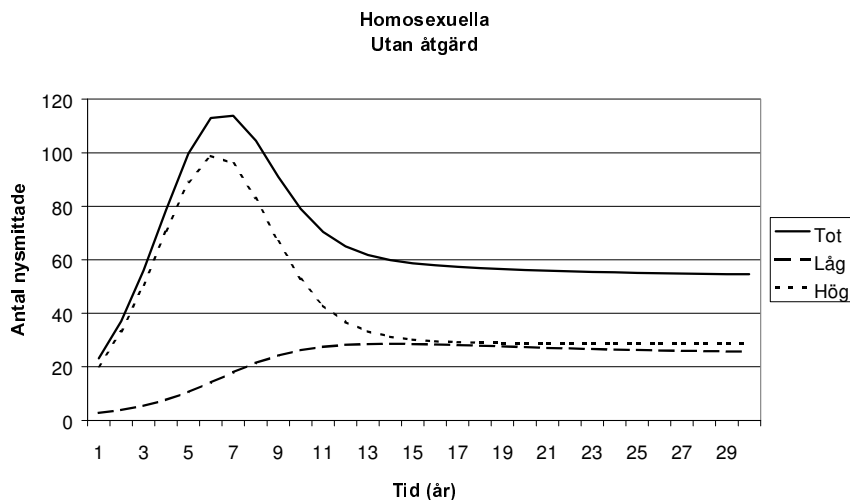
Intravenösa missbrukare:

- Antal män, N_1 , resp. kvinnor, N_2 , i åldersgruppen: $N_1 = 7\ 000$, $N_2 = 3\ 000$ (Källa: Uno 92)
- Sannolikhet att smittas vid sexuell kontakt: $\beta = 1\ %$ för män och $\beta = 2\ %$ för kvinnor (samma som heterosexuella gruppen)
- Sannolikhet att smittas vid sprutdelning: $\beta = 50\ %$ oberoende av kön
- Antal som smittas utanför gruppen (utlandssmittade, smittade av de andra grupperna): män = 1 nysmittade/år, kvinnor = 1 nysmittade/år (Källa: SMI)

Resultat

Homosexuella män

I början av epidemin stiger antalet nysmittade/år kraftigt (figur 2). Den största andelen nysmittade är högaktiva. Efter ca 7 år har den högaktiva gruppen genomsmittats och epidemin avtar. Den största delen av nysmittan sker inom gruppen, dock fortfarande inom den högaktiva gruppen, eftersom det varje år åldras in mottagliga. Modellen förutsäger ca 60 nysmittade homosexuella per år vilket stämmer väl överens med observerade data. I samtliga figurer innebär "Utan åtgärd" att inga ytterligare åtgärder, förutom de åtgärder som utförs idag, är modellerade.

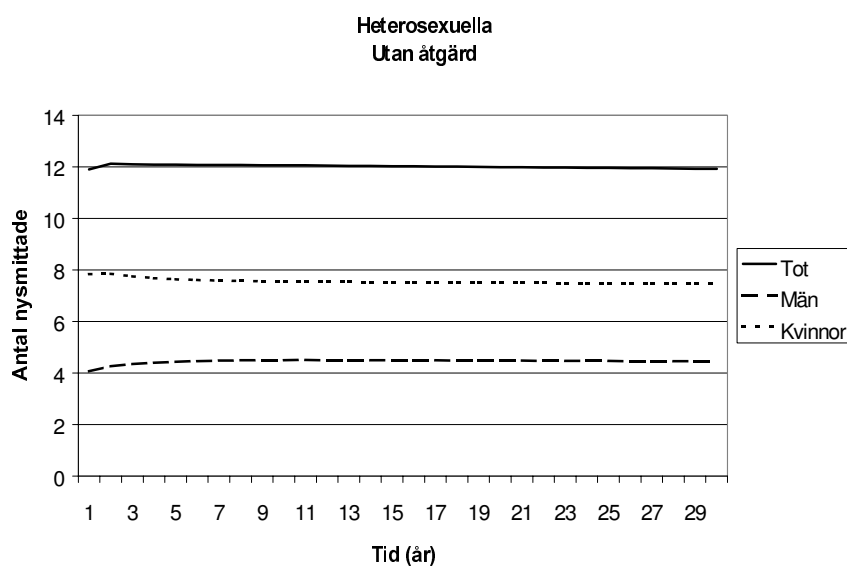


Figur 2. Incidens. Homosexuella. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet lågaktiva nysmittade och prickad linje visar antalet högaktiva nysmittade.

Anm: Antalet nysmittade i lågaktiva gruppen är ungefär lika stort som i den högaktiva gruppen. *Andelen* nysmittade i den lågaktiva gruppen är dock lägre eftersom den gruppen är betydligt (9 ggr) större.

Heterosexuella

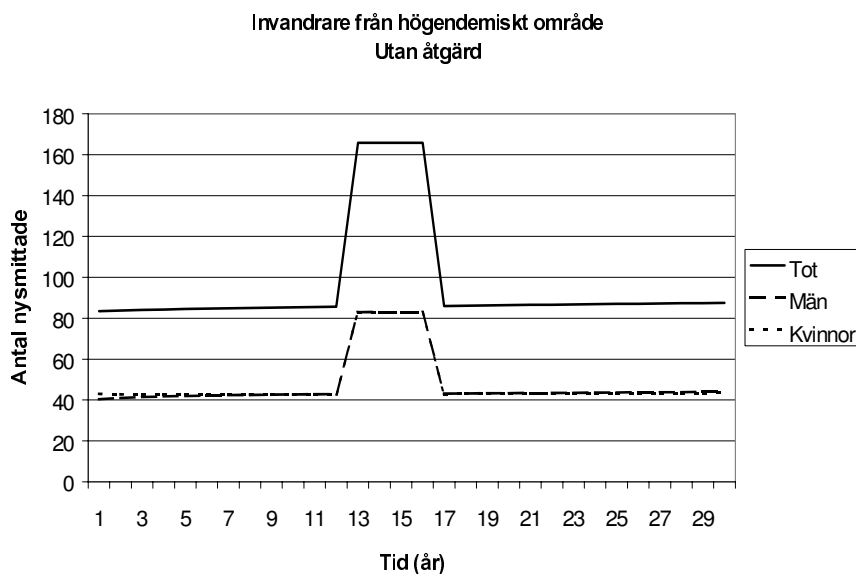
Incidensen ligger på en konstant nivå (figur 3). Fler kvinnor än män smittas, vilket till största del förklaras av högre import av smitta för kvinnorna. Även här stämmer modellen väl med observerade data.



Figur 3. Incidens. Heterosexuella. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet nysmittade män och prickad linje visar antalet nysmittade kvinnor.

Invandrare från högendemiskt område

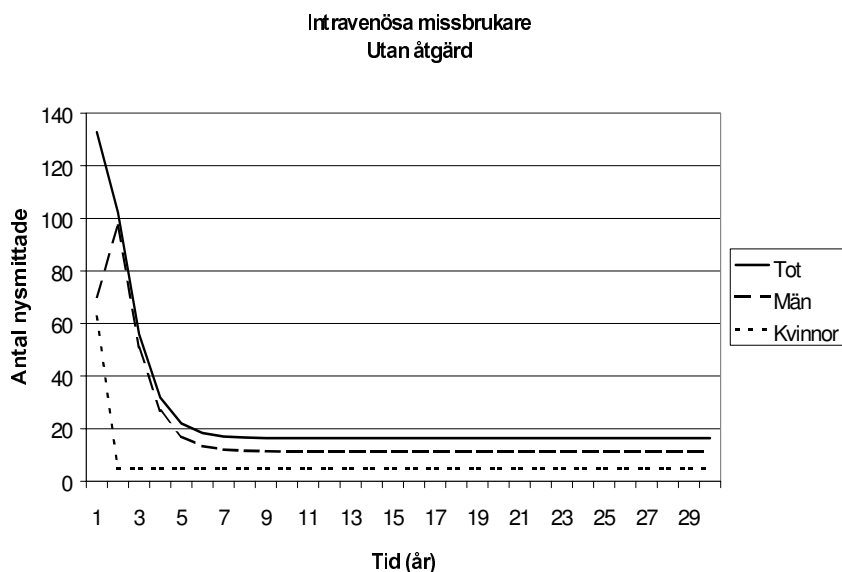
Incidensen är någorlunda konstant (figur 4). Undantag under ca 4 år (motsvarar början av 1990-talet) då det skedde en dubblad import av smitta. Nästan hela incidensen förklaras av smitta utomlands.



Figur 4. Incidens. Invandrare från högendemiskt område. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet nysmittade män och prickad linje visar antalet nysmittade kvinnor.

Intravenösa missbrukare

Hela gruppen genomsmittas direkt p.g.a. att sannolikheten för att smittas vid en sprutdelning är så hög (figur 5). Smittspridningen minskar sedan för att stabilisera sig på en relativt låg nivå. I princip sker all nysmitta inom gruppen av nytillkomna osmittade som smittas direkt. Andelen som antas delta i smittspridningen är lägre i denna grupp (3 %) än i de andra (20 %). Att sätta andelen till 20 % ger en alldeles för hög incidens som inte stämmer överrens med verkligheten. Hur detta ska tolkas är svårt att säga. Det kan vara så att de intravenösa missbrukarna är bättre på att skydda sig mot smitta än övriga befolkningen, kanske genom att man bättre känner till vilka som är smittade i gruppen. Det kan också vara så att sprutdelning sker i mer slutna sällskap medan det sexuella kontaktbytet sker på "den öppna marknaden".



Figur 5. Incidens. Intravenösa missbrukare. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet nysmittade män och prickad linje visar antalet nysmittade kvinnor.

Förändringar i modellen

Genom vissa förändringar i den smittade gruppen kan man påverka utvecklingen hos epidemin. Förändringarna kan bestå i att:

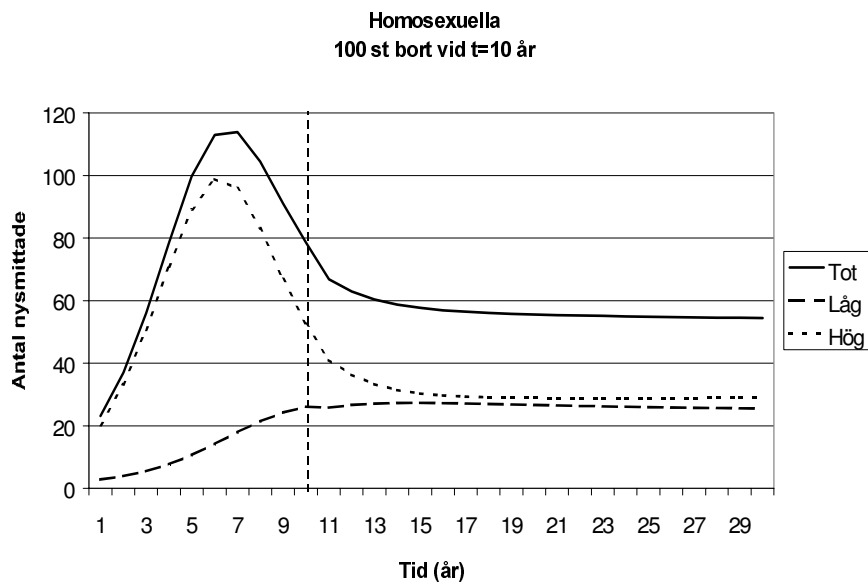
1. Smittade ändrar sitt beteende, t.ex. genom att *alltid* använda kondom vid sexuella kontakter.
2. Smittade isoleras, utvandrar eller på annat sätt slutar delta i smittspridningen.

Dessa två kallas nedan att ett visst antal smittade "räknas bort" ur epidemin.

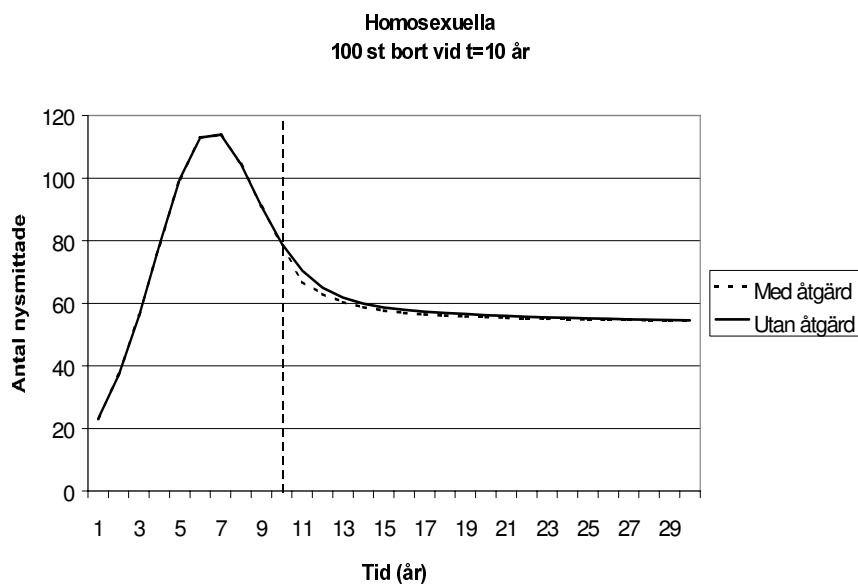
Homosexuella gruppen

Åtgärd 1: 100 st. högaktiva smittade "räknas bort" vid tid = 10 år.

Vid tillfället för åtgärden sker en liten tillfällig nedgång i incidensen (figur 6 och 7). Epidemin återhämtar sig dock snabbt till samma nivå som tidigare.

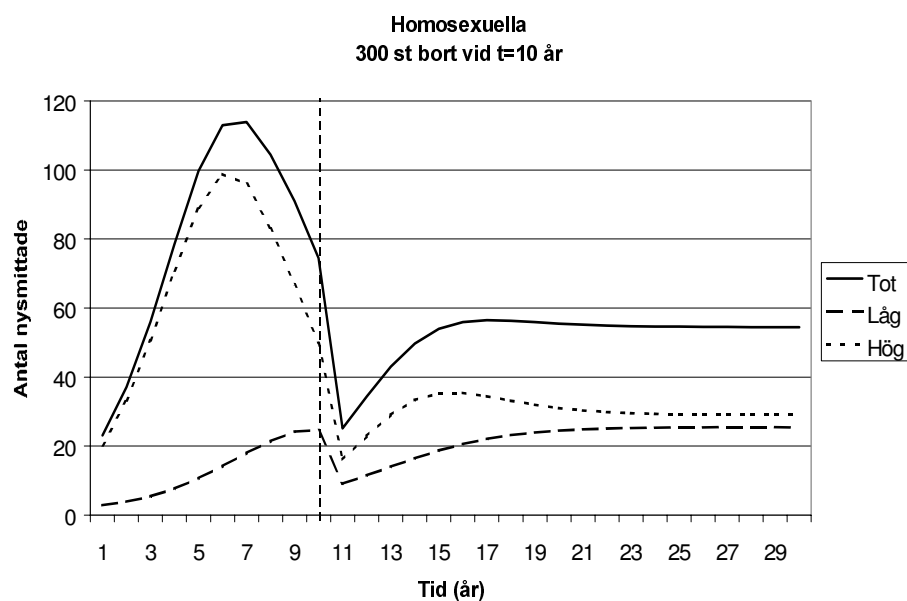


Figur 6. Incidens. Homosexuella. 100 st. högaktiva "räknas bort" vid $t = 10$ år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet lågaktiva nysmittade och prickad linje visar antalet högaktiva nysmittade.

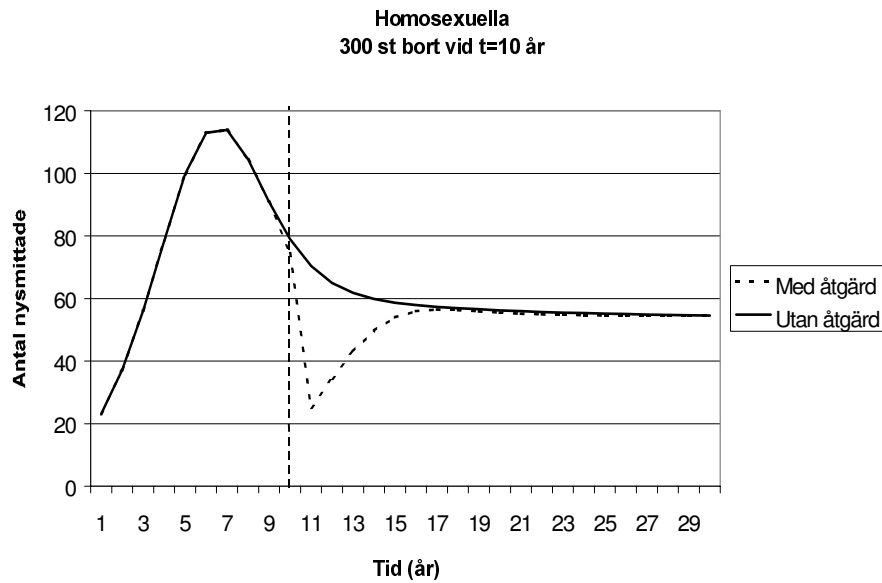


Figur 7. Incidens. Homosexuella. 100 st. högaktiva "räknas bort" vid $t = 10$ år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, prickad linje visar totala antalet nysmittade med denna åtgärd.

Åtgärd 2: 300 st. högaktiva smittade "räknas bort" vid tid = 10 år.
 Vid tillfället för åtgärden sker en kraftig nergång i incidensen (figur 8 och 9). Denna återhämtar sig dock snabbt för att sedan stabilisera sig på samma nivå som tidigare.



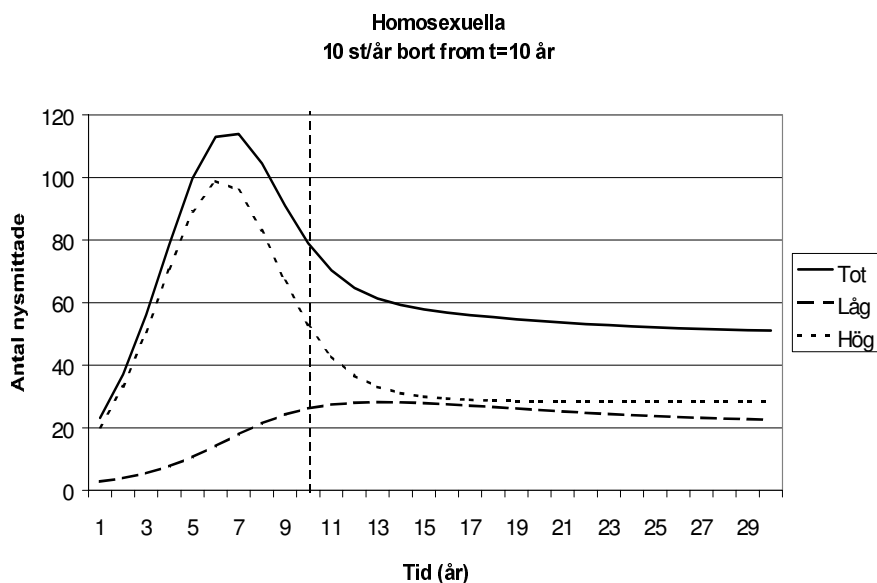
Figur 8. Incidens. Homosexuella. 300 högaktiva "räknas bort" vid t = 10 år. Helledragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet lågaktiva nysmittade och prickad linje visar antalet högaktiva nysmittade.



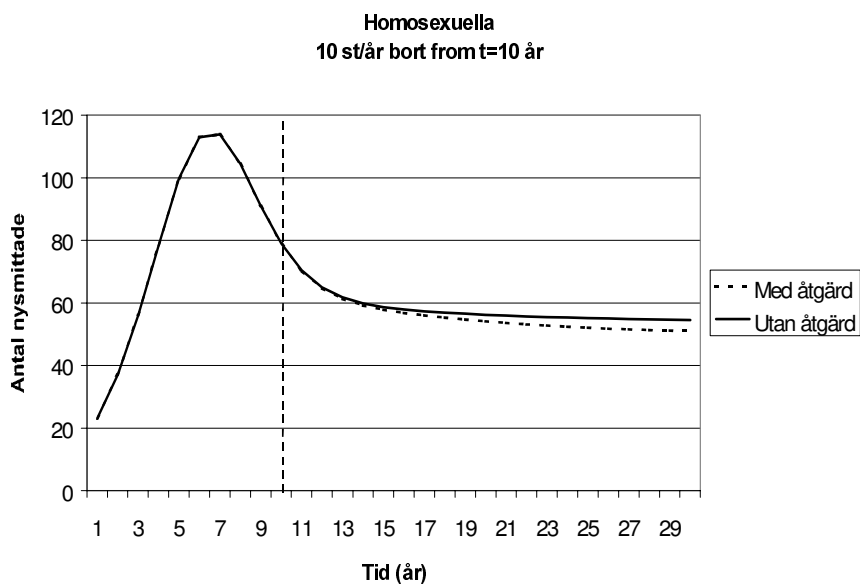
Figur 9. Incidens. Homosexuella. 300 högaktiva "räknas bort" vid $t = 10$ år. Helden linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, prickad linje visar totala antalet nysmittade med denna åtgärd.

Åtgärd 3: 10 st. högaktiva smittade "räknas bort" varje år from tid = 10 år.

En svag nedgång i incidensen kan tydas efter ca 5 år av åtgärder (figur 10 och 11). Genom att varje år plocka bort smittade kommer antalet smittade att vara lägre, vilket ger upphov till färre nysmittade. Det dröjer dock ganska länge innan effekterna blir märkbara.



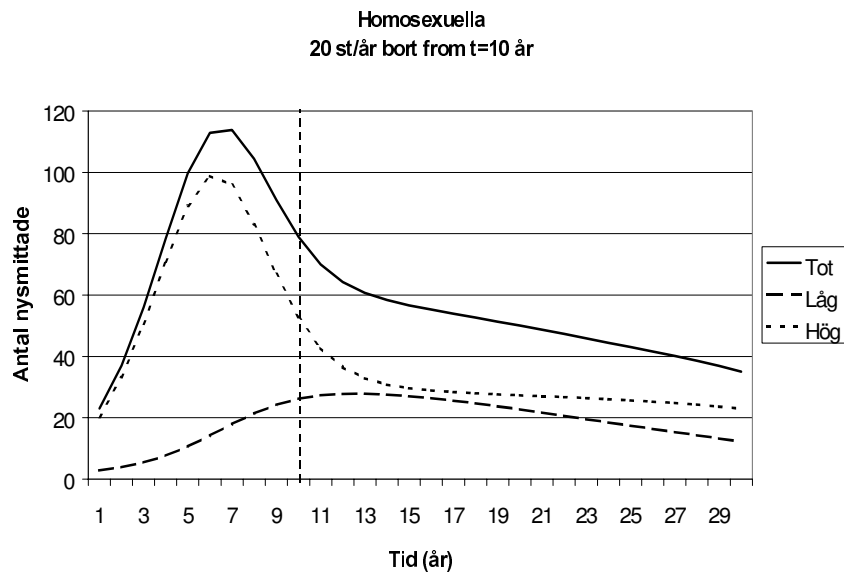
Figur 10. Incidens. Homosexuella. 10 st./år högaktiva "räknas bort" from t = 10 år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet lågaktiva nysmittade och prickad linje visar antalet högaktiva nysmittade.



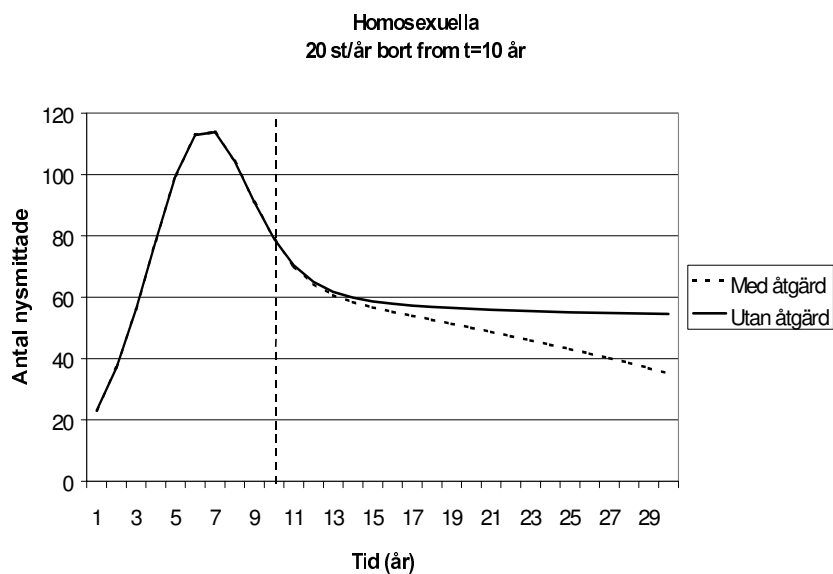
Figur 11. Incidens. Homosexuella. 10 st/år högaktiva "räknas bort" from t = 10 år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, streckad linje visar totala antalet nysmittade med denna åtgärd.

Åtgärd 4: 20 st. högaktiva smittade "räknas bort" varje år from tid = 10 år.

Efter ca 5 år av åtgärder syns nu en tydligare nedgång i incidensen (figur 12 och 13).



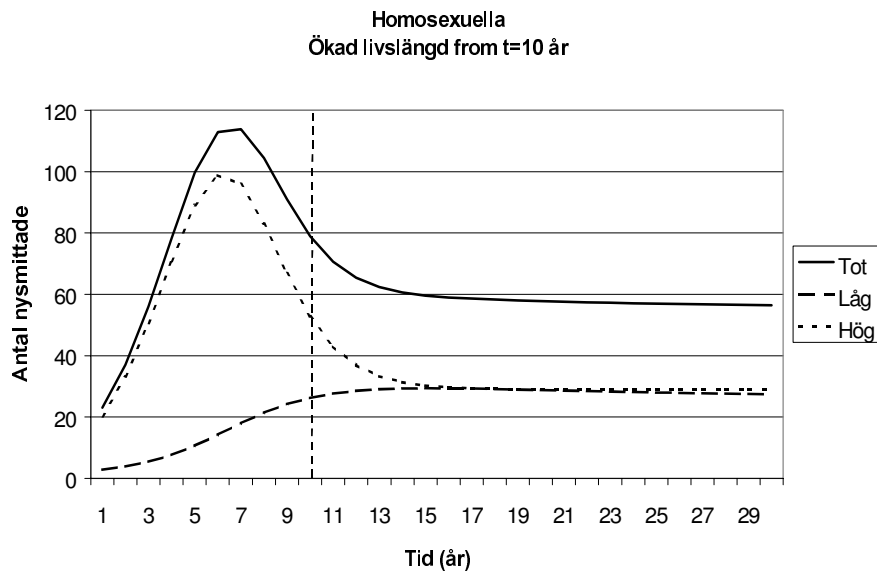
Figur 12. Incidens. Homosexuella. 20 st/år "räknas bort" from t = 10 år. Hel-
dragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet lågaktiva
nysmittade och prickad linje visar antalet högaktiva nysmittade.



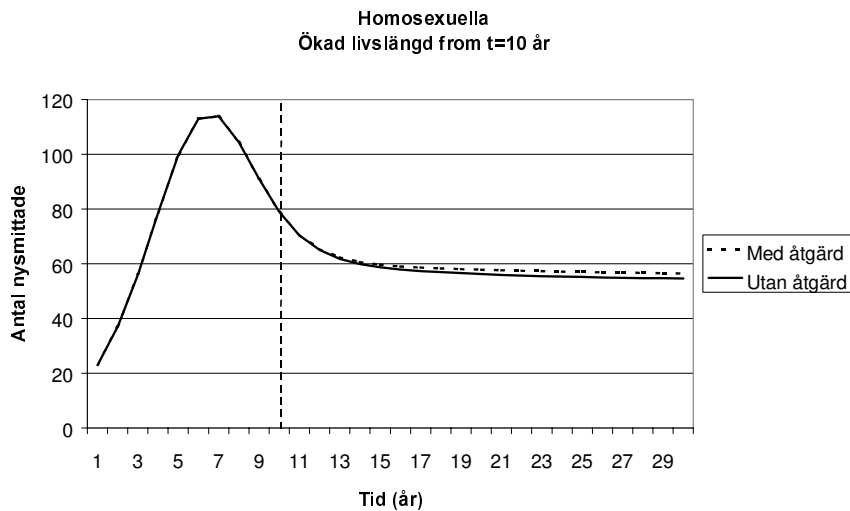
Figur 13. Incidens. Homosexuella. 20 st/år "räknas bort" from t = 10 år. Hel-
dragen linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, prickad linje vi-
sar totala antalet nysmittade med denna åtgärd.

Ökad livslängd:

Om man ökar livslängden hos de HIV-smittade, t.ex. genom medicine-
ring, kommer dessa att ge upphov till en högre incidens (figur 14 och
15). Genom att de smittade lever längre hinner de smitta fler innan de
dör. Här tas dock ingen hänsyn till vilka andra bieffekter som kan fås
vid en sådan åtgärd, t.ex. lägre smittsamhet eller lägre smittbenägenhet.



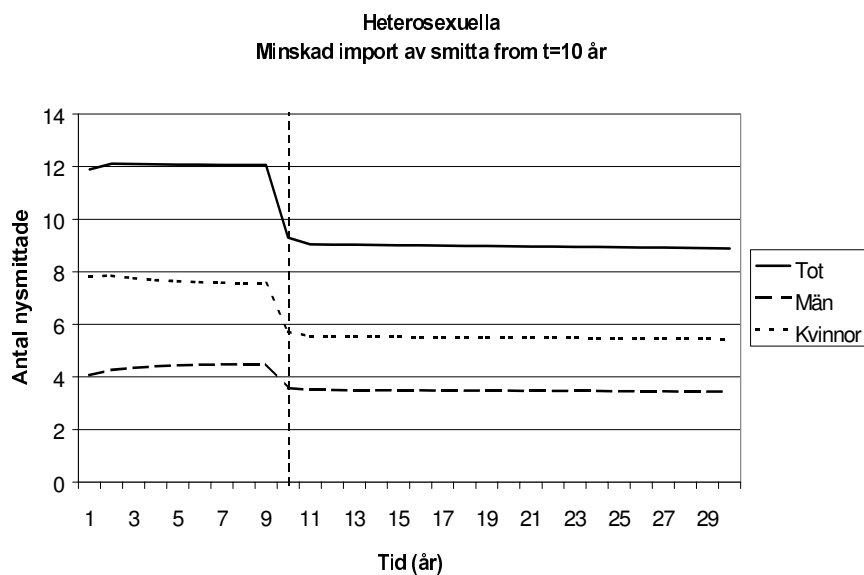
Figur 14. Incidens. Homosexuella. 2 % döda/år av sjukdom, istället för 5 % i tidigare simuleringar. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet lågaktiva nysmittade och prickad linje visar antalet högaktiva nysmittade.



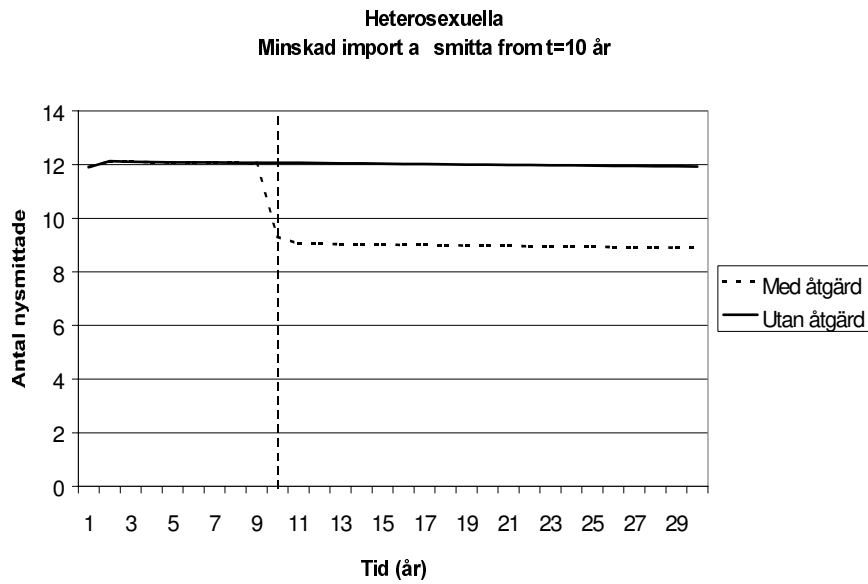
Figur 15. Incidens. Homosexuella. 2 % döda/år av sjukdom, istället för 5 % i tidigare simuleringar. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, prickad linje visar totala antalet nysmittade med denna åtgärd.

*Heterosexuella gruppen**Minskad import av smitta*

Om man lyckas halvera importen av smitta till den heterosexuella gruppen genom t.ex. ökat skydd vid kontakter utomlands, kommer antalet nysmittade att minska (figur 16 och 17).



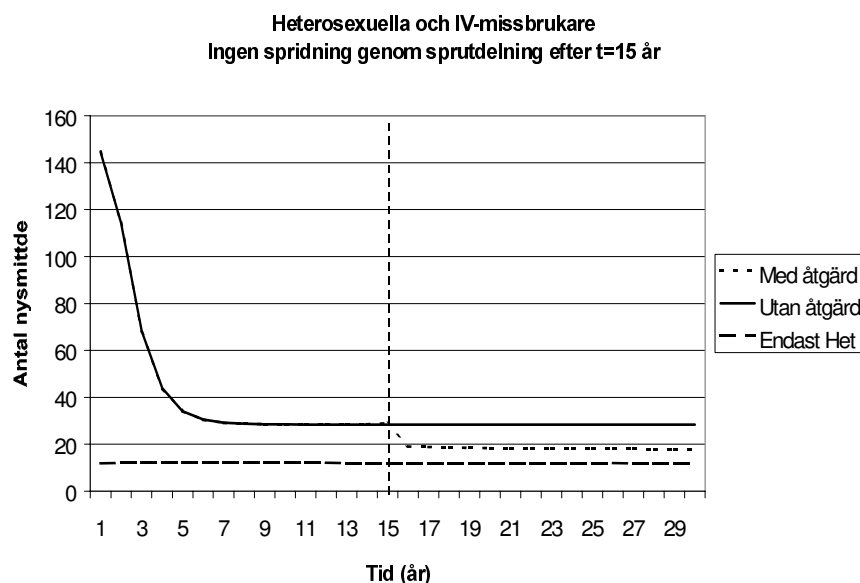
Figur 16. Incidens. Heterosexuella. Halverad import av smitta from tid = 10 år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade, streckad linje visar antalet nysmittade män och prickad linje visar antalet nysmittade kvinnor.



Figur 17. Incidens. Heterosexuella. Halverad import av smitta from tid = 10 år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, prickad linje visar totala antalet nysmittade med denna åtgärd.

Ingen sprutdelning

Om man lyckas eliminera den smittspridning som sker genom sprutdelning kan smitta endast spridas genom sexuella kontakter. Detta innebär att de intravenösa missbrukarna kan flyttas till den heterosexuella gruppen. Fler kommer nu att smittas sexuellt i den nya sammanslagna gruppen (Het + IVDU) men totalt kommer färre att smittas då ingen smitta sker genom sprutdelning (figur 18).



Figur 18. Incidens. Heterosexuella och IV-missbrukare. Ingen spridning genom sprutdelning efter t = 15 år. Heldragen linje visar totala antalet nysmittade utan denna åtgärd, prickad linje visar totala antalet nysmittade med denna åtgärd medan streckad linje visar antalet smittade i den ursprungliga heterosexuella gruppen.

Slutsats

I de två grupperna "Homo/bisexuella män" och "Intravenösa missbrukare" underhålls epidemin nästan helt av relativt små grupper med hög kontaktintensitet. Från dessa "core groups" sker sedan ibland spridning till personer med låg kontaktintensitet, men i de (mycket större) grupperna med låg intensitet saknas förutsättning för vidare spridning.

I dessa två grupper skedde en mycket snabb spridning tidigt i epidemin, så att en form av mättnad uppnåddes. Den aktuella nysmittan sker fr a till personer som "åldras in" i dessa högaktiva grupper.

Bland heterosexuella spelar kontakter utomlands och invandringen till Sverige en dominerande roll. Här förefaller knappast finnas någon tillräckligt stor grupp med tillräckligt hög kontaktintensitet för att på egen hand underhålla en epidemi.

Ett tidsbegränsat ingrepp mot smittspridningen kommer inte att ha någon effekt på sikt; epidemin återhämtar sig ganska snart. Ett mer kontinuerligt ingrepp, där årligen ett antal personer förhindras att delta i smittspridningen, kommer att ha mer effekt. Effekten blir dock

mindre än förväntat, eftersom deras platser till viss del kommer att fyllas upp av andra, osmittade personer.

Den ovan presenterade modellen är en grov förenkling av verkligheten. Man kan ifrågasätta om det överhuvudtaget är möjligt att modellera mänskligt sexualbeteende på ett meningsfullt sätt. Speciellt svårt blir det att modellera en epidemi, där kunskap om epidemin i sig påverkar förändringar i beteendet. Vi tror dock att modellen pekar på några viktiga drag i hur HIV-epidemin utvecklats i Sverige, och på vilka effekter tänkbara insatser skulle kunna ha.

Referenser

- [1] Anderson R.M. and May R.M., (1991). *Infectious diseases of humans, dynamics and control*. Oxford science publications.
- [2] Lewin B., (red). (1996). *Sex i Sverige*. Uppsala universitets förlag.
- [3] Westrell M., (1996). *Livsstil och sexualitet hos homosexuella män – En beskrivning och analys av Venhälskohorten 1983–1993*. dupilc.
- [4] Giesecke J., Ramstedt K., Ripa T., Rådö G., Scalia-Tomba G-P., Westrell M., (1990). *Partner notification for HIV in Sweden*. Lancet; ii: 508.

Bilaga 5

”Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna hända mig”

Rapport från intervjuer med personer som kallats till test på grund av
risk för hivinfektion

*Christina Persson
Gunilla Östlund*

Innehåll

Sammanfattning.....	103
Inledning.....	103
Metod och Genomförande.....	104
<i>Kontaktspårning</i>	104
<i>Intervjuerna</i>	106
Resultat.....	108
<i>Test</i>	108
<i>Rådgivning</i>	108
<i>Kontaktspårningen</i>	108
<i>Testa sig eller inte</i>	109
<i>Uppfattning om hivpositiva</i>	109
<i>Skyldighet att informera</i>	110
<i>Testning av kontakter</i>	110
<i>Uppfattning om smittorisker</i>	111
<i>Frågor om hivtest till ny partner</i>	112
<i>Om en blivande partner säger sig vara hivpositiv</i>	112
<i>Reaktioner på att en partner säger sig vara negativ</i> ..	112
<i>Möjligheten att en partner skulle kunna vara positiv</i> ..	112
<i>Kunskap om skyldighet att testa sig</i>	113
<i>Ansvarsfördelningen i den enskilda relationen</i>	113
<i>Hur minska spridningen av hiv</i>	114
<i>Samhällets ansvar</i>	114
<i>Efterkommentarer</i>	116
Diskussion.....	116
<i>Riskuppfattning</i>	120
Ordförklaringar.....	122
Referenser.....	123
Bilagor.....	124
<i>Patientinformation</i>	
<i>Intervjuformulär</i>	

Sammanfattning

Denna rapport har sitt ursprung i ett uppdrag från 1996 års Smittskyddskommitté. Syftet har varit att öka kunskapen om personer som varit utsatta för risk att smittas av hivinfektion och som anmanats till provtagning i samband med kontaktspårning.

Rapporten baseras på en intervjuundersökning utförd på Infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus och Infektionsmottagning 2, Huddinge sjukhus hösten 1997. 13 personer har tillfrågats av de kuratorer som utfört kontaktspårningen om de vill låta sig intervjuas, varav nio personer accepterade. Fem kvinnor och fyra män har intervjuats om sin inställning till kontaktspårning, testning och smittskyddslagens regler i fråga om testning samt den enskildes och samhällets ansvar. Man har också redovisat sin uppfattning om hivpositivas informationsskyldighet, smittorisker, beredskapen inför att träffa på en hivpositiv partner och inställningen till att en blivande partner är hivpositiv.

Drygt hälften av intervjupersonerna hade inte haft en tanke på att de själva skulle kunna vara i riskzonen för hivinfektion.

Intervjupersonerna var genomgående positiva till att kontaktspårning sker, även om man uppfattade det som plågsamt att bli kontaktad i ett sådant sammanhang. Ingen tyckte att man hellre skulle avstått från att bli kontaktad, utan alla ansåg att det var viktigt att få veta om man var smittad av hiv eller inte. Man ansåg även att samtliga kontakter till hivpositiva skall testas för att förhindra smittspridning. Åsikterna gick isär om hur detta skulle gå till i de fall där det inte är möjligt att förmå en kontakt att testa sig frivilligt.

Angående ansvarsfördelningen i den enskilda sexuella relationen dominerade åsikten att det är den hivpositive som har största ansvaret. Alla utom en var dock noga med att betona att även den andra parten i en relation har ett ansvar att skydda sig.

Rapporten innehåller även en kort beskrivning av metodiken i kontaktspårningsärenden.

Inledning

Enligt smittskyddslagen 1988:1472 skall den person som blivit smittad av en samhällsfarlig sjukdom lämna uppgift om den eller de som smittan kan ha kommit från och förts vidare till (SmL §14). Behandlande läkare är formellt ansvarig för att smittspårning utförs (SmL §18) och arbetsuppgiften är ifråga om hivinfektion oftast delegerad till kurator. Smittspårning benämns enligt rådande praxis kontaktspårning och kommer i fortsättningen att kallas detta i föreliggande rapport.

1996 års Smittskyddskommitté har tillsatts för att se över den nuvarande smittskyddslagen. Som ett led i utredningsarbetet vill kommittén öka kunskapen om personer som varit utsatta för risk och som anmanats till provtagning på grund av att de i samband med kontaktspårning blivit uppgivna som sexuella partners eller att ha delat injektionsverktyg med en hivinfekterad person. Målsättningen är att öka kunskapen om dessa personers attityder till smittskyddslagens bestämmelser om bland annat kontaktspårning, undersökningsskyldighet samt uppvisande av eventuella beteendeförändringar efter provtagning.

Uppdraget att utreda detta har gått till kuratorerna Christina Persson, Infektionskliniken, Huddinge sjukhus och Gunilla Östlund, Infektionskliniken, Danderyds sjukhus.

För att undersökningen skulle vara möjlig att genomföra inom den tidsram som givits har den utförts som en kvalitetsuppföljning av pågående arbetsformer och ej prövats i etisk kommitté.

Metod och Genomförande

Kontaktspårning

För att ge en bakgrund till hur intervjupersonerna kallats lämnas nedan en kort redogörelse för de metoder som vanligen används på infektionsklinikerna på Danderyds och Huddinge sjukhus. Metoden har sin grund i kontaktspårning i STD-ärenden och har finslipats och vidareutvecklats under den senaste tioårsperioden. De kuratorer som arbetar inom hivspecialiteten samråder regelbundet i frågor runt metodik under utbildningsdagar och seminarier med avsikten att människor skall erbjudas ett kvalitetsmässigt likartat omhändertagande på infektionskliniker och STD-mottagningar landet runt.

I samband med att en person får en hivdiagnos träffar han/hon som regel en kurator för krissamtal, psykosocialt stöd och kontaktspårning. Det senare kan förefalla vara ett hinder för ett framgångsrikt stöd och är så i enstaka fall. Oftast är det dock en del av ett tankearbete som faller sig naturligt för patienten. Flertalet funderar utan anmodan kring frågan om vem som kan ha smittat dem och om de kan ha smittat någon annan. Det är emellertid ofta svårt att själv ta dessa kontakter eftersom den hivpositive är upptagen av sina egna starka känslor inför det som har hänt. Att möta andras rädsla och ångest kan bli för mycket. Dilemmat kan dock lösas vad gäller andra kontakter än de mest närstående genom att överlämna uppgiften till kuratorn. Man får inte veta om dessa andra blivit infekterade, eftersom kuratorn har tystnadsplikt, men har gjort vad man kan för att hjälpa den som kan ha blivit smittad.

I kontaktspårningssamtalen krävs respekt för patientens integritet i kombination med förmåga att ställa de rätta frågorna. Individens sexuella beteende är det mest privata. Många har svårt att tala om det och en del har kanske inte ens något språk för sexualitetens olika företeelser, vilket kan vara fallet i vissa invandrargrupper. En ung muslimsk kvinna kan till exempel uppleva information om sexuella förhållningsregler och frågor om smittvägar som mycket kränkande. En man som har sexuella kontakter med andra män kan på en fråga om han är homosexuell sanningsenligt svara nej eftersom han inte alls känner igen sig i den beskrivningen. Uttrycket "som man frågar får man svar" har stor relevans för den som arbetar med kontaktspårning.

Det är av olika skäl inte alltid möjligt att spåra alla kontakter till en nyupptäckt hivpositiv person. Bristfälliga eller alltför gamla uppgifter, anonyma kontakter eller att patienten har glömt, är några av orsakerna. Ifråga om patienter som vid diagnostillfället konstaterats ha varit smittade under många år kan kontaktspårningsarbetet vara än mer komplicerat. Det försåras eller omöjliggörs kanske helt om patienten har svåra sjukdomssymtom vid diagnosen.

De partners som patienten väljer att själv informera erbjuds läkar-samtal och kuratorsstöd i samband med test. Övriga sexuella kontakter och personer som delat sprutor med den hivpositive kallas av kuratorn. Personen får ett brev där han/hon ombeds höra av sig i ett angeläget ärende, men det framgår inte av brevet vad ärendet gäller. Först när personen tar telefonkontakt med kuratorn lämnas besked om att det föreligger risk för hivinfektion. Detta tillvägagångssätt har sin grund i att det vanligen finns ganska sparsamma uppgifter om kontakten vid utredningstillfället och att det är angeläget att informationen om risken för smitta inte kommer i orätta händer.

Vid utskick av brev följs särskilda rutiner för att så långt det är möjligt försäkra sig om att kontakten kan bli omhändertagen snabbt efter att brevet har kommit fram. Det gäller att se till att brevet inte når adressaten i anslutning till en helg utan i början av veckan, liksom att kunna vara tillgänglig på telefon och för besök samma dag. Det måste även finnas provtagningstid, återbesökstid och läkartid i anknytning till provsvar som gardering vid positivt utslag på testet.

Varje test som tas kan ge upphov till ett hivpositivt besked, varför det är av stor vikt att ge utrymme för rådgivningssamtal i lugn och ro, samt att provsvar ges vid personligt återbesök och inte per brev eller telefon. Den som testas måste ges möjlighet till åtminstone någon grad av känslomässig förberedelse inför väntan på provsvar och ett eventuellt positivt prov.

Den som själv efter moget övervägande beslutar sig för att ta ett hivtest har i allmänhet gjort en riskbedömning och en prövning av sina

möjligheter att klara av att få ett positivt provsvar. Situationen ser ofta helt annorlunda ut för den som får besked av kurator eller patient om att man haft sexuell kontakt eller delat sprutor med en hivinfekterad person. Den psykologiska beredskapen är låg hos dessa personer. Beskedet orsakar starka krisreaktioner, rädsla och förtvivlan. Det kan ha gått lång tid sedan den aktuella kontakten, nya relationer har uppstått, barn har blivit till och fötts. Möjligheten att man skulle kunna vara hivinfekterad innebär också en risk att andra närstående kan vara smittade.

Kontaktspårning kräver ett varsamt handlag och bör utföras av personal med kompetens för krissamtal och stödjande kontakter. Den som på detta sätt får besked om att han/hon är i riskzonen för att vara smittad av hiv är oftast mycket oförberedd på denna möjlighet. Hos informerande personal krävs förmåga att kunna trösta och lindra ångesten samt att bedöma och påkalla mer omfattande stödinsatser vid behov.

Intervjuerna

Undersökningen har utförts bland kontakter till nydiagnosticerade hiv-positiva personer på Infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus och Infektionsmottagning 2, Huddinge sjukhus under perioden 970801–971130.

Intervjupersonerna har kontaktats via sedvanlig kontaktspårning. I samband med eller efter ett negativt hivtest har de informerats om undersökningen och tillfrågats om de vill delta. De har även fått en skriftlig information (bil. 1). I tre fall har intervju skett i direkt anslutning till att provsvar lämnats ut. I sex fall har personerna kontaktats i efterhand och kommit särskilt för att bli intervjuade.

Önskemålet från Smittskyddskommittén var deltagande av minst 10 personer, i huvudsak kvinnor. Nio personer har accepterat att delta i intervjuundersökningen. De är fem kvinnor och fyra män. Den yngsta personen är 26 år, den äldsta 53 år. Samtliga har svenskt eller nordiskt ursprung. Fem kvinnor har varit utsatta för risk för smitta genom sexuell kontakt med en man, en bisexuell man genom sexuell kontakt med en man eller en kvinna, två homosexuella män genom kontakt med en man samt en man genom sprutdelning.

Intervjupersonernas relation till indexpatienten var i fyra fall okänd för dem själva på grund av att de kallats av kurator. I ett fall trodde kontakten att det rörde sig om en tillfällig relation och i övriga fyra fall var det en fast relation vid det tillfälle då risk för smittoöverföring fanns. Av de sistnämnda fyra hade tre fått besked av indexpatienten och en hade själv räknat ut vem som uppgivit hans namn.

Under den aktuella tidsperioden har 31 nyupptäckta hivpositiva patienter knutits till Infektionsmottagning 2, Huddinge sjukhus och Infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus. Av dessa var 10 kvinnor och 21 män. 25 personer har svenskt ursprung. De övriga kommer ifrån Eritrea, Etiopien, Finland, Marocko, Ryssland, Somalia, Sydafrika, Thailand och Zambia. Sju personer är smittade i annat land och har inga svenska kontakter. 24 personer har tillsammans uppgivit 37 kontakter i Sverige. Kontakterna fördelade sig på följande sätt:

- 4 var positiva vid testning
- 6 var positiva vid tidigare testning
- 1 var negativ vid tidigare testning
- 3 testades på annan mottagning
- 1 var ännu ej spårad
- 4 tillfrågades men avböjde
- 4 överlämnades till Smittskyddsläkaren på grund av bristfälliga adressuppgifter
- 5 tillfrågades ej: 1 nyanländ till Sverige, 2 på grund av psykisk insufficiens, 2 av okänd orsak
- 9 deltar

Intervjuerna bygger på ett formulär med både strukturerade och öppna frågor (bil. 2). Frågorna i intervjuformuläret bygger till större delen på specifika önskemål från Smittskyddskommittén. Utgångspunkten för rapporten är de osmittades perspektiv. Vår tolkning av detta begrepp innebär att kontakten är testad och har fått sitt provsvar när intervjun utförs, vilket medför att frågor av typen " Hur stor bedömer han risken är att han är smittad nu?" då inte blir tillämpliga. Vi ansåg det inte försvarbart att utföra intervjuerna innan kontakterna hade fått svar på hivtestet med tanke på den press personerna ändå var utsatta för. En sådan intervju skulle sannolikt inte heller ha givit svar på något annat än hur människor kan bete sig i kris.

Varje intervju tog mellan 45 och 90 minuter att genomföra. Anledningen till den stora skillnaden i tidsåtgång är att vi lämnat möjlighet att ta upp frågor och reflexioner som väckts av den uppkomna situationen. Vi har också lämnat erbjudande att vid behov ta kontakt med den kurator som ursprungligen kallat via kontaktsparningen.

Resultat

Test

Samtliga nio intervjupersoner var tidigare testade. Fem hade testat sig en gång tidigare, fyra mer än en gång. Flest test hade en man som testat sig sju gånger.

Orsaken till att test tagits var i 12 fall allmän försiktighetsåtgärd och i tre fall screening. Två tester erbjöds i samband med hälsokontroll. Fyra tester togs på grund av upplevd risk för hiv, samt en test för misstänkta sjukdomssymtom. Den man som testat sig sju gånger hade i samtliga fall gjort detta som allmän försiktighetsåtgärd. Ingen var tidigare kallad via kontaktsparning.

Nio test var gjorda på hivmottagning, två på företagshälsovård, tre på mödravårdscentral, två på STD-mottagning, en på alkoholmottagning, en på akutmottagning, tre på vårdcentral samt en på läkarmottagning i annat land.

Rådgivning

Av 22 gjorda test har nio skett i samband med rådgivning och i samtliga fall på en specialistmottagning för hiv. Ingen rådgivning har skett i samband med tester tagna inom företagshälsovård, mödravårdscentral, vårdcentral eller annan läkarmottagning. Den man som testat sig sju gånger på hivmottagning hade i samtliga fall fått rådgivning och var nöjd med denna. Han hade dock utsatt sig för risk efter den senaste rådgivningen och uppger att detta berodde på att han och den nya partnern båda hade ganska nytagna test. Han tror inte att rådgivningen skulle ha kunnat innehålla något som fått honom att inte ta risken, eftersom han gjorde ett val att lita på sin partners muntliga uppgifter om negativt provsvar. En annan man som vid två av fyra testtillfällen varit på hivmottagningar var nöjd med dessa rådgivningar. Han menade att han inte utsatt sig för risk efter dessa tillfällen.

Kontaktsparningen

Sex personer blev kallade genom kurator och övriga tre genom indexpatienten. De sex som kallades av kurator fick första kontakt genom brev. Av de övriga tre fick två besked genom personligt samtal och en per telefon.

Samtliga som blivit kontaktade av indexpatienten var nöjda med det förfaringssättet. De som kallats av kurator var i princip nöjda med sättet att bli kontaktade på: *"Bra brev, bra omhändertagande."* – *"Blev skärrad, när jag fick brevet, men hade reagerat lika starkt hur kallelsen än gått till."* I två fall fick personerna inte kontakt med kuratorn genast och upplevde detta som mycket stressande. *"Bra och dåligt. På grund av att jag var borta fick jag brevet en fredag och kunde inte få tag på kuratorn genast. Misstänkte inte hiv då, men något annat obehagligt."*

Åtta av nio skulle inte vilja bli kontaktade på något annat sätt. En person skulle däremot inte ha velat få besked på telefon att hon varit utsatt för risk att bli smittad av hiv utan istället ha blivit kallad till mottagningen och där fått veta vad saken gällde: *"Telefon är så opersonligt och jag vill bli ledsen och orolig tillsammans med kuratorn."*

Testa sig eller inte

Om valet varit fritt att testa sig eller inte skulle samtliga ha testat sig. En kvinna skulle dock ha väntat ett tag på grund av att hon var extremt spruträdd. *"Måste få ta det i min egen takt"* De övriga ville testa sig. Det främsta skälet var att de själva ville veta. En annan synpunkt var att de vill förhindra smittspridning: *"För att bryta kedjan."* – *"För att få veta, i första hand för min egen skull, i andra hand för min pojkväns."* – *"Risken var stor att jag var smittad och behövde medicin."* – *Med tanke på nya relationer. Vill inte utsätta någon annan för risk."* – *"För att få bekräftelse."* – *"Främst för min egen skull, för att kunna ta itu med det så tidigt som möjligt. Men även för andras."* – *"Vill själv veta – har vänner som inte vågar testa sig och den oron dom känner hela tiden vill jag inte gå igenom."*

Uppfattning om hivpositiva

Sju av intervjupersonerna tror att hivpositiva kan tänkas ha sex med någon annan utan att berätta om sin infektion: *"Har förstått att alla inte gör det, från tidningar och TV."* – *"De är rädda för att bli bortstötta, folk har så mycket fördomar. De flesta har nog säker sex för att det inte ska drabba andra. Men det finns ju sjuka personer."* – *"Tror att jävligt många ljuger i ett sånt läge, för då blir det ju ingenting."*

Två personer utgår ifrån att alla berättar om sin diagnos: *"Räknar med att människor är öppna och raka."*

Fyra tror att den som missbrukar narkotika inte talar om att han/hon är hivpositiv vid sprutdelning: *"Knarket styr." "Det har ingen prioritet för dom."*

Tre tror emellertid att man i detta läge berättar om sin hiv då det finns en tanke att missbrukare är ärligare mot varandra: *"Missbrukare är ärligare mot varandra." – "Lättare är vara ärlig med sprutdelning än med sex."*

Två av de tillfrågade hade ingen uppfattning i frågan.

Skyldighet att informera

Sju av nio anser att den hivpositive skall vara skyldig att informera om sin hiv i ovanstående exempel: *"Det finns ändå en risk och var och en måste få avgöra om man vill ta den risken." – "Det vet man ju hur det är med passion och lust – det är viktigt att båda vet."*

De övriga två personerna, båda homosexuella män, ansåg emellertid inte att man som hivpositiv var tvungen att informera om detta i ovanstående fall. Den ene menar att det synsättet inte påverkar honom i hans eget beteende. Den andre säger: *"Tidigare har det varit så att jag haft skydd de första gångerna, sedan tagit upp frågan med partnern men sedan släppt det efter en längre relation när man trott att partnern varit negativ."*

Testning av kontakter

På frågan om alla sexuella kontakter till en hivpositiv person skall testas svarade samtliga ja: *"Bäst för alla inblandade att ändå få veta." – "För allas skull." – "För att skydda och ge hjälp så tidigt som möjligt." – "Bra sätt att snappa upp vissa på vägen. Bra väg att gå."*

Samma resultat gav frågan om alla som delat spruta med en hivpositiv person skall testas: *"Ännu viktigare, då det är större smittorisk, eller hur?" – "Samma som ovan – förhindra smittspridning."*

Fem intervjupersoner anser att man skall kunna tvinga en person att testa sig som trots upprepade kallelser inte gör detta: *"Man bör gå vidare för att tvångstesta personen för att förhindra vidare spridning." – "Det är svårt. Kallad till något samtal. Man skall kunna tvingas till att testa sig, men det är en mycket svår fråga att svara på eftersom det kan se så olika ut."*

Tre uttryckte en avvikande mening: *"Inte tvinga – erbjuda samtal och ge föreskrifter tills vidare. Jättesvårt om personen vägrar samarbeta. Tycker inte att man kan spänna fast och tvinga. Det måste få*

mogna hos individen själv." – "Antingen kräva att man lever som hivpositiv eller att man bötfälls. Tycker inte att man skall kunna testas under tvång."

En person tror att man mår bättre av att veta, men vet inte någon lösning på problemet.

Sju kunde inte se några skäl att undanhålla sexuella kontakter i samtal med läkare/kurator i samband med kontaktspårning. Syftet står här i förgrunden.

En person kunde dock tänka sig att undanhålla sådana uppgifter: *"Ja, kanske en kontakt som jag skäms för att jag haft, t.ex. med en underårig eller prostituerad kille."*

En person svarade både ja och nej: *"Jag skulle uppge dom jag vet namnet på. Skulle inte informera om att det t.ex. funnits någon anonym kontakt utomlands."*

Uppfattning om smittorisker

	Stor	Liten	Ingen
Vaginalsex	7	2	
Oralsex, hivpositiv aktiv*	6	3	
Oralsex, hivpositiv passiv*	6	3	
Analsex, hivpositiv aktiv*	9		
Analsex, hivpositiv passiv*	7	2	
Sex med kondom vid utlösning	7	2	
Sex med kondom hela tiden		8	1
Kyssar	1	5	3

*) se Ordförklaringar sid. 122

En av kvinnorna ansåg att båda formerna av analsex innebar stor risk, medan annan sex innebar liten eller ingen risk. En av männen som har sex med män ansåg att oralsex, där den hivpositive är aktiv och analsex, där den hivpositive är passiv innebär liten risk. En person visste inte vad som gäller vid kyssar, men trodde att det borde vara en liten risk om ingen blöder i munnen.

Frågor om hivtest till ny partner

Två personer frågar alltid efter hivtest hos ny partner och fyra aldrig (varav en lever i en pågående långvarig relation).

Tre frågar ibland och två av dessa menar att de i framtiden skulle göra det i en ny relation.

Fyra säger att de också frågar om resultatet på testet. En person menar att hon ibland skulle fråga om resultatet på testen.

Om en blivande partner säger sig vara hivpositiv

Sju av nio säger sig aldrig varit med om att en blivande partner sagt sig vara hivpositiv. Av dessa menar tre att de i en sådan situation skulle avstå helt från sex och tre att de skulle avstå från penetrerande sex: *"Skulle ta avstånd för att jag skulle vara för rädd att bli smittad."* – *"Skulle knappast inleda en relation om jag från början visste att han var positiv."* – *"Skulle inte kunna fungera sexuellt, skulle erbjuda min vänskap."* En säger sig ämna kräva kondom i framtiden.

Två personer, båda kvinnor, hade varit med om den situationen och de hade då krävt kondomanvändning: *"Kan inte avstå totalt från samlag."* – *"Avstår ej från samlag, men så säker sex som möjligt."*

Reaktioner på att en partner säger sig vara negativ

Sex intervjupersoner har varit med om att partnern sagt att han testat sig och är negativ. Av dessa gick fyra med på sex utan kondom och de två övriga krävde kondom i alla fall.

Två personer hade inte varit med om en sådan situation men tror att de skulle gå med på sex utan kondom om det skulle ske.

Den tredje personen som aldrig varit med om en sådan situation tror att hon skulle kräva kondom i alla fall. Hon tillade: *"Svårt att veta eftersom det är en hypotetisk fråga."*

Möjligheten att en partner skulle kunna vara positiv

Fem av de nio hade inte kunnat tänka sig att en sådan situation skulle kunna uppstå: *"Det drabbar inte mig! Ändå känner jag människor som dött i aids."* – *"Egentligen inte. Jag har goda vänner som är bögar och vet att hiv finns överallt men har ändå inte räknat med möjligheten."* – *"Aldrig tänkt att det skulle kunna hända."* Trots denna inställning hade

två av dessa personer, båda kvinnor, testat sig som allmän försiktighetsåtgärd.

De övriga fyra har tänkt tanken att partnern skulle kunna vara positiv. Samtliga av dem hade också testat sig på grund av upplevd risk för hiv alternativt som allmän försiktighetsåtgärd.

Kunskap om skyldighet att testa sig

Endast två personer kände till att man som uppgiven kontakt till någon hivpositiv måste testa sig enligt smittskyddslagen.

Ansvarsfördelningen i den enskilda relationen

Samtliga anser att det är ett delat ansvar men fem menar att huvudansvaret ligger hos den hivpositive (M = man, K = kvinna):

M:– *"Delat ansvar. – Den positive skall se till att det inte sprids vidare! Den negative skall skydda sig om han vet om att den andre är hiv- positiv."*

M:– *"Vet båda om det har båda samma ansvar. Skillnad om den positive inte berättar. Då har denne ett större ansvar."*

M:– *"Den som är smittad. Dock har den som inte är smittad ett ansvar för sig själv."*

M:– *"Om en vet att hon har hiv är det hennes jävla skyldighet att tala om det och att se till att skydd används."*

K:– *"Den som är smittad har huvudansvaret. Den osmittade måste dock också ha ett ansvar. – Det är för stor last helt klart att den hivpositive ska dra hela lasset."*

K:– *"Båda. – Jag måste se om min egen hälsa och min man skulle aldrig vilja att jag blev smittad."*

K:– *"I första hand för den som är hivpositiv men även för den negativa, som måste ta sitt ansvar. – Huvudansvaret måste ligga på den smittade. Den osmittade måste också ta ansvar för att man skall öka chansen att smittan inte sprids. Väljer man att leva i ett för- hållande med någon som är hivpositiv måste man också välja att ta ansvar."*

K:– *"Båda, men den positive har mest ansvar. – För att den är mest informerad. Myndighetsmässigt sett skall ansvaret läggas helt på den smittade för att poängtera vikten."*

K:– *"Båda. Den positive har skyldighet att skydda sin partner. Den negativa har skyldighet att skydda sig. – Mindre risk att smittan sprids vidare om båda tar ansvar."*

Hur minska spridningen av hiv

Sex personer anser att det behövs mer och riktad information. Fyra av dessa framhåller vikten av information till unga i skolorna. En person förespråkar hivtestning i samband med hälsokontroller:

M:– *"Sunda informationsfilmer i bl.a. TV. Ej skrämstaktik."*

M:– *"Information och TV-program. Ungdomsupplysning i skolorna. En reflexion: Mediciner kanske kan innebära att folk tänjer på gränserna. Påverkar dock inte mig själv att ta större risker."*

M:– *"Ingen. Vet ej."*

M:– *"Vet inte om det går att göra så mycket mer. Informationen bland homosexuella har gått fram – man vet riskerna. Tror däremot att det krävs mer information till heterosexuella som tror att detta inte drabbar dom. Det som går fram är "närheten till hiv" snarare än information."*

K:– *"Mer information om risker. Jag har fått helt andra värderingar efter det här. Mer information i skolor t.ex. Jag fick väldigt lite själv. Det är alltför mycket vinkling på narkomaner och prostituerade – riskgrupper – inte på vanliga människor."*

K:– *"Information behövs till ungdomar framförallt. Det har blivit för tamt. Satsa på ungdomar som är mer påverkbara. Folk i min ålder har svårt att ändra sitt beteende om man inte råkar ut för något liknande som jag. Ingen av mina kompisar använder kondom vid tillfällig sex."*

K:– *"Mycket information och att man talar om det."*

K:– *"Information bästa vapnet. Media, radio, TV, för ungdomar i skolan. Narkomaner kanske kan få fria sprutor."*

K:– *"Alla borde hivtestas i samband med hälsokontroller. Tycker inte att man skall få var anonym när man testas sig. Sekretess måste finnas. Tredje person bör skyddas mer än den som är positiv."*

Samhällets ansvar

Två personer förespråkar fria alternativt billiga kondomer. Tre önskar information och ytterligare två nämner samhällets möjligheter att ingripa. En förespråkar testning i samband med hälsokontroller:

- M:– *"Fria kondomer och fria sprutor. Information. Kontaktsparning är bra!"*
- M:– *"Informationen skall vara aktiv. Viktigt med ungdomar. Aktivt läras. Ingrida när någon missköter sig."*
- M:– *"Testa i samband med vanliga hälsokontroller. Testa oftare. Mer åt allmän testning av befolkningen."*
- M:– *"Ett stort ansvar. Kontaktsparning är ett bra sätt att fånga upp folk, men borde inte vara styrt av lagen. "Bastuklubbslagen" har t.ex. en motverkande effekt. Förbud och lagar är ej en framkomlig väg. Man hittar partners i alla fall."*
- K:– *"Lite svårt att svara på den frågan."*
- K:– *"Samhället har ett ansvar men det är viktigt att inte utsätta människor för övergrepp. Viktigt med hänsyn till den personliga integriteten."*
- K:– *"Det måste finnas en smittskyddslagstiftning och möjligheter att ta hand om människor som smittar andra."*
- K:– *"Information det viktigaste. Se till att kondomer är billigt och lättillgängligt."*
- K:– *"Stöd till den som inte vågar testa sig. Individuellt psykologiskt stöd både till den som är hivpositiv och den som är i riskzonen. Mer stöd särskilt till kvinnor."*

Tre anser att samhället tagit sitt ansvar, två svarar både ja och nej, två personer vet inte och två svarar nej:

- M:– *"Ja. Förutom när det gäller sprutor och kondomer."*
- M:– *"Ja. Samhället gör en bra insats utifrån de medel som tillhandahålls."*
- M:– *"Nej. Snarare tvärtom."*
- M:– *"Ja. Om jag själv skulle bli smittad är jag tacksam att jag bor i Sverige."*
- K:– *"Känner inte till så mycket om det."*
- K:– *"Ja och nej. Svårt att svara på men eftersom jag inte tycker att jag borde beröras borde ju något mer ha gjorts. Vet dock inte vad."*
- K:– *"Tycker det är svårt att veta. Tycker att människor vet för lite och borde informeras bättre."*
- K:– *"Både ja och nej. Det behöver göras mer. Det är för dåligt med information numera. Vi får inte veta allt."*
- K:– *"Nej. Inte på området stöd till kvinnor i min situation om jag varit hivpositiv."*

Efterkommentarer

Två intervjupersoner hade efterkommentarer till intervjun:

- *"Stora frågor som jag inte riktigt tänkt på."*
- *"Alla borde fylla i ett sådant här frågeformulär."*

Diskussion

Utifrån det begränsade material som intervjuerna representerar är det viktigt att vara observant på faran med att göra generaliseringar. Intervjuerna får tala för sig själva och ger en uppfattning om hur man kan se på dessa frågeställningar. Det är dock inte möjligt att automatiskt dra slutsatsen att de är representativa för någon större grupp. I de fall där intervjupersonernas uppfattningar sammanfaller med den erfarenhet vi fått i vår professionella verksamhet kommenteras detta.

I intervjugruppen om nio personer har alla hivtestat sig minst en gång. Det kan knappast sägas vara representativt för den svenska befolkningen i stort inom motsvarande åldersgrupper. Trots detta ger resultatet en indikation på att många svenskar i fertil ålder testas i ett flertal olika sammanhang, i synnerhet om man är bosatt i storstadsregionerna. Tre personer, en kvinna och två homosexuella män, är testade mer än två gånger. Underlaget för rapporten är förvisso för litet för att det skall vara möjligt att generalisera, men ifråga om homosexuella män är vår uppfattning att dessa ofta har en hög riskmedvetenhet och att många därför testas regelbundet. Motsvarande är inte fallet ifråga om kvinnor. De testas dock rutinmässigt i samband med graviditeter i det screeningprogram på mödravårdscentraler som funnits under några år, samt vid abort och blodgivning.

De två personer som fått rådgivning i samband med test har båda utsatt sig för risk efter den senaste rådgivningen. Detta skulle ju kunna tolkas som att rådgivningen varit verkningslös eller att det inte spelar någon roll om rådgivning ges eller inte. Det är naturligtvis angeläget att inte dra denna slutsats utifrån det begränsade material som här föreligger. Även ifråga om människor som fortsätter att utsätta sig för risk kan omfattningen av risktagning påverkas av rådgivning. Den som tidigare ofta utsatte sig för riskfylld sex, kanske efter rådgivning istället gör detta endast vid enstaka tillfällen eller ägnar sig åt aktiviteter med lägre risknivå. Utifrån vår erfarenhet påverkar bra rådgivning personen att tänka över sitt eget sätt att fungera och förhålla sig till hiv. Frågan "Hur gör du?" är central i rådgivningen och innebär att personen tvingas lämna det allmänna tyckandet och titta närmare på sig själv. Med detta

som bakgrund är det oroande att så många av sjukvårdens enheter inte använder sig av sin möjlighet att påverka i samband med hivtester.

Samtliga personer är nöjda med att ha blivit kontaktade oavsett om detta skett genom indexpatienten eller kurator. Samtliga skulle dessutom ha testat sig om valet varit fritt. Man föredrar vetskap framför ovetskap, i första hand för sin egen skull, men också utifrån känslor av ansvar mot andra. Det är intressant att notera att endast en person i detta sammanhang nämner tillgången på medicin som skäl till test. Det vore annars rimligt att anta att den ökade möjligheten att få medicin skulle avspeglade sig mer i intervjupersonernas svar. Tydligt är det vetskapen i sig som man ser som det primära.

Man är mycket positiv till kontaktspårning som företeelse över huvudtaget. Alla svarar ja på frågan om alla kontakter till en hivpositiv ska testas. De flesta tror också att de skulle uppge alla kontakter om de själva visade sig vara hivpositiva.

På frågan om vad man ska göra från samhällets sida om någon som utsatt sig för risk inte kommer till test hade man delade uppfattningar. Huvuddelen ansåg att det skulle vara möjligt att testa med tvång, men mer än hälften var också klara över att det är en etiskt mycket svår frågeställning. Man hade olika förslag på alternativ. Någon föreslog att man skulle kunna bötfällas eller att man skulle avkrävas att leva som hivpositiv. En annan menade att man skulle erbjudas samtal och få föreskrifter. Ett par tyckte att frågan var för svår att ta ställning till. Endast två visste att man som uppgiven kontakt till en hivpositiv är tvungen att testa sig enligt smittskyddslagen.

Frågan om hur man löser den konfliktsituation som ibland uppstår när personer inte vill testa sig är enligt vår erfarenhet en av de situationer där det är mycket angeläget att ha ett handlingsutrymme. Bakgrunden till en persons vägran kan vara mycket varierande, men har oftast sin grund i en stark rädsla för att få veta att man är hivpositiv eller för hur man ska klara att bära ett sådant besked. Att tvinga en person att testa sig innebär alltid ett övergrepp hur vällovt syftet än må tyckas vara. Alla andra vägar måste ha prövats innan man tar till detta medel. En annan aspekt är att samhället självklart måste kunna ställa motkrav på den som varit utsatt för risk men inte testat sig. Man skall under den tid man befinner sig i ovetskap leva på ett sådant sätt att man inte riskerar smitta någon annan och även ha skyldighet att hålla kontakt med läkare och/eller kurator för att få information och hjälp att bearbeta sin rädsla. Med tanke på de möjligheter till medicinering och symtomlindring som finns inom dagens hivsjukvård finns också en möjlighet att på sikt nå även svårmotiverade personer. Den som börjar få sjukdomssymtom tar kontakt med sjukvården förr eller senare, hur rädd han/hon än är. De personer som sökt hjälp för sin hivinfektion sent och som kom-

mit i kontakt med hivvården som så kallade "aids från gatan" är påfallande ofta personer som misstänkt att de är hivbärare men som varit skräckslagna för att få sina misstankar bekräftade. De har vanligen haft olika symtom under en lång tid utan att söka vård. Ibland har de sökt på andra sjukvårdsenheter utan att uppge att de är i riskzonen för hivinfektion och utan att bli adekvat diagnosticerade.

De flesta i intervjugruppen tror att hivpositiva personer kan tänkas ha sex eller dela sprutor utan att tala om att de är smittade. Man har noterat massmediabevakningen av brott mot smittskyddslagen och man gör också en egen bedömning av vad som är mänskligt beteende. Ifråga om missbrukares sprutdelning tror man att det är lättare att vara ärlig med detta än ifråga om sexuell kontakt. Vår erfarenhet som hivkuratorer stöder intervjupersonernas uppfattning avseende drogmissbrukares beteende. Under slutet av 80-talet och början av 90-talet har samhällsorganisationen fört en intensiv informationskampanj om hivrisker riktad till intravenösa missbrukare. Dessa har testats i alla sammanhang där det varit möjligt och resultat har visat sig ifråga om sjunkande siffror vad gäller nysmitta. Det visar sig dock att det är betydligt svårare att nå fram med budskap om kondomanvändning än om att undvika dela sprutor (Käll 1995).

Huvuddelen av intervjupersonerna var entydiga i sin uppfattning att den hivpositive skall vara skyldig att berätta för sina partners om hivinfektionen. De två som inte anser detta är båda homosexuella män. Det har tidigare framhållits att det inte går att dra några generella slutsatser av materialet, men ändå avspeglar svaren den skillnad i sättet att se på denna fråga som tidvis varit framträdande i debatten. Det tycks finnas en stark önskan hos en del homosexuella män att inte behöva ta på sig hela ansvaret i detta hänseende, vilket framförts bland annat genom deras intresseorganisationer (RFSL: Hiv – ett virus att leva med).

Drygt hälften av intervjupersonerna frågade ny partner om hivtest åtminstone ibland, av dessa frågade två alltid. Har man frågat efter testet tycks det vara så att man också frågar efter testresultatet. Får man då svaret att det är negativt litar man på detta och går med på sex utan kondom. Två säger att de i framtiden alltid kommer att se till att de själva eller partnern använder kondom.

På frågan om hur man skulle reagera om en blivande partner berättade att han/hon var hivpositiv var reaktionen blandad. Två hade varit med om att ha en partner som var hivpositiv (pågående relationer) där man gick med på eller hade bestämt sig för att gå med på samlag med kondom. Bland övriga som aldrig hade varit med om det trodde en att han skulle kräva kondom, tre att de skulle avstå från penetrerande sex och tre att de skulle avstå helt från sex.

Det är enligt vår erfarenhet ytterst sällsynt att en hivnegativ partner tar sexuellt avstånd från en aktuell partner som visar sig vara hivpositiv. De känslomässiga banden tar överhanden, liksom viljan att lindra i den svåra situationen. Enstaka väljer att inte ha penetrerande sex. Ett fåtal väljer att ha samlag utan skydd ibland eller alltid. Det senare kan bero på oro över att skyddet mot smitta ska förväxlas med avståndstagande mot den älskade. I de fall där vi givits möjlighet att bedriva bearbetande samtal med paret gemensamt eller var för sig visar det sig dessutom ofta att det finns en inneboende oförmåga hos båda parter att värna om sig själva. I den hivpositives fall har det lett till en hivinfektion. I partners fall är risken hela tiden överhängande att detta skall hända även denne. I vissa relationer ligger ansvaret tungt på den som är smittad att ständigt vara den som bevakar att kondom används. Det blir en omöjlighet att ge sig hän i samlaget eftersom han/hon måste se till att partnern har kondomen på. Skuldbördan blir också tung om det visar sig att partnern blivit smittad.

På frågan om vem som har ansvaret för att hiv inte sprids vidare i en relation där en är känt hivpositiv och en negativ ges i lagtexten ett tydligt svar. Där tas inga hänsyn till känslomässiga komplikationer eller bristande samarbete från en partner. Bland intervjupersonerna var åsikterna mer nyanserade och de flesta framhöll att även den negative måste ta ett ansvar, även om de flesta trots allt anser att det största ansvaret ligger hos den hivpositive.

Rörande intervjupersonernas uppfattning om vad som är riskfyllt eller inte vid sexuella kontakter är intervjugruppen tämligen entydig. Man lägger risknivåerna högt ifråga om såväl oral, anal och vaginal sex. En tredjedel av gruppen anser dock att oralsex innebär liten risk och de flesta anser det som nästan säkert att ha kondom på hela tiden. Underlaget är dock inte tillräckligt stort för att det ska gå att dra några slutsatser angående samhällsinformationens genomslagskraft i denna fråga.

Nästan alla efterlyser mer upplysningsverksamhet kring hiv. Man tycks i flertalet fall aldrig ha tänkt sig att det skulle handla om dem själva och tror då att lösningen på problemet är mer information.

Intervjupersonerna uppfattar också samhällets ansvar som ansvaret för att informera befolkningen. På frågan hur man ska kunna minska spridningen av hiv talar ingen om det individuella ansvaret att skydda sig och andra mot sjukdomen, istället efterlyser man förutom information fler allmänna tester vid hälsokontroller och liknande. När intervjupersonerna fick frågan om de ansåg att samhället har tagit sitt ansvar för att förhindra spridningen av hiv tyckte flera att det var svårt att svara på detta, vilket kan förklara de spridda och litet otydliga åsikterna.

Under vårt arbete med nydiagnosticerade hivpositiva personer och med kontaktsparning av dessa har vi noterat att många heterosexuella är påfallande oförberedda på möjligheten att kunna bli smittade av hiv. De intervjuer vi gjort med personer ur denna grupp stöder våra tidigare iakttagelser. Trots all information som givits under åren tycks det finnas stora svårigheter att förstå att man faktiskt kan drabbas av sjukdomen. Fortfarande är övertygelsen att hiv enbart är en risk bland människor som är homosexuella eller missbrukare så dominerande att den tycks vara svår att bryta igenom. Sannolikt har det faktum att de personer som framträtt i massmedia i huvudsak varit just homosexuella eller missbrukare bidragit till att bibehålla missuppfattningen. Informationen att ett mindre antal heterosexuella smittas i Sverige och att en stor del smittas utomlands eller flyttar in med smittan är visserligen helt riktig. Det tycks dock medföra att man mentalt flyttar det hela till en nivå där man själv inte kan beröras, inte ens om man har sex utomlands.

Riskuppfattning

Vid ett par tillfällen i samband med intervjuerna framfördes synpunkten att man trots att faran var över i och med att det inte längre talas så mycket om hiv i massmedia. Man tolkar i detta läge frånvaron av information som ett tecken på att man inte längre behöver vara försiktig.

Det finns enligt vår mening en skillnad i heterosexuellas och homosexuellas riskuppfattningar. Heterosexuellas riskuppfattning påverkas i hög grad av det faktum att risken för smittoöverföring inom landet är låg i denna grupp och att man sällan kommer i kontakt med hiv i sin vardagliga miljö. För homosexuella och även för missbrukare kan det vara så att man efter att ha levt med denna risk under en längre tid anpassat sig till den, på det sätt vi gör med kända risker som till exempel risken att råka ut för en olycka vid bilkörning. Vi tar risken, den får oss inte att avstå från att köra bil. Beroende på individens psykologiska förhållningssätt till risker tar man större eller mindre risk. I fallet med bilkörning kan detta innebära att vissa inte använder bilbälte, ständigt överskrider hastighetsgränser osv. Ifråga om hiv kan det innebära att vissa utesluter anala samlag utan skydd, men utsätter sig för möjligheten att smittas genom oral sexuell kontakt eller genom att använda skydd bara ibland. I vårt dagliga arbete stöter vi ständigt på de personer som hävdar att de skyddar sig vid tillfälliga kontakter, men som regelmässigt utsätter sig för risk att smittas genom att uppfinna undantag från denna regel, som t.ex. det homosexuella paret som skyddade sig vid tillfälliga sexuella kontakter utanför förhållandet men inte de gång-

er de delade partner. Om riskkällan är välkänd sker en anpassning till den och det innebär i sin tur att den bedöms som mindre farlig. Man skulle även kunna tolka den debatt som förekommit angående vad som kan kallas för säkrare sex som ett utslag av dessa mekanismer. Från RFSL:s sida har i olika sammanhang framförts åsikten att oralsex (utan att ta sperma i munnen) skall anses som säkrare sex, med motiveringen att man hellre accepterar en låg risknivå än riskerar att människor helt struntar i att skydda sig.

Individens bedömning av risk påverkas av vad som faktiskt har inträffat (Riskkollegiet 1993) vilket rimligen måste innebära att den som underrättats om att han/hon varit i riskzonen för att smittas av hiv också i framtiden har lättare att inse att risken ändå finns och måste kalkyleras med. Denna vinst måste dock balanseras mot den psykiska stress personen utsätts för i samband med kontaktpårningen, vilken endast får initieras med reella fakta som grund. Det bör även framhållas att individens förmåga att tillgodogöra sig information och faktisk erfarenhet är beroende av olika psykiska faktorer. Att man varit utsatt för risk och blivit medveten om detta innebär naturligtvis inte alltid att man slutar med sin riskfyllda aktivitet. En del människor använder sexualiteten som ett medel att bemästra ångest och desperation (Linder & Strandberg 1997). En beteendeförändring kan i dessa fall sannolikt inte uppnås utan djupare känslomässig bearbetning av personens problematik.

Ordförklaringar

Aktiv i den sexuella akten – den person som utför den penetrerande handlingen

Passiv i den sexuella akten – den mottagande personen

Indexpatient – den patient som kontaktsparningen utgår ifrån

SmL – smittskyddslagen

RFSL – Riksförbundet för sexuellt likaberättigande

STD – Sexually Transmitted Diseases, sv. sexuellt överförbara sjukdomar

Referenser

Käll, K. (1995) "*Sexual behaviour of incarcerated intravenous drug users in Stockholm in relation to Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus transmission.*" Forskningsrapport

Linder, P. och Strandberg, M. (1997). "*Av nöd och lust.*" Forskningsrapport

RFSL: "*Hiv, ett virus att leva med.*" Informationsbroschyr

Risikollegiet, skrift nr 5, 1993 "*Upplevd risk.*"

Bilagor

PATIENTINFORMATION (bil. 1)

Den som får besked om att han/hon är hivpositiv skall enligt Smittskyddslagen uppge för sin läkare vilka sexuella kontakter han/hon haft eller vilka man delat injektionsverktyg med. Dessa kontakter kallas senare för testning och rådgivning, antingen genom att den som är hivpositiv själv informerar personen ifråga eller genom att kurator hör av sig.

Inom Socialdepartementet har `1996 års Smittskyddskommitté' fått i uppdrag att se över den nuvarande smittskyddslagstiftningen. Kommittén ser det angeläget att få en uppfattning om hur lagens bestämmelser upplevs av den som varit i riskzonen för att smittas, d.v.s. den som kallas som kontakt till en hivpositiv person. En intervjuundersökning skall därför genomföras på Infektionsmottagning 2, Huddinge sjukhus och Infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus. Vi som har fått detta uppdrag heter Christina Persson och Gunilla Östlund.

Du har kallats till en av de aktuella mottagningarna med anledning av att du uppgivits som kontakt och vi är därför angelägna om att ta del av dina synpunkter. Den kurator som du mött i samband med kontaktspårningen har ombetts fråga dig om du vill delta i undersökningen. Om du accepterar att medverka vill någon av oss träffa dig för en intervju som beräknas ta c:a 30 - 45 minuter.

Din kurator kan hjälpa dig att komma i kontakt med den av oss som gör intervjuerna på din mottagning. Inga personuppgifter skall förekomma i intervjumaterialet och du behöver inte uppge ditt namn för oss. Ditt deltagande är naturligtvis helt frivilligt.

Har du frågor är du välkommen att vända dig direkt till oss på nedanstående telefonnummer.

Stockholm 1997-08-31

Christina Persson
kurator, Infektionsmottagning 2
Huddinge Sjukhus
tel. 585 818 93

Gunilla Östlund
kurator, Infektionsmottagning 3
Danderyds Sjukhus
tel. 655 72 59

INTERVJUFORMULÄR (bil. 2)

1. Födelseår

Kön Man Kvinna2. Risk för smitta genom sexuell kontakt med man
 sexuell kontakt med kvinna
 sprutdelning3. Relationen till indexpat. fast relation
 tillfällig relation
 vet ej4. Tidigare hivtest? Ja Antal ggr
 Nej

Om ja:

Har du testat dig p.g.a. upplevd risk för hiv Ja Nej
allm. försiktighetsåtgärd Ja Nejkallad via KSP Ja Nej
screening Ja Nej

vilken

.....

annat

.....

Var har du testat dig? vårdcentral
(markera med siffror inf.mottagning
ordningsföljden) mödravård
 häkte
 Std-mottagning
annat

.....

5. Fick du någon rådgivning i samband med testet?

Ja Nej Minns ej

Om ja:

Var och omdöme a/
(referera till ovan-
stående siffror) b/
c/
.....

6. Har du utsatt dig för risk att smittas med hiv efter senaste rådgivningen?

Ja Nej Har ej fått någon rådgivning

Om ja:

Kunde den rådgivningen innehållit något som fått dig att inte ta den risken?

Ja Nej

Om ja:

Vad?
.....
.....

7. Av vem blev du nu kallad till test? indexpatient
 läkare
 kurator
 smittskyddsläkare

8. På vilket sätt? brev
 telefon
 personligt samtal
 annat

9. Hur upplevde du att bli kallad på detta sätt?

- Bra Dåligt Ingen synpunkt

Kommentarer

.....

.....

10. Skulle du ha föredragit att bli kontaktad på något annat sätt?

- Ja Nej Ingen synpunkt

Om ja:

Hur?

.....

.....

Varför?

.....

.....

11. Om du haft möjlighet att välja mellan att testa dig eller inte i samband med att du kallades, hur tror du att du hade valt?

- Testat dig i alla fall Inte testat dig Vet ej

Varför?

.....

.....

12.

a/ Hur ser din uppfattning ut om hivpositiva personer? Talar de alltid om att de har hiv innan de har sex med någon annan?

- Ja Nej Ingen uppfattning

Kommentarer

.....

.....

b/ Tror du att den som missbrukar narkotika talar om att han/hon har hiv om de delar spruta?

Ja Nej Ingen uppfattning

Kommentarer

.....

.....

13. Tycker du att den hivpositive skall vara skyldig att berätta om sin hivinfektion i dessa fall?

Ja Nej I det ena fallet

Varför?

.....

.....

14. Om nej:
Hur påverkar detta ditt sätt att förhålla dig till sex med en ny partner?

alt.

Hur påverkar detta ditt sätt att förhålla dig till sprutdelning med någon annan?

Svar

.....

.....

.....

15. Anser du att alla sexuella kontakter till en hivpositiv person skall testas?

Ja Nej

Kommentarer

.....

Om nej:

Anser du att de skall informeras om att det kan finnas risk för att de blivit smittade?

Ja Nej

Kommentarer

16. Anser du att alla som delat spruta med en hivpositiv person skall testas?

Ja Nej

Kommentarer

Om nej:

Anser du att de skall informeras om att det kan finnas risk för att de blivit smittade?

Ja Nej

Kommentarer

17. Vad anser du att man bör göra från samhällets sida om någon inte kommer till test trots upprepade kallelser?

Svar

18. Kan du tänka dig en eller flera situationer där du inte skulle uppge en sexuell kontakt för läkare eller kurator om du vore hivpositiv?

Vilka?

Varför?

19. Hur är din uppfattning om smittoriskerna i följande situationer?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Vaginalsex | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Oralsex hivpos. aktiv | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Oralsex hivpos. passiv | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Analsex hivpos. aktiv | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Analsex hivpos. passiv | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Sex med kondom på vid utlösn. | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Sex med kondom på hela tiden | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |
| Kyssar | <input type="checkbox"/> Stor | <input type="checkbox"/> Liten | <input type="checkbox"/> Ingen |

Kommentarer

.....

.....

20. Frågar du en ny partner om han/hon är hivtestad?

- Alltid Aldrig Ibland

Kommentarer

.....

Om ja:

Frågar du då också om resultatet av testet?

- Alltid Aldrig Ibland

Kommentarer

.....

21. Om en blivande partner säger att han/hon är hivpositiv, hur reagerar du då?

a/ Har aldrig varit med om det, men tror att jag skulle

b/ Har varit med om det och gjorde följande

- Kräver kondom Avstår från samlag/penetrerande sex
- Avstår helt från sex Går med på sex utan kondom

Kommentarer

.....

.....

22. Om en blivande partner säger att han testat sig och är negativ, hur reagerar du då?

a/ Har aldrig varit med om det, men tror att jag skulle

b/ Har varit med om det och gjorde följande

- Kräver kondom Avstår från samlag/penetrerande sex
- Avstår från all sex Går med på sex utan kondom

Kommentarer

.....

23. Innan du kallades till test, tänkte du dig möjligheten att någon av dina tidigare eller nuvarande partners skulle kunna vara hivpositiv?

- Ja Nej

Kommentarer

.....

.....

24. Om du blir uppgiven som en kontakt måste du testa dig enligt smittskyddslagen. Visste du om det?

- Ja Nej

Kommentarer

.....

.....

25. Vem/Vilka har enligt din uppfattning ansvaret för att hiv inte sprids i den enskilda relationen, där en är hivpositiv och en är hivnegativ?

Svar

.....
Varför?
.....

26. Har du någon uppfattning om hur man kan minska spridningen av hiv i vårt land – i så fall hur?

Kommentarer
.....

27. Hur ser samhällets ansvar eller uppgift ut vad gäller att begränsa smittspridning av hiv enligt din uppfattning?

Svar
.....
.....
.....

28. Anser du att samhället hittills har tagit det ansvaret?

Ja Nej

Kommentarer
.....
.....
.....
.....

Bilaga 6

Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia

*Tanja Tydén,
leg. barnmorska, Dr. Med. Vet*

Innehåll

1 Uppdragstagare.....	135
2 Uppdragets syfte.....	135
3 Metod och genomförande.....	135
4 Resultat.....	136
4.1 Deltagande kliniker.....	136
4.2 Demografisk karakteristik.....	136
4.3 Sexuell karakteristik.....	136
4.4 STD.....	137
4.5 Effekt av tidigare information.....	137
4.6 Preventivmedel.....	138
4.7 Droger och påverkan på det sexuella beteendet.....	138
4.8 Aktuell klamydiainfektion.....	139
4.9 Kontaktsparning.....	140
4.9.1 Mötet med kuratorn.....	140
4.9.2 Antal uppgivna kontakter och kontaktmönster ...	141
4.10 Information om förhållningssätt.....	141
4.11 Synpunkter på smittskyddslagen.....	142
4.12 Allmänna frågor om HIV.....	143
5 Kommentar.....	143
6 Appendix, enkäten.....	145

1 Uppdragstagare

Tanja Tydén, leg. barnmorska och doktor i medicinsk vetenskap
Döbelngatan 32 C, 752 37 UPPSALA

2 Uppdragets syfte

Att ur patientperspektiv belysa hur smittskyddslagens (SmL) bestämmelser påverkar personer med diagnosticerad klamydia. Målsättningen var att få en bild av

- hur patienter uppfattar SmL:s bestämmelser om bl.a. smittspårning och förhållningsregler
- om och i så fall hur SmL påverkar patienterna när det gäller beteende som har betydelse för smittspridningen
- SmL:s inverkan på relationen mellan behandlande läkare och patient.

3 Metod och genomförande

Undersökningen genomfördes genom anonyma enkäter till konsekutiva patienter med konstaterad klamydia på fyra SESAM- (sex och samlevnadsmottagning) mottagningar inom Stockholms läns landsting. Utformningen av enkäten gjordes i samråd med uppdragsgivaren och omfattade 23 frågor (appendix) som bedömdes kunna ge svar på frågeställningarna. En pilotstudie på 20 patienter genomfördes innan den slutliga enkäten utformades.

Kuratorerna på dessa mottagningar spelade en nyckelroll genom att muntligen och skriftligen informera patienterna (n = 240) vid kontaktspårningsutredningen om den pågående studien och motivera dem till att besvara frågeformuläret. Patienterna informerades om att deltagandet var frivilligt och anonymt, men att det var viktigt att så många som möjligt deltog för att få ett så litet bortfall som möjligt.

Efter kontaktspårningssamtalet fick patienterna välja mellan att ta med sig frågeformuläret och ett frankerat svarskuvert hem eller att besvara enkäten på mottagningen och stoppa formuläret i ett förslutet kuvert i en för undersökningen avsedd brevlåda.

Undersökningen påbörjades under sommaren 1997 och avslutades i december 1997.

I stort sett tillfrågades samtliga patienter under denna tidsperiod, med undantag för någon enstaka patient som inte bedömdes kunna besvara

formuläret p.g.a. språksvårigheter. Under denna tid inkom 192 enkäter, som bearbetades med Statview för Macintosh.

Tillstånd att genomföra undersökningen inhämtades från samtliga klinikchefer och projektplanen godkändes av etisk kommitté.

4 Resultat

4.1 Deltagande kliniker

Mottagning	Kontaktperson	Antal tillfrågade	Antal ifyllda enkäter
Danderyds sjukhus	Camilla Nilsson	65	51
Huddinge sjukhus	Berit Lindström	54	38
Södersjukhuset	Ursula Grönberg	62	60
Karolinska sjukhuset	Elisabeth Lagerstedt	59	43
<i>Totalt</i>		<i>240</i>	<i>192</i>

Av totalt 240 tillfrågade patienter svarade 192 stycken, vilket ger en svarsfrekvens på 80 %. Könsfördelningen skilde sig mellan mottagningarna. 55 % av de svarande var kvinnor i Danderyd, 70 % i Huddinge, 33 % på Karolinska samt 62 % på Södersjukhuset.

4.2 Demografisk karakteristik

46 % av de svarande var män och 54 % kvinnor. En ville inte uppge sitt kön. Medelåldern var 25 år med en spridning från 16 till 52 år.

4.3 Sexuell karakteristik

92 % uppgav sig vara heterosexuella, 1 % homosexuella och 3 % bisexuella. 4 % svarade ej.

Den sexuella livsstilen under de senaste månaderna beskrevs enligt följande givna svarsalternativ (v.g. se appendix för den exakta formuleringen av frågan).

	Totalt		Män	Kvinnor
	Antal	Procent	Procent	Procent
F.n. fast partner - ej samlag med annan	52	27	21	31
Förut fast - ej samlag med annan	30	16	15	16
Nu fast - samlag med tillfällig	38	20	20	20
Nu fast - men partner med annan	10	5	3	7
Ej fast - men "tillfälliga" partners	52	29	40	21
Ej fast - ingen tillfällig	5	3	0	5
Ej svar	1	1	1	0
<i>Totalt</i>	<i>192</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Som framgår av tabellen hade 60 % av männen haft samlag med "tillfällig" partner mot 41 % av kvinnorna.

4.4 STD

189 svarade på frågan om tidigare sexuellt överförbar sjukdom. Av dessa hade 28 % haft en könssjukdom förut, varav 11 % uppgav klamydia, 8 % gonorré, 7 % kondylom och 2 % herpes. Ingen könsskillnad framkom.

4.5 Effekt av tidigare information

Om patienten svarade att han/hon hade haft en STD tidigare tillfrågades om något kunde gjorts från sjukvårdens sida förra gången och som kunde förhindrat att de fått denna klamydiainfektion.

Axplock ur fri text.

- Nej. (detta har de flesta skrivit)
- Kanske en mer hård attityd från sjukhusets sida så att säga.
- Kanske att poängtera att detta är allvarligt. När man är ung ser man kanske inte detta.
- Förmodligen inte. Jag hade nog all information men hade inte tagit till mig den eller brydde mig inte särskilt mycket.

- Nej, informationen når inte över "köttets lustar". Jag var medveten om risken men tänkte inte på det.

4.6 Preventivmedel

Vid det senaste samlaget använde 35 % kondom, 27 % p-piller och avbrutet/inget av 44 %. Vid första samlaget med senaste partner användes kondom av 40 %, p-piller av 24 % och avbrutet/inget av 40 %. För båda dessa frågor framkom en markant könsskillnad. P-piller var kvinnornas förstahandsval ($p = 0,006$ resp. $< 0,0001$) och kondom männens ($p = 0,05$) men enbart vid det senaste samlaget. I övrigt framkom inga skillnader.

4.7 Droger och påverkan på det sexuella beteendet

Två frågor berörde om patienten under de senaste sex månaderna hade använt alkohol och droger i samband med sexuell kontakt och hur de i så fall ansåg att det inverkade på det sexuella beteendet de hade.

	Alkohol	Inverkan	Droger	Inverkan
Nej %	20	50	91	4
Ja %	80	30	7	3
Ej svar/ej relevant %	-	20	2	93

Samtliga svarade på frågorna och fler män (88 %) än kvinnor (73 %) hade druckit alkohol och 30 % av alla ansåg att detta inverkade på typen av sexuell umgänge. 7 % uppgav att de varit påverkade av narkotika. I denna grupp ansåg nära hälften att det inverkade på sexualbeteendet.

Axplock ur fri text från de som druckit alkohol.

- Utan känslor.
- Sämre om man druckit för mycket.
- Mer oförsiktigt, man agerar först och tänker sen.
- Oskyddat.
- Man har sämre omdöme.
- Vildare.
- Misslyckat.

De som rapporterade (alla skrev inte vilken drog de använt) att de använt någon annan drog än alkohol hade använt hasch, amfetamin och ecstasy.

Axplock ur fria kommentarer från de som använt droger.

- Bättre.
- Den fungerade inte riktigt som den skulle.
- Sämre sex.

4.8 Aktuell klamydiainfektion

Beskedet om den aktuella klamydiainfektionen gavs enligt nedanstående fasta svarsalternativ, som i fri text kunde kommenteras. Dessa kommentarer kategoriserades och anges i den högra delen av tabellen.

	Antal	Procent	Kommentar	Antal	Procent
Återbesök	37	19	Inga	133	70
Brev	50	26	Positiva	29	15
Telefon	89	46	Negativa	26	14
Annat	16	9	Både och	4	2
<i>Totalt</i>	<i>192</i>	<i>100</i>			

Axplock ur fri text om *negativa synpunkter* på klamydiasvaret (som regel har varje mottagning ett standardiserat svarsbrev, som skickas hem till de med en klamydiainfektion).

- Något kallt och opersonligt.
- De sa bara att jag hade klamydia och var tvungen att gå till kuratorn.
Hej då!
- Det blir alltid lite för rakt på i telefonen.
- Jag fick två olika svar och det är ju inte alls bra.

Axplock ur fri text om *positiva synpunkter* på klamydiasvaret.

- Telefon är effektivt.
- Jag tycker att det var bra med ett telefonsamtal i stället för brev.
- Jag tycker att sjukhuset sköter informationen bra. Personligt och diskret.
- Allt väl. Enkelt och okomplicerat.

På frågan om man visste när man blev smittad, svarade 43 % ja, 42 % nej, 15 % visste ej och 1 % svarade ej.

4.9 Kontaktsparning

4.9.1 Mötet med kuratorn

Patienterna tillfrågades i fri text om hur man upplevde uppgiftslämnandet om namn på samlagspartners till kuratorn. Svaren grupperades och anges i tabellen.

Kommentar	Antal	Procent
Positiva	131	68
Negativa	21	11
Både och	31	17
Inget svar	8	4
<i>Totalt</i>	<i>191</i>	<i>100</i>

70 % av männen och 67 % av kvinnorna tyckte mötet var positivt.

Axplock ur fri text om *negativa* upplevelser.

- Lite generande.
- Det var kanske nödvändigt, men jag skulle aldrig ta kontakt med tidigare partner om denne var ovetande om sjukdomen.
- Jobbigt!
- Lite obehagligt.
- Pinsamt, men dom flesta är från utlandet.

Axplock ur fri text om *positiva* upplevelser.

- Bra! Det finns ju en anledning.
- Helt ok!
- Inga problem!
- Bra att det görs, viktigt för samhället.
- Helt ok, eftersom jag var förberedd på detta.
- Mycket bra. Varm omtänksam personal som var kunniga och trevliga.
- Positivt. Kuratorn som jag träffade var mycket trevlig. Hon gjorde det på ett vis, som fick mig att känna mig väl till mods.

4.9.2 Antal uppgivna kontakter och kontaktmönster

Utredningen om antalet partners omfattade minst 6 månader tillbaka och utföll enligt tabellen nedan.

	Antal svarande	Totalt antal partners	Antal partner /patient
Män	83	198	2,4
Kvinnor	102	214	2,1
<i>Totalt</i>	<i>185</i>	<i>412</i>	<i>2,2</i>

Av dessa angavs att kuratorn skulle kalla 1.6 partner/patient med en spridning från 1 till 8 partners (antal svarande = 88) och patienten skulle själv (antal svarande = 117) kontakta 1.6 partners/patient (spridning 1 till 6 partners).

34 patienter (18 %) uppgav att man undvek att uppge någon partner. 20 % av alla kvinnor (n = 20) undvek att uppge 29 partners och 16 % av alla män (n = 14) undvek att uppge 21 partners. Orsaker gavs i fri text. Endast 12 av dessa 34 patienter planerade att kontakta sina partners.

Axplock ur fri text över vad som var orsak till att man undvek att informera kuratorn om alla partner.

- Kom ej ihåg namn och var dom bor, pinsamt!
- På grund av säkerhet och att de ej var de som smittade mig.
- Det känns bättre att prata själv. Blir annars opersonligt.
- Kan ej kontaktas. Vet ej namn och telefonnummer.
- Jag vill själv informera då det handlar om en arbetskollega, som har ett fast förhållande.

Således uppgav 185 patienter totalt 412 partners till kuratorn medan 34 av dessa underlät att uppge 50 partners. 12 av dessa patienter avsåg emellertid att säga till sin partner att söka på egen hand, vilket innebär att 90 % av alla partners blev ombedda att söka läkare.

4.10 Information om förhållningssätt

96 % uppgav att de fått råd om hur de ska förhålla sig sexuellt tills klamydiainfektionen färdigbehandlats och informationen gavs enbart skriftligt i 8 %, enbart muntligt i 41 % eller både muntligt och skriftligt i 50 %. 2 % svarade ej på frågan. 90 % avsåg att följa instruktionerna medan 9 % inte visste.

78 % uppgav att man också fick råd om hur man kan undvika att återinsjukna i en könssjukdom och av dessa var 95 % positiva till rådgivningen.

På frågan om informationen som gavs kommer att påverka det sexuella beteendet i framtiden, utföll svarsalternativen enligt nedan.

	Antal	Procent
Kommer att bete mig som tidigare	30	16
Kommer att skydda mig bättre	140	73
Kommer att skydda mig mindre	0	0
Vet ej	22	11
<i>Totalt</i>	<i>192</i>	<i>100</i>

På samtliga dessa frågor framkom ingen skillnad mellan könen.

4.11 Synpunkter på smittskyddslagen

Det var en överväldigande positiv respons (90 %) på frågan om smittskyddslagsreglering av klamydia med skyldighet till kontaktspårning. Endast 3 % svarade nej och 1 % visste ej. Av de, som uppgav alla partners till kuratorn, var 92 % positiva mot 78 % bland dem, som av någon anledning inte ville uppge alla partners.

Om en före detta partner ej vill infinna sig för kontroll trots upprepade kallelser, kan 45 % tänka sig polishämtning som sista utväg medan 24 % utesluter detta alternativ. 27 % föredrog "annat" och några gav kommentarer till vad "annat" kunde vara.

Ingen könsskillnad framkom.

Axplock ur fria kommentarer om "annat".

- Ta till böter. Polishämtning vid HIV.
- Skrämna upp personen. Skriva eller ringa och berätta om följsjukdomar.
- Polisanmälan.
- Mycket svårt att svara på. Polisen är fel. Kanske annan myndighetsperson eller kuratorn som gör ett personligt besök.
- Hembesök av läkare.
- Genom att betala straffavgift.
- Mer information om att den kan leda till sterilitet.

4.12 Allmänna frågor om HIV

På frågor om HIV utföll svaren på följande sätt utan skillnad mellan könen.

	Ja		Nej	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Känner du någon som har HIV?	19	10	172	90
Tror du att alla som har HIV berättar detta när de skall ha samlag	16	8	173	90
Om du har samlag med någon ny – frågar du då om personen har HIV?	54	28	134	70

5 Kommentar

Klamydia är en infektion där smittskyddslagen tycks fungera mycket bra. Att sitta hos en kurator och bli utfrågad om vilka partners man har haft de senaste 6–12 månaderna upplevdes som negativt av endast en av tio patienter. Kontaktpårning är alltid inkluderad i det psykosociala omhändertagandet, vilket säkert haft betydelse. Patienterna tycks finna sig i att bli utredda på detta sätt. De flesta upplevde det som något nödvändigt ur samhällssynpunkt och föreföll att vara mycket samarbetsvilliga. Den positiva inställningen kan eventuellt bero på att smittskyddslagen är välkänd för allmänheten. Den har en lång tradition och allmänheten förstår innebörden av den. Tre av fyra ansåg att de skulle skydda sig bättre i framtiden, vilket talar för att kuratorssamtalet är viktigt och ger en ökad insikt om vikten av att använda kondom vid samlag med ny partner.

Den andel (18 %), som ej uppgav samtliga partners till kurator gjorde detta bl.a. på grund av att personen var "okänd" för dem. De kände bara till personens förnamn och de tyckte att det var pinsamt att erkänna detta inför personalen. Någon undvek att ange en partner p.g.a. hänsyn till personen ifråga och någon ansåg att de säkert visste att de ej hade blivit smittade av denna person.

Förvånansvärt många, 45 %, ansåg att polishämtning kunde användas som en sista utväg att hämta en "före detta" partner som vägrar att infinna sig för provtagning trots att de fått upprepade kallelser från personal och från länets smittskyddsläkare. De patienter, som gav förslag

på andra åtgärder än polishämtning, föreslog t.ex. att någon annan myndighetsperson än polisen skulle inkopplas som en sista utväg. Det kan förefalla rimligt att klamydiainfektion och HIV-infektion, som båda regleras i smittskyddslagen, inte bör handläggas på exakt samma sätt.

En av fyra i denna undersökning hade haft en eller flera STD tidigare. I en undersökning om studenters (medelålder 23 år) sexualvanor, som gjordes i Uppsala i början av 1989, hade var fjärde sexuellt aktiv student också haft en eller flera STD (Tydén et al. 1991). Detta talar för att de som behandlas för en STD kan vara "vem som helst".

Främst alkohol men även andra droger kan dock vara en orsak till oplanerat sexuellt umgänge, då omdömet grumlans och kondomen glöms bort. Fyra av fem i denna undersökning uppgav att de under de senaste sex månaderna använt alkohol i anslutning till sexuellt umgänge. Få hade använt någon annan drog.

Trots att Sverige är ett land där preventivmedelsrådgivning är kostnadsfri och lättillgänglig hade knappt hälften av deltagarna i denna undersökning inget preventivmedel alls *vid det senaste samlaget*. Motsvarande siffra i en uppföljande studentundersökning var 16 % år 1994 (Tydén et al. 1996).

Huvudfynden i denna undersökning om hur smittskyddslagen uppfattas av personer med en diagnosticerad klamydiainfektion är, som framkommit i resultatredovisningen, att de flesta patienter hade en positiv uppfattning om omhändertagandet vid en klamydiainfektion. Kuratorer och andra personalgrupper, som har en nyckelroll i kontaktsparningsutredningen, utför detta väl, och bidrar till patienternas positiva uppfattning om smittskyddslagen. Samtlig personal, som dessa patienter möter i vårdkedjan från provtagningsstillfället till uppföljningen, har också en viktig roll i att förmedla "regelverket" kring denna sjukdom.

Referenser till kommentar

Tydén, T., Björkelund, C., Olsson S-E. (1991). Sexual behaviour and sexually transmitted diseases among Swedish university students. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 70:219–224.

Tydén, T., Björkelund, C., Odland V., Olsson S-E. (1996). Increased use of condoms among female university students: A five year follow up of sexual behaviour. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 75:579–584.

6 Appendix

Kryssa för det alternativ som stämmer för dig. Om skrivutrymmet inte räcker till kan du skriva på baksidan av formuläret.

1. Är du ” Man
 ” Kvinna?
2. Hur gammal är du? år
3. Hur fick du ditt klamydia-svar? ” Personligt återbesök
 ” Brev
 ” Telefon
 ” På annat sätt

4. Vet du när du blev smittad? ” Ja
 ” Nej
 ” Vet ej
5. Har du några synpunkter på det sätt du fick ditt klamydia-svar på?

.....
.....
.....
6. Har du haft en sexuellt överförbar sjukdom förut?
 ” Nej
 ” Ja, vilken/vilka

Om "ja" kunde något gjorts (t. ex. bättre information) från sjukvårdens sida när du då behandlades som skulle förhindrat dig från att få denna klamydia-infektion, som du fått behandling för i dag?

.....

7. Du har nu pratat med personal som gjort en kontaktspårning, och de har bitt dig lämna uppgifter på senaste och före detta samlagspartner. Hur upplevde du det?

.....

8. Hur många partners/kontakter uppgav du till sjukvårdspersonalen vid denna kontaktspårning?

8b. Hur många av dessa kallar sjukvårdspersonalen?....., och hur många kommer du själv att kontakta?.....

9. Undvek du att informera personalen om någon partner?

” Nej (gå till fråga 10)

” Ja, antal

9b. Vad var anledningen att du undvek att uppge vissa partners i kontaktspårningen?

.....

9c. Kommer du själv att ta kontakt med dessa, som du undvek att informera personalen om?

” Nej ” Ja

10. Har du fått information om hur du bör förhålla dig sexuellt tills klamydia-infektionen är färdigbehandlad?

” Nej ” Ja

10b. Var informationen

” Skriftlig
” Muntlig
” Både muntlig och skriftlig?

10c. Tror du att du kommer att följa reglerna?

” Nej
” Ja
” Vet ej

11. Tycker du det är bra att klamydia lyder under smittskyddslagen i avseendet att en uppgiven partner därmed kan tvingas till klamydia-testning?

” Nej
” Ja
” Vet ej

12. Vad tycker du man skall göra när en före detta partner till dig inte vill söka läkare trots upprepade kallelser från personalen och från länets smittskyddsläkare?

” Använda polishämtning som den sista utvägen
” Aldrig använda polishämtning
” Annat Vad?.....

13. Hur vill du beskriva din sexuella livsstil de senaste sex månaderna?

Obs! Välj **ett** av alternativen

” Jag har för närvarande fast partner – och har ej haft samlag med någon annan

” Jag har haft fast partner – och har ej haft samlag med någon annan

” Jag har för närvarande fast partner – men jag har haft samlag med "tillfällig" partner

” Jag har för närvarande fast partner – men han/hon har haft samlag med "tillfällig" partner

” Jag har ingen fast partner utan har "tillfälliga" samlagspartners

” Jag har varken fast partner eller haft "tillfälliga" samlagspartners

14. Vilket/vilka preventivmedel använde du vid ditt senaste samlag?

Stryk under passande alternativ.

Inget / avbrutet / p-piller / kondom / pessar / spiral / annat

(ange vad)

15. Vilket/vilka preventivmedel använde du vid ditt första samlag med

senaste partner? *Stryk under passande alternativ.*

Inget / avbrutet / p-piller / kondom / pessar / spiral / annat

(ange vad)

16. Tror du att den information du fick av personalen kommer att påverka ditt sexuella beteende i framtiden?

” Kommer att bete mig som tidigare

” Kommer att skydda mig bättre

” Kommer att skydda mig mindre

” Vet ej

17. Har du fått råd av personalen om hur du kan undvika att få en könssjukdom igen? ” Ja ” Nej

17b. Hur upplevde du den rådgivningen?

.....
.....
.....
.....

18. Har du senaste sex månaderna, då du varit tillsammans med någon sexuellt druckit alkohol? ” Nej ” Ja

18b. Om ja - hade det någon inverkan på vilken typ av sex ni hade?

” Nej ” Ja

Om ja - hur?

.....

19. Har du senaste sex månaderna, då du varit tillsammans med någon sexuellt tagit någon drog (t.ex. ecstasy, amfetamin, kokain eller annat)?

” Nej ” Ja

Om ja - vilken drog?

.....

19b. Om ja - hade det någon inverkan på vilken typ av sex ni hade?

” Nej ” Ja

Om ja - hur?

.....

20. Uppfattar du dig som

” Heterosexuell

” Bisexuell

” Homosexuell?

Nu följer några frågor om HIV

21. Känner du någon, som har HIV? ” Ja ” Nej

22. Tror du att alla som har HIV berättar detta när de skall ha samlag?

” Ja

” Nej

23. Om du har samlag med någon ny - frågar du då om personen har HIV?

” Ja

” Nej

Din medverkan är mycket värdefull. Tack för att du besvarat frågeformuläret!

Bilaga 7

”Inte har väl doktorn tid med sånt...?”

91 hiv-positiva personers erfarenheter
av att leva med hiv

*Mikael Westrell,
Socionom*

Innehåll

Sammanfattning.....	153
Bakgrund och Syfte.....	155
Metod.....	155
Infektionsmottagning 3.....	157
Resultat.....	158
<i>Hiv-beskedet</i>	158
<i>Är man inför sin omgivning öppen med sin hiv-status?</i>	160
<i>Troligt smittotillfälle och smittväg</i>	160
<i>Sexuell livsstil och sexuellt beteende</i>	161
<i>Ändrat sexuellt beteende</i>	162
<i>Tillfredsställd med nuvarande sexliv?</i>	163
<i>Att misslyckas med kondom</i>	164
<i>Vem talar man med om ett sexuellt problem?</i>	165
<i>Bruket av alkohol och andra droger vid sexuell kontakt</i>	166
<i>Informationsplikten</i>	167
<i>Brukar Du fråga en ny sexualpartner om han/hon har hiv?</i>	168
<i>Sexuell kontakt – hellre med en hiv-positiv än med en hiv-negativ partner?</i>	169
<i>Kontaktsparning</i>	169
<i>Smittskyddslagen</i>	171
<i>Hur skall man minska den fortsatta smittspridningen?</i>	174
Diskussion.....	175
Referenser.....	180
Bilaga.....	181

Sammanfattning

För att kunna erbjuda personer med hiv-infektion ett bra medicinskt och psykosocialt omhändertagande, krävs en utökad kunskap om hiv-positivas livssituation. Likaså är det av betydelse att skaffa sig en uppfattning om hur personer med hiv uppfattar de bestämmelser som finns i Smittskyddslagen gällande hiv-infektion. Syftet med den här studien har varit att inhämta denna kunskap. Studien är beställd av den parlamentariskt tillsatta 1996 års Smittskyddskommitté, och den baseras på en enkätundersökning, genomförd under perioden juli–december 1997. Enkäten delades ut till hiv-positiva patienter på infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus i Stockholm.

Av 224 utdelade enkäter har 91 stycken besvarats. Andelen män och kvinnor som besvarat enkäten motsvarar andelen manliga och kvinnliga patienter på mottagning 3. Däremot är andelen invandrare som svarat på enkäten mindre än motsvarande grupps andel på mottagningen. Patienternas medelålder vid undersökningstillfället var 41 år.

95 % av patienterna hade fått sitt hiv-besked i Sverige, och det hade gått i genomsnitt 6 år sedan de fick sin diagnos. Nästan samtliga av de som fått sitt hiv-besked vid ett personligt återbesök var nöjda med sättet de fick sitt besked på. Mindre nöjda var de som fått sitt besked per telefon eller via brev. Den sistnämnda gruppen har i så gott som samtliga fall fått sitt besked på annan mottagning än på infektionsmottagning 3. Bland de 40 patienter som uppger att de är heterosexuella tycks de flesta ha blivit smittade genom vaginalsex. En mindre andel tror sig ha blivit smittade genom blodtransfusion eller att man delat spruta vid injektionsmissbruk. Patienter med en homosexuell preferens uppger i de flesta fall att de blivit smittade vid analsex.

När det gäller sexuell livsstil uppger 44 % att *de inte har några sexuella kontakter*. En lika stor andel, 44 %, uppger att *de har en fast partner och inga sexuella kontakter utanför förhållandet* och 3 % säger att *de har en fast partner och ibland tillfälliga sexuella kontakter vid sidan om*. 8 % av patienterna uppger att *de inte har någon fast partner men har en eller flera tillfälliga sexpartner*.

De flesta som uppger att de har en fast partner beskriver att de med denne har någon typ av inträngande sex, vaginal-, anal-, och/eller oralsex, med kondom. De enda som uppger att de inte använder kondom är de med en hiv-positiv partner. Så gott som samtliga av dem som har tillfälliga sexuella kontakter, beskriver att de alltid använder kondom vid inträngande sex. 85 % av patienterna uppger att de har ändrat sitt sexuella beteende sedan de fick veta att de är hiv-positiva. Förändringen tycks bestå i att man antingen slutat helt att ha sex eller att man börjat använda kondom vid sexuell kontakt.

Det är 29 patienter som säger sig ha haft någon typ av hiv-relaterat sexuellt problem, efter det att de fick sitt hiv-besked. Samtliga utom en hade kunnat prata med sin läkare eller kurator om sitt problem. På frågan om vem eller vilka patienterna kan tänka sig tala med vid ett eventuellt kommande sexuellt problem, så är det endast 10 stycken som uppger att de inte kan tänka sig tala med någon sjukvårdspersonal. Skälen som angavs till detta var bl.a. språksvårigheter, att man inte trodde doktorn skulle ha tid, smittskyddslagen samt att man hellre pratade med sin partner om ett sexuellt problem.

Många av patienterna i undersökningen har synpunkter på smittskyddslagen. Genomgående är att flertalet tycks känna sig mycket besvärade av den s.k. informationsplikten, även om det inte innebär att man kan tänka sig att frångå denna skyldighet att informera. Patienterna tycks ha både positiva och negativa erfarenheter av att ha berättat om sin hiv för en sexualpartner.

Kontaktspårning har 38 % av patienterna varit med om i samband med sin hiv-diagnos. Två tredjedelar av patienterna uppgav 1 partner, övriga uppgav i genomsnitt 5 partner. 7 patienter säger att de själva tog kontakt med en eller flera tidigare partner, utan att berätta om detta för den som utförde kontaktspårningen. Patienternas erfarenhet av kontaktspårning kan sägas vara blandad, med en viss övervikt för negativa synpunkter. 44 % säger sig inte ha varit med om kontaktspårning. Den vanligaste anledningen till att det inte ägt rum uppges vara att patienten bott utomlands vid tidpunkten för diagnos, eller att man enbart haft anonyma sexkontakter och därför inte bedömt det som meningsfullt att medverka i en kontaktspårning. 18 % uppger att de inte minns om kontaktspårning genomfördes i samband med att de fick sitt hiv-besked.

70 patienter har av sin läkare fått s.k. förhållningsregler enligt smittskyddslagen. Nästan samtliga av patienterna anser inte att relationen till läkaren påverkats p.g.a. av detta. 26 patienter anser att smittskyddslagen påverkar deras livssituation, inklusive sexuella beteende, och merparten tycker att lagen har en negativ påverkan. Den s.k. informationsplikten tycks genomgående vara det tydligaste exemplet på detta.

Två tredjedelar av patienterna har lämnat en kommentar om hur de anser att man skall förhindra en fortsatt smittspridning av hiv. Den vanligaste kommentaren är att informationen bör fortsätta, "så att hiv inte glöms bort". Vidare anser några att det bör finnas möjlighet till sprutbytesprogram för narkomaner.

Bakgrund och Syfte

I Sverige finns idag en relativt omfattande klinisk kunskap om hiv-positiva personers livssituation. Det vi bl.a. känner till är att för många medför hiv-beskedet en akut krisreaktion, som inte sällan övergår i perioder av varierande grad av medicinskt och psykosocialt välbefinnande, likväl känslor av överklighet och ovisshet. Beskedet om att man bär på en dödlig sjukdom innebär oftast inte att symtom på sjukdomen omedelbart visar sig. Detta kan leda till intellektuella och psykologiska svårigheter med att acceptera att man har hiv. En person med hiv har också en skyldighet att efterleva de bestämmelser som är relaterade till hiv och som finns reglerade i smittskyddslagen, SmL. Klinisk erfarenhet och forskning (Westrell, 1997) visar att dessa regler påverkar hiv-positiva personer på olika sätt.

För att kunna erbjuda patienter med hiv ett bra medicinskt och psykosocialt omhändertagande och stöd, krävs en utökad och vetenskapligt sammanställd kunskap om hiv-positivas livssituation, inklusive sexuella livsstil. Av lika stor vikt är att ta reda på hur personer som bär på hiv uppfattar och upplever de hiv-relaterade bestämmelserna i SmL. Den här studien syftar till att inhämta och dokumentera den kunskap som kan utgöra ett viktigt komplement till vad vi idag känner till om hiv-positiva personers livssituation.

Studien har beställts av den parlamentariskt tillsatta 1996 års Smittskyddskommitté. Dess uppgift är att utvärdera det svenska smittskyddet, med tonvikt på den svenska smittskyddslagen. När det gäller hiv, innebär detta bl.a. en kartläggning och analys av hur smittskyddslagens bestämmelser angående förhållningsregler och kontaktspårning fungerar. I det sammanhanget skall också "relationen patient och behandlande läkare behandlas". Föreliggande studie syftar till att också kartlägga och ge svar på dessa frågeställningar.

Metod

Denna studie baserar sig på en enkät, se bilaga. Enkäten, som är godkänd av etisk kommitté, är utarbetad i samråd med personalen på Danderyds sjukhus infektionsmottagning 3, representanter från ovan nämnda 1996 års Smittskyddskommitté samt representanter från Positiva gruppen. Avsikten har varit att samtliga hiv-positiva patienter på Danderyds sjukhus infektionsmottagning 3, 320 stycken vid studiens start i juli 1997, skulle erbjudas att besvara enkäten. Enkäten har för patienterna funnits att tillgå i en svensk respektive engelsk version. Personalen på mottagning 3 har utifrån personlig kännedom om varje patient

beslutat om vilken version patienten erhållit. Den svenskspråkiga enkäten trycktes i 250 exemplar och den engelskspråkiga i 50 exemplar. När patienterna har kommit till infektionsmottagningen på ett ordinarie läkarbesök, har de erhållit enkäten tillsammans med ett frankerat och adresserat kuvert. Patienternas deltagande i studien har varit anonymt, dvs. svaren har skickats till projektledaren utan att några namnuppgifter eller nummer har förekommit i enkäterna.

På mottagningen fanns vid studiens start 320 patienter. 29 patienter besökte inte mottagningen under den aktuella undersökningsperioden och har därför inte erhållit någon enkät. 67 patienter har besökt mottagningen men inte erhållit, eller tagit emot, någon enkät. Personalen, i enstaka fall patienten själv, har skriftligen meddelat varför så har skett. De vanligaste orsakerna till detta tycks vara att patienten avböjt att delta, eller att läkaren, som skulle delat ut enkäten, bedömt att det inte varit lämpligt att erbjuda patienten vara med i studien. Detta har oftast förklarats med en kommentar, t.ex. att "patienten för svårt fysiskt sjuk" eller "oetiskt att fråga om patient vill fylla i enkäten". Ibland har läkaren ansett att patientens språkkunskaper i svenska eller engelska inte varit tillräckliga. Från en man kom följande skriftliga kommentar: "I'm very sorry that I can't answer the questions because they are touching my mind. I have no life at all that I can talk about after knowing my hiv-infection. But I have a very strong faith to let me live healthy for ever. I trust in God, not science".

Under perioden 1997-07-15--1997-12-01 delades 224 enkäter ut. 91 besvarade enkäter har inkommit, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 42 %. Av den totala andelen patienter på mottagningen, 320 stycken, är det 28 % som svarat på enkäten.

Många av de 91 enkäterna är ofullständigt ifyllda. Flera faktorer kan ha betydelse för detta. För det första tycks det vara så att patienter som bättre hade klarat av en engelsk version av enkäten har erhållit en svensk. Motsatsen förekommer också, dvs. att patienter som bättre kunnat svara på svenska har fått en engelsk enkät. Att så har varit fallet går att utläsa av på vilket språk patienterna svarat på de öppet ställda frågorna i enkäten. Många har uppenbarligen också missuppfattat frågor och därmed inte givit svar på den ställda frågan utan på något helt annat. Ibland tycks det istället som om patienten sett det som ett tillfälle att få kommentera sin situation som hiv-positiv i allmänhet. Sannolikt har det också hos vissa funnits en ovilja till att svara på en del frågor.

Det finns ett *bortfall* på 133 patienter, vilka hämtat ut en enkät men inte skickat in den och inte heller meddelat anledning härtill. Det kan finnas ett flertal olika anledningar till bortfallet.

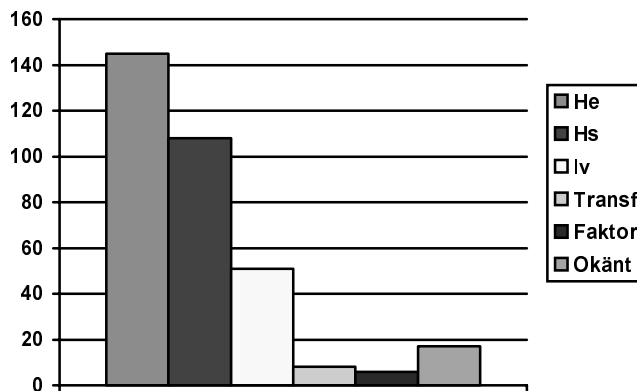
Bland patienterna på mottagning 3 har det under de senaste åren genomförts ett flertal olika studier och enkätundersökningar. Eventuellt har patienterna därför känt sig lågt motiverade att ånyo delta i en undersökning. Sannolikt är också att enkäten kan hos en del patienter väcka oro och funderingar kring tystnadsplikt, sekretess och smittskyddslagen. Naturligtvis kan det även vara psykiskt påfrestande att konfronteras med frågor som rör den egna sexualiteten och hur man blivit smittad. Bland mottagningens patienter finns också många invandrare som varken behärskar det svenska eller engelska språket. Personalen uppger att dessa patienter av förklarliga skäl är svåra att informera samt motivera till att delta i olika undersökningar. En annan faktor av betydelse för den låga svarsfrekvensen kan vara att personalen på mottagningen inte varit tillräckligt motiverade att uppmuntra patienter till att delta i studien. I ett tidigt skede av planeringen av studien medverkade projektledaren vid flera personalmöten på mottagning 3, i syfte att informera om studien. Av olika skäl deltog inte samtliga personal vid dessa tillfällen. Har det brustit i den vidare informationen till dessa? Eventuellt kan det ha sin betydelse att projektledaren, som tidigare dock var känd bland personalen, inte har varit eller är anställd på infektionsmottagning 3. Slutligen kan man naturligtvis inte heller bortse ifrån att en del patienter helt enkelt glömt bort, eller av en eller annan anledning inte haft lust till, att fylla i enkäten. Kanske har man en allmän negativ inställning till forskning och/eller frågeformulär.

Infektionsmottagning 3 på Danderyds sjukhus

På Infektionskliniken på Danderyds sjukhus har man sedan 1982 vårdat patienter med hiv. Sedan 1986 har omvårdnaden av dessa patienter ägt rum på en speciell hiv-mottagning, infektionsmottagning 3. I samarbete med vårdavdelning 3 på infektionskliniken har man behandlingsansvaret för cirka 320 hiv-positiva patienter, 105 kvinnor, 33 %, och 215 män, 67 %. Personalen på mottagning 3 uppskattar antalet patienter med icke svenskt ursprung till cirka hälften av det totala antalet patienter. Två tredjedelar av patienterna med utländsk bakgrund bedöms komma från s.k. högendemiskt område, företrädesvis från Afrika. Det har varit svårt för personalen att uppskatta hur stor andel homosexuella män som är patienter på mottagningen. För att i föreliggande undersökning bilda sig en uppfattning om detta, har utgångspunkten varit antalet patienter som i samband med sin hiv-diagnos uppgivit en homosexuell smittväg.

I tabell 1 redovisas antal patienter uppdelat på respektive smittväg.

Tabell 1



Resultat

Av de 91 patienter som svarat på enkäten är 63 män, 69 %, varav 11 är invandrare. 28 kvinnor, 31 %, har svarat på enkäten, varav 16 är invandrare. Andelen män och kvinnor som svarat på enkäten motsvarar andelen manliga och kvinnliga patienter på mottagningen. Av de 27/91 patienter, 30 %, med icke svensk bakgrund som svarat på enkäten, kommer hälften från s.k. högendemiskt område, övriga från Europa samt två från annan världsdel. Andelen invandrare som svarat på enkäten, 30 %, stämmer inte överens med motsvarande andel patienter med icke svensk bakgrund på mottagningen, vilken bedöms vara nära 50 %. Det förefaller som om andelen homosexuella män som svarat på enkäten är större, än vad motsvarande grupp förekommer på mottagningen. Patienternas medelålder vid undersökningstillfället var 41 år, 21–67. När det gäller sexuell orientering uppger 40 stycken, 27 kvinnor och 13 män, att de är heterosexuella, 9 bisexuella, samtliga män och 34 homosexuella, 33 män och 1 kvinna. 8 personer har inte svarat på frågan om sexuell orientering.

Hiv-beskedet

Det har i genomsnitt gått 6 år sedan patienterna fick sin hiv-diagnos, vilken 95 % av patienterna fick i Sverige. Nästan hälften av patienterna

har fått sitt hiv-besked på Danderyds sjukhus. Övriga patienter har blivit diagnosticerade på andra hiv-mottagningar i Stockholm, mödravårdscentraler, privatläkare samt på olika infektionskliniker runt om i Sverige. 68 % av patienterna fick sitt hiv-besked vid ett personligt återbesök på den mottagning de hiv-testat sig, 12 % via telefon, 2 % per brev och 18 % *på annat sätt*, vilket i nästan samtliga fall betyder att de fick sitt hiv-besked då de var inlagda på sjukhus.

Bland de 53 patienter som lämnat en skriftlig kommentar om hur de upplevde *det sätt* som de fick sitt hiv-besked på, framkommer att personligt återbesök, samt besked då man var inlagd på sjukhus, var så gott som samtliga nöjda med. En del av kommentarerna som lämnats till denna fråga vittnar om detta. "Ett väl omhändertagande av såväl läkare som övrig personal", kan sägas vara en representativ erfarenhet många av patienterna tycks ha. "Allt var alldeles utmärkt, raka besked, inga krumbukter eller gissningslekar. Mycket kunnig och serviceinriktad personal. Tack Danderyd", skriver en man som testades hiv-positivt i samband med inläggning på infektionskliniken. Men alla är inte nöjda. En man som fått sitt hiv-besked då han satt i häkte, skriver följande: "När man sitter häktad borde det finnas stödpersoner som man kan tala med, jag var helt ensam...". En svenskfödd kvinna som fick sitt besked utomlands, beskriver en psykiskt mycket påfrestande situation i samband med sitt hiv-besked: "Fick besked på en lördag, det var hemskt, ingenstans att vända sig. Fick bara ett journalnummer...". En kvinna berättar följande: "Jag har inga synpunkter på personalen på mottagning 3, men personalen på gyn, där jag fick mitt besked, framförde beskedet klumpigt och frågade om jag var sprutnarkoman. Jag har aldrig någonsin använt droger...". "Läkaren var mer skrämmd än mig, vilket var mycket olustigt" säger en man som fick sitt besked på mottagning 3. En man som diagnosticerades på en av de större hiv-mottagningarna i Stockholm, skriver: "Min läkare var helt ok, men när han berättade så fick jag hela tiden frågan – Hur känns det? Ungefär som om det förväntades att jag skulle bryta ihop. Klart att man inte är glad efter ett sånt besked, men man behöver ju inte tjata...".

De patienter som fått svar per brev eller telefon förefaller vara mindre nöjda med sättet som de fick sitt svar på. Det tycks i vissa fall vara så att man i efterhand anser ett personligt återbesök skulle ha varit bättre. En kvinna som fick sitt hiv-besked per telefon skriver: "Ett mycket dåligt sätt, det skulle naturligtvis aldrig lämnats ut i telefon". En kvinna som fick sitt besked per telefon från MVC, säger: "Det var ett grymt sätt att få reda på det genom ett telefonsamtal. Jag hade ingen att prata med...". En svenskfödd man som fick sitt besked utomlands, per telefon, skriver följande: "Läkarmottagningen som lämnade svaret hade mycket dåliga rutiner. Två och en halv vecka efter testet fick jag

beskedet per telefon, vilket var mycket smärtsamt. De hade lovat lämna besked efter en vecka".

Är man inför sin omgivning öppen med sin hiv-status?

Hur många personer i patientens närhet, t.ex. familj, släkt, vänner, arbets/studiekamrater, bortsett från sjukvårdspersonalen, känner till att patienten är hiv-positiv? Av de 87 stycken som svarat på frågan är det 9, 10 %, som uppger att *alla* är informerade. Så många som 53 stycken, 58 %, uppger att ingen, eller endast en fjärdedel, av de närmaste känner till patientens hiv-infektion. Om man ser till patienternas ursprungsland verkar det vara så att de som är födda i Sverige samt i annat Europeiskt land, lever mer öppet med sin hiv än dem som kommer ifrån ett afrikanskt land. Personalens erfarenhet från infektionsmottagning 3 är att det för många afrikaner är mycket svårt att inför sina landsmän leva öppet med sin hiv. Många känner varandra på annat sätt, genom bl.a. invandrarföreningar, och oron tycks vara stor för ryktesspridning. Detta tycks ha sin motsvarighet bland en del homosexuella män i Stockholm (Westrell, 1997), där det fanns en oro för ryktesspridning inom den egna gruppen. En afrikansk kvinna skriver i enkäten: "Om mina vänner från mitt hemland skulle veta att jag hade hiv skulle de aldrig vela träffa mig igen och jag skulle aldrig få en man...".

Troligt smittotillfälle och smittväg

I vilken utsträckning är det egna smittotillfället, och därmed också smittväg, känt för en person med hiv? Klinisk erfarenhet samt annan forskning (Westrell, 1997) visar att de flesta hiv-positiva inte känner till när de blev smittade. I en undersökning bland hiv-positiva homosexuella män i Stockholm, var det endast drygt en tredjedel, 34 %, som kunde ange exakt smittotillfälle (Westrell, 1997). I föreliggande studie är motsvarande andel något större. 37/91, 41 %, säger sig veta exakt vid vilket tillfälle de blev smittade, 20/63 män, varav 2 invandrare, och 17/28 kvinnor, varav 4 invandrare.

I en uppföljande fråga får patienterna markera på vilket sätt de tror sig ha blivit smittade. "Tror Du att Du blev smittad genom...", varvid ett antal olika smittvägar finns angivna. Fler än ett alternativ kunde markeras. Bland de *heterosexuella*, 40 stycken, uppger 30 av dem att de tror sig ha blivit smittade genom vaginalsex. Ingen av dem har angett någon annan trolig smittväg. 6 personer tror att de blivit smittade då de delat

spruta med annan missbrukare, 3 av dem har även angett munsex som trolig smittväg. 3 säger sig ha blivit smittade då de fick en blodtransfusion. 5 patienter som angett en trolig smittväg har även markerat att de inte vet när de kan ha blivit smittade.

Hos de 9 män som uppger sig vara *bisexuella*, verkar mottagande analsex vara den vanligaste smittvägen, vilket 5 stycken har angett. En man tror sig ha blivit smittad genom vaginalsex. En man har skrivit att han blev smittad via ett blodpreparat och 2 män har angett att de inte vet när de kan ha blivit smittade. Bland de *homosexuella*, 33 män och 1 kvinna, är det 31 män som uppger att de troligen blivit smittade vid någon typ av analsex. De flesta har markerat att de kunnat få hiv både som mottagande och inträngande part. 8/31 män har även angett att de kan ha blivit smittade vid munsex, varav 6 stycken uppger att de tog sperma i munnen. 1 man som angett munsex som trolig smittväg har även markerat att han kan ha blivit smittad då han delat spruta. En man har som den enda troliga smittvägen markerat mottagande munsex, då han också tog sperma i munnen. 6 män har, en del av dem tillsammans med ett eller flera andra alternativ, även kryssat i att de inte vet när de kan ha blivit smittade. Den homosexuella kvinnan uppger att hon tror sig ha blivit smittad via munsex.

Sexuell livsstil och sexuellt beteende

Hur beskriver patienterna sin nuvarande, "under den senaste månaden", sexuella livsstil? Samtliga patienter utom en har svarat på frågan.

- 40 stycken, 44 %, (33 män, varav 19 är homosexuella. 7 kvinnor. 12 invandrare, varav är 8 män och 4 kvinnor) uppger att *de inte har några sexuella kontakter*.

- 40 stycken, 44 %, *uppger att de har en fast partner och inga sexuella kontakter utanför förhållandet*. 20 stycken är kvinnor, varav 7 är invandrare. 10/20 har en partner som också är hiv-positiv. 8/40 är homosexuella män, varav en man lever med en hiv-positiv partner. 12/40 är heterosexuella män, varav 3 är invandrare. 4/12 har en partner som är hiv-positiv.

35/40 har uppgett vilken typ av sex de har. Det stora flertalet beskriver att de har någon typ av inträngande sex med kondom, vaginal-, anal- och/eller oralsex. Tre homosexuella män uppger att de enbart har ömsesidig onani med sin negativa partner. Ett par kvinnor uppger att de är mottagande part vid oralsex med sin hiv-negativa man, och att de då inte använder kondom. Däremot har de kondom vid vaginalsex. De en-

da som uppger s.k. osäker sex, dvs. sex utan kondom, är de som har en hiv-positiv partner.

- 3 patienter, 3 %, samtliga homosexuella män, uppger att *de har en fast partner och ibland tillfälliga sexuella kontakter vid sidan om*. En av männen har en partner som också är hiv-positiv, men anger att han inte har sex med denne. Däremot har han ibland tillfälliga sexuella kontakter, då han oftast inte har kondom när han är mottagande part vid anal- och/eller oralsex. Av de två andra männen uppger en att han inte har sex med sin fasta partner och den andra beskriver att han endast har ömsesidig onani med sin partner. Båda uppger att de har "säkrare sex" vid tillfälliga sexuella kontakter.

- 7 patienter, 8 %, samtliga män, *har ingen fast partner men en eller flera tillfälliga sexpartner*. 4/7 är homosexuella, 1 är bisexuell och 2 är heterosexuella. Ingen av dem är invandrare. Samtliga uppger att de har någon typ av inträngande sex med kondom.

Ändrat sexuellt beteende

Det är 86 av patienterna som svarat på frågan om de har ändrat sitt sexuella beteende sedan de fick veta att de är hiv-positiva. 73 av dem, 85 %, uppger att de har ändrat sitt sexuella beteende. 20 är kvinnor, varav 8 är invandrare. 53 är män, varav 30 är homosexuella och 8 bisexuella. 9 av männen är invandrare. 13 personer uppger att de inte har ändrat sitt sexuella beteende efter det att de fått sitt hiv-besked. 6/13 är män, varav 2 homosexuella. 7/13 är kvinnor.

Nästan samtliga har kommenterat på vilket sätt de ändrat, eller icke ändrat, sitt sexuella beteende. Oavsett kön och sexuell orientering tycks de vanligaste förändringarna vara att man *helt slutat att ha sex med andra eller att man börjat använda kondom vid sexuell kontakt*. En del beskriver hur de under de första åren efter hiv-beskedet levde i "celibat", men nu åter börjat att söka sexuella kontakter. I det sammanhanget är det många som beskriver att detta upplevs som mycket svårt, med anledning av den s.k. informationsplikten. "Jag har mycket sällan sex längre då jag inte orkar gå igenom den jobbiga processen med att berätta om min hiv för en partner", beskriver en homosexuell man sin situation. "Sex har blivit svårt, det är jobbigt att berätta för någon att man är smittad, vilket gör att man låter hellre bli att ha sex", säger en annan homosexuell man som enbart har "tillfälliga säkrare sexuella kontakter". En kvinna som lever med sin make uppger att hon numer "aldrig har tillfälliga sexuella kontakter, eftersom jag inte klarar av att berätta om min hiv". Bland de som börjat använda kondom, kan följande kommentar sägas vara representativ – "Använder kondom, mer

återhållsam, försiktig, kontrollerad vid sex av rädsla för att smitta min partner", sagt av kvinna som lever med en hiv-negativ man. En utländsk kvinna beskriver att efter beskedet använder hennes hiv-negativa man dubbla kondomer vid vaginalsex, och dessutom använder båda parter glidmedel, vilket de inte hade tidigare. "Sexlivet har blivit mer spänt, romantiken och spänningen har minskat" säger en kvinna som lever med en hiv-positiv man. En homosexuell man säger – "Jag får det inte att fungera, dvs. ingen erektion. Har heller ingen större lust, egentligen ingen alls". Att en förändring också kan vara till det positiva, kan följande kommentarer vara ett uttryck för. "Till skillnad från förr så har jag ett sexliv nu, då jag lever med en hiv-negativ man och inte missbrukar längre". "Jag har numer bara sex med min fru, och det är bra", säger en man som lever med en kvinna som är hiv-negativ.

Några som inte ändrat sitt sexuella beteende lever med en hiv-positiv partner, och uppger att de därför inte ser någon anledning till förändring. Andra har valt att kommentera sin icke förändring på följande sätt. "Jag har praktiserat safe sex sedan mitten av 80-talet, med undantag av anonymt sex under alkoholpåverkan vid ett fåtal tillfällen under åren 90–93", säger en homosexuell man. En utländsk kvinna skriver – "Jag hade ingen sexlust de första 2 åren efter beskedet, men nu är det normalt igen". "Jag lever i en trygg relation sedan mitt hiv-besked", säger en kvinna som uppger att hon har samlag utan kondom med sin hiv-negativa man.

Tillfredsställd med nuvarande sexliv?

Det är 82/91 patienter som svarat på frågan "Hur upplever Du Ditt nuvarande sexualliv vara?" Fyra svarsalternativ fanns att välja på, Tillfredsställande, Ganska tillfredsställande, Ganska otillfredsställande och Otillfredsställande. Patienterna kan delas upp i två nästan lika stora grupper, där den något större består av dem som uppger sig vara *otillfredsställda* eller *ganska otillfredsställda* med sitt sexualliv. Det tycks vara så att ju längre man känt till sin hiv-infektion desto mer otillfredsställd är man med sitt sexualliv. När det gäller grad av tillfredsställelse råder det ingen signifikant skillnad mellan kön, sexuell orientering och om man är invandrare eller svensk. De patienter som har en partner som också är hiv-positiv är i högre grad tillfredsställda med sitt sexualliv än de med en hiv-negativ partner eller de som inte har någon partner alls.

67/91, 74 %, patienter beskriver att upplevelsen av hur man har det sexuellt, dvs. graden av tillfredsställelse, är påverkad av hiv. Ett fåtal av dem har lämnat en skriftlig kommentar, och så gott som samtliga be-

skriver den negativa påverkan hiv haft. Återigen framkommer svårigheter med den s.k. informationsplikten, vilken flera lämnar kommentarer om även i övriga delar av enkäten. En heterosexuell man skriver följande – "Jag har haft flera möjligheter till tillfälliga samlag, vilket varit frestande. Men eftersom jag anser att min sexpartner själv måste ta ställning till om hon vill ha sex med en hiv-sjuk, måste man ju berätta. Det vill jag inte. Hur stor är chansen att en tjej vill ha sex med en hiv-sjuk?" "Känns svårt att söka sexpartner eftersom jag blivit avvisad när jag upplyst om att jag är hiv-positiv", säger en homosexuell man. En kvinna säger – "Jag har f.n. ingen sexpartner, att ta kontakt försvåras av hiv". Andra kommenterar själva upplevelsen av att ha sex, som t.ex. kvinnan som uttrycker följande – "Jag saknar mun mot könsorgan och saknar känslan av en naken penis". En annan kvinna säger att "min smitta hämmar mitt sexliv av rädsla för att smitta min partner...". En homosexuell man skriver att han "blivit mer försiktig, sex har blivit tråkigt och mindre viktigt...". En afrikansk man uppger – "You can never enjoy your partner the way a man and woman ought to...". En kvinna som blivit smittad av sin man skriver – "Lusten har minskat och någonstans är det lite äckligt...". En enstaka kommentar av en homosexuell man vittnar om att hiv medfört en positivare upplevelse av sexuallivet: "Jag har fått en annan närvaro, känner en mer medveten närhet till min sexualitet".

Att misslyckas med kondom

I den mån de tillfrågade patienterna brukar använda kondom då de har sex, vad har de för erfarenhet av att kondomen gått sönder eller glidit av? Av de 66 patienter som svarat på frågan uppger de flesta att de aldrig misslyckats vid kondomanvändning, oavsett kön, sexuell orientering eller sexuell teknik. De sex personer som uppgett misslyckande med kondom *någon gång* vid analsex är samtliga homo- eller bisexuella män. 18 personer har svarat att de har misslyckats *någon gång* vid vaginalsex, 11 kvinnor och 7 män. 1 man och 1 kvinna, båda heterosexuella, uppger att de *ofta* misslyckats med kondom.

Återkommande bland de fåtal som valt att lämna en kommentar, är att de antingen anser att kondomen haft för dålig kvalitet eller att den använts på ett felaktigt sätt. "Kondomtillverkaren gör dåliga kondomer", "Kondomen gick sönder därför att den var för liten", "Vi var för ivriga och många, kondomer alltså, är för små", "Dålig kvalitet eller att kådisen var för gammal", "För lite glidmedel", "Fel på kondomen eller att den blev fel påsatt".

Vem talar man med om ett sexuellt problem och var får man psykosocialt stöd?

Att *tala* om sitt sexliv är för de flesta personer ingen självklarhet. Det är kanske få saker i livet som berör människan så djupt, och därför finns risken att man i ett samtal kan känna sig utlämnad och blottlagd. Det är av stor vikt att en patient som tar upp ett sexuellt problem bemöts med respekt och förståelse, likväl en öppenhet. Detta gäller inte minst för personer med hiv, vilka inte sällan kan uppleva sin sexualitet som stigmatiserande, just med anledning av hiv. Därav desto större anledning till att hiv-positiva personer bereds möjlighet att diskutera sin sexualitet och sitt sexuella beteende. För en person med hiv kan ett sexuellt problem dessutom innebära att man t.ex. inte följt de förhållningsregler man fått av sin behandlande läkare. Kan detta innebära ytterligare svårigheter och hinder för en diskussion om ett eventuellt sexuellt problem? Det här utgjorde bakgrunden till att det i enkäten ställdes en fråga om var patienterna i förekommande fall fann stöd i ett eventuellt problem relaterat till sitt sexuella beteende.

Men det behöver naturligtvis inte bara vara patienterna som kan ha svårt att tala om sex med t.ex. sin läkare. Inom all typ av svensk vårdutbildning i Sverige föreligger stora brister vad gäller undervisning i grundläggande klinisk sexologi. Mot den bakgrunden kan man eventuellt också förstå vilka svårigheter det kan finnas hos personalen när det gäller att prata med patienterna om sex.

29 patienter, 8 kvinnor och 21 män, ansåg sig *ha haft* någon typ av hiv-relaterat sexuellt problem, efter det att de fick sitt hiv-besked. Bortsett från en enstaka person, uppgav ungefär hälften att de hade kunnat prata med sin behandlande läkare, de övriga med sin kurator. Ett par patienter hade pratat både med sin läkare och kurator. Några personer sade sig också ha pratat med, förutom läkare och/eller kurator, även annan sjukvårdspersonal. Kommentarererna vittnar oftast om en positiv erfarenhet patienterna har av att ha pratat med någon om sitt problem. Några har bara skrivit "bra" eller "ok". "Bra, konstruktivt", säger en homosexuell man som talat med sin läkare. En annan homosexuell man uppger: "Jag har under alla 11 år som jag varit smittad kunnat diskutera problematiken utan förbehåll". En heterosexuell man som är mycket nöjd med sin behandlingskontakt på mottagning 3, skriver följande: "Personalen på Danderyd ligger högt ovan landstingssnittet. De inger förtroende". "Bra att prata med en doktor men bättre med en kurator...", skriver en afrikansk kvinna. "Det kändes pinsamt, det är så privat och intimt" skriver en man som talat med sin läkare. En bisexuell man som uppger att han haft problem, men inte kunnat diskutera detta med någon på mottagningen, skriver: "Jag har inte vågat öppna mig till-

räckligt". En heterosexuell man som säger sig vara mycket nöjd med sin läkare men "det sexuella problemet berördes mycket ytligt...".

Om man *skulle* få ett problem relaterat antingen till det sexuella beteendet eller till förhållningsreglerna som givits enligt SmL, ställdes frågan med vem eller vilka patienten skulle kunna tänkas prata – sin behandlande läkare, sin kurator eller annan sjukvårdspersonal? 64 patienter kunde tänka sig tala med sin behandlande läkare, 35 med sin kurator och 17 med annan sjukvårdspersonal. 32 stycken kunde tänka sig tala med *både* sin läkare och kurator eller annan sjukvårdspersonal.

10 patienter, 8 män och 2 kvinnor, har angett att de inte kan tänka sig att tala med någon av ovanstående yrkeskategorier. En afrikansk man säger att språksvårigheter hindrar honom från att prata med sin läkare. En kvinna lämnar följande kommentar till att hon inte anser sig kunna vända sig till sin läkare – "inte har väl doktorn tid med sånt". En homosexuell man säger – "kan och vill inte prata p.g.a. lagen och smittskyddsläkaren". Några andra anger att de hellre talar med sin partner om ett eventuellt sexuellt problem eller att de "inte ser någon anledning och prata, vad ska doktorn eller kuratorn göra åt mina problem".

Det är endast 16 patienter som uppger att de, förutom från mottagning 3, får psykosocialt stöd från annan mottagning eller frivilligorganisation. De organisationer och mottagningar som nämns är Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset, Ph-center, Familjesociala mottagningen på Huddinge sjukhus, Metadonmottagningen, Positiva Gruppen, Spiralprojektet, Toxikomanimottagningen.

Bruket av alkohol och andra droger vid sexuell kontakt

Det är 30 patienter som uppger att de under den senaste månaden druckit alkohol i samband med att de haft sex. 7 av dem säger att alkoholen hade någon typ av inverkan på vilken typ av sex de hade, 3 anger en positiv inverkan och 4 anger en negativ inverkan.

Det är 4 patienter som uppger att de under den senaste månaden i samband med att de haft sexuell kontakt, tagit någon annan drog, t.ex. extacy, amfetamin, kokain, LSD. "Amfetamin ökar sexlusten" säger en man. En man uppger att han använt poppers – "Man gör ju allt, släpper alla hämningar, och det gäller både vid alkohol och poppers".

Informationsplikten

Enligt SmL är varje person som känner till sin hiv-infektion skyldig att informera sin sexualpartner om sin hiv-status. Klinisk erfarenhet samt forskning (Westrell, 1997) visar att många hiv-positiva upplever den s.k. informationsplikten som ett hinder, när det gäller att söka sexuell kontakt. Många tycks ha erfarenhet av att ha blivit avvisade och blivit bemötta med fördomar då de för en presumtiv sexualpartner berättat om sin hiv-infektion. I enkäten får patienterna svara på frågan om det finns situationer där de *inte skulle kunna tänka sig att informera en sexualpartner om den egna hiv-infektionen*. 54 stycken har svarat på den öppet ställda frågan. De flesta har bara svarat *Ja* eller *Nej*, några har lämnat en kommentar till sitt svar.

24 personer säger att det finns situationer när de kan tänka sig frånga informationsplikten. Andelen män, kvinnor och invandrare stämmer överens med motsvarande andel som svarat på enkäten. "Ja, vid safe sex, utan risk för att smitta", "Kanske utomlands" säger två homosexuella män. "Ja, om jag kommit tillräckligt långt i ett förspel", uppger en bisexuell man. "Vid sex i parker och på videoklubbar, men jag har alltid säkrare sex", skriver en homosexuell man. En utländsk kvinna säger: "Han kommer att bli rädd för mig, kanske också berätta för andra, och det är inte bra för jag vill leva hemligt med min hiv". "Om man har sex som en lek, då är det inte önskvärt från någon sida att prata överhuvudtaget, det förstör bara leken. Vem pratar om sin snuva när han skall spela poker?", skriver en heterosexuell man.

30 personer säger sig inte kunna frånga informationsplikten. 13 av dem är kvinnor, vilket är procentuellt fler än motsvarande andel som svarat på enkäten. Någon enstaka har lämnat en kommentar. "Nej, eftersom det är viktigt att informera, men jag är osäker på om det är någon som är hiv-negativ som vill ha samlag med mig som är hiv-positiv", skriver en utländsk man.

När det gäller patienternas erfarenheter av att ha berättat om sin hiv-infektion för en sexualpartner, är det 15 stycken som säger sig ha fått en *positiv* reaktion, 8 en *negativ* och 17 uppger att de varit med om *både* positiva och negativa erfarenheter av att ha berättat. Återigen är det bara ett fåtal som lämnat en skriftlig kommentar till sitt svar.

När det gäller dem som fått en positiv reaktion, kan följande kommentar av en utländsk kvinna sägas vara representativ. "Jag har fått respekt för att jag har berättat, men också ledsnad, ömhet och värme". En annan kvinna säger: "He was very close to me, and he was there for me, thats why we fell in love...". Ytterligare en kvinna kommenterar: "Jag blev i alla fall inte avvisad, han är min nuvarande partner". Två

heterosexuella män säger följande: "Ofta mycket förstående, inget hysteriskt...", "Sympati".

Några patienter som fått erfara en negativ reaktion då de berättat om sin hiv-smitta, uttrycker följande: "Naturligtvis blev han inte glad, han gick omedelbart och testade sig", säger en utländsk kvinna. "Upprördhet, rädsla, ängslan, oro, försiktighet, avståndstagande..." är en homosexuell mans erfarenhet. Patienter som varit med om både negativa som positiva reaktioner, uttrycker följande: "Alltifrån sorg och ilska till ömkan", "För det mesta har det inte spelat någon roll men ibland fått avslag...", "Några har accepterat, andra dragit sig undan och vi har aldrig mer haft kontakt..." säger tre homosexuella män. "Blandade reaktioner, en del blir hysteriska, andra är hur coola som helst...", har en bisexuell man erfarit.

Brakar Du fråga en ny sexualpartner om han/hon har hiv?

För att få en uppfattning om huruvida hiv-positiva personer själva frågar en partner om dennes hiv-status, ställdes i enkäten en fråga om just detta. Det var 8 patienter som svarade att de brukar fråga en sexualpartner om dennes hiv-status. Lika många säger att de *ibland* brukar ställa frågan. 34 patienter svarar nej på frågan, dvs. de brukar inte fråga en partner om denne är hiv-positiv eller ej.

33 patienter har lämnat en skriftlig kommentar till frågan, varav en del kommentarer inte direkt berör den ställda frågan. Istället tycks det som man återigen har passat på tillfället att berätta i allmänhet om sin situation och sina upplevelser som hiv-positiv. Men flera har kommenterat hur det var när de själva berättat om sin hiv för en sexpartner, vilket de flesta tycks ha en negativ erfarenhet av.

Många berättar om att de inte frågar om partners hiv-status, eftersom de själva berättar om sin hiv, "och då blir det naturligt att de berättar om sig själva", som en kvinna uttryckte det. "Jag talar om att jag är hiv-positiv, därför frågar jag inte dem", säger en homosexuell man. En heterosexuell man skriver följande: "Vi kommer naturligt in på det eftersom jag alltid berättar om att jag har hiv". "Jag berättar om min hiv-situation och sen är det upp till honom och säga om han är smittad eller ej...", säger en homosexuell man. En utländsk kvinna uppger följande: "Jag frågar inte eftersom jag inte berättar om min egen hiv". Denna kvinna säger sig sällan ha sex, men då det sker ser hon alltid till att kondom används. På annan plats i formuläret säger hon att det skulle vara omöjligt att berätta eftersom hennes landsmän "snabbt skulle få veta och då skulle jag bli utfryst från gemenskapen och aldrig skulle

jag kunna skaffa mig en man...". Två män som inte brukar fråga en blivande sexpartner om dennes hiv-status säger följande: "Jag förmodar av någon anledning att de inte har hiv...". "Man skall tänka som om alla var hiv-positiva och använda skydd jämt".

Sexuell kontakt – hellre med hiv-positiv än med hiv-negativ partner?

Om en person med hiv får välja, föredrar han/hon en hiv-positiv sexuell partner före någon som är hiv-negativ? 30/70 patienter, 43 %, uppger att inför en valsituation har partners hiv-status *ingen betydelse*. Det är 23 män, varav 16 är homosexuella, samt 7 kvinnor som uppger detta. 8/30 är invandrare, hälften av dem är kvinnor. Är det så att man bedömer andra egenskaper hos en presumtiv sexpartner som viktigare, än vederbörandes hiv-status?

22/70, 31 %, säger däremot att om de får välja, föredrar de *alltid* sexuell kontakt med annan hiv-positiv person. Det är 7 kvinnor, 15 män, varav 7 är homosexuella, som uppger detta. 3/22 är invandrare, 2 kvinnor och 1 man. De kommentarer som förekommer på annan plats i enkäten, angående hur svårt många har med den s.k. informationsplikten, kan eventuellt förklara varför en tredjedel av patienterna föredrar en hiv-positiv sexpartner.

7/70 säger att de *nån gång* föredrar en hiv-positiv sexuell partner före en hiv-negativ, och 11/70 uppger att de *aldrig* gör det.

Kontaktspårning

Enligt SmL skall kontaktspårning ske med en person som diagnostiseras med hiv. Syftet är att försöka göra en kartläggning av tidigare och nuvarande sexualpartner, för att därigenom förhindra vidare smittspridning. Den hiv-positiva personen uppmanas att uppge namn på sexualpartner, med vilken eller vilka sexuell kontakt förekommit på ett sådant sätt att smitta kan ha överförts. Därefter kontaktas dessa partner och informeras om att de skall söka läkare för rådgivning och eventuell hiv-test. Kontaktspårning utförs oftast av en kurator, på uppdrag av patientens behandlande läkare.

Det är 87 patienter som svarat på frågan om kontaktspårning. 33 av dem har varit med om kontaktspårning i samband med sin hiv-diagnos. 38 har inte varit med om det och 16 patienter uppger att de inte minns om kontaktspårning utfördes i samband med att de fick sitt hiv-besked.

De 33 patienter, 38 %, som uppger att de varit med om kontaktsparning i samband med att de fick sin hiv-diagnos, stämmer överens med motsvarande andel män och kvinnor samt invandrare som svarat på enkäten. Genomsnittsåret för hiv-diagnos för dem som blivit kontaktsparade är 1992. 22/33 har svarat på frågan om på vilken mottagning de fått sitt hiv-besked, vilket 10 av dem har fått på infektionsmottagning 3. Övriga fördelar sig relativt jämt mellan andra hiv-mottagningar i Stockholm, kriminalvården och privatläkare.

Hos drygt hälften av de 33 patienterna har kontaktsparningen utförts av en kurator, i övriga fall av en läkare. Samtliga har svarat på frågan hur många kontakter de uppgav i kontaktsparningen. Det finns ingen signifikant skillnad mellan uppgivna partner för kurator respektive läkare. Två tredjedelar av patienterna hade uppgett namn på 1 partner, de övriga uppgav i genomsnitt 5 partner (2–16). Någon enstaka patient har skrivit "åtskilliga".

14 patienter, 42 % av de som svarat, har angett att de undvek att uppgive namn på partner/kontakter. Några av dem lämnade en kommentar om detta. "Jag ville inte att en läkare skulle ringa upp dem och berätta att jag var hiv-bärare". Denne homosexuella man uppgav 1 partner, men lät bli att uppgive namn på "5–10" tidigare sexuella kontakter. En man uppger att han "inte minns" hur många tidigare sexpartner han undvek att berätta om i kontaktsparningen. En annan man som uppgav namn på "2–3" partner, men undvek att namnge en enstaka tidigare sexualpartner, säger följande – "Jag ville inte att han skulle misstänka att det rörde sig om mig, även om jag mycket sällan har kontakt med honom...". Några andra som inte namngivit tidigare sexualpartner i kontaktsparningen, lämnar följande kommentarer: "Visste inte namnet", "3 tillfälliga partner i utlandet", "Det var så svårt, osäkert, tänk om han var helt oskyldig...", "Visste bara förnamnet och det hade ägt rum utomlands så det var svårt med spårning...", "Hade inte namnet på dem, de flesta bodde utomlands...". En man som säger sig ha undvikit att i kontaktsparningen uppgive "åtskilliga" partner, säger att han tycker "kontaktsparning är för jävligt taskigt...".

7 av patienterna uppger att de själva tog kontakt med tidigare partner/kontakter, utan att berätta om detta för kuratorn eller läkaren. 5 av dem uppger att de tog kontakt med 1 partner, 2 av dem kontaktade 5 partner.

Bland de som lämnat en kommentar om hur de upplevde kontaktsparningen, förekommer både positiva och negativa erfarenheter och uppfattningar, dock med en viss övervikt för de negativa kommentarerna. "Jobbigt, förstås...", "Upplevde det som obehagligt, valde därför att inte uppgive några partner med anledning av att det skulle skapa oro...", "Jag tycker inte att det kändes bra, samarbetade inte. Denna

information kan nog i de flesta fall skötas bäst av den hiv-positiva själv", "Pinsamt", "Omtumlande", "Förjävligt, ville inte alls egentligen...", "Det var jobbigt, jag oroade mig för att de som jag uppgav skulle kunna misstänka mig...", "Svårt och obehagligt, mitt sexliv är en privatsak, men självklart förstår jag vikten av att spåra smittan", "Meningslöst".

Bland de lite mer positiva kommentarerna som förekommer, kan följande sägas vara representativa: "Naturligt", "Läkaren var mjuk och hänsynsfull", "Mycket positivt, jag hade haft en viss tid på mig att förbereda mig...", "Det var ok att tala om det". Följande synpunkter återger också en erfarenhet av kontaktspårningen: "Det var svårt att komma ihåg namn under press, namn dök upp under en period efteråt och lämnades då till kurator", "Jag förstod att det var nödvändigt", "Jag föredrog att kontakta själv de som jag känner. Tillfälliga kontakter, vilket ju är de flesta, går ju inte att kontakta...",

För de 38 patienter, 44 %, som säger sig inte ha varit med om kontaktspårning, stämmer andelen män och kvinnor överens med motsvarande andel som svarat på enkäten. 10/38 är invandrare. Genomsnittsåret för hiv-diagnos är 1992 även för dem som inte blivit kontaktspårade. 27/38 har svarat på vilken mottagning de fick sitt hiv-besked på, och nästan hälften av patienterna har fått det på mottagning 3. Övriga fördelar sig relativt jämnt mellan flyktingförläggningar, kriminalvård, privatläkare, MVC och andra hiv-mottagningar i Stockholm. 28 patienter har lämnat en kommentar om varför kontaktspårning ej utfördes i samband med hiv-diagnosen. De vanligaste orsakerna uppges vara att patienten bott utomlands vid tidpunkten för hiv-diagnostisering, och endast varit hemma på kort besök i Sverige, och då hiv-testat sig. Flera anger också att de haft anonyma sexkontakter och därför inte bedömt kontaktspårning som "meningsfull". Någon säger: "Jag kände inte till smittkällan, därför var det ingen idé med smittspårning. Jag blev smittad utomlands på semestern". Vad som inte framgår är om det var patienten ensam som tog beslutet om att kontaktspårning inte skulle ske, eller om det skedde i samråd med kurator/läkare.

16 patienter, 18 %, uppger att de inte minns om kontaktspårning genomfördes i samband med att de erhöll sin hiv-diagnos. Genomsnittsåret för hiv-diagnos för dessa patienter är 1989.

Smittskyddslagen

70/85, 82 %, av patienterna säger att de av sin läkare fått s.k. förhållningsregler enligt SmL. Andelen män, kvinnor och invandrare är i stort sett densamma som motsvarande andel som svarat på enkäten. 7 patien-

ter säger sig inte ha fått det, 8 svarar att de inte vet om de fått det och 6 patienter har inte svarat på frågan. 6/70 uppger att de tror att relationen till läkaren har påverkats av att han/hon givit dessa regler. Det går inte att säga om relationen påverkats i positiv eller negativ riktning, eftersom ingen av patienterna har valt att lämna en skriftlig kommentar.

Några av de 64 patienter som *inte* tror att relationen till behandlande läkare påverkats av att denne givit förhållningsregler, kommenterar följande: "Det är mycket viktigt att ha en god relation till min läkare dr NN, hon är fantastisk, inkännande och god", "Det är läkarens plikt att informera, jag har fullt förtroende för min läkare", "Min relation är bra och han (läkaren) gör sina uppgifter", "Varför skulle relationen påverkas?", "Jag har en bra relation till min läkare och han har förtroende för mig".

Anser Du att reglerna i smittskyddslagen påverkar Din livssituation, inklusive Ditt sexuella beteende, på något sätt? Det är 26 patienter som svarat ja på denna fråga. Merparten beskriver i sina kommentarer den negativa påverkan de anser lagen har. Återigen har patienterna tagit tillfället att lämna generella synpunkter på lagen.

Flera anger att informationsplikten känns "besvärande" och har en inverkan på deras livssituation. "Att vara tvungen att redogöra för min hiv har lett till att jag har anonym sex, och det är psykiskt tungt att allt ansvar vilar på mig som positiv...", säger en homosexuell man. "Jag skulle antagligen ha fler tillfälliga sexuella kontakter om inte regeln om att jag måste informera om min hiv fanns", säger en annan homosexuell man, som uppger att han har "få säkra tillfälliga sexkontakter", och som upplever sitt sexualliv som "otillfredsställande" och "lever mycket isolerat p.g.a. min hiv". Ytterligare en annan homosexuell man, som lever helt utan sexuella kontakter och är "otillfredsställd" med detta, säger att "hela lagen" påverkar honom negativt. En kvinna uttrycker följande: "Att man måste informera om sin hiv, att man själv bär på hela ansvaret, känns mycket tungt. Folk borde faktiskt vara rädda om sig själva och tänka sig för. Båda måste ta ansvar". "Att även om man informerat sin partner och det skulle ske en olycka, t.ex. att kondomen gick sönder, så är man den skyldige. Även om båda parter är överens om att det är tråkigt, men ändå inte vill anmäla, så måste min läkare göra det. Skulle man ha oskyddat sex med en person som vet att man är hiv-positiv, och man kommit överens om att det är ok så blir det ändå jag som åker dit", funderar en homosexuell man när det gäller lagens inverkan på hans livssituation. "Man kan ju ha sex på ett säkert sätt, varför skall man då behöva berätta för sin partner, det handlar ju om kärlek i första hand, inte sex.", säger en annan homosexuell man.

En utländsk heterosexuell man lämnar följande kommentar: "Before, one could get wild for a change. Now it is no longer possible.

Things like kissing and the natural stimulation you experiment by not using condom is greatly missed. I just wish I could turn the clock backwards again". En kvinna skriver "Självklara regler att man skall skydda sig och sin partner, men påverkar det sexuella naturligtvis att man måste använda kondom". "En råtackig lag som lägger allt ansvar på den hiv-positiva", säger en heterosexuell man.

Det är 58 patienter som uppger att de inte anser att lagen påverkar deras livssituation. Få av dem har lämnat en kommentar om detta. "Jag skulle bete mig på samma sätt även utan lagen" säger en kvinna som alltid använder kondom med sin fasta partner. "Det känns rätt att följa lagen" säger en annan kvinna. En homosexuell man som lever med en fast partner, med vilken han inte har sex, utan enbart enstaka tillfälliga kontakter, och som upplever sitt sexliv som "otillfredsställande", säger följande: "Lagen borde påverka mig men jag lever tyvärr inte efter det, fast jag skulle vilja, men det är svårt. Det är inte lagen som påverkar livssituationen utan sjukdomen". En kvinna lämnar följande kommentar: "Naturligtvis måste lagen finnas, eftersom alla kanske inte följer läkares råd och information".

I SmL finns bestämmelser om att en person som på något sätt utsatts för risk att ha blivit smittad av hiv, skall uppsöka läkare för information, rådgivning och hiv-test. I enkäten fick patienterna svara på följande fråga: *Anser Du att alla, efter att de informerats om att de utsatts för risk att bli smittade av hiv, t.ex. haft sex eller delat spruta med någon som är hiv-positiv, alltid skall söka läkare för rådgivning, information och hiv-test?* 74 stycken har svarat att de anser bestämmelsen äger sin riktighet. Följande kommentarer till sitt svar har lämnats av patienterna: "Självklart". "Ja, men så länge vi har en lagstiftning kommer ingen vilja att vara tillmötesgående". "Ja, för att man inte skall smitta andra, få mediciner och behandling tidigt och möjlighet att få tala med en kurator". "Man bör ha rätt att göra det anonymt på annat ställe än därifrån man fått informationen om att man utsatt sig för en smittrisk". "För att själva sätta sig i en säker situation. Ovissheten är mer betungande än visshet". "Personer som kommit i kontakt med något av ovanstående situationer måste få veta om han eller hon är smittad innan de fortsätter och smittar andra. Virusets utveckling kan också utvecklas till svår sjukdom". "Ja, men det måste vara frivilligt". "Viktigt få vetskap om att man utsatts för smitta, annars kan det bli problem senare...". "Det är bra för en person att veta, så han eller hon kan skydda sig själv och andra i framtiden". "Ja, eftersom det idag finns bra mediciner att sätta in".

Det är endast 9 stycken som svarat nej på ovanstående fråga. "Varje individ måste själv få ta ställning". "Upp till var och en att avgöra". "Det är lättare sagt än gjort. Det är mycket svårt och traumatiskt att

göra ett hiv-test, speciellt om man misstänker att man är smittad. Oro bättre än bekräftelse".

Vilken åtgärd anser du att man skall använda sig av då en person som trots upprepade kallelser vägrar infinna sig för rådgivning, information och hiv-test? Det är 74 patienter som valt att svara på denna fråga, som hade fyra svarsalternativ.

9 stycken anser att *ingen åtgärd* alls skall tillgripas. "Jag tror på frivilligt tillvägagångssätt, poliser skrämmer. Risken är att personen räds för att komma åter för behandling". 32 stycken uppger att de tycker att *polishämtning som sista utväg* är en åtgärd att använda sig av. "Polis endast när en person sprider smitta". "Polis skall man bara använda sig av i minsta möjliga utsträckning, bara om det är flera personer som pekat ut en person". "Snarare någon mer initierad person än polis borde uppsöka och återigen försöka få personen förstå konsekvenserna och att dessa konsekvenser faktiskt skulle kunna innebära mordförsök!".

7 personer anser att man *aldrig skall använda sig av polishämtning*. "Polishämtning kan bidra till en skräckupplevelse som påverkar personen psykiskt". "I don't think the police should be used, because it's not a criminal offence to be hiv-positive, but it's necessary to have information in order not to infect others".

26 stycken har lämnat förslag på *annan åtgärd* som de anser skall användas för att få personer till information och hiv-test. Den vanligaste kommentaren handlar om att vederbörande bör erbjudas "motivationssamtal", men också att "hembesök" bör ske, "övertalning", "någon typ av civilpolis" samt "tvångsvård".

En del har lämnat allmänna kommentarer och synpunkter till ovanstående fråga. "Det är ok med de åtgärder som används idag". "Det finns alltid extremfall, man kan nog inte göra generella bedömningar. När det gäller t.ex. missbrukare som saknar normalt omdöme kan man ju inte tillämpa annat än tvångsomhändertagande". "Om någon inte vill ha rådgivning ska var och en få bestämma själv, så länge den inte smittar andra". "Hiv-positiva skall med tvång behandlas om de inte vill frivilligt och om de lever fritt med sitt sexliv. Fängelse kan användas". "Vården måste innehålla ett skraddarsytt program med mycket terapi och bestämda men ändå mjuka omsorger. Lära ut ödmjukhet och respekt och ge självförtroende framförallt".

Hur skall man minska den fortsatta smittspridningen?

Till denna fråga har 61 patienter valt att lämna en kommentar. De flesta har uttryckt sig mycket kortfattat, ofta med ett enstaka ord. "Information" är genomgående den vanligaste kommentaren. En del har utveck-

lat sina funderingar kring detta tema: "Information, sprutor och kanyler till narkomaner, gratis kondomer till studenter...". "Skapa bra mötesplatser för oss homosexuella, där information kan ges, smygandet i mörker är livsfarligt". "Informationen måste fortsätta, det går inte att blåsa faran över än...". En man som är injektionsmissbrukare säger följande: "Låt oss narkomaner få hämta sprutor och kanyler på sjukhuset, så vi slipper dela med varandra...". "Eftersom en hel del av dem som är hiv-positiva också är missbrukare, så borde myndigheterna för länge sedan delat ut fria sprutor även i Stockholm. Jag är övertygad om att en hel del människor hade sluppit bli smittade om detta skett för 10 år sedan".

Ansvarsfrågan tas upp i några av kommentarerna: "Få folk förstå att många vanliga människor är smittbärare och att det är allas ansvar att skydda sig. Det går inte att se på folk om de har hiv. Man måste alltid skydda sig, inte lita på någon. En del tror att om man bara undviker en viss typ av människor så är man säker. Som vi vet är det ju inte så...". "Jag tror att det är nödvändigt att på något sätt kolla upp vissa yngre män som av olika skäl bedöms vara ansvarslösa". Några andra kommentarer som innehåller förslag till specifika åtgärder: "Skulle önska att det fanns något annat sorts skydd än kondom, t.ex. en salva som dödar...". "Genom information ytterligare reducera fördomar kring hiv, oavsett sexuell läggning och social grupptillhörighet".

Diskussion

Hur skall man förstå att en så stor del som 72 %, av de patienter som var tänkta att delta i studien, inte svarat på enkäten? Är det ett uttryck för den utsatthet och stigmatisering personer med hiv kan känna? Inledningsvis i rapporten diskuteras en del av de faktorer som eventuellt kan ligga bakom den låga svarsfrekvensen. Låg motivation hos patienter som redan varit ansatta av diverse olika forskningsstudier, oro och rädsla för att dela med sig av sina erfarenheter som har med hiv, sex och partnerval att göra... Sannolikt kan bortfallet betraktas ur många olika perspektiv. Viktigt är dock att man tar hänsyn till bakomliggande hiv-specifika faktorer. Att ha fått besked om att man bär på hiv, innebär otvetydigt en existensiell kris. Hur den hanteras beror, som all krisbearbetning, på den enskilda personens intrapsykiska likväl sociokulturella förutsättningar. En kvinna från Afrika med ett begränsat nätverk i Sverige, en homosexuell man smittad sent i epidemin, en injektionsmissbrukare med ett starkt beroende till sin drog – tre hiv-positiva personer med till synes olika situationer och upplevelser, men som sannolikt har beröringspunkter och delar

erfarenheter som har mer eller mindre betydelse för att man väljer att inte delta i en enkätundersökning.

Andelen patienter med en icke svensk bakgrund som svarat på enkäten förefaller vara färre än motsvarande andel på mottagning 3. Det ligger nära till hands att förklara detta utifrån de utländska patienternas eventuella språksvårigheter, och att det bl.a. därför har varit svårt för personalen att motivera patienten att delta. Det är också 67 patienter, flertalet av dem invandrare, som inte blivit erbjudna att fylla i enkäten, eftersom personalen, oftast en läkare, inte har ansett det lämpligt att fråga patienten. "Olämpligt att fråga patient", "Utländsk kvinna, inte lämplig att tillfråga...". Hur skall man förstå detta? Kan det vara så att en invandrarkvinna med ett dåligt socialt nätverk och som uppvisar en psykisk instabilitet, automatiskt bedöms som olämplig att delta i studien? Vad skulle kunna hända? Är det uteslutet att kvinnan eventuellt skulle kunna se det som en möjlighet och ett tillfälle att diskutera en del av enkätens frågeställningar med sin läkare? Är det så att man vill skona personen från ytterligare en studie, som kanske tar både tid och psykisk kraft i anspråk, både för patient och personal?

När man tar del av föreliggande rapport är det viktigt att ha i åtanke att studien omfattar 91 hiv-positiva personer. Huruvida de 91 personerna är representativa för andra hiv-positiva, är svårt att säga. Det är en begränsad grupp, som dessutom består av olika delgrupper, bl.a. kvinnor, män, invandrare, homosexuella män. Det gör att det kan bli svårt med jämförelser med andra liknande undersökningar, som helt eller delvis består av andra patientkategorier.

En liknande enkätundersökning (Westrell, 1997) som denna, har tidigare genomförts bland 212 hiv-positiva män, de flesta av dem homo- och bisexuella. Samtliga var vid undersökningstillfället patienter på Venhälsan, en specialvenerologisk mottagning på Södersjukhuset i Stockholm. De två studierna har vissa beröringspunkter. Vad som löper som en röd tråd genom samtliga enkäter, både på Danderyd och Venhälsan, är sorgen och saknaden efter ett liv som varit. En kvinna skriver, vilket kan sägas representera vad många av patienterna både på Danderyd och Venhälsan uttrycker – "Jag orkar inte tänka på hur det var innan jag fick veta att jag var hiv-smittad. Men jag tror det var lättare för mig då...". Oavsett om det kanske ligger nära till hands att bara minnas det som var bra tidigare i livet, så är det uppenbart att många av patienterna saknar ett friare sexliv. De skulle önska såväl en mindre komplicerad situation då man skall söka partner som en större öppenhet med sig själv och hiv, i relation till familj och vänner.

Nästan hälften av patienterna i undersökningen uppger att de under den senaste månaden levt helt utan sexuella kontakter med andra. Vid en närmare studie av dessa patienters enkäter, visar det sig att den

sexuella avhållsamheten i allra högsta grad är ofrivillig, och hos de flesta har den existerat i en mycket längre period än en månad tillbaka. Den sexuella nöd som patienterna uppvisar, bör uppmärksammas som det allvarliga problemet det är för dessa individer. Personal som möter dessa patienter måste ha en ständigt pågående dialog, både sinsemellan och med patienterna, om frågor som berör hiv-positiva personers sexuella välbefinnande. Vidare bör problemet finnas med i en fortlöpande hiv-preventiv diskussion, där konsekvenserna av ett ackumulerat sexuellt behov bör beaktas.

Ju längre man känt till sin hiv-infektion, desto mindre tillfredsställd tycks man vara med sitt sexliv. Samma resultat visar Venhäsestudien. Otillfredsställelsen kan naturligtvis ha andra än hiv-relaterade orsaker. Men det är svårt att bortse ifrån att hiv sannolikt har sin betydelse för grad av sexuell tillfredsställelse. Minskad sexuell lust och förmåga kan vara ett resultat av hiv-relaterade symtom, både medicinska och psykosociala. Likväl kan biverkningar av långvarig hiv-medicinering ha betydelse. Återigen ser man behovet av att personalen initierar en diskussion med patienterna om förekomst eller avsaknad av ett sexuellt välbefinnande. Att sådana samtal skulle kunna äga rum tycks det finnas goda förutsättningar för. En mycket stor andel av patienterna uttrycker ett stort förtroende för sin läkare samt för övrig personal på mottagning 3. Uppgiften bekräftas på flera ställen i enkätsvaren. Patienterna uppger att de vid ett eventuellt hiv-relaterat sexuellt problem, känner förtroende för att tala med sin läkare. Likaså anser patienterna inte att de förhållningsregler som givits, och som kan sägas begränsa individens sexuella frihet, påverkar relationen till läkaren. Kan detta vara ett uttryck för att reglerna förmedlats i ett förtroendegivande tonläge? I så fall bör det vara personalens skyldighet med en fortlöpande uppföljning av hur patienterna hanterar förhållningsreglerna. Uppföljningen bör läggas upp som ett förtroligt samtal, där syftet är att läkare och patient gemensamt skall komma fram till hur ett sexuellt välbefinnande kan uppnås för patientens del.

Hur kan man förstå att så många som 54 patienter säger att de inte, i samband med sin diagnos, varit med om kontaktsparning eller att de inte minns om kontaktsparning ägt rum? Till viss del kan detta handla om en definitionsfråga. Kanske har man deltagit i en kontaktsparning utan att man haft det klart för sig. För vad innebär egentligen en kontaktsparning? För många patienter betyder det säkert att man uppger namn på tidigare sexpartner, och att kurator eller läkare sedan tar kontakt med dessa. Men om patienten bara har haft anonyma sexuella kontakter, eller att samtliga kontakter ägt rum utomlands, sker då ingen kontaktsparning? Jo, just genom att uppgiften om anonyma kontakter framkommit, och den som utför kontaktsparningen tillsammans med

patienten kommit fram till att man inget kan göra för att nå dessa partner. Även detta är att betrakta som en kontaktpårning, även om det inte ledde fram till att tidigare partner kunnat informeras om att de eventuellt utsatts för en smittrisk. Genomsnittsåret för hiv-diagnos ligger längre tillbaka för dem som inte minns, 1989, jämfört med dem som blivit kontaktpårade, 1992. Således kan tiden göra att man helt enkelt inte kan dra sig till minnes allt som skedde i samband med att man fick sitt hiv-besked.

Det finns uppgifter i studien som pekar på att många av patienterna har tagit ett ansvar när det gäller att begränsa den fortsatta smittspridningen av hiv. En mycket stor andel har ändrat sitt sexuella beteende till förmån för s.k. säkrare sex, vilket är en uppgift som överensstämmer med vad som framkom i undersökningen på Venhälsan. Parallellt med detta ansvarstagande finns i många av enkäterna ett ganska moraliskt tonläge. Trots kritiken mot informationsplikten, ser många som sin plikt och skyldighet att informera en presumtiv sexpartner om att man är hiv-positiv, i annat fall är man beredd att avstå helt från att ha sex. Vad man dock kan notera är att det hos de homosexuella männen finns, förutom en sorg och saknad, en ilska och frustration över ett förlorat sexliv, vars motsvarighet inte riktigt går att finna hos övriga patienter. Här liknar de homosexuella männen patienterna på Venhälsan, vilka också på olika sätt gav uttryck för sin frustration och vanmakt, inte minst riktat mot SmL och dess bestämmelser som har med hiv att göra.

Hiv har varit känt i Sverige i över 15 år. Man måste dock konstatera att det för hiv-positiva personer fortfarande är förknippat med svårigheter att leva öppet med sin hiv. Här liknar patienterna på Danderyd och Venhälsan varandra. Är man dessutom invandrare, tycks det föreligga ytterligare risk för isolering och stigmatisering. Avsaknaden av naturliga nätverk, som t.ex. familj och släkt, är uppenbar. Man har att förlita sig på landsmän, som man kanske lärt känna enbart utifrån att man kommer från samma land. Flera patienter, kanske främst kvinnor, berättar om hur svårt det är för dem att lita på sina landsmän och hur orolig man är för att andra skall få kännedom om deras hiv. Känslor av skuld och skam samt en oro för att bli bemött med okunskap och fördomar, gör också att många väljer att inte berätta om sin hiv. Det här pekar på hur viktigt det är med ett kulturkompetent omhändertagande och en förtrogenhetskunskap om de specifika levnadsförhållanden hiv-positiva invandrare har att hantera. Det är en kunskap som inte minst är nödvändig i ett fortlöpande hiv-preventivt arbete, både på ett individuellt plan som på ett samhälleligt. Olika hiv-organisationer, Riksförbundet För Hiv Positiva (RFHP), Positiva Gruppen, Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset, samt klinisk erfarenhet, vittnar om diskriminering av hiv-positiva personer inom t.ex. arbetslivet. Under våren 1998 planerar

RFHP en studie angående diskriminering av hiv-positiva inom arbetslivet.

För personer med hiv-infektion har det under de senaste två åren gjorts stora framsteg inom den kliniska behandlingen. Det är mediciner som tycks öppna nya möjligheter till ett längre och friskare liv för hiv-positiva. Men det har visat sig att de nya behandlingarna också medför svårigheter och påfrestningar av olika slag, inte minst medicinska biverkningar. Dessutom innebär de nya medicinerna att det blir nödvändigt med psykosocial rehabilitering för personer med hiv. Det handlar om att på olika sätt få hjälp med att komma tillbaka till livet. Skaffa ett arbete, planera en framtid, som man bara för en kort tid sedan inte trodde att man hade tillgång till. Det är en process som inte sällan tycks vara förknippad med stora psykologiska påfrestningar. Den här studien har inte haft som uppgift att belysa de problem och frågeställningar som kan uppstå till följd av de nya behandlingarna. Men det är av största vikt och intresse att ägna kommande forskning åt att studera de psykosociala konsekvenser som uppstår i farvattnen av de nya behandlingarna.

Referenser

Bratt G., Berglund T., Glantzberg B-L., Albert J., Sandström E. (1997) *Two cases of oral-to-genital HIV-1 transmission*. International Journal of STD & AIDS, 1997;8 522-525

Giesecke J., Ramstedt K., Ripa T., Rådö G., Westrell M. (1991) *Att förebygga hiv – psykosocialt omhändertagande vid kontaktspårning*. Studentlitteratur, Stockholm.

Kulick D. (1996) *Oralsex centralt för svenska bögars identitet*. Hiv-aktuellt 5/96.

Westrell M. (1997) *Vart tog den lustfyllda sexualiteten vägen? – Homo- och bisexuella mäns erfarenhet av att leva med hiv*. Forskningsrapport.

Westrell M. (1997) *Livsstil och sexualitet hos homosexuella män – en beskrivning och analys av Venhälskohorten 1983–1993*. Forskningsrapport

Bilaga

Patientinformation

Studie av Hiv-positiva personers sexuella livsstil

För att vi som arbetar med hiv-positiva patienter skall kunna erbjuda ett bra medicinskt och psykosocialt omhändertagande och stöd, krävs att vi skaffar oss en samlad *kunskap* om hiv-positivas livssituation, inklusive sexuell livsstil. Detta är inte minst viktigt utifrån vår erfarenhet att många upplever svårigheter med att ha sex när man är hiv-positiv. Kunskap är också viktig för att vidareutveckla det hiv-förebyggande arbetet, likväl för att upprätthålla en seriös diskussion, baserad på fakta, om hiv-positivas livssituation och sexuella livsstil.

Som ett led i att inhämta kunskap, har vi sammanställt en frågeenkät. Den delas ut till samtliga hiv-positiva patienter på infektionsmottagning 3. Det språkbruk vi ibland använder oss av i enkäten hoppas vi inte skall uppfattas som stötande. Undersökningen finansieras med anslag från Socialdepartementet.

Om Du väljer att svara på enkäten gör Du detta utan att uppge namn eller personnummer och Du garanteras full anonymitet. Ingen koppling kan ske till Din behandlingskontakt här på infektionsmottagning 3. Redovisning av svaren kommer att ske i form av en skriftlig rapport. Ditt deltagande är självklart helt frivilligt, och skulle Du avstå kommer det naturligtvis inte få någon betydelse för Din fortsatta kontakt här på mottagningen.

Om Du väljer att fylla i enkäten är vi tacksamma om Du snarast skickar den till Mikael Westrell i det bifogade frankerade kuvertet. Även om Du väljer att inte svara på alla frågor vill vi gärna att Du skickar in enkäten. Har Du funderingar, frågor eller vill prata om enkäten är Du välkommen att höra av Dig till Mikael Westrell på Ph-center, tel. 08-616 55 10 eller till kurator Gunilla Östlund, inf mott 3, tel. 08-655 72 59.

Frågeenkäten har granskats och godkänts av Forskningsetisk kommitté.

Mikael Westrell
Projektledare, kurator
Ph-center

Knut Lidman
Docent, överläkare
Inf mott 3

Gunilla Östlund
1:e kurator
Inf mott 3

Kryssa för det alternativ som stämmer för dig. Om skrivutrymmet inte räcker till kan du skriva på baksidan av formuläret.

1. Är Du Man
 Kvinna
2. Hur gammal är Du?
3. I vilket land är Du född?
4. Om Du har sexuella kontakter, sker det med
 - Enbart män
 - Enbart kvinnor
 - Både män och kvinnor
 - Har inga sexuella kontakter
5. Hur skulle Du beskriva Din nuvarande (den senaste månaden) sexuella livsstil?
Välj ett av alternativen a–d
 - a) *Jag har inga sexuella kontakter med andra.*
 - b) *Jag har en fast partner och har inga sexuella kontakter utanför förhållandet.*
Beskriv vilken typ av sex Du har med Din fasta partner och om kondom används eller ej.
.....
.....
.....
.....
 - c) *Jag har en fast partner och har ibland tillfälliga sexuella kontakter vid sidan om.*
Beskriv vilken typ av sex Du har med Din fasta partner och om kondom används eller ej.
.....
.....
.....
.....

Beskriv vilken typ av sex Du har med Dina tillfälliga sexuella partner och om kondom används eller ej.

.....

d) *Jag har ingen fast relation men har en eller flera sexpartner.*

Beskriv vilken typ av sex som Du har med den eller dessa och om kondom används eller ej.

.....

6. Om Du har en fast partner, är han/hon

- Hiv-positiv
 Hiv-negativ
 Vet ej

7. Uppfattar Du Dig som

- Heterosexuell
 Bisexuell
 Homosexuell

8. Vilket år fick Du besked om att Du var hiv-positiv?
 Fick Du Ditt besked i

- Sverige Vilken mottagning?
 Annat land Vilket land?

9. Hur fick Du Ditt hiv-svar?

- a) Personligt återbesök
 Brev
 Telefon
 På annat sätt

- b) Har Du några synpunkter på det sätt som Du fick Ditt hiv-svar på?

.....

10. Vet Du exakt vid vilket tillfälle Du blev smittad?

- Ja Vilket år?
- Nej

11. Tror Du att Du blev smittad genom

(Fler än ett alternativ kan markeras)

- Vaginalsex (samlag i slidan)
- Analt samlag
- Du var mottagande part
- Du var inträngande part
- Munsex
- Du stimulerade Din partners könsorgan med munnen
- tog utlösning (sperma) i munnen
- tog inte utlösning (sperma) i munnen
- Din partner stimulerade Ditt könsorgan med munnen
- Sprutdelning
- På annat sätt. Vilket?
- Vet ej

Kommentar:

.....

.....

.....

.....

I samband med att en person får besked om att han/hon är hiv-positiv, skall enligt Smittskyddslagen läkare/kurator utföra *kontaktspårning*. Syftet är att kartlägga samt förhindra vidare smittspridning av hiv. Kontaktspårning innebär att den hiv-positiva ombeds berätta om pågående och tidigare sexpartner/kontakter, med vilka sexuell kontakt eller sprutdelning ägt rum på ett sätt som kan ha medfört att hiv-smitta

har överförts. Dessa personer skall därefter informeras om att de måste söka läkare för information, rådgivning och hiv-test.

12. Genomfördes kontaktspårning i samband med att Du fick Ditt hiv-besked?

- Ja
 Nej
 Minns inte

- Om ja
 a) Hur upplevde Du det?

.....

- b) Utfördes kontaktspårningen av

- Kurator
 Läkare
 Annan sjukvårdspersonal

- c) Hur många partner/kontakter uppgav Du i kontaktspårningen?

- d) Undvek Du att uppgive namn på några partner/kontakter?

- Nej
 Ja Antal?
 Vad var anledningen?

- Om ja Hur många partner/kontakter tog Du själv kontakt med, utan att berätta om dessa för den som utförde kontaktspårningen?
 Antal?

- e) Om kontaktsparning ej utfördes, vilken var anledningen?

13. Hur många personer i Din närhet (familj, släkt, vänner, arbets/studiekamrater etc), bortsett från sjukvårdspersonalen, bedömer Du känner till att Du är hiv-positiv?
- Alla
 Ca tre fjärdedelar
 Ca hälften
 Ca en fjärdedel
 Ingen
14. a) Har Du ändrat Ditt sexuella beteende sedan Du fick veta att Du är hiv-positiv?
- Ja På vilket sätt?

- Nej Kommentar:

- b) Om Du använder eller har använt narkotika och/eller alkohol, har bruket av detta förändrats sedan Du fick veta att Du är hiv-positiv?
- Narkotika
 Ja På vilket sätt?
 Nej
- Alkohol
 Ja På vilket sätt?
 Nej
- Jag använder inte Narkotika Alkohol

15. Hur upplever Du Ditt nuvarande sexualliv vara?

- a) Tillfredsställande
 Ganska tillfredsställande
 Ganska otillfredsställande
 Otillfredsställande
- b) Anser Du att upplevelsen av Ditt sexualliv är påverkad av hiv?
- Ja
 Nej
 Kanske
 Vet ej

Kommentar:

.....
.....
.....

16. Om Du får välja, föredrar Du att ha sex med någon som Du känner till är hiv-positiv, framför att ha sex med någon som är hiv-negativ?

- Ja, alltid
 Ja, någon gång
 Nej, aldrig
 Det har ingen betydelse för mig

17. Brukar Du fråga en ny sexualpartner om han/hon har hiv?

- Ja
 Ibland
 Nej

Kommentar:

.....
.....
.....
.....

18. a) Finns det någon/några situationer som skulle kunna få Dig att inte informera en sexualpartner om Din hiv-infektion?

.....

- b) Om Du berättat för en sexualpartner om Din hiv-infektion, vilken/vilka reaktioner har Du fått?

.....

19. Har Du varit tillsammans med någon sexuellt under den senaste 3-månadersperioden?

- Ja
 Nej Om Nej, gå vidare till fråga 20

- Om Ja
 a) Har Du då vid något tillfälle druckit alkohol?

- Ja
 Nej

Om Ja
 Hade det någon inverkan på vilken typ av sex som ni hade?

- Ja Hur?
 Nej

- b) Har Du vid något tillfälle, om Du haft sex under de senaste 3 månaderna, tagit någon drog (t ex extacy, amfetamin, kokain, LSD)?

- Ja
 Nej

Om Du svarat ja på fråga 19 b
Hade det någon inverkan på vilken typ av sex som ni
hade?

- Ja Hur?
- Nej

20. Om Du eller Din partner använt kondom, har Du varit med om
att den gått sönder eller glidit av?

(Sätt kryss i rutan. Fler än ett alternativ kan markeras.)

	Aldrig	Någon gång	Ofta	Alltid
Vid vaginalsex				
Vid analsex				
Vid munsex				

Jag har inte haft någon av ovan nämnda sexuella beteenden.
Om kondomen gick sönder/gled av, vad tror Du var anled-
ningen?

.....

.....

.....

.....

21. a) Har Du av Din läkare fått s k förhållningsregler enligt Smitt-
skyddslagen? (t ex Du får inte ha samlag med icke hiv-smittad
person utan att berätta att Du är hiv-positiv, och utan att kon-
dom används under hela samlaget).

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Kommentar:
-
-

b) Tror Du att relationen till Din läkare är påverkad av att han/hon givit Dig dessa regler?

Ja

Nej

Kommentar:

.....

.....

22. Har Du, efter Ditt hiv-besked, *haft* problem som varit relaterade till Ditt sexuella beteende och/eller till förhållningsreglerna?

Ja

Nej Om Du svarat Nej, gå vidare till fråga 23

Om Ja

Kunde Du då prata med någon av följande:

(Fler än ett alternativ kan markeras)

Din hiv-behandlande läkare

Din Kurator

Annan sjukvårdspersonal än ovanstående

Hur upplevde Du det?

.....

.....

.....

Nej, inte med någon av dem. Varför?

.....

.....

23. Om Du *skulle* få problem som var relaterade till Ditt sexuella beteende, och/eller till förhållningsreglerna, skulle Du då kunna prata med någon av följande:

(Fler än ett alternativ kan markeras)

Din hiv-behandlande läkare

Din Kurator

Annan sjukvårdspersonal än ovanstående

Nej, inte med någon av dem. Varför?

.....

.....

24. Får Du psykosocialt stöd från annan mottagning eller frivilligorganisation, än från mottagning 3?

Nej
 Ja Mottagning/Organisation?

25. Anser Du att reglerna i Smittskyddslagen påverkar Din livssituation, inklusive Ditt sexuella beteende, på något sätt?

Ja
 Nej

Om Ja, vilka regler är det Du tänker på?

.....

Kommentar:

.....

26. a) Anser Du att alla, efter att de informerats om att de utsatts för risk att bli smittade av hiv, t ex haft sex eller delat spruta med någon som är hiv-positiv, *alltid* skall söka läkare för rådgivning, information och hiv-test?

Ja
 Nej

Kommentar:

.....

- b) Vilken åtgärd anser Du att man skall använda sig av, då en person, som trots upprepade kallelser, vägrar infinna sig för rådgivning, information och hiv-test?

Ingen alls
 Polishämtning som sista utväg

- Aldrig använda sig av polishämtning
 Annan åtgärd. Vilken?

Kommentar:
.....
.....

27. Har Du någon uppfattning eller idé om hur man skulle kunna minska smittspridningen av hiv i Sverige?

.....
.....
.....
.....
.....

Om du har några funderingar eller frågor efter att ha fyllt i detta formulär, är Du välkommen att kontakta:
Mikael Westrell på Ph-center, tel. 08-616 55 10
Gunilla Östlund, kurator inf mott 3, 08-655 72 59

Bilaga 8

Beskrivning och analys av
smittsamma sjukdomar

Ett underlag för 1996 års
Smittskyddskommitté

Doc. Anders Thorén,

Innehåll

Inledning.....	195
Begreppet virulens. Sjukdomars uppgång och fall.....	196
Multiresistens och Multiresistenta bakterier (MRB): bakterier med motståndskraft mot stort antal antibiotika.....	199
Epidemisk diarré. Matförgiftningsutbrott	201
Smitta på barndaghem	205
Sjukhusinfektioner (nosokomiala infektioner).....	207
Blod- och sexsmitta.....	208
Strikta veneriska sjukdomar (Sexually Transmitted Diseases, STD)	210
Importsjukdomar	211
Strikta zoonoser.....	213
Sjukdomar i det öppna samhället	214
Klassifikation av smittämnen	214
Anmälningsskyldiga sjukdomar i alfabetisk ordning	216
Epidemiska sjukdomar som inte omfattas av anmälningsskyldighet idag	293
Skyndsamtalsaspekten vid epidemiska sjukdomar.....	305
Framtida hot	307
Ordlista	309
Tabell. Anmälningsskyldiga sjukdomar 1986–1996.....	311
Litteratur och referenser	312

Inledning

Den nuvarande smittskyddslagen innefattar 52 anmälningspliktiga sjukdomar. Dessa, liksom ytterligare ett antal smittsamma sjukdomar med betydelse för folkhälsan beskrivs nedan. Framställningen innehåller en systematisk beskrivning av sjukdomarna som för överskådlighetens skull är uppställd i alfabetisk ordning. Den nuvarande, vid en internationell jämförelse ganska digra listan förutsätter en prioritering av de sjukdomar som motiverar en mer utförlig beskrivning och analys. För utförligheten i sjukdomsbeskrivningarna har hänsyn tagits till bland annat:

- Allvarligt sjukdomsförlopp (klinik) såsom till exempel hög dödlighet eller bestående men.
- Smittsamhet och spridningsbenägenhet.
- Vanlighet.

Hänsyn har också tagits till huruvida smittspridningen är påverkbar av medicinsk intervention – till exempel vaccinering eller medicinsk behandling av smittbärare – eller andra smittskyddsåtgärder.

Epidemiberedskap kräver mer än en lagfäst lista preciserade infektionssjukdomar. Förståelse av sjukdomarnas och smittämnenas föränderliga karaktär, uppgång och fall är viktig varför ett särskilt avsnitt ägnats åt detta.

Avgörande för ett framgångsrikt smittskyddsarbete är att *synliggöra epidemiologiska sammanhang*, dvs. de praktiska situationer där en smittöverföring sker. Vissa smittämnen kan höra hemma i till exempel matförgiftningsutbrott, andra vara associerade till intravenöst missbruk och en tredje grupp till barndaghem. Givetvis kan vissa smittämnen uppträda i flera olika situationer. Framställningen upptar de viktigaste epidemiologiska situationerna, diskuterar mekanismerna för smittspridning inom dessa och grupperar i möjligaste mån smittämnen efter deras spridningsmönster.

Smittskyddsarbete kan bedrivas som *primärprevention* eller *sekundärprevention*. Primärprevention innebär att förebygga uppträdandet av smittsamma sjukdomar genom bl.a. övervakning av potentiella smittvärdar eller genom vaccination. Sekundärprevention innebär att bryta en pågående smittkedja genom individriktade åtgärder. Beroende på spridningsmekanismer för respektive sjukdom kan en eller båda dessa strategier vara tillämpliga.

I slutet av framställningen återfinns en *ordlista* med centrala medicinska termer.

Begreppet virulens. Sjukdomars uppgång och fall

Kliniken, dvs. sjukdomsförloppet med symtom, utgång etc. av en smittsam sjukdom är resultatet av värdens (patientens) *reaktion* på smittämnet. Detta förklarar varför en given smitta inom t.ex. en familj kan resultera i allt från inga eller lindriga symtom till dödlig utgång. *En* enkel förklaring till detta är förvärvad immunitet (motståndskraft) via t.ex. skyddande vaccination eller tidigare genomgången infektion. Men även mindre uppenbara orsaker finns till att även allvarliga infektionssjukdomar såsom pest, smittkoppor etc. kunde skona vissa individer i en grupp under epidemier. Ett aktuellt exempel är att vissa individer är naturligt skyddade mot HIV-infektion genom en genetisk mutation.

I globalt sammanhang har historien gett exempel på katastrofala konsekvenser av nya smittämnen hos en tidigare ej utsatt befolkning. Mässling blev förödande för urinvånarna i Amerika och Grönland, i retur från Nya världen fick vi syfilis som hade ett mycket aggressivt förlopp i Europa de första seklen. Så småningom stabiliserar situationen, en allt större del av befolkningen förvärvar en immunitet. Kanske är det också så att särskilt känsliga individer slogs ut när aggressiva infektionssjukdomar som pesten på 1300-talet skördade upp till en femtedel av befolkningen i Europa. De våldsamma vågrörelserna, epidemierna, mattas av och sjukdomen lever vidare i s.k. *endemisk* form dvs. ströfall uppträder hela tiden. När sedan nya icke immuna årsklasser växer upp återkommer nya epidemier som dock aldrig når den omfattning smittan fick på jungfrulig mark.

Värdens reaktion på ett smittämne har alltså stor betydelse för individens sjukdomsbild och för epidemisk spridning. *Smittämnet* kan å sin sida ha eller sakna egenskaper av avgörande betydelse för infektionens svårighetsgrad, detta återspeglar smittämnets *virulens*. Virulens betyder ordagrant giftighet.

Faktorer hos smittämnet

Vår vanliga tarmbakterie, *Escherichia coli*, belyser frågan. *E. coli* är en del i vår naturliga tarmflora men vissa stammar är ibland sjukdomsframkallande. Det finns sålunda *coli*-stammar som är benägna att ge urinvägsinfektioner, ibland till och med förenade med allmän blodförgiftning (sepsis). Andra *coli*-stammar ger upphov till *diarré* genom olika mekanismer varav vissa är associerade till spädbarnsdiarré, andra till s.k. turistdiarré med olika fantasifulla namn såsom Montezumas hämnd etc. En tredje nyligen uppmärksammas *coli*-infektion är entero-

hemorragiska *E. coli* där sjukdomen börjar med blodig diarré och i olyckliga fall kan åstadkomma njurskada.

Historiskt togs ett första steg till förståelsen av colibakteriernas svårförklarade sjukdomsbilder genom att man lyckades gruppera stammarna efter antikroppsreaktioner mot deras cellvägg, s.k. O-serotyper. Man observerade att vissa O-serotyper gav upphov till elakartad epidemisk spädbarnsdiarré medan andra var associerade till turistdiarré hos vuxna.

Senare forskning lyckades klarlägga att förutsättningen för colibakteriernas virulenta egenskaper låg dels i förmåga att haka fast vid slemhinnan i t.ex. tarm eller urinvägar dels i produktion av olika bakteriegifter, toxiner. Virulensfaktorerna är genetiskt styrda och arvsmassan för dessa kan ibland överföras till nya bakterier, ibland till och med nya arter av bakterier som helt oväntat kan ge upphov till tidigare okända aggressiva sjukdomsförlopp.

Dessa till synes sofistikerade mekanismer har skapat praktiska problem för smittskyddslagstiftningen. En tidigare version av smittskyddslagen innehöll som anmälningspliktig sjukdom s.k. "elakartad gastroenterit hos barn under 2 års ålder". På den tiden var det underförstått att denna elakartade epidemiska spädbarnsdiarré var orsakad av s.k. enteropatogena *Escherichia coli*, colibakterier som tillhörde ett begränsat antal serotyper. När dessa elakartade spädbarnsepidemier ebbade ut i Sverige under 1960-talet fortsatte man av bara farten att anmäla fynd av colibakterier med dessa serotyper oavsett om sjukdomsbilden var allvarlig eller om det förekom någon epidemisk spridning.

Även i dagens smittskyddslag har man specificerat att de farliga njurskadande colibakterierna, EHEC, skall vara av serotyp O157 som visserligen är vanligast men även andra serotyper av *E. coli* kan vara enterohemorragiska och njurskadande.

Difteribakterien orsakar förlamningar och hjärtskador genom ett toxin. Difteribakterier som saknar detta toxin är ofarliga.

För vissa bakterier är förekomst av *kapsel* en viktig virulensfaktor. Kapslade varianter av pneumokocker och *Haemophilus influenzae* bakterier kan ge upphov till s.k. invasiv sjukdom med hjärnhinneinflammation och allmän blodförgiftning. Dessa kliniska uttrycksformer av sjukdomen (invasiva) är anmälningspliktiga beträffande *Haemophilus influenzae*. Numera finns också vaccin mot flera kapslade farliga bakterier. Okapslade varianter av de nämnda luftvägsbakterierna kan istället ge mindre dramatiska sjukdomsbilder såsom öroninfectioner hos barn.

Streptokocker ger idag mest besvär i form av halsfluss och de tidigare fruktade skadorna på hjärta och njurar i samband med scharlakansfeber har blivit ovanliga. Ibland kan dock streptokockerna oväntat

ge dödligt förlöpande sjukdomsförlopp med allmän blodförgiftning, t.ex. i bilden av barnsängsfeber hos nyförlösta kvinnor eller som köttätarbakterier som snabbt bryter ner muskulaturen. Toxinproduktion spelar en roll, men exakt vilka virulensfaktorer eller omständigheter som ligger bakom förloppet av dessa allvarliga streptokockinfektioner är okänt och laboratoriet ger oss för närvarande ingen vägledning för att skilja en farlig streptokock från en mindre farlig.

Mördarbakterier (killer bugs) är ett löpsedelsfenomen som oftast används om invasiva streptokocker när de t.ex. uppträder som "köttätarbakterier". Beteckningen har dock också använts för bakterier med utbredd motståndskraft mot flertalet använda antibiotika. Dessa bakterier, t.ex. enterokocker och stafylokocker medför visserligen stora bekymmer som sjukhusmitta men behöver därför inte ge aggressiva sjukdomsymtom.

Även virussjukdomarna som t.ex. influensa har såväl förr (spanska sjukan!) som idag gett exempel på aggressivt förlöpande sjukdomsbilder och epidemisk spridning där såväl immunitetsläget i befolkningen men kanske även virulensfaktorer hos viruset ligger bakom.

Faktorer hos värden

Hud och slemhinnor är en yttre barriär mot smittämnen. Små sår kan bli ingångsport för livshotande blodförgiftning orsakad av t.ex. streptokocker. Mikroorganismerna kan också samverka: Influensa kan skada slemhinnan i luftvägarna och röja väg för bakterier som ger lunginflammation. Vissa könssjukdomar kan på samma sätt luckra upp slemhinnan i könsorganen och öka mottagligheten för HIV-smitta.

Saltsyran i vår magsäck är en barriär mot mag-tarm-smitta och patienter som saknar syra (genom sjukdom eller läkemedel) utvecklar salmonellainfektion vid lägre smittdoser än normala individer.

Det *specifika immunförsvaret* kan också vara skadat genom ärftliga sjukdomar, uttalad allmän svaghet, cellgiftsbehandling eller AIDS-sjukdom. Smittämnen som annars sällan eller aldrig orsakar sjukdom får nu sin chans och ger upphov till s.k. *opportunistiska* infektioner. Smittskyddslagen upptar exempel på opportunistiska infektioner: s.k. anonyma mykobakterier som i motsats till de besläktade vanliga tuberkulosebakterierna (*Mycobacterium tuberculosis*) knappast är något hot för friska människor.

Sammanfattning

Människan lever således i ett dynamiskt förhållande till sina parasite-rande smittämnen vilket förklarar att vissa infektionssjukdomar med tiden tappar fotfästet och minskar i betydelse och andra kan komma till. Genetiska förändringar av smittämnen (mutationer) kan möjliggöra att bakterier eller virus som *från början endast förekommit hos djur* får möjlighet att infektera människan. Nu återuppträder den historiskt kända situationen med en oskyddad befolkning som är jungfrulig mark för ett smittämne. Därmed kan inte bara nygamla utan även nya smittämnen uppträda, (HIV!). Nya förfinade diagnostiska metoder gör också att för oss tidigare okända smittämnen upptäcks på löpande band. Ett exempel på snabb sådan utveckling är upptäckten av ett flertal nya gulsotsvirus som sprids med blod.

En förståelse av – och *mental beredskap* för – ett föränderligt panorama av smittsamma sjukdomar är således viktigt för möjligheten till aktiv bekämpning av smittspridning.

Multiresistens och Multiresistenta bakterier (MRB): bakterier med motståndskraft mot stort antal antibiotika

Bakterier har funnits på jorden i minst 3 miljarder år. I sin inbördes konkurrens använder mikroorganismerna (bakterier, svampar osv.) kemiska vapen som styrs av deras arvs massa, gener. Det övertag som följer bärarskapet av en framgångsrik gen kan spridas mycket snabbt då bakterierna delar sig ned till var 20:e minut.

Under cirka 50 år, alltså en försvinnande bråkdel av mikroorganismernas utvecklingshistoria, har läkarvetenskapen blandat sig i detta spel genom att låna vissa mikroorganismers kemiska vapen (penicillin m.fl.) och förfina dem genom syntesutveckling. I läkemedelsforskningens kapplöpning med bakterierna bör vi därför inte förvånas över att de senare har många trumf på hand. En enda mutation som förmedlar resistens mot t.ex. penicillin får snabb spridning genom selektion (urval) där endast en penicillinresistent bakterie förökar sig under penicillinbehandling. Dessutom kan bakterier sinsemellan utbyta gener som bl.a. kodar för resistens mot många antibiotika samtidigt. Vi har fått multiresistenta bakterier.

Resistens mot läkemedel utvecklas inte bara hos bakterier utan även hos andra mikroorganismer såsom t.ex. svampar, urdjur (malaria), och virus, t.ex. HIV. Vissa faktorer gynnar uppträdandet av multiresistens:

- många och långvariga kontakttillfällen mellan mikroorganism och läkemedel

Detta åstadkommes dels genom utbredd användning av läkemedlet, dels genom långsam avdödning av mikroorganismen. En långsam avdödning kan i sin tur bero på:

- läkemedlet ges i för låg dos eller har i sig (som ensam behandling) otillräckligt avdödande effekt: exempel profylax mot malaria
- patientens sviktande immunförsvar medverkar inte till en snabb avdödning av mikroorganismen. Exempel: svältsituationer i u-länder, opportunistiska infektioner vid AIDS

MRB kan alltså i ett typiskt exempel uppträda vid hårt belastade intensivvårdsavdelningar där optimala sjukhushygieniska förutsättningar saknas (t.ex. trångboddhet och bristande isoleringsmöjligheter), antibiotiketrycket är högt och patienterna har dålig motståndskraft till följd av sina grundsjukdomar.

Ett annat exempel är okritisk användning av antibiotika i öppen vård som har bäddat för spridning av penicillinresistenta pneumokocker.

Ett tredje exempel är antibiotika-inblandning i djurfoder i "tillväxt-befrämjande syfte".

Upptäckandet av multiresistenta tuberkulosbakterier där man praktiskt taget saknar behandlingsmöjligheter, har väckt stor oro. Sådana stammar har rapporterats från Östeuropa och från USA i HIV-epidemins spår. Behandling av tuberkulos belyser mycket väl problematiken med multiresistens.

1. Patientens *motståndskraft* skall stärkas genom god omvårdnad och näringsriktig kost: jämför den gamla sanatoriebehandlingen!
2. *Mängden* tuberkulosbakterier måste snabbt nedbringas för att ge så få kontakttillfällen med läkemedlen enligt det tidigare resonemang-
et. Detta åstadkommes genom en kombination av flera tillsammans
effektivt avdödande läkemedel i första behandlingsfasen.
3. *Eftersläckning* måste pågå under tillräckligt lång tid med minst två
läkemedel. Tidigare rörde sig behandlingstiden om upp till 1,5 år,
med dagens läkemedel kan man komma ner mot 6 månader i gynnsamma fall.

Multiresistenta tuberkulosbakterier uppkommer således när de tre ovanstående omständigheterna havererar:

1. patientens egen motståndskraft och medverkan kan vara utslagen genom HIV-infektion
2. de effektivaste läkemedlen är för dyra i de fattiga länder där tuberkulosen har sin huvudsakliga utbredning
3. patientens medverkan sviktar och kuren avbryts för tidigt, framför allt i fattiga länder med dålig infrastruktur och svag sjukvårdssektor

Liknande verkningsmekanismer är i spel beträffande resistensutveckling hos HIV-viruset och mer eller mindre uppenbart beträffande många andra mikroorganismer också.

Denna ganska utförliga beskrivning av faktorer bakom multiresistensutveckling med flera hänvisningar till internationella förhållanden motiveras av *importaspekten*.

Penicillinresistenta – ofta samtidigt multiresistenta – pneumokocker är ett aktuellt exempel. Antibiotikaanvändningen torde vara mer restriktiv i Norden än i t.ex. Ungern och Spanien där förekomsten av multiresistenta pneumokocker är hög. Trots detta fick man på Island spridning av en resistent pneumokock av spanskt ursprung och tvingades i vissa situationer behandla barn med så triviala infektioner som öroninflammation ineliggande på sjukhus med vancomycin i droppbehandling. När samma stammar började dyka upp i Sverige blev oron av förklarliga skäl stor och man har framför allt i Skåne sett sig föranledd att vidtaga energiska motåtgärder syftande till dels att minska förutsättningen för bakteriens spridning genom skärpta indikationer för antibiotika i öppen vård och dels genom traditionellt smittskyddsarbete med kontaktspårning och isolering av bärare.

Kontroll

Sammanfattningsvis krävs en sund antibiotikaanvändning i såväl slutet som öppen vård. Sunda sjukhushygieniska förhållanden utan överbelagda salar etc. Övervakning, framför allt gentemot import av multiresistenta stammar från utlandet, t.ex. från patienter som legat på sjukhus utomlands. Spårning och isoleringsmöjligheter av patienter som bär multiresistenta bakterier.

Epidemisk diarré. Matförgiftningsutbrott

Smittsam diarré räknas till gruppen mag–tarm-smitta (faeko–oral smitta betyder egentligen avföring–mun-smitta). För att bli sjuk måste man således svälja smittämnet och/eller dess toxiner. Vid klassisk matförgift-

ning orsakad av t.ex. stafylokocker behöver inte levande bakterier finnas närvarande i maträtten, det räcker med deras toxiner som dessutom är motståndskraftiga mot upphettning. Symtomen på en sådan klassisk matförgiftning är häftigt insättande kräkningar och diarréer inom några timmar efter måltiden. Den drabbade patienten för inte smittan vidare eftersom ju i detta fall färdigbildat toxin i maträtten låg bakom. Julbord med t.ex. ris à la Malta är ett klassiskt exempel.

I flertalet fall måste smittämnet föröka sig i vår mag-tarmkanal innan symptom och smittspridning kan etableras. Därigenom uppkommer en längre inkubationstid jämfört med toxinutlöst sjukdom.

Vissa tarmsmittämnen har stor anslagskraft, dvs. få organismer krävs för att etablera sig och ge sjukdom. De kan då överföras genom vanlig kontakt, t.ex. handslag vid bristfällig handhygien efter toalettbesök. Exempel är bland annat shigella och virusdiarréer. Andra smittämnen kräver större doser för att slå an, t.ex. salmonella. I praktiken krävs då att smittämnet får tillfälle att växa till i ett livsmedel, dvs. kontaktsmitta fungerar ej.

I det enskilda hushållet kan smittsam diarré orsakas av skämd mat eller att en familjemedlem infört smittan från barndaghem eller utlandsresa. Felaktig livsmedelshantering i enskilda hushåll kan i sällsynta fall också ge mycket allvarliga sjukdomar som botulism (ofta via kryddsill) eller trichinos.

Större utbrott av diarré som drabbar flera hushåll och därmed har epidemisk karaktär kan ha sitt upphov dels i distributionsledet och dels i tillagningsledet.

Enligt en uppskattning från *Livsmedelsverket* 1994 drabbas 500 000 svenskar årligen av matförgiftning. I hälften av fallen angavs smittkällan till "utanför hemmet". SMI har konstaterat en stor ökning av livsmedelsburna utbrott efter 1994.

Distributionsledet

Livsmedelsburna utbrott

Salmonella är det klassiska exemplet på tarmsmitta genom distribution av smittade livsmedel. Exempel på detta är importerat kött som aktualiserats genom den praktiska tillämpningen av de svenska salmonella-bestämmelserna i EG-sammanhang. En av subtyperna, *Salmonella enteritidis*, har ökat kraftigt i Europa och har påvisats i bl.a. ägg där smittöverföringen har skett från hönans äggstockar till ägget, således inte p.g.a. felaktig hantering av ägg eller äggprodukter, utan via smittat foder.

Ibland kan smittkällan vara mycket svår att spåra p.g.a. nyckfullt och sporadiskt uppträdande fall. Ett exempel på detta är salmonella i svartpeppar.

Campylobacter är också ett smittämne som förekommer i och distribueras via livsmedelsråvaran, framför allt fjäderfä har utpekats. Trots att andelen smittat fjäderfä i Sverige har minskat genom producenternas ansträngningar har vi hittills inte sett något motsvarande säkert trendbrott i form av minskat antal fall av campylobacter-diarré hos människan.

Vattenburen smitta

Större vattenburna epidemier uppträder ofta genom att avloppsvatten kommit in i dricksvattensystemet framför allt vid översvämningssituationer med icke fungerande bräddavlopp. Typiskt för vattenburen smitta är en lång rad olika smittämnen som ibland kan uppträda med olika inkubationstider och därmed ge flera insjuknanden hos samma individ. Exempel på detta kan vara olika diarréframkallande virus, campylobacter, giardia och epidemisk gulsot (hepatit A-virus). Toxiner från blågröna alger har också uppmärksammats som orsak till vattenburen epidemisk diarré.

Tillagningsledet

Kökspersonal kan vid bristande hygien förorena mat som ger utbrott inom t.ex. institutioner, vid festmiddagar, julbord etc. Salmonella är ett klassiskt exempel som dock numera inte är särskilt vanligt. Istället har virusutlösta diarréer, framför allt av gruppen calicivirus blivit den viktigaste orsaken i Sverige.

Kontaktsmitta

Epidemisk diarré orsakad av kontaktsmitta får sin största effekt inom institutioner med vårdkrävande individer. Barndaghem och sjukhus är typiska miljöer med smittämnen som calicivirus, giardia, shigella.

Många faeco-orala smittämnen kan överföras genom flera olika mekanismer. Ett exempel är den s.k. ostronepidemin i januari 1997 då calicivirus gav upphov till diarréer hos nyårsfirande svenskar som ätit irländska ostron. Detta var ju exempel på smitta i distributionsledet

men samma virus har som nämnts också stor betydelse i tillagningsledet.

Kontroll

Såväl primärprevention som sekundärprevention är betydelsefullt. Ansvar för smitta i distributionsledet åvilar givetvis producenter och importörer samt distributionsleden fram till den enskilde konsumenten. Säkert *djurfoder* är betydelsefullt i ett europeiskt perspektiv. Tillsyn regleras via livsmedelslagen och utövas av Livsmedelsverket samt lokala hälsovårdsnämnder.

Information till den enskilde konsumenten har dock stor betydelse och kan förhindra insjuknande i t.ex. campylobacter- eller salmonella-diarré då även smittade livsmedel blir ofarliga efter korrekt tillagning. Genomstekta/kokta livsmedel är säkra, vilket är särskilt viktigt för fjäderfä. Rå köttsaft kan, t.ex. via skärbräddor, förorena färdiglagad mat. Mikrovågsugnar använda vid upptining kan tänkas ge problem med infekterad köttsaft. Om mikrovågsugnen används vid tillagning, kan en ojämn temperaturfördelning teoretiskt ge problem.

I storkök motverkas smittspridning i tillagningsledet genom skärpt hygien vid livsmedelshantering. Livsmedelslagen reglerar bl.a. personalens skyldigheter i samband med utlandsresor respektive pågående diarrésjukdom.

Institutionssmitta motverkas genom god allmän hygien och tillgång till isoleringsmöjligheter vid utbrott. Överbelagda sjukhus och andra institutioner gynnar smittspridningen.

Spårning av smittbärare är mycket viktigt inom storkök och institutioner.

Sjukdomar

- A Vanliga: Calicivirusinfektioner och andra virusorsakade diarréer, campylobacter-infektion, salmonellos, toxinutlöst matförgiftning (stafylokocker, *Bacillus cereus*, *Clostridium welchii*), yersinia-infektion, shigellos, toxoplasmos, listerios, giardia, hepatit A.
- B Övriga: Tyfoid och paratyfoid, EHEC-infektion, amöbadystenteri, kolera, bovin tuberkulos, botulism, trichinos.

Smitta på barndaghem

Barnens infektionsförsvar

Under de första sex månaderna skonas barnet helt eller delvis mot många infektioner genom skyddande antikroppar från modern som överförs i slutet av graviditeten och via amningen. När detta skydd börjar ebba ut efter det första halvåret ökar mottagligheten för att nå en topp mellan 9 och 18 mån. ålder. Från 2-årsåldern minskar åter mottagligheten när barnets eget immunsystem kommit igång ordentligt.

Många angelägna vaccinationer ger också ett dåligt anslag om de ges för tidigt, innan barnets immunförsvar är kapabelt att svara fullt ut på vaccinationen. Därmed har optimismen dämpats beträffande möjligheten att effektivt kunna vaccinera barnen mot t.ex. öroninfektioner orsakade av pneumokocker och *Haemophilus influenzae*. Den mest angelägna åldersgruppen är just barn under 2 års ålder.

Cirkulation av smittämnen

Den direkta kontakten mellan dagisbarnen, personalen och den indirekta kontakten med andra familjer utgör ett mycket effektivt nätverk för utbyte av allehanda smittämnen. Det gäller såväl luft- och kontakt-smitta som överför bl.a. luftvägsinfektioner, dvs. våra vanliga förkylningar. Dessvärre kan förkylningar inte förebyggas genom att barnen stannar hemma eftersom smittsamheten är på sin topp just innan symtomen utbryter. Utöver förkylningsvirus byter barnen också bakterier t.ex. streptokocker som kan ge upphov till halsfluss/scharlakansfeber respektive pneumokocker och *Haemophilus influenzae* som framför allt är orsak till öroninfektioner. Dessa bakterier ger långt ifrån alltid upphov till sjukdomssymtom, många barn blir istället *koloniserade*, dvs. bärare.

Om det nu dyker upp nya problem såsom t.ex. *multiresistenta pneumokocker* där penicillin eller andra vanliga antibiotika inte fungerar kan man såsom skett på Island bli tvungen att lägga in barn på sjukhus för att behandla en så trivial och vanlig infektion som öroninflammation.

När ett oroväckande stort antal barn i Skåne blev bärare av multiresistenta pneumokocker beslöt man sig för att, utöver allmänna åtgärder som information och kampanjer mot felaktig antibiotikaförskrivning, även isolera förskolebarn i hemmet vid påvisat bärarskap. Detta var inget problemfritt ställningstagande eftersom många föräldrar hade

svårt att förstå varför de måste stanna hemma veckovis med symtomfria barn.

Bekymren med de klassiska barnsjukdomarna (mässling, röda hund etc.) har minskat drastiskt sedan man utvecklat effektiva vacciner mot praktiskt taget samtliga. Allmän vaccinering har dock nätt och jämnt börjat mot kikhosta och ännu inte påbörjats mot vattenkoppor.

Virusorsakade diarréer, framför allt rotavirus, har sin naturliga miljö på barndaghem. Ett effektivt vaccin skulle kunna få stor socioekonomisk betydelse.

Adoptivbarn och blodbunden smitta

Bl.a. utomeuropeiska adoptivbarn är ibland bärare av blodsmitta såsom hepatit B och någon gång HIV. Smittskyddsproblematiken är mer psykologisk än reell och handlar till stor del om information.

Kontroll

- Primärpreventiva åtgärder i första hand.
- Effektiva vacciner har kommit till användning och fler kan väntas förebygga många infektionssjukdomar på barndaghem.
- Information, t.ex. att stanna hemma vid diarrésymtom, är viktig.
- Smittspårning och avstängning i speciella situationer.

Sjukdomar

- A Vanliga: Virusutlösta diarréer, framför allt rotavirus. Giardias. (Vanligast, men ej anmälningspliktiga, är ju dock triviala förkylningar (virusutlösta luftvägsinfektioner) och ibland streptokockinfektioner.
- B Övriga: Infektion eller bärarskap av penicillinresistenta pneumokocker respektive (invasiva) *Haemophilus influenzae*, mässling, påssjuka, röda hund, shigellos, hepatit A.

Sjukhusinfektioner (nosokomiala infektioner)

Blodsmitta

Blodsmitta var tidigare ett stort problem genom förorenad medicinsk-teknisk utrustning, särskilt utsatta var njurdialysavdelningar. En alltmer konsekvent genomförd användning av engångsmateriel har reducerat problemet. Det återstår dels en yrkesmedicinsk risk, dvs. personal som sticker sig på infekterade nålar, dels en risk för patienter som behöver transfusion med blod eller blodprodukter. En särskilt utsatt grupp är blödarsjuka som regelbundet behandlas med blodkoncentrat. Blodprodukter genomgår en omfattande testning och säkerhetskontroll men testningen kräver kännedom om vilka smittämnen man skall leta efter. Under senare år har alltfler gulsotsvirus upptäckts och det pågår en kapplöpning mellan nyupptäckta blodsmittevirus och forskarna som söker metoder att påvisa dem och därmed sortera undan smittat blod. Vid planerade operationer, t.ex. höftledsoperationer, kan man kringgå problemet genom att patienten i förväg får lämna sitt eget blod som lagras fram till operationsdagen.

Multiresistenta bakterier

Bakgrunden till multiresistenta bakterier beskrevs ovan. I sjukhussammanhang gäller således att en koncentration av svårt sjuka patienter – som ofta har nedsatt motståndskraft mot infektioner och som till följd av komplicerade sjukdomar kräver intensiv och tung antibiotikabehandling – är i riskzonen.

En korrekt antibiotikabehandling har stor betydelse: rätt preparat, i rätt mängd, vid rätt tillfälle! God allmänhygien som måste omfatta den medicinsk-tekniska utrustningen är viktig. Dessvärre kan farliga sjukhusstammar *importeras* utifrån och spridas på en avdelning även om man arbetar efter sunda principer. Tillgång till infektionsmedicinsk specialitet och isoleringsmöjligheter är avgörande.

De viktigaste exemplen på multiresistenta sjukhusbakterier är s.k. meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) dvs. gula stafylokokker som bär motståndskraft mot ett stort antal antibiotika. I nuläget har man endast tillgång till *ett* pålitligt preparat vid infektioner orsakade av MRSA, vankomycin, ett dyrbart preparat som ges intravenöst på sjukhus. Vankomycin är också det sistahandsmedel som finns att tillgå vid de ovan nämnda multiresistenta pneumokockerna som bl.a. kan ge öroninfektion hos barn. Det har därför vållat stor oro när det börjat dyka upp importerade fall av vankomycinresistenta

enterokocker. Dessa bakterier är i sig mindre aggressiva och störst oro orsakar de genom risken att vankomycinresistensen skall spridas till mer vanliga och aggressiva bakterier som just stafylokker.

Även andra former av multiresistenta bakterier ställer till problem på sjukhusen, t.ex. multiresistenta tarmbakterier. Hittills har det dock varit ett större problem i utlandet än i Sverige.

Clostridium difficile

Clostridium difficile är en bakterie som via toxiner kan ge diarré. Infektionen uppträder till följd av en ekologisk störning i den naturliga tarmfloran orsakad av antibiotikabehandling, i princip vilken behandling som helst för diverse olika infektioner. Clostridium-difficilebakterien tar över och patienten drabbas av diarré som ofta kan vara mycket långvarig och svårbehandlad. Bakterien är dessutom sporbildande vilket gör att den är svår att sanera från en smittad omgivning. Särskilt stora bekymmer uppkommer om infektionen får fäste på sjukhemsavdelningar med diarré hos sängliggande hjälplösa gamlingar. Att stoppa sådana utbrott kan kräva stora resurser i form av isoleringsvård.

Smittämnen

- A Vanliga: Multiresistenta bakterier, framför allt Staphylococcus aureus. Vankomycinresistenta bakterier är det stora hotet och denna egenskap har hittills uppträtt hos enterokocker. Clostridium difficile. Virus som orsakar diarréjukdomar.
- B Övriga: Legionella. Blodsmittevirus som hepatit C och B. HIV.

Blod- och sexsmitta

Många smittämnen överförs såväl genom blodkontakt som sexuell kontakt i vissa riskgrupper och de behandlas därför här i ett sammanhang.

Det centrala är att smittan förekommer i *blod* och dessutom ibland, men i mindre mängd, i vissa andra kroppsvätskor såsom bröstmjölk, sperma eller slidsekret. Att smittan sprids sexuellt kan utöver utbyte av smittsamma kroppsvätskor bero på mindre blödningar, smittsamheten är större vid anala samlag och samtidig förekomst av annan könssjukdom som kan luckra upp slemhinnan. Heterosexuell smittspridning är vanligast i u-länderna medan homosexuell spridning hittills haft större

betydelse i västvärlden. Det är viktigt att understryka att normal *social* kontakt *ej* överför smitta. Särskilt utsatta grupper är:

Intravenösa missbrukare

Smittan överförs här dels genom att man delar infekterade nålar men också genom att man delar en färdigberedd narkotikalösning som infekterats av en smittad nål. I det senare fallet överförs en större mängd blod/smittämne. Den pågående HIV-epidemin i Kaliningrad är ett spektakulärt exempel. Dessa tekniska aspekter kan ha avgörande betydelse för framgång i motåtgärder som sprutbytesprogram. Sprutnarkomanaerna kan också utgöra en bro till det övriga samhället genom att ha sexualkontakter. Bland de intravenösa missbrukarna återfinns ofta *prostituerade*.

Homosexuella och bisexuella män

Samlagsteknik (se ovan) och multipla tillfälliga partners gjorde att denna grupp tidigt drabbades av blodsmitta såsom hepatit B och HIV. Bisexuella män kan utgöra en bro till den heterosexuella befolkningen.

Mor–barnsmitta

Blodsmitta kan överföras under graviditet men vanligen sker den i samband med förlossningen och ibland vid amning (HIV). Mor–barnsmitta är den bakomliggande mekanismen till att barn i u-länderna, framför allt i Asien, ofta föds med hepatit B och därefter blir livslånga bärare av denna infektion. I Sverige möter vi dem som adoptivbarn. HIV kan överföras på samma sätt.

Invandrare

Mor–barnsmitta och den heterosexuella spridningen av blodsmittavirus i u-länderna är bakgrunden till att invandrare utgör en riskgrupp för blodsmitta. För Asien gäller för närvarande mest hepatit B, HIV är störst problem hos afrikanska invandrare.

Kontroll

Vaccinering av riskgrupper kan i nuläget ske mot hepatit B (och vid behov mot hepatit A). I övrigt får smittskyddsarbetet en socialmedicinsk karaktär med testning, information och rådgivning till riskgrupperna. På de större sjukhusen har man organiserat detta i form av speciella blodsmittemottagningar som tar hänsyn till de olika riskgruppernas behov.

Strategin har varit ett *förtroendefullt samarbete* såväl med patienten som erbjuds medicinsk och psykosocial hjälp som patienternas organisationer för att nå ut med information om t.ex. säker sex (avgörande för den homosexuella gruppen), testning – sprutbytesprogram – narkotika-avvänjning: intravenösa missbrukare. Framgångsrikt smittspårningsarbete kan endast ske i medverkan med patienten.

Mödravårdskontroller ger möjligheter att bryta smittöverföringen av hepatit B genom vaccination vid förlossningen och HIV genom antiviral behandling under graviditet. Testning och rådgivning till invandrare har varit viktigt men svårt på grund av kulturella skillnader.

I sista hand återstår isolering av smittbärare med riskfyllt beteende som inte går att påverka genom information och rådgivning.

Sjukdomar

- HIV-infektion, hepatit B och D, hepatit C (huvudsakligen hos sprutnarkomaner). Infektion med HTLV I och II.
- Hepatit B och C överförs lättare vid stick än HIV. Hepatit C överförs mer sällan sexuellt eller som mor–barnsmitta.
- Även hepatit A förekommer epidemiskt hos sprutnarkomaner trots att viruset i första hand betraktas som faeko–oralt (kontakt och födoämnessmitta). Man är osäker på om hepatit A bland narkomaner sprids via blod eller bristande hygien.

Strikta veneriska sjukdomar (Sexually Transmitted Diseases, STD)

Härmed avses sjukdomar där blodsmitta spelar en underordnad roll. Syfilis spreds förr som mor till barnsmitta och kunde även överföras via blodtransfusioner. I dagens Sverige har denna överföringsmekanism upphört.

Klassiskt smittskyddsarbete med *kontaktspårning och behandling samt information om säker sex* har kraftigt minskat förekomsten av ve-

neriska sjukdomar såsom syfilis och gonorré. Klamydiainfektioner uppmärksammades senare och har ännu stor utbredning men även klamydiainfektionerna har minskat, (se vidare det avsnittet). Ett nyare bekymmer är uppträdandet av multiresistenta stammar av gonorré, framför allt från Sydostasien men även Östeuropa. Dessa sprids genom prostitution.

Sjukdomar

- A Vanliga: Klamydiainfektion, gonorré. Dessutom infektion med genital herpes simplex typ 2 och genital papillomavirus-infektion vilka inte är anmälningspliktiga.
- B Övriga: Syfilis, ulcus molle.

Importsjukdomar

Många smittämnen är endemiska (har fast fot) endast i utlandet och när de uppträder i Sverige kan man därför utgå från att smittkällan förelåg utomlands. I andra sammanhang, inte minst diarrésjukdomar såsom salmonella och framför allt campylobacterinfektioner, förekommer visserligen en inhemsk smittspridning men en stor andel av sjukdomsfallen är smittade utomlands. Importsjukdomar uppträder i huvudsak till följd av

- turism – varav charterturismen dominerar – och andra korttidsresor
- invandring, inte minst utomeuropeisk
- hemvändande utlandssvenskar

Turism/resande

Korttidsresenärerna från Medelhavsregionen återvänder med diarrésjukdomar varav turistdiarré orsakad av toxinbildande *E. coli*-stammar (ETEC) är viktigast följt av campylobacterinfektioner och salmonella. Shigellainfektioner är ovanliga men farliga när de förekommer till följd av hög smittsamhet och ofta besvärlig sjukdomsbild.

Legionärsjuka (lunginflammation orsakad av s.k. legionellabakterier) kan smitta genom dusch-aerosol när tappvarmvattnet håller för låg temperatur, t.ex. till följd av felkonstruktion av systemet. Legionella kan också överföras via klimatanläggningar.

Utomeuropeiska turister kan återvända med malarieinfektion.

Veneriska sjukdomar såsom HIV, gonorré etc. har särskilt uppmärksamhets i samband med s.k. sexresor till Sydostasien.

(Utomeuropeisk) invandring

Invandrarnas sjukdomar återspeglar ju sjukdomspanoramata i deras hemländer. Störst betydelse har sjukdomar inom gruppen blod-sexsmitta (se det också) dvs. hepatit B och HIV. En annan viktig sjukdom är tuberkulos, i värsta fall orsakad av multiresistenta tuberkulosbakterier.

När de Sverige-födda barnen hälsar på i ursprungsmiljön är de i samma grad som övriga svenskar mottagliga för infektioner som därigenom kan spridas bl.a. på barndaghem i Sverige. Exempel är hepatit A och shigellos.

Hemvändande utlandssvenskar

Dessa utgör ett mindre problem. Hälsomedvetandet är i regel högt och organiserad hälsovård är vanlig såväl på stationeringsorten som vid hemkomsten.

Kontroll

Beträffande specifika medicinska profylax- och behandlingsmöjligheter, se respektive sjukdom. För invandrare och hemvändande utlandssvenskar är en välorganiserad hälsokontroll avgörande. För korttidsresenärer kan en god medicinsk rådgivning tillsammans med eventuella vaccinationer minska riskerna. *Kvaliteten* på sådan rådgivning är idag emellertid mycket skiftande. Bristfällig rådgivning och profylax mot framför allt malariainfektion kan resultera i onödiga dödsfall.

Vid organiserade resor borde risken för t.ex. salmonellasmitta från hotellkök eller legionellainfektion på grund av bristfälliga rör- och klimatsystem beaktas som en kvalitetsaspekt.

Sjukdomar

A Vanliga: Campylobacter-infektion, salmonellos, shigellos, giardias, hepatit A, malaria och legionellainfektion. Infektion/kolonisation med multiresistenta bakterier av olika arter.

- B Övriga: Tyfoid och paratyfoid, amöbadysenteri, tuberkulos, hepatit E, pest, kolera, gula febern, rabies, fläckfeber, återfallsfeber, difteri, polio, virala haemorrhagiska febrar.

Strikta zoonoser

Zoonos betyder sjukdom inom djurvärlden. Vissa zoonoser av humanpatogent intresse ingår också i epizootilagstiftningen, nämligen mjältbrand, rabies och filovirusinfektion hos primater (motsvaras i smittskyddslagen av Virala hemorragiska febrar). Sjukdomar av humanpatogen betydelse som föreslås tillkomma i epizootilagstiftningen är brucellos och BSE (bovin spongiform encefalopati: "galna kosjukan").

Vissa zoonoser, som t.ex. salmonella, har sin *huvudsakliga* spridning inom djurvärlden, men kan efter överföring till människa spridas vidare från människa till människa.

Med *strikt*a zoonoser menas i denna framställning sjukdomar där *människan är en återvändsgränd*: ingen vidare spridning förekommer från individ till individ. Sjukdomsfall hos människa är därmed beroende av direkt eller indirekt kontakt med ett smittat djur. Exempel på direkt kontakt är jägare som handhar villebråd. Indirekt kontakt kan ske genom exposition för t.ex. smittsam urin från gnagare (nephropathia epidemica) eller förmedlas via en *vektor*: oftast blodsugande insekter. Borrelia sprids genom fästingar på detta sätt.

Epidemiskt uppträdande av strikta zoonoser beror i första hand på spridningen inom och numerären av den djurpopulation som fungerar som sjukdomens reservoar. Sambandet mellan gnagarår och förekomst av nephropathia epidemica är ett tydligt exempel. Teoretiskt kan naturligtvis ändrade vanor hos befolkningen i form av ökad jakt eller friluftsliv öka smittotillfällena.

Kontroll

Endast primärpreventiva åtgärder är aktuella.

Beträffande vaccin och behandling, se de enskilda sjukdomarna. På grund av sjukdomarnas sällsynthet. t.ex. rabies, är allmän vaccinering sällan aktuell.

Då reservoaren finns hos vilda djur, t.ex. gnagare för sorkfeber eller rådjur för borrelia blir smittskyddsarbete en *ekologisk* fråga. Avsaknad av en livskraftig rovdjursstam kan medföra en ökning av de bytesdjur som fungerar som sjukdomens reservoar.

Sjukdomar

- A Vanliga: Borrelia-infektion (ej anmälningspliktig), nephropathia epidemica, tularemi, ornithos.
- B Övriga: Rabies.

Det finns *livsmedelsburna* zoonoser med ingen – eller sällsynt spridning mellan människor. Exempel är listerios, toxoplasmos, trichinos och – sannolikt – yersinia- och campylobacterinfektion. Dessa sjukdomar har förts till livsmedelsburna sjukdomar i avsnittet *Epidemisk diarré och matförgiftning*.

Sjukdomar i det öppna samhället

Med detta avses smittsamma sjukdomar som i mindre grad är knutna till speciella överföringsmekanismer. Genom luftburen smitta och kontaktsmitta kan de cirkulera: i hemmet, arbetsplatser, skolor osv.

De klassiska barnsjukdomarna har minskat genom allmän vaccinering.

Kontroll

Det är svårt att ange gemensamma riktlinjer för nedanstående sjukdomar. Möjlighet till vaccinering och andra kontrollåtgärder beskrivs därför i anslutning till respektive sjukdom.

Sjukdomar

- A Vanliga: Influensa (ej anmälningspliktig). Infektion/bärarskap av pneumokocker respektive *Haemophilus influenzae*, meningokocksjukdom.
- B Övriga: Difteri, tuberkulos, mässling, påssjuka, röda hund, polio.

Klassifikation av smittämnen

Protozoo: encelligt urdjur som kan uppträda som parasit i t.ex. röda blodkroppar (malaria) eller tarm (amöba).

Bakterie: encellig organism som närmast klassas till växtriket. Till skillnad från djurcellen har flertalet bakterier cellvägg, vilken kan utnyttjas som angreppspunkt för antibiotikabehandling, t.ex. penicillin.

Bakterier klassas traditionellt efter form och färgbarhet. Stavformade bakterier kallas stavar och runda bakterier kallas kocker. Om bakterien tar upp (blå) färg vid s.k. *gramfärgning* kallas de grampositiva, om inte gramnegativa. Indelningen har visat sig ha en praktisk funktion. Sålunda är luftvägs- och hudinfektioner ofta orsakade av penicillinkänsliga grampositiva kocker medan gramnegativa stavar oftare svarar för infektioner i tarm och urinvägar och har annan antibiotikakänslighet.

Bakterier kan härbärgera och sinsemellan utbyta genetiskt material som styr bildningen av bl.a. antibiotikaresistens och sjukdomsframkallande toxiner. Exempel ges i avsnittet *Begreppet virulens. Sjukdomars uppgång och fall*.

Vissa bakterier är *sporbildare* vilket innebär att de under ogynnsamma miljöbetingelser kan överleva i inaktiv form, t.ex. i damm eller jord under decennier.

Virus: upptäcktes sent då de till följd av storleken inte är synliga i vanliga ljusmikroskop. Viruspartiklar kan ses som ett paket av arvs-massa (DNA eller RNA) som endast kan föröka sig genom att utnyttja maskineriet i en värdcell, t.ex. i djur eller bakterier.

Prioner: se avsnittet *Prionsjukdomar*.

Övriga smittämnen som t.ex. inälvsmaskar, svamp etc. har mindre beröringspunkter med epidemiska sjukdomar och smittskyddslagstiftningen.

Diagnostik av smittämnen sker med en rad olika metoder. Vanlig ljusmikroskopi används bl.a. för vissa protozoer och bakterier. Bakteriologisk odling på diverse olika odlingssubstrat är rutinförfarande vid flertalet vanliga bakteriella infektioner. Även många virus kan odlas på levande cellkulturer men den diagnostiken är mer sofistikerad.

Immunologiska metoder har stor användning vid infektionssjukdomar. Världens svar på en infektion kan avläsas i form av antikropps-bildning, framför allt i blodserum, därav namnet serologi. Världens immunologiska minne utnyttjas både för att påvisa pågående eller nyligen genomgångna infektioner såväl som infektioner tidigare i livet. Därigenom kan man bl.a. bilda sig en uppfattning om förekomsten av infektioner i befolkningen fördelat på olika åldrar.

Genom att immunisera djur kan man omvänt skaffa sig tillgång till antikroppar och därmed påvisa själva smittämnet från olika provtagningslokaler (s.k. antigendiagnostik). Denna diagnostik kan göras snabb.

Med *molekylärbiologiska* metoder, t.ex. PCR-diagnostik (polymerase chain reaction) påvisar man närvaro av ett smittämne genom att på artificiell väg mångfaldiga delar av dess arvs massa och därigenom indirekt synliggöra smittämnet. Denna teknik används även vid kriminaltekniska undersökningar.

Anmälningsspliktiga sjukdomar i alfabetisk ordning

AIDS/HIV

Smittämne

HIV (humant immunbristvirus), ett s.k. retrovirus. Den allmänt spridda och aggressiva varianten kallas HIV 1. En mindre aggressiv variant kallad HIV 2 finns huvudsakligen i Västafrika. De särdrag som gäller HIV 2 beskrivs samlat sist i detta avsnitt.

Sjukdomsbeskrivning

Med en inkubationstid på veckor till månader kan ibland symtom på en s.k. *primärinfektion* uppträda. Denna liknar körtelfeber med ett febertillstånd som kan vara några veckor, förenat med svullna lymfkörtlar och eventuellt utslag. Med eller utan tecken på primärinfektion uppträder antikroppar mot HIV-viruset som tecken på smitta. Denna antikropsreaktion visar sig i regel inom två månader efter smittotillfället.

HIV-viruset söker sig till mottagliga ställen i kroppen, med förkärlek till s.k. CD4-celler. För att penetrera värdcellen och etablera smitta krävs bl.a. receptorn CKR5. Individer, som helt saknar denna receptor (genom en mutation i dubbel upplaga) undgår smitta. Denna egenskap anges förekomma hos cirka 10 % av vita i USA och 1,7 % hos svarta.

CD4-cellerna har en central roll i kroppens immunförsvar, dvs. försvar mot infektioner men även mot elakartade tumörer. Virus söker sig också till andra organ, inte minst hjärnvävnad vilket har betydelse för sjukdomsutvecklingen och för behandlingsmöjligheter då hjärnan är svår att nå med läkemedel. Sedan viruset tagit sig in i sina målceller integreras det i värdcellens arvs massa och kan därefter föröka sig och infektera nya celler.

Infektionen är nu symptomfri, i flertalet fall under många år allt medan den leder till en pågående nedbrytning av immunförsvaret. Efter en inkubationstid på ett antal år börjar symtomen på denna immunbrist

uppträda i form av AIDS: Acquired Immuno-Deficiency Syndrome = förvärvad immunbrist. AIDS-utbrottet kan föregås av viktninskning, långvarig feber och lymfkörtelförstoring samt trötthet.

Virusmängden i blod – och därmed smittsamhet – är störst under primärinfektionen och AIDS-stadiet, dvs. innan världens immunförsvar hunnit aktiveras respektive till slut kollapsa.

Definierande för AIDS är uppträdandet av s.k. *opportunistiska* infektioner: Den AIDS-sjuka drabbas av smittämnen som en normal immunkompetent individ kan kontrollera. Exempel på sådana smittämnen är *Pneumocystis carinii*, en mikroorganism (ibland klassificerad som urdjur ibland som svamp) som orsakar långdragen och svår lunginflammation. Svampinfektion (jästsvamp) i övre magtarmkanalen kan ge sväljningssvårigheter med accelererad avmagring. Tuberkulos i olika former och även tuberkulosens släkting, s.k. anonyma mykobakterier med långdragen feber. *Toxoplasmos* (ett urdjur) kan ge infektioner i hjärnan med symptom som påminner om hjärntumör. Cytomegalvirus kan utöver långdragen feber drabba näthinnan och ge blindhet. Ett flertal smittämnen kan ge långdragen och mycket svårbehandlad diarré.

Utöver opportunistiska infektioner uppträder ibland också vissa udda elakartade *tumörer*, t.ex. Kaposi sarkom, en blodkärlstumör som kan synas som missfärgning i huden men även angriper inre organ. Dessutom vissa former av lymfkörteltumörer. Man har starka skäl att misstänka att dessa tumörer är orsakade av speciella virus varigenom AIDS-sjukdomen indirekt har belyst sambandet mellan infektioner och cancer.

Utöver att ge upphov till opportunistiska infektioner angriper HIV-viruset självt hjärnvävnad och kan ge en *demensbild*.

AIDS är en "ny" sjukdom som erkändes som självständigt syndrom först 1981. Det innebär att uppfattningar, definition och behandling ständigt omprövas. Sålunda kom själva definitionen om AIDS till att börja med att knytas till uppträdandet av opportunistiska infektioner. Senare har man i USA vägt in bl.a. graden av nedbrytning av immunförsvaret mätt som antalet CD4-celler (<200 är förenligt med AIDS) och definitionen fortsätter att utvecklas, ibland är USA och Europa i otakt.

WHO:s och den i Sverige använda lista på AIDS-definierande opportunistiska infektioner och tumörer bifogas i nedanstående tabell.

AIDS-definierande tillstånd hos vuxna och barn

Tabell 19:1 **AIDS-definierande tillstånd hos vuxna (Centers for Disease Control, 1993). Asterisk markerar nya kriterier i 1993 års definition; dessa kräver dessutom påvisad HIV-positivitet för att AIDS-diagnosen skall kunna ställas.**

Candidabronkit, -tracheit eller -pneumoni
Candidaoesophagit
Cervixcancer, invasiv*
Coccidioidomykos, spridd eller extrapulmonell
Cryptokockos, extrapulmonell
Cryptosporidios, kronisk intestinal
Cytomegalvirusinfektion (ej i lever, mjälte eller lymfknutor)
Cytomegalvirusretinit (med synbortfall)
Encephalopati, sannolikt HIV-relaterad
Herpes simplex: kroniska sår (>1 månad); eller bronkit, pneumonit eller oesophagit
Histoplasmos, spridd eller extrapulmonell
Isosporiasisinfektion, kronisk intestinal
Kaposi sarkom
Lymfom, Burkitts
Lymfom, immunoblastiskt
Lymfom, primärt cerebralt
<i>Mycobacterium avium</i> komplex eller <i>M. kansasii</i> , spridd eller extrapulmonell
<i>M. tuberculosis</i> , alla lokalisationer (pulmonell* eller extrapulmonell)
Mykobakterier, andra eller oidentifierade arter, spridd eller extrapulmonell
<i>Pneumocystis carinii</i> pneumoni
Pneumoni, recidiverande bakteriell*
Progressiv multifokal leukoencefalopati
Salmonellasepsis, recidiverande
Toxoplasmos, cerebral
"Wasting" syndrom orsakat av HIV-infektion

Bakteriella infektioner, utbredda eller recidiverande hos barn under 13 år

Lymfoid lunginflammation hos barn under 13 år

Ospecificerade opportunistiska infektioner

Ospecificerade lymfom

Behandling fick till att börja med helt inriktas på bekämpandet av opportunistiska infektioner och tumörer. Detta uppehållande försvar kunde inte hindra att flertalet AIDS-patienter dog inom ett år efter diagnosen.

Före upptäckten av HIV-viruset trevade man också i mörker beträffande sjukdomens uppkomst varvid man hade funderingar om huruvida en promiskuös livsstil hos t.ex. homosexuella män förenat med ett stort antal förvärvade infektioner och eventuellt bruket av vissa stimulerande droger (s.k. poppers, amylnitrit) kunde ge en uttrötning av kroppens immunförsvar ledande till AIDS. När så HIV-viruset upptäcktes väcktes frågan om detta virus ursprung. Spåren ledde till Afrika. Det finns besläktade HIV-liknande retrovirus hos apor. Från andra sammanhang är det känt att virus hos djur kan mutera och bli sjukdomsalstrande hos människor (jämför avsnittet *Influenta!*). Dessa teorier togs illa upp från afrikanskt håll och ledde till motanklagelser om att HIV-viruset är en manipulerad produkt från CIA:s laboratorier. Stora epidemier har historiskt alltid varit förenade med frågan om skuld och HIV-epidemins ursprung, utbredning och orsaker är mycket politiskt känslig vilket visar sig bl.a. i att det fortfarande finns debattörer som ifrågasätter sambandet mellan HIV och AIDS.

Behandling

Medicinsk behandling och profylax av opportunistiska infektioner har senare kunnat kompletteras med antiviral behandling mot HIV-viruset självt. Liksom definitionen av AIDS har även indikationen för HIV-behandling varit glidande från att tidigare ha givits endast vid etablerad AIDS eller vid mycket lågt antal CD4-celler till att på ett tidigare stadium försöka förhindra utvecklingen mot AIDS.

Syftet är således att bromsa immunförsvarets nedbrytning mot AIDS som slutstadium och de antivirala medlen kallas därför "bromsmediciner". Dessa utvecklas nu snabbt och man talar om en smärre revolution av AIDS-behandlingen. De antivirala medlen består dels av s.k. nukleosidanaloger varav AZT (Retrovir®) är det först använda. Man tillför falska byggstenar till virusets arvs massa vilket stoppar virusförökningen. Den andra huvudgruppen är s.k. proteashämmare som förstör virusets livscykel genom att blockera ett av deras enzymer.

Tillkomsten av flera olika antivirala preparat – och framför allt med två principiellt olika verkningsmekanismer har för första gången medfört ett effektivt sätt att få ner virusmängden och undvika läkemedelsresistens; mekanismerna beskrivs i avsnittet *Multiresistens*.

En annan hörnsten har blivit känsliga diagnostiska metoder där man nu *kvantitativt* kan mäta virusmängden i blod ner till låga nivåer och därmed följa behandlingseffekten på ett helt annat sätt än tidigare. AIDS-insjuknandet kan därmed fördröjas, hur länge vet man ännu inte, men med nuvarande läkemedelsarsenal är det framför allt toleransen/

biverkningarna mot bromsmedicinerna som sätter den praktiska gränsen. Biverkningarna är emellertid högst reella t.ex. hämning av benvärgs- och njurfunktionen, och långt ifrån alla patienter tål eller lyckas underkasta sig en effektiv läkemedelskombination.

Indikation idag för antiviral behandling är framför allt: primärinfektion, för att reducera den initiala virusmängden och därmed fördröja AIDS-utvecklingen. Sen graviditet, för att försöka förhindra mor-barnsmitta, snabb ökning av virusmängden mätt med PCR, sjunkande CD4-nivå under 400. Antiviral behandling ges också efter stickskada (inom sjukvården) och *kan* eventuellt bli aktuell för att försöka förebygga smitta även vid annan tillfällig HIV-exposition.

Prognos

Obehandlad brukar HIV-infektionen leda till döden inom 10 år, observera dock att HIV 2 är mindre aggressiv. Även vid behandling innebär dock HIV/AIDS-infektionen ett svårt medicinskt, psykologiskt och socialt handikapp.

Diagnos

Diagnosen HIV-infektion ställs i första hand genom att påvisa antikroppar med ett enkelt serologiskt test. Positiva resultat, dvs. tecken på HIV-infektion verifieras med kompletterande tester. I speciella situationer kan man dessutom påvisa smittämnet själv med framför allt molekylärbiologisk teknik (s.k. PCR-reaktion). Denna har nyligen förfinats till kvantitativ bestämning av mängden viruspartiklar i blod, se ovan. AIDS-diagnosen är väsentligen klinisk enligt ovan. Skadan på immunsystemet bestäms genom ett antal CD4-celler där mindre än 200 celler/mm³ är typiskt för AIDS.

Specificering av HIV-diagnostik i Sverige

Definitioner

Sensitiviteten på ett test anger i hur många procent testet kan påvisa det som man letar efter.

Specificiteten av ett test anger i hur många procent ett positivt fynd är rättvisande, således inte falskt positivt.

Ett idealiskt test skall naturligtvis ha 100 %-ig sensitivitet och specificitet. Detta är ett teoretiskt idealtillstånd.

Närvaro av HIV-infektion kan påvisas med alla gängse virologiska metoder. Virus kan t.ex. odlas i lymfocyter, vilket dock inte används i diagnostiska sammanhang. HIV-viruset uppvisar Kocks postulat i djurmodeller dvs. ett isolat kan framkalla sjukdom när man exponerar nästa individ för det. Virus kan iaktas i elektronmikroskopi. Med immunologiska metoder kan man i ett tidigt skede av infektionen påvisa det s.k. p24 antigenet (se antigen i ordlista).

De *diagnostiska* metoder som används i rutinbruk är:

- Antikroppstest av screeningtyp respektive konfirmationstyp.
- PCR-test.

Antikroppstester

Sällningstester

Den i Sverige (och världen) mest använda screening- (sällnings)metoden är ELISA-tester av olika fabrikat. På SMI kollas ELISA-testen mot en s.k. panel av testsera dvs. en samling referenssera som skall utfalla på ett visst sätt. Testpaneler finns från såväl svenska patienter som från olika håll i Afrika.

Sensitiviteten av förekommande ELISA-tester anges på såväl svenska som afrikanska sera till 100 %.

Specifiteten ligger på svenska sera mellan 99 och 100 %. På afrikanska sera ligger specifiteten några procent lägre (varierar mellan olika fabrikat av tester).

Konfirmationstester

Positiva ELISA-test testas om med ett konfirmationstest kallat western blot som ger ett antal band i ett visst mönster. Sverige tillämpar den av WHO standardiserade tolkningen. Skulle något prov hamna i en gråzon testas patienten om tills utfallet blir klart positivt eller negativt. Vid behov kan patientprov också konfirmeras med PCR-test.

Upprepad provtagning eliminerar också risken för provförväxling.

Den ovan givna beskrivningen bör göra det uppenbart att HIV-testning under svenska förhållanden är säker med en praktiskt taget 100 %-ig specificitet av positiva svar. Även sensitiviten är i samma storleksordning, dock krävs det ju att prov tas i ett skede där man hunnit bilda antikroppar!

Beträffande HIV-testning i andra länder kan man visserligen ifrågasätta individuella resultat från fall till fall beroende på de resurser som

finns tillgängliga. Det är dock helt uteslutet att eventuella fel skulle kunna ge utslag i *internationell epidemiologisk statistik*.

Förekomst

Globalt. Särskilt tropiska Afrika, Karibien, Sydostasien. Även om ett trendbrott i den svenska HIV-epidemin antyds av statistiken så fortsätter epidemin med oförminskad kraft i u-länderna inte minst Afrika och under senare år Indien. Av världens 28 miljoner HIV-smittade anses 75–85 % ha smittats sexuellt, merparten vid heterosexuell smitta i u-länderna.

Anmälda fall av HIV i Sverige toppade 1986 p.g.a. att sjukdomen då var nyupptäckt. Efter en ny smärre topp 1993 (se nedan) med 390 anmälda fall motsvarande cirka 4/100 000 invånare har incidensen varit långsamt sjunkande, se diagram.

På grund av latensen mellan HIV-infektion och AIDS förväntas nyinsjuknande i AIDS öka även många år efter det att en eventuell minskning av HIV-infektionerna har börjat. Att även nyinsjuknandet i AIDS minskar beror på tillkomsten av de s.k. bromsmedicinerna.

Fördelat på riskgrupper ser man att utländska invandrare svarade för toppen 1993. Sedan 1988 ser man en långsamt sjunkande tendens hos homosexuella män och invandrare medan nysmitta bland heterosexuella svenskar har legat oförändrad

De opportunistiska infektionerna skiljer sig åt i olika delar av världen eftersom de återspeglar ett återinsjuknande i områdets endemiska sjukdomar.

Spridning

HIV är en blod- och sexsmitta och spridningsfaktorer beskrivs samlat i det avsnittet. HIV har lägre smittsamhet än gulsotsvirus vid blodsmitta. En detaljerad redogörelse för *smittsamhet* redovisas nedan. Siffror inom parentes är referenser som återfinns i litteraturlistan.

Smittsamhet av HIV-infektion

Liksom för alla infektionssjukdomar beror smittsamheten hos HIV på: egenskaper hos smittämnet, mängden överfört smittämne och faktorer hos mottagaren.

Smittkällan

A *Viruset*. HIV 1-viruset kan subtypas i minst 10 olika subserotyper betecknade med A, B, C osv. A, C, D är vanligast i subsahariska Afrika, C i Indien, E i Thailand. Subtyp B är vanligast i USA och Västeuropa. Då spridningen i Afrika och Asien huvudsakligen sker heterosexuellt har man föreslagit att t.ex. subtyp E är mer benägen att smitta heterosexuellt jämfört med subtyp B. Det finns också experimentellt belägg för detta (1, 2).

B *Virusmängden*. Mängden cirkulerande HIV-partiklar hos smittkällan beror på:

- 1 Sjukdomens stadium. Vid primärinfektionen innan kroppens immunsystem har aktiverats är mängden cirkulerande viruspartiklar hög. Under det följande asymtomatiska stadiet när antikroppsproduktionen kommit igång sjunker mängden cirkulerande virus

i blod för att återigen kraftigt öka när immunförsvaret kollapsar i samband med AIDS-utvecklingen. Man kan förvänta sig en parallell utveckling i andra kroppsvätskor men vissa studier talar för att så inte är fallet när det gäller HIV-koncentration i sädesvätska (3). Vissa studier talar för en tiofaldig riskökning vid AIDS-stadium p.g.a. ökad viruskoncentration (4).

- 2 Ospecifik retning av immunsystemet, t.ex. vaccination, kan öka mängden HIV-virus (4).
- 3 Antiviral behandling kan sänka mängden cirkulerande virus och därmed smittsamheten (4, 5). Det finns inga aktuella studier som visar resultatet av modern antiviral kombinationsbehandling. I en given situation beror också effekten på bl.a. patientens följsamhet gentemot behandlingen och huruvida HIV-viruset utvecklar resistens mot läkemedlet. *Smitta med läkemedelsresistenta HIV-virus ställer mottagaren i en extra prekär situation* (personl. medd.: Jan Albert, SMI).

Mottagaren

Naturlig resistens mot HIV-infektion har visats bero på en mutation i den för HIV-viruset nödvändiga receptorn CKR5. Om denna mutation föreligger i dubbel upplaga (homozygoti) kan mottagaren inte bli infekterad. Föreligger mutationen i enkel upplaga (heterozygoti) anses det att överlevnaden förbättras genom senare AIDS-utveckling. Homozygoti för mutation i CKR5 beräknas i USA föreligga hos 10 % av den vita befolkningen och 1,7 % i den svarta befolkningen (4, 6).

Beträffande andra faktorer hos mottagaren: se respektive smittväg.

Smittsamhet av HIV i olika överföringssituationer

Blodtransfusion

Här beräknas smittsamheten p.g.a. den stora mängden överförda HIV-partiklar till närmare 100 %.

Stickskador

Risken vid stickskador på smittade nålar beror bl.a. på nålens grovlek, huruvida man använder handskar (blodet stryks bort av handsken), om nålen var apterad på spruta med blod från patienten och om man i så fall lyckas injicera blod etc. Den *genomsnittliga* risken vid stickskada

anges till 0,3 %/tillfälle. Smittrisen för blodstänk på slemhinnor anges till cirka 0,1 % och på oskadad hud till mindre än 0,1 % (7, 8).

Intravenöst missbruk

Som tidigare påpekats beror smittrisen vid intravenöst missbruk på huruvida endast nålspetsen är förorenad eller om en blodhaltig narkotikalösning injiceras. Det senare har varit fallet vid epidemin i Kaliningrad där man misstänker en överföringsrisk i storleksordningen 10 %/tillfälle (personl. medd.: Jan Albert, SMI). I övrigt anges den genomsnittliga risken vid intravenöst missbruk till 0,67 %/tillfälle (8).

Mor-barnsmitta

I en studie angavs överföring till barnet mätt som påvisad smitta vid 18 månaders ålder till 25,5 %. Risken kunde reduceras med 2/3-delar till 8,3 % med AZT-behandling (9).

Heterosexuell smitta

Risken varierar med ett flertal faktorer hos mottagaren: om slemhinnan är uppluckrad genom en könssjukdom, framför allt vid öppna sår, pågående menstruation, graviditet, spiral, andra slemhinneskador t.ex. vid våldtäkt (4).

Vid oskyddade vaginala samlag anges den genomsnittliga smittrisen för kvinnan till mellan 0,05–0,15 %/tillfälle. Vid omvänd smittväg (kvinna till man) anges risken istället till 0,03–0,09 %. I Thailand anges smittrisen kvinna till man i storleksordningen 5,6 % (4)! Man har även i Sverige sett exempel på omfattande heterosexuell spridning som är oförenlig med de låga risktal, som de statistiska genomsnitten ger uttryck för.

Homosexuell smitta

Som påpekats ger anala samlag större blödningsrisk men detta varierar givetvis från tillfälle till tillfälle. Den genomsnittliga smittrisen för oskyddat receptivt ("mottagande part") analt samlag anges till 0,8–3,2 % och vid omvänd homosexuell smittväg till 0,03–0,09 % (8).

Oralsex

HIV kan påvisas i saliv, dock i genomsnittligt lägre mängder än i blod och sädesvätska. Smitta mun–penis anses förekomma, men risken är inte kvantifierad (8).

Förekomst av HIV i saliv är bakgrund till rådet att undvika s.k. djupa kyssar.

Sammanfattning

Riskbedömning vid blodtransfusion är således ganska säker men för övrigt är de siffror som citeras endast statistiska uppskattningar som kan utnyttjas vid epidemiologiska beräkningar men *aldrig* extrapoleras till en smittsamhetsprognos för den exponerade individen.

Rakt uttryckt innebär det att smittsamheten hos en HIV-positiv individ aldrig kan negligeras.

Referenslista till avsnittet – Smittsamhet av HIV-infektion – återfinns i litteraturförteckningen.

*

Kontroll

Vaccin finns ännu ej tillgängligt. Antiviral behandling kan minska smittsamheten men är i det avseendet ett tveeggat verktyg vilket beskrivs under *smittsamhet* ovan.

HIV/AIDS har varit den hittills största utmaningen för modernt svenskt och internationellt smittskyddsarbete. Såväl primärprevention, med information om säker sex, sjukhushygien, åtgärder mot spridning vid narkomani osv., som sekundärprevention med individinriktade åtgärder har stor betydelse. De särskilda riskgrupperna kommenteras i avsnittet *Blod- och sexsmitta* och utgörs av: Intravenösa missbrukare, homo- och bisexuella män och vissa utomeuropeiska invandrare.

HIV-epidemin har tvingat fram de speciella blodsmittemottagningar som finns i de större städerna där smittspridningen är störst. Strategin har varit att upprätta ett förtroendefullt samarbete med de smittade för att undvika att dessa går under jorden och sprider infektionen okontrollerat. Tillkomsten av behandlingsmöjligheter har blivit ett värdefullt verktyg i denna strategi.

HIV 2-infektion

HIV 2-smitta förekommer således i Västafrika där viruset tros ha sitt ursprung. I Guinea-Bissau har man funnit HIV 2-infektion hos ca 6 % av gravida kvinnor och 12 % av polismän. Dessa siffror har emellertid legat väsentligen *oförändrade* mellan 1987 och 1994 medan samtidigt HIV 1-infektion ökat i samma grupper.

Mängden cirkulerande HIV 2-virus *före AIDS-stadium* är lägre än för HIV 1, vilket torde bidra till den betydligt lägre smittsamheten. Som exempel förekommer mor-barnsmitta vid HIV 2 endast i någon procent, jämfört med över 25 % för HIV 1. Övrig smittspridning är inte kvantifierad men torde alltså vara betydligt lägre än för HIV 1.

HIV 2 är sammanfattningsvis väsentligt mindre aggressivt och AIDS-stadium nås först efter decennier. I Sverige har endast enstaka patienter med HIV 2-smitta påvisats.

HIV/AIDS klassas idag som Samhällsfarlig sjukdom (1.3).

Amöbadysenteri

Smittämne

Entamoeba histolytica, en protozoo (urdjur).

Sjukdomsbeskrivning

I typiska fall en långvarig kronisk diarré med perioder av försämringar och förbättringar. Dysenterisymtom, dvs. blodiga diarréer och buksmärter är karaktäristiskt och har gett namnet. Amöbadysenteri kan därmed bl.a. förväxlas med shigellos samtidigt som förekomst av andra tarmsmittämnen är vanligt. Förloppet är snarligt icke infektiös kronisk inflammatorisk tarmsjukdom, t.ex. ulcerös colit. Komplikationer kan bestå i blindtarmsinflammation och i sällsynta fall perforation av tarmväggen med bukhinneinflammation. Utsädd av amöbor till framför allt levern kan ge stora bölder (amöba abscess).

Behandling är effektiv med specialpreparat, t.ex. metroniadazol.

Symtomlösa fall är vanliga, men hur vanliga är egentligen svårt att värdera p.g.a. *diagnostiska svårigheter*.

Diagnos

I första hand morfologisk genom mikroskopi. Redan att urskilja typiska *Entamoeba histolytica* från besläktade amöbor bjuder på svårigheter. Därtill kom att man ganska nyligen upptäckt en morfologiskt identisk variant kallad *Entamoeba dispar* som endast kan urskiljas med immunologiska specialundersökningar. Denna variant är vida spridd men ej sjukdomsframkallande.

Förekomst

Amöbadysenteri förekommer huvudsakligen i tropiska områden och är associerad till dåliga sanitära förhållanden. Flykting- och fångläger i tropikerna är typexempel och amöborna är då ofta åtföljda av en rad andra sjukdomar i bl.a. tarmen. Amöbor återfinns ofta hos homosexuella män men det förefaller som om merparten av dessa är av varianten *Entamoeba dispar*, se ovan. Detta bör beaktas vid all statistik inklusive den kliniska anmälningen enligt smittskyddslagen där man rapporterat en årlig förekomst på upp till 3 830 fall under den senaste 10-årsperioden (1992). Det året anmäldes färre fall enligt den parasitologiska laboratorierapporten, 2 624.

Spridning

Människan är reservoar. Även om kontaktsmitta förekommer, t.ex. mellan homosexuella män, anses livsmedelsburen smitta vara vanligast, vilket antyder att smittsamheten är måttlig.

Kontroll

Livsmedelshygien. Då amöba är en importsjukdom kan den avslöjas vid hälsokontroll av invandrare. Behandling av bärare motverkar spridning.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Botulism

Smittämne

Clostridium botulinum. En anaerob (kräver syrefri miljö) sporbildande grampositiv bakterie. Bakterien bildar ett toxin som är ett av världens mest potenta gifter.

Sjukdomsbeskrivning

Den klassiska formen av botulism är en matförgiftning med färdigbildat toxin. Inkubationstiden är vanligen 12–36 timmar varefter kräkningar och diarré kan förekomma. Typiskt är därefter slappa förlamningar som vanligen börjar i ögonmuskulaturen, därefter sväljningsvårigheter och eventuellt andningsförlamning. Behandlingen är i huvudsak symtomatisk även om antiserum finns. Sjukdomen kan leda till döden om intensivvård inte sätts in.

Spädbarnsbotulism drabbar endast barn under 1 års ålder. I deras fall är det frågan om en riktig infektion, dvs. sporer utvecklas till levande bakterier i barnets tarm varefter toxinet produceras på plats. Symtomen blir därefter i princip likartade som för den vuxne. Inkubationstiden för spädbarnsbotulism är svår att fastställa, se nedan.

Diagnos

Klinisk och eventuellt bakteriologisk genom odling eller påvisande av toxin.

Förekomst och spridning

Bakterien är allstädes närvarande i jord och sporer är därmed ofta förekommande i livsmedel. Klassisk botulism kräver anaerob tillväxt vilket i regel förekommer vid felaktig hemkonserveringsteknik eller inläggningar. Ett klassiskt svenskt exempel är kryddsill där sillfiléerna behandlas otillräckligt i ättika. Nitrit tillsats motverkar botulism från köttvaror. Person-till-person-smitta förekommer ej.

Uppkomstmekanismen för spädbarnsbotulism är mindre känd då som nämnts ovan sporer inte sällan återfinns i olika sorters livsmedelsprodukter. Då man bl.a. påvisat sporer i honung rekommenderas barn under 1 års ålder att avstå från honung.

I Sverige rapporteras ströfall, under den senaste 10-årsperioden sammanlagt 7 st.

Kontroll

Försiktighetsåtgärder vid matlagning enligt ovan. Vaccin saknas.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Campylobacter-infektion

Smittämne

Campylobacter-bakterien med undertyperna jejuni (vanligast) och coli.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden är vanligen 2–5 dagar. Med varierande svårighetsgrad följer därefter i regel feber ofta förenat med muskelvärk och ibland intensiva buksmärtor som kan missuppfattas som blindtarmsinflammation. Den åtföljande diarréen är ibland blodig.

Sjukdomsförloppet är i regel godartat och eventuella komplikationer kan, liksom för andra tarmbakterier också, bestå i ledsymtom för disponerade individer (jämför *Salmonellos*). Behandlingen är i första hand symptomatisk, vid svårare sjukdomsförlopp antibiotika.

Diagnos

Bakteriologisk odling av avföringsprov är rutin sedan mitten av 1970-talet.

Förekomst

Campylobacter är den vanligaste bakteriella diarrésjukdomen i Sverige varav cirka 40 % är inhemsk. Även globalt hör campylobacterdiarré till de vanligaste orsakerna av smittsam diarré. Under den senaste 5-årsperioden har cirka 5 000 fall anmälts årligen.

Spridning

Utöver bl.a. vattenburen smitta och opastöriserad mjölk har alltid kyckling utpekats som en väsentlig smittkälla. I Sverige har emellertid flertalet kycklingbesättningar på senare år blivit campylobacterfria. Det återstår därmed att se om den minskade andelen inhemska fall 1996: 1 814 jämfört med 2 551 1995 och 2 538 1994, kan vara ett trendbrott eller en tillfällighet. Person-till-person-smitta anses sällsynt.

Kontroll

Se avsnittet *Epidemisk diarré och Matförgiftning. Distributionsledet och kontroll*. Kontroll av distributionsledet är viktigast för campylobacterdiarré. Vaccin saknas.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Difteri

Smittämne

Difteribacillen (*Corynebacterium diphtheriae*). En grampositiv stavbakterie. Endast toxinbildande bakterier ger upphov till sjukdom.

Sjukdomsbeskrivning

Difteri förekommer i form av hud-difteri, framför allt i u-länderna men mest betydelsefullt som svalgdifteri. Sjukdomen ger bilden av en halsfluss med fastsittande membraner på halsmandlarna. I detta stadium kan den förväxlas med halsfluss eller körtelfeber (mononucleos). Infektionen kan därefter vandra ner i luftvägarna. En fruktad komplikation är s.k. äkta krupp som drabbar struphuvudet och kan blockera andningen. Inom ett par veckor kan difteritoxinet ge skador på njurar, hjärta, ofta med dödlig utgång, samt förlamningar, främst i svalget.

Inkubationstiden anges till 2–5 dygn. Mortaliteten är svår att ange idag p.g.a. bristande erfarenheter. Fram till 1920 låg den i Sverige på cirka 10 %. Behandlingen består av antibiotika.

Diagnos

Bakteriologisk diagnostik av svalgprov. Svårigheten är att kliniskt vara beredd att känna igen denna i Sverige sällsynta sjukdom!

Förekomst

Fram till 1920 uppträdde i Sverige 10 000–20 000 fall/år med 10 % mortalitet. Förekomsten har därefter drastiskt minskat sedan allmän vaccinering införts. Senaste epidemin uppträdde i Sverige 1984, mest hos alkoholmissbrukare. Senast rapporterade fall i Sverige var 1988 med tre sjukdomsfall och fyra smittbärare.

Vid upplösningen av Sovjetimperiet ökade difterin p.g.a. sviktande vaccinationsprogram och man har haft stora bekymmer i S:t Petersburg-området och Baltikum.

Spridning

Kontaktsmitta. Smittsamheten kan vara jämförbar med halsfluss.

Kontroll

I första hand primärprevention: Ett effektivt vaccin finns riktat mot toxinet vilket förhindrar kliniska symtom på svalgdifteri. I praktiken minskar vaccineringen också utbredningen av difteribacillen. Vaccinet brukar ges i kombination med stelkrampsvaccin och kikhostevaccin. Man får vara uppmärksam på importfall, framför allt från Östeuropa. Svårigheten består inte minst i att kliniskt känna igen sjukdomen som således kan ge liknande symtom som halsfluss.

Vid etablerad spridning: Sekundärprevention med spårning, isolering och antibiotikabehandling av smittbärare.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

EHEC (Enterohaemorrhagiska E. coli) infektion**Smittämne**

Verotoxinbildande E. coli varav serotyp O157 är vanligast och den enda formellt anmälningspliktiga.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden är uppskattad till 3–8 dagar. Man insjuknar i diarré som i karaktäristiska fall är blodig utan att vara åtföljd av feber.

Via en gen som kodar för produktion av s.k. verotoxin (VT) kan bakterien liksom vissa shigellabakterier framkalla haemolytiskt uremiskt syndrom (HUS). Haemolys innebär sönderfall av röda blodkroppar och uremin innebär njurskada som kan vara dialyskrävande vilket ger sjukdomen sin allvarliga innebörd. Njuren kan vara utslagen under veckor till månader.

Det är inte säkerställt hur antibiotikabehandling påverkar förloppet av sjukdomen. Man har dock tillämpat behandling i Sverige.

Diagnos

Odling av avföringsprov och identifikation av VT-genen med molekylärbiologisk teknik.

Förekomst

EHEC av olika serotyper har sedan decennier varit känd i USA och främst associerats till hamburgare. Denna nygamla sjukdom fick epidemisk spridning i Sverige fr.o.m. 1995. Se diagram.

Spridning

Sökandet efter reservoar och spridningsvägar har i Sverige varit motigt men det förefaller nu som om *nötboskap* är huvudreservoaren via tarmsmitta. I Sverige, t.ex. Halland, har man påvisat EHEC O157 i kobe-sättningar och kunnat knyta smitta till mjölk. Utbrott från badsjöar är känt från USA och nu också i Västsverige varvid man misstänker att smittan kommit via betesmark. Det anses att den nödvändiga infektionsdosen för EHEC är mycket låg varför förutsättningar finns för person-till-person-smitta via kontakt (jämför shigella). Sekundärfall förekommer nämligen.

Kontroll

Smittspårning, livsmedelshygien, antibiotikabehandling av bärare.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Fläckfeber

Sjukdomen finns i två former, A lusburen och B loppburen.

A lusburen fläckfeber

Smittämne

Rickettsia prowazekii, en primitiv bakterie som saknar cellvägg.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på 1–2 veckor följer influensaliknande symtom med tillkomst av fläckformade utslag. Febern varar i cirka 2 veckor och mortaliteten utan behandling ligger på 10–40 %. Sjukdomen behandlas med antibiotika varvid prognosen är gynnsam. Vid obehandlad sjukdom förekommer senare och mera godartade återfall (Brill-Symmers sjukdom).

Diagnos

Bakteriologisk odling och serologi.

Förekomst och spridning

Den epidemiskt uppträdande lusburna varianten har människan som reservoar och sprids med löss. Den blir därmed associerad till krig och katastrofer, skyttegravsfeber. Inga fall är rapporterade i Sverige under de senaste 10 åren.

Kontroll

Sjukdomskontroll avser framför allt lusbekämpning. Ett vaccin som användes under andra världskriget förhindrade dödsfall men inte sjukdomsutbrott.

B loppburen fläckfeber

Smittämnet heter här *Rickettsia typhi*. Sjukdomen förekommer fläckvis i stora delar av världen och är bunden till riklig förekomst av råttor och möss. Den sprids därifrån med loppor. Sjukdomen uppträder inte i epidemier. Kliniken är som vid den ovanstående lusburna sjukdomen men mildare och mortaliteten understiger 1 %. Sjukdomen har inte rapporterats de senaste 10 åren.

Fläckfeber klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Giardiasis

Smittämne

Giardia lamblia, en protozoo (urdjur).

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden är längre än för flertalet bakteriella och virala tarm-sjukdomar, 1–2 veckor varför giardiasis kan uppträda som en andra diarréepisod vid dubbelsmitta. Sjukdomen karaktäriseras av långvarig och envis diarré kombinerad med aptitlöshet och uppspändhet. Den kan förväxlas med kronisk magkatarr eller gallbesvär. Många fall är dock symptomfria, detta gäller majoriteten av bärare i u-länderna. Komplikationer är mycket sällsynta.

Behandling är effektiv med specialpreparat. I enklaste fall endos-behandling med tinidazol.

Diagnos

Morfologisk genom mikroskopi av avföringsprov.

Förekomst

Mycket utbredd i tropiska områden men även i Östeuropa: "Leningrad-sjukan!". Adoptivbarn är därmed ofta bärare. Inhemsk smitta förekommer dock också. I Sverige rapporterades 1995 och 1996 1 500 fall årligen, topp 1992 med 7 468 fall. Variationer sammanhänger bl.a. med antal asylsökande.

Spridning

Människan är i första hand reservoar. Möjligen även sällskapsdjur som hund och katt. Sjukdomen är ganska smittsam och kan spridas genom kontakt. Därvid förekommer utbrott inom familjer, barndaghem och andra institutioner. Vattenburen smitta är vanlig via faekal förorening av vattentäcker. I Östeuropa är detta vanligt beroende på ofiltrerat vatten, endast klorering dödar nämligen ej smittämnet. Vattenburen smitta förekommer också i Sverige, t.ex. ett utbrott i Blekinge 1983 som drabbade 450 personer.

Kontroll

Framför allt uppspårning och behandling av smittbärare. Hälsokontroll av invandrare. Uppsikt över vattentäcker.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Gonorré**Smittämne**

Neisseria gonorrhoeae, en s.k. gramnegativ diplokok.

Sjukdomsbeskrivning

Gonorré är den klassiska könssjukdomen. Efter en inkubationstid på 2–7 dagar uppträder sveda och flytningar från könsorganen eller ändtar-

men. Symtomen är vanligast från mannens urinrör. Infektionen är oftast symtomfri hos kvinnor vilket underlättar spridningen och komplikationerna hos kvinnor: äggledarinflammation med sterilitetsproblem och ibland utomkvedshavandeskap. Obehandlad gonorré kan leda till en mild form av sepsis (allmän blodförgiftning) som ofta är förenad med ledbesvär. Barn kan smittas i samband med förlossningen och få en ögoninfektion som obehandlad kan leda till blindhet. När gonorré var vanligt i Sverige föranledde detta den s.k. credéprofylaxen varvid alla nyfödda droppades med silverniträt i ögonen.

Okomplicerad gonorré har varit lättbehandlad med engångsdos penicillin. Förutsättningar för uppkomst av *multiresistenta* stammar (se avsnittet *Multiresistenta bakterier*) uppkom i Sydostasien i samband med Vietnamkriget. Dessa kräver mer sofistikerad behandling och utgör ett hot för framtiden.

Diagnos

Klinisk misstanke verifieras med bakteriologisk odling.

Förekomst

I Sverige kulminerade gonorré under 1970-talet med 40 000 fall årligen. Det sammanföll med friare sexualvanor och ökad P-pilleranvändning hos yngre kvinnor. Propaganda för säker sex och på senare år risken för HIV samt ett effektivt smittskyddsarbete har åstadkommit en kraftig minskning under den senaste 10-årsperioden, se diagram.

1996 anmäldes 211 fall i Sverige. I cirka 20 % av fallen var bakterierna okänsliga för penicillin. 41 % var smittade utomlands, huvudsakligen i Asien eller i Östeuropa.

Globalt är gonorré vanligast i fattiga socioekonomiska förhållanden och i tider av social oro såsom efter Sovjetimperiets fall. Import av multiresistenta stammar från Sydostasien och Östeuropa är det största hotet.

Spridning

Venerisk. Smittsamheten är påtaglig vid oskyddat sex.

Kontroll

Vaccin saknas. Information om säker sex. Spårning och behandling av smittbärare.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.3).

Gula febern

Smittämne

Gula feber-viruset.

Sjukdomsbeskrivning

Gula febern kan stå som modellsjukdom för de s.k. virala haemorrhagiska febrarna som alla har en likartad sjukdomsbild. Efter en inkubationstid på 3–6 dygn insjuknar man i influensaliknande symtom följt av ikterus (gulst) därav namnet. Samtidiga tecken på njurpåverkan. Efter ett par dygns förbättring kan i värsta fall en försämring inträda med allmän blödningstendens och tecken på allmän organsvikt som leder till döden. Den totala mortaliteten är i endemiska områden mindre än 5 %, om gulst uppträder är den 20–50 %. Specifik behandling finns inte. Genomgången sjukdom ger livslång immunitet.

Diagnos

Virologisk med påvisande av virus eller antikroppar.

Förekomst och spridning

Gula febern uppträder i två former, dels djungelformen där apor är reservoaren och moskiter kan sprida den vidare till skogsarbetare. I sin andra, urbana form är människan reservoaren, mellan människor sprids sjukdomen av moskiter. Sjukdomen är endemisk i västra och centrala Afrika samt Sydamerika. Inga svenska fall är rapporterade den senaste 10-årsperioden.

Kontroll

Ett effektivt vaccin finns med minst 10 års varaktighet. Det är obligatoriskt vid resor till tropiska områden. I endemiska områden tillgrips myggbekämpning vid epidemier.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1). S.k. karantänssjukdom.

Haemophilus influenzae (invasiva infektioner)

Smittämne

Smittämne är Haemophilus influenzae, serotyp B (Hib), en gramnegativ stavformad bakterie.

Sjukdomsbeskrivning

Allmänt sett uppträder Haemophilus influenzae ofta parallellt med pneumokocker, drabbar samma patientgrupper och ger liknande infektionstyper. Sålunda är den näst pneumokockerna den vanligaste orsaken till en bakteriell komplikation av vanliga övre luftvägsinfektioner (förkylningar) med bl.a. bihåleinflammation hos vuxna och öroninflammation hos barn. Dessa godartade infektioner orsakas av bakterier som saknar kapsel.

De farliga, *invasiva*, infektionerna orsakas liksom hos pneumokockerna av kapselbärande bakterier. Kapslade Haemophilus influenzae-bakterier kan ge upphov till hjärnhinneinflammation (meningit) och struplocksinflammation (epiglottit). Båda tillstånden är ett led i en allmän blodförgiftning, sepsis. Båda tillstånden har också hög dödlighet, prognosen är beroende på hur snabbt patienten kommer under behandling. Dessa allvarliga infektioner drabbar i huvudsak förskolebarn. Barn med meningit får ofta framtida men, t.ex. i form av kramper eller

hörselnedsättning. Behandling består av intravenös antibiotika på sjukhus med beredskap till intensivvård.

Diagnos

Bakteriologisk odling.

Förekomst

Bakterien som sådan är allmänt spridd i samhället. Invasiva fall av sjukdomen är däremot lyckligtvis sällsynta, 15 fall rapporterades i Sverige 1996.

Spridning

Kontaktsmitta, ffa mellan yngre barn liksom för pneumokocker. Jämför *Barndaghemssmitta*. Benägenheten att utveckla invasiv sjukdom är således sällsynt.

Kontroll

Ett effektivt vaccin, som i detta fall har skyddande effekt även på de små barnen föreligger och har internationellt haft mycket god effekt på incidensen av *invasiva* infektioner av *Haemophilus influenzae*.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Hepatiter (smittsam gulsot)

Smittämnen

Fem smittämnen är hittills kända, betecknade A till E. A och E sprids som magtarm-smitta, de övriga som blod/sexsmitta. Människan är reservoar. Ett sjätte smittämne "hepatit G" är föremål för studier.

Subkliniska, mer eller mindre symtomfria, infektioner är vanliga med avsaknad av gulsot inte minst beträffande hepatit C. De *akuta* besvären orsakas annars av virusinvasion i leverceller och yttrar sig i varierande grad av feber, aptitlöshet och buksmärter följt av gulsot. Vid massiv, *s.k. fulminant*, infektion kan leverns syntesförmåga släckas ut och därmed produktionen av bl.a. blodkoagulationsproteiner. Döden

kan då följa genom massiva blödningar. Denna yttring är dock relativt sällsynt.

Diagnos

Den virologiska diagnostiken sker rutinmässigt genom serologi, ibland kompletterat med molekylärbiologisk metodik.

Samtliga hepatiter klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Hepatit A – tidigare kallad epidemisk gulsot

Smittämne

Hepatit A-virus (HAV) ett s.k. picornavirus, släkt med enterovirus. (Polio är ett enterovirus).

Inkubationstiden är 2–6 veckor. Även om sjukdomen i regel är godartad förekommer dödsfall i Sverige i samband med fulminant infektion. Barn är mindre benägna att utveckla symtom. Kroniskt bärarskap förekommer ej. Specifik behandling finns ej.

Förekomst

Importsmitta, numera ofta från avlägsna resmål med låg hygienisk standard. Inhemsk spridning förekommer också via sekundärfall och importerade livsmedel. Under den senaste 10-årsperioden rapporteras årligen normalt knappt 300 fall. Återkommande toppar med inhemsk spridning, t.ex. 1995 med 600 fall orsakas av spridning bland narkomaner.

Spridning

I första hand magtarm-smitta, särskilt förorenat vatten som kan drabba dricksvattentäcker. Råa skaldjur, importerade grönsaker och färsk eller frusen frukt (hallon och jordgubbar har spritt smitta t.o.m. via glass).

Kontaktsmitta förekommer också varvid patienten är mest smittsam veckan innan gulsoten bryter ut. Risken för person-till-person-smitta är påtaglig i barnkollektiv. Adoptivbarn liksom invandrarbarn som besökt hemlandet kan sprida smitta på barndaghem. I övrigt anses hepatit A smitta individer inom samma hushåll.

En särskild grupp utgörs av narkomanerna som nu svarar för den största inhemska spridningen. Huruvida HAV här överförs via blod eller dålig hygien är inte säkerställt.

Kontroll

Smittspårning är viktig och kan försvåras av den långa inkubationstiden. Reseprofylax med gammaglobulin ger ett kortvarigt skydd och kommer troligen i ökad utsträckning att ersättas av aktiv immunisering med ett specifikt hepatit A-vaccin. Detta skulle också kunna användas till andra riskgrupper: narkomaner.

Hepatit B

Smittämne

Hepatit B-virus (HBV).

Inkubationstiden är 2–6 månader. Upp till hälften av sjukdomstillfällena är subkliniska. 5–10 % blir kroniska bärare, vid etablerad mor-barn-smitta blir upp emot 100 % kroniska bärare.

Kronisk infektion kan utveckla sig till levercirrhos (skrumplever) och i slutstadiet levercancer, en av de vanligaste cancerformerna i Sydostasien och Västafrika. Man anger att 15–25 % av patienter med kronisk hepatit B dör en för tidig död. Med hänsyn till detta förekommer *behandling* av kroniska bärare med bl.a. interferon. Behandlingen är långvarig, dyrbar och påfrestande för patienten. Den leder till utläkt infektion och smittfrihet vid knappt hälften av fallen.

Förekomst och spridning

Infektionen är utbredd i delar av Afrika och Asien med bärarskap upp till 20 % av befolkningen till följd av heterosexuell smitta och mor-barn-smitta. I Sverige sprids hepatit B som blod/sexsmitta och är mycket smittsam vid såväl blodöverföring som sexuell kontakt. Hepatit B drabbar därmed homosexuella män, intravenösa missbrukare och invandrare/adoptivbarn. Man rapporterar normalt 200–300 fall årligen. Fördelningen av akut hepatit B respektive bärare framgår av diagram.

Kontroll

Åtgärder som vid blod- och sexsmitta. Sjukhushygienisk kontroll. Vaccin finns tillgängligt för riskgrupper. Vaccin och s.k. specifikt immunoglobulin används också för att förebygga mor-barn-smitta när gravida bärare har diagnosticerats vid mödravårdscentral och också vid yrkesmässig exposition för blodsmitta: t.ex. sjukvårdspersonal eller poliser: Allmänna råd finns från Socialstyrelsen.

Hepatit C**Smittämne**

Hepatit C-virus (HCV).

Inkubationstiden är 2–12 veckor. I Sverige är flertalet infektioner subkliniska. Över 60 % av infekterade individer blir kroniska bärare med liknande konsekvenser för individen som kroniskt bärarskap av hepatit B. Även bärarskap av hepatit C kan i utvalda fall bli föremål för liknande behandling som vid hepatit B. Pågående missbruk omöjliggör dock ofta detta i praktiken.

Förekomst och spridning

Förekomsten är global och kan vid t.ex. bristande sterilitet inom sjukvården leda till katastrofala konsekvenser. T.ex. har ett stort antal blodgivare och därmed deras mottagare smittats i Litauen. Spridningen förvärras av att flertalet blir kroniska bärare med bestående smittsamhet.

I Sverige sker huvudsakligen smitta bland intravenösa missbrukare med sekundärfall därifrån. Praktiskt taget alla i.v. missbrukare blir smittade med tiden. Sexsmitta och framför allt mor-barn-smitta är betydligt mindre vanligt jämfört med hepatit B.

I Sverige rapporteras årligen 2 000–4 000 fall. 1996: 2 613 fall varav intravenöst missbruk angavs för 1 663, sexuell smitta för 35, blodtransfusion (före 1992) för 104. Ofullständiga uppgifter eller oklar smittväg förelåg för återstående 811 fall.

Kontroll

Åtgärder som vid blod- och sexsmitta. Sjukhushygienisk kontroll. Vaccin och specifik immunglobulinprofylax saknas.

Hepatit D (delta)

Smittämne

Hepatit D (tidigare delta) -virus. Ett ofullständigt virus som endast orsakar sjukdom i närvaro av hepatit B.

Inkubationstiden är 2–8 veckor. Viruset kan förekomma tillsammans med en akut hepatit B-smitta eller orsaka uppblående symtom hos kronisk bärare av hepatit B. Inte minst i denna situation förekommer ibland fulminant hepatit. Även D hepatit kan bli kronisk i sig.

Förekomst, spridning och kontroll

Hepatit D är således helt associerat till HBV-infektion. I Sverige anmäls 5–10 fall årligen. Vaccin eller annan profylax saknas.

Hepatit E

Smittämne

Hepatit E-virus (HEV) ett nyupptäckt virus.

Inkubationstiden, kliniken och smittvägarna som hepatit A.

Förekomst

Således födoämnesburen smitta, fläckvis endemisk i tropikerna t.ex. i Indien. I Sverige som importfall, cirka 5 årligen.

Spridning

Liksom för hepatit A livsmedels- och kontaktsmitta. Smittsamheten okänd, troligen låg.

Kontroll

Vaccin saknas. Resenärer får iakttaga försiktighet som gentemot annan födoämnesburen smitta.

HTLV I- och II infektion

Smittämne

HTLV står för Human T-cell Leucemia Virus. Ett retrovirus, släkt med HIV, se nedan.

Sjukdomsbeskrivning

Som namnet antyder har man lyckats koppla HTLV I till en sällsynt form av leukemi. Sedermera har också framkommit koppling till en neurologisk sjukdom med tilltagande förlamningar. Prognosen för dessa tillstånd är dålig.

När man senare beskrev HTLV II har man varit observant på liknande konsekvenser som för I och man misstänker att det viruset orsakar en annan sällsynt leukemiform, s.k. hårcellsleukemi.

Nästa besläktade virus i ordningen var HTLV III. Detta virus är senare omdöpt till *HIV*, vilket förklarar uppmärksamheten även beträffande HTLV I och II.

Diagnos

Serologisk.

Förekomst, spridning och kontroll

Virus förekommer naturligt bl.a. hos vissa indianstammar i Nordamerika samt i Karibien och Japan. Det har sedan spritt sig som en blodsmitta till framför allt intravenösa missbrukare. I Sverige har man inriktat kontrollåtgärder på att förhindra virusspridning via blodtransfusion. Föreskrifter finns från Socialstyrelsen.

Sex fall rapporterades i Sverige 1996.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Infektioner med atypiska mykobakterier

Smittämne

En omfattande grupp s.k. atypiska eller anonyma mykobakterier, som är släkt med tuberkulosbakterien. De intressantaste ur humanpatogen synpunkt är *Mycobacterium avium intracellulare* komplexet (MAC), *Mycobacterium Kansasii* och möjligen *Mycobacterium paratuberculosis*.

Sjukdomsbeskrivning

Anonyma mykobakterier är typiska s.k. opportunister, dvs. de ger endast i undantagsfall sjukdom hos vuxna immunfriska personer och då med en sjukdomsbild som ibland kan likna tuberkulos, gäller t.ex. *Mycobacterium Kansasii*. Hos barn har man angett en viss ökning av infektionsfrekvensen efter upphörandet av den allmänna tuberkulosvaccineringen, BCG vaccinering.

Det stora nytillskottet av immunbristpatienter till följd av HIV-epidemin har gett ett uppsving för atypiska mykobakterieinfektioner hos människa. Detta gäller inte minst MAC-komplexet, ibland kallat

fågeltuberkulos. Hos de AIDS-sjuka yttrar det sig framför allt i form av en ihållande feber vars orsak kan vara svår att skilja från andra opportunistiska infektioner.

M. paratuberculosis har veterinärmedicinskt intresse och omfattas av epizootilagen. I rapporten *Översyn av epizootilagstiftningen* (sid. 63) påtalar man de indicier som antyder att bakterien kan ha humanmedicinskt intresse, nämligen som möjlig orsak till Crohns sjukdom hos människa. Crohns sjukdom är en kronisk inflammatorisk tarmsjukdom.

I den mån behandling av atypisk mykobakterieinfektion hos människa anses nödvändig i det individuella fallet, kan den vara mycket problematisk eftersom bakterierna ofta är multiresistenta mot vanliga tuberkulospreparat.

Diagnos

Bakteriologisk. Atypiska mykobakterier är ofta ett bifynd vid vanlig tuberkulosdiagnostik och den kliniska betydelsen av fyndet är ofta tveksam i det individuella fallet.

Förekomst och spridning

Atypiska mykobakterier är allmänt förekommande i miljön. Infektioner drabbar, förutom barn enligt ovan, således i första hand patienter med nedsatt infektionsförsvar varav AIDS-patienter dominerar. I Sverige rapporteras den senaste 5-årsperioden 100–200 fall årligen.

Kontroll

Kontrollen är i första hand avhängig av förloppet av HIV-epidemin. Något specifikt vaccin finns inte.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Klamydia (genital infektion)

Smittämne

Chlamydia trachomatis. Kunskapen om klamydiainfektioner är under utveckling. Chlamydia psittaci ger upphov till ornithos (papegojsjuka) (se detta också). Chlamydia pneumoniae, ofta kallad TWAR, ger lik-

som papegojsjukan lunginflammation. Chlamydia trachomatis föreligger av flera serotyper varav vissa ger könssjukdomen lymfogradikuloma venerium, andra den klassiska ögonsjukdomen trachom, åter andra vanlig genital klamydia.

Sjukdomsbeskrivning

Genital klamydiainfektion uppträder efter en förmodad inkubationstid på en till flera veckor. Symtomen är så snarlika gonorré att man före tillkomst av specifik diagnostik kallade sjukdomen icke gonorroisk uretrit (urinrörsinflammation). Därtill kom att dubbelinfektion med gonorré tidigare var vanligt. En viktig skillnad mot gonorré är dock att klamydiainfektion oftare är *symtomfri även hos män*. Symtomfria smittbärare har därför ännu större betydelse för spridning av klamydia.

Liksom för gonorré är den allvarligaste innebörden av genital klamydia äggledarinflammation hos kvinnor följt av sterilitetsproblematik. Män, inte minst homosexuella män, kan drabbas av inflammation i prostatakörteln. Bekymret är att de allvarliga komplikationerna kan uppträda utan påtagliga varningssymtom.

Sjukdomen behandlas med antibiotika, ej vanligt penicillin. Endosbehandling har utvecklats.

Diagnos

Bakteriologisk undersökning av direktprov. Den känsliga PCR-metoden möjliggör också provtagning från urin, vilket kan förenkla massundersökningar i t.ex. manliga riskgrupper.

Förekomst och spridning

Människan är reservoar och förekomsten är global. 1987 laboratorieanmäldes cirka 38 000 fall. Liksom för gonorré har infektionen därefter minskat, se diagram: *Årsrapport 1996, SMI: Gonorré och klamydia. (sid. 238)* Som synes av diagrammet har denna minskning avstannat de senaste åren. I laboratorierapporten anmäls nu cirka 14 500 fall årligen. Orsaken till skillnaden i utveckling mellan gonorré och klamydiainfektion är inte säkerställd men reservoaren av klamydiainfektion är uppenbarligen fortfarande så stor att förutsättningar för inhemsk spridning är betydligt större än för gonorré. Klamydiainfektioner är också överlag mer symtomfattiga än gonorré och detta gäller då särskilt symtomfria

män som antas vara en viktig smittkälla. Infektionen har varit mer svårbehandlad än gonorré.

Den kvarvarande klamydiaspridningen är en källa till oro då klamydia kan ses som en markör för venerisk smittrisk i allmänhet.

Kontroll

Vaccin saknas. Information om säker sex, kontaktspårning och behandling av bärare. Allmänna råd finns från Socialstyrelsen. Riktad undersökning med moderna provtagningsmetoder av yngre män i speciella riskgrupper skulle kunna vara av värde.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.3).

Kolera

Smittämne

Kolerabacillen, *Vibrio cholera* av olika serotyper såsom klassisk kolera O1 och El Tor. Sedan 1992 även serotyp O139.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på vanligen 2–3 dagar (timmar till 5 dygn) insjuknar patienten i våldsamma vattentunna diarréer. I typiska fall är kräkning, buksmärta och feber föga framträdande. Kolerabacillen bildar ett toxin som tvingar tarmcellerna att aktivt pumpa ut salter och vatten. De åtföljande vätskeförlusterna på 10-tals liter/dygn leder till uttorkning, chock och död.

Om man idag ställer den tidigare retoriska frågan "att välja mellan pest och kolera" torde man dock slippa lindrigare undan som kolera-patient. Koleraforskningen har nämligen dels lett till framsteg beträffande vaccin, se nedan, men framför allt upptäckten av förvånansvärt enkla behandlingsprinciper som förbättrat prognosen för kolerasjukdomen radikalt och, ännu viktigare, kunnat tillämpas i behandlingen av smittsam diarré i allmänhet.

Diarrésjukdomar är globalt, framför allt hos barn, ett av jordens största folkhälsoproblem. Den numera accepterade behandlingsprincipen är att ersätta vätske- och saltförlusterna genom *dryck* av vätskeersättningsmedel som innehåller salter och *socker*. Den nya upptäckten var att just sockertillsatsen möjliggjorde för tarmcellerna att aktivt kunna pumpa tillbaka vätska. Denna behandling är t.o.m. effektivare än

den tidigare enda tillgängliga, vätskeersättning genom dropp. Den globala betydelsen ligger givetvis i enkelheten.

Utöver vätskeersättning ges också antibiotika som avkortar sjukdomsförloppet något dygn. Mortaliteten som vid obehandlad symptomgivande sjukdom ligger över 50 %, är vid korrekt behandling mindre än 1 %.

Diagnos

Klinisk misstanke verifieras med bakteriologisk odling.

Förekomst

Om prognosen vid kolerasjukdom har förbättrats så har bakterien i modern tid, jämfört med pesten, varit desto mer framgångsrik beträffande utbredningen.

Sydasien med Gangesbäckenet har historiskt varit smitthärden för kolera i sin klassiska form. Med bl.a. pilgrimsresor, sjöfart etc. har sjukdomen därifrån gjort framstötar emot Europa, även Sverige vilket 1800-talets kolerakyrkogårdar påminner om.

Nytt är att alltsedan 1961 har kolera etablerat sig fast i andra världsdelar, Afrika och Latinamerika, i form av varianten El Tor. Från Sverige rapporteras under den senaste 10-årsperioden 5 st. ströfall.

Spridning

Människan är reservoar och smittspridningen är faeco-oral, påfallande ofta som vattenburen smitta, t.ex. från förorenade brunnar. I Nord- och Sydamerika förekommer smittspridning via råa skaldjur. Kontaktsmitta kan förekomma, men risken torde vara lägre än för shigellos.

Kontroll

Det tidigare använda helcellsvaccinet som gavs i injektionsform hade dålig skyddseffekt trots att det var obligatoriskt vid resor mellan tropiska länder. Genom framför allt svenska forskningsinsatser har man nu tagit fram ett levande försvagat vaccin som delvis är direkt riktat mot själva koleratoxinet och ges som dryck.

Koleratoxinet är kemiskt och immunologiskt nära släkt med det s.k. LT-toxinet hos ETEC: toxinbildande E. colibakterier vilka är den van-

ligaste orsaken till banal turistdiarré. Härigenom öppnar sig möjligheten att genom koleravaccinering också minska risken att insjukna i turistdiarré.

Övrig kontroll innebär smittspårning och isolering av smittade patienter samt sanitära åtgärder, vatten- och livsmedelshygien.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1). Den är en s.k. Karantänssjukdom.

Legionellos

Smittämne

Legionella pneumophila. En bakterie som normalt förekommer i jord och vatten. Namnet legionärsjuka kommer av att det första kända större utbrottet drabbade kongressdeltagare inom den s.k. American Legion, Philadelphia, USA.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på 2–10 dygn insjuknar man i influensaliknande allmänsymtom i regel följt av torrhosta som tecken på uppseglande lunginflammation. Samtidig diarré är vanlig. Äldre män samt patienter med generellt nedsatt immunförsvar är mer utsatta. Lunginflammationen kan vara svår och långdragen, inte sällan krävande respiratorvård. Sjukdomen behandlas med antibiotika, dock ej vanligt penicillin.

I USA där infektionen först uppmärksammades anges sjukhusmortalitet på upp till 39 %. Svenska siffror torde ligga avsevärt lägre men är beroende på grundsjukdomen.

Diagnos

Bakteriologisk/serologisk. I intensivvårdssammanhang sker detta ofta via s.k. bronkoskopi där man via instrument går ner i lungorna och tar prover. En urinanalys har sedermera utvecklats.

Förekomst

Global men smittämnet måste anrikas, se *spridning* nedan. I Sverige har sedan 1989 anmälts cirka 40–70 fall/årligen.

Spridning

Legionellabakterien som således är en jord/vattenbakterie anrikas i klimatanläggningar och tappvarmvatten som håller för låg temperatur. En vanlig orsak till det senare är felbyggda rörsystem där vattnet kan bli stående längre perioder och kylas ner under kritiska 50–55°. Bakterierna kan därefter spridas i en vattenaerosol via duschar eller klimatanläggningar.

Ett aktuellt exempel från 1997 är spridning av legionärsjuka på Akademiska sjukhuset i Uppsala som just berodde på felbyggda rörsystem. Spridning på sjukhus underlättas givetvis av en ansamling av mottagare med nedsatt immunförsvar. Legionärsjuka förekommer således i Sverige dels som inhemsk smitta men också som importsjukdom hos hemvändande utlandsresenärer.

Person–till–person-smitta är ej säkerställd.

Kontroll

Vaccin finns ej. Kontroll riktas därför mot tillsyn av rörsystem och klimatanläggningar. Genom övervakning och anmälning kan infektionshärdar avslöjas, även vid importerade fall.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Listerios

Smittämne

Listeria monocytogenes. En grampositiv stavbakterie.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden antas i genomsnitt vara 3 veckor. Listerios är en febersjukdom som främst drabbar immunsvaga individer däribland *gravida* kvinnor. Hos den gravida kvinnan kan sjukdomen gå som en ganska okaraktäristisk och mild febersjukdom trots att hon har en bakterie cirkulerande i blodet. Därigenom kan fostret smittas och resultera i missfall, dödfött barn eller smitta i nyföddhetsperioden. Vid smitta i nyföddhetsperioden är sjukdomsbilden svår i form av sepsis eller hjärnhinneinflammation och prognosen för det nyfödda barnet mycket dålig.

Efter nyföddhetsperioden går sjukdomen antingen såsom allmän blodförgiftning (sepsis) eller hjärnhinneinflammation. Med korrekt antibiotikabehandling är prognosen i denna situation betydligt bättre.

Diagnos

Bakteriologisk odling från blod, ryggmärgsvätska, moderkaka etc.

Förekomst

Enligt den kliniska smittskyddsrapporten förekommer i genomsnitt 31 fall årligen i Sverige (13–60) enligt laboratorierapporten 40 (28–60).

Spridning

Listeria är en jord/vattenbakterie med utbredd förekomst i djurriket, dvs. en zoonos. Smittvägen till människa är fortfarande ofullständigt känd men de viktigaste infektionerna sker sannolikt via livsmedel. Man har kunnat knyta listeria till dessertostar gjorda på opastöriserad mjölk och i vacuumförpackad lax. Bortsett från mor–barn-smitta torde person–till–person-smitta ej förekomma.

Kontroll

Livsmedelshygienisk. Se *distributionsledet*, *Epidemisk diarré* och *Matförgiftning*. Observans är viktig vid oklar feber hos gravida kvinnor då tidig antibiotikabehandling kan rädda barnet. Vaccin saknas.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Malaria

Smittämne

Malariaparasiten (plasmodium). En protozoo, urdjur, av fyra olika arter: vivax, falciparum, ovale och malariae.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden är vanligen 1–2 veckor men kan förlängas framför allt genom intag av profylax med otillräcklig effekt. Under inkubationstiden når så småningom parasiten röda blodkroppar. När dessa sprängs sönder uppträder symtomen i form av frossa och feber, ibland symtom även från andra organ framför allt magtarmkanalen. Febern är till en början oregelbunden för att så småningom uppträda cykliskt varannan dag (vivax, ovale och ibland falciparum) eller var tredje dag (malariae).

Elakartad form med komplikationer gäller i första hand falciparumformen. Exempel på sådana är infektion av centrala nervsystemet (cerebral malaria) eller massivt sönderfall av röda blodkroppar följt av njursvikt och eventuellt allmän organsvikt. Samtliga dessa former kan leda till döden. Vid kronisk malaria ses mjälteförstoring och ibland uttalad blodbrist.

Individens *immunitetsläge* har stor betydelse. Invånare i eller från endemiska områden har åtminstone partiell immunitet mot sjukdomen och drabbas mer sällan av elakartad form, motsatsen gäller *resenärer* från icke endemiska områden som helt saknar specifik immunitet. Särskilt allvarligt är det om immunförsvaret är nedsatt såsom t.ex. vid *graviditet* eller avsaknad av mjälte.

Behandling sker med specialpreparat t.ex. klorokin som tidigare var det mest använda och välfungerande preparatet. Klorokinresistens, ofta även i kombination med resistens mot andra preparat, har i hög grad komplicerat såväl behandling som profylax: vilket beskrivs i avsnittet *Multiresistens*.

Vivax och ovale har också en cykel utanför de röda blodkropparna som kräver specialpreparat (primakin) för att undvika sena återfall. Resistens har börjat dyka upp även mot detta medel.

Diagnos

Mikroskopisk undersökning av blodutstryk är grundläggande och ger en artdiagnos. Serologi används i vissa situationer och molekylärbio-logisk teknik är under utveckling.

Förekomst

Falciparumformen är bunden till tropikerna, vanligast i Afrika men även övriga tropikerna. *Klorokinresistent* falciparum malaria uppträdde först i Sydostasien och Östafrika men ökar alltmer globalt. Ovale-infektionen och malariae är ganska ovanliga med fläckvis utbredning i

tropikerna. Vivax är kosmopolitisk och fanns t.ex. inhemsk i Sverige så sent som 1933. 1875–1908 registrerades över 60 000 fall av vivax malaria i Sverige.

Globalt är malarian i ökning till följd av havererade kontrollprogram med bl.a. resistens mot insekticider. Denna ökning kan få genomslag även i Sverige i form av importsmitta, framför allt vid ökat resande. Under den senaste 10-årsperioden har antalet anmälda fall legat mellan 100 och 200 årligen. 1996 drabbades 111 svenskar och 78 individer av utländsk härkomst. Drygt hälften av malariafallen var falciparum malaria.

Spridning

Människan är reservoar. Anophelesmyggan, som biter från och med skymningen, är vektor. Malarian är i Sverige således numera en importsjukdom. En speciell form av import är s.k. flygplatsmalaria som förekommer på några håll i Europa där moskiter liftat med flygplan och bitit inhemsk befolkning. Malaria förekommer också sällsynt som blodsmitta på sjukhus.

Kontroll

Insektsbekämpning är ett ekologiskt problem som i tropikerna drabbats av bakslag. Den traditionella reseprofylaxen har varit läkemedel framför allt klorokin. Detta vapen börjar nu glida oss ur händerna till följd av ökande resistens och annan kemoprofylax är inte heller problemfri. Till följd av detta har *profylax mot myggbett* blivit allt viktigare och man har bl.a. lanserat speciella myggnät impregnerade med insektsmedel.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Meningokocksjukdom

Smittämne

Neisseria meningitidis är en s.k. gramnegativ diplokok där serotyperna A, B och C är viktigast.

Sjukdomsbeskrivning

Sjukdomen kallades tidigare epidemisk hjärnhinneinflammation. Efter en inkubationsperiod på en till några dagar utvecklas ofta inom loppet av bara några timmar en svår sjukdomsbild med feber, huvudvärk, kräkningar och allmänpåverkan, eventuellt sänkt medvetande. Hudblödningar, till att börja med diskreta punktförmiga, är karaktäristiskt. Beroende på patientens reaktion kan sjukdomen antingen utveckla sig till en klassisk hjärnhinneinflammation med nackstelhet och medvetandepåverkan eller till en allmän blodförgiftning (sepsis) där blodkoagulationsrubbnings och chock följt av allmän organsvikt dominerar.

Barn och ungdomar är mest utsatta även om infektionen förekommer i alla åldrar. Behandling måste sättas in urakut på sjukhus, förstahandsbehandlingen är penicillin. Vid tidigt insatt behandling är prognosen trots allt ganska god för *meningit* där flertalet patienter räddas till livet och bestående men från centrala nervsystemet i form av t.ex. dövhet eller kramper är ganska ovanliga. Obehandlad meningit leder i regel till döden och försenad diagnos är därför mycket farlig.

Om patienten däremot insjuknar i sepsis utan meningitsymtom är prognosen trots modern intensivvård mycket allvarlig med en mortalitet runt 50 %. Denna sjukdomsvariant hör till de mest skrämmande infektionssjukdomarna i dagens Sverige när unga tidigare friska människor trots intensiv behandling kan avlida inom ett dygn efter insjuknandet.

Diagnos

På grund av sjukdomens snabba förlopp måste diagnosen vara klinisk om patienten skall räddas till livet. Även allmänheten måste ha kännedom om innebörden av hög feber förenat med hudblödningar. Bakteriologisk odling bekräftar diagnosen.

Förekomst

Ett känt högendemiskt område är det s.k. meningitbältet söder om Sahara. Förekomsten är i övrigt global. I Sverige rapporteras cirka 100 fall av meningokocksjukdom årligen. Numera ser man i regel smärre anhopningar av fall eller ströfall. I Sverige motsvaras incidensen av meningokocksjukdom av ett *bärarskap* på knappt 10 %. Man anser att dessa bärare inte riskerar sjukdom. Under epidemitider stiger bärarfrekvensen upp till 50 % av t.ex. en drabbad militärförläggning.

Spridning

Människan är reservoar. Förutsättning för epidemisk spridning har varit framför allt militärförläggningar där unga män i mottaglig ålder från olika delar av samhället tvingas leva tätt ihop. Smittsamheten är måttlig, man räknar med sekundärfall endast hos individer som lever "under samma tak".

Kontroll

Ett vaccin finns mot serotyp A och C. Det är emellertid av mindre värde då den dominerande serotypen idag är B och vidare att barn under 2 års ålder inte kan svara på C-komponenten i vaccinet. Allmän vaccinering kommer därför inte att bli aktuell.

På grund av sjukdomens i huvudsak endemiska och nyckfulla utträdande måste en skärpt observans hos sjukvårdspersonal och allmänhet vara grundläggande för att rädda liv. Sjukdomsfall skall in för tidig behandling och nära kontakter, i praktiken familjemedlemmar, få förebyggande behandling med antibiotika (för närvarande ciprofloxacin) i engångsdos.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Mjältbrand

Smittämne

Antraxbacillen, *Bacillus anthracis*. Bakterien är sporbildare och kan i den formen överleva decennier i jord. I rapporten *översyn av epizooti-lagstiftningen* framhålls att utbrott i Sverige knutits till sporer från gamla epizootigravar.

Sjukdomsbeskrivning

Smitta via hud är vanligast och ger upphov till karaktäristiska bölder som obehandlade kan spridas vidare och ge allmän blodförgiftning och död. Smitta via luftvägar och tarm med åtföljande organsymtom förekommer också. Inkubationstiden anges till cirka 48 timmar i typiska fall. Behandling sker med antibiotika och prognosen är god vid tidigt insatt behandling.

Diagnos

Bakteriologisk med odling.

Förekomst och spridning

Reservoaren är djur, i första hand växtätare. Som framgår av ovan kan smittan överleva länge i jord. Mjältbrand är främst en yrkessjukdom hos personal som arbetar med ull och hudar, inte minst från getter.

Person-till-person-smitta är teoretiskt tänkbar.

Inga fall från Sverige är rapporterade den senaste 10-årsperioden.

Mjältbrand kan vara aktuell i bakteriologisk krigföring. I Sovjet, 1979 dog 66 individer genom luftburen smitta som misstänks vara orsakad från ett militärt forskningslaboratorium.

Kontroll

Veterinärmedicinsk kontroll och försvarsmedicinsk beredskap. Uppmärksamhet/information till riskpersonal enl. ovan. Spårning av smittkällor.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2).

Mässling (morbilli)**Smittämne**

Mässlingviruset tillhör gruppen paramyxovirus.

Sjukdomsbeskrivning

Vår tidigare vanligaste och mest smittsamma barnsjukdom. Efter en inkubationstid på 7–14 dagar insjuknar barnet i luftvägssymtom med besvärlig hosta och röda ögon. I detta stadium kan man se de mässlingtypiska kopliska fläckarna (av utseende saltkorn) på kindens insida. På femte dagen tillstöter mässlingutslaget.

Små, undernärda barn drabbas hårdast och i u-länderna är mässling den stora barnadödaren som ger en övergående utsläckning av immunförsvaret vilket kan bädda för diverse bakteriella komplikationer inklusive tuberkulos och dessutom utbrott av malaria. Även hos oss gav mässlingen bakteriella komplikationer i form av öroninfektion, bihåle-inflammation etc.

Allvarligare var en hjärninflammation (encephalit) hos 1/2 000. Denna läkte ut med några procents risk för bestående men i form av psykiska eller motoriska skador. En betydligt sällsyntare encephalit-komplikation kallad SSPE uppträdde efter flera år i en frekvens på 1 på 100 000 mässlingsfall. Den tillskrivs kvardröjande mässlingvirus och leder till döden.

Genomgången mässling leder till livslång immunitet.

Diagnos

Diagnosen ställs kliniskt men kan vid tveksamhet bekräftas med serologi.

Förekomst

Genom allmän vaccination är mässling på reträtt över hela världen. I Sverige insjuknar i huvudsak ovaccinerade individer. Mässling som är anmälningspliktig från 1996 rapporterades det året till 44 fall.

Spridning

Människan är reservoar. Mässling är kanske vår mest smittsamma infektionssjukdom över huvud taget och sprids genom luft och kontakt-smitta. Det innebär att mässling i första hand är en barnsjukdom och i ovaccinerade områden har över 90 % av befolkningen genomgått mässling vid 20 års ålder.

Kontroll

I Sverige ges allmän vaccinering mot mässling i kombination med röda hund och påssjuka vid 18 månaders ålder. Immuniteten är därefter god. Svenska utbrott har som nämnts i första hand drabbat ovaccinerade individer där, liksom beträffande polio, grupper som av ideologiska skäl vägrat vaccinering drabbats.

Hos en ovaccinerad individ som utsatts för smitta kan mässlings-sjukdom förhindras genom s.k. passiv immunisering vilket innebär tillförsel av gammaglobulin.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Nephropathia epidemica

Smittämne

Puumalavirus. Ett s.k. hantavirus som är släkt med andra gnagarburna s.k. haemorrhagiska febrar såsom koreansk haemorrhagisk feber.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på 1–8 veckor insjuknar patienten med feber och ryggsmärtor följt av tecken på njurskada i form av initialt minskade urinmängder samt utsöndring av äggvita i urinen. Under läkningsfasen ökar istället urinmängderna. Njurskadan kan ge blodtrycksstegring. Ingen specifik behandling finns och prognosen brukar vara god med tillfrisknande utan bestående men. Sällsynt förekommer svårare blödningsskomplikationer.

Diagnos

Serologisk.

Förekomst

Huvudsakligen i norra Sverige. Se karta.

Spridning

Reservoaren är gnagare framför allt skogssorkar. Smittvägen anses vara inhalation av torkad urin från gnagare t.ex. vid hantering av hö etc. Förekomsten av nephropathia epidemica är starkt knuten till gnagarnas cykliska uppträdande med toppar mellan 3 och 4 år.

Person-till-person-smitta förekommer ej.

Kontroll

Som framhålls i avsnittet Strikta zoonoser är kontroll avhängig av ekologiska faktorer. Speciellt vaccin finns ej.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Ornithos (papegojsjuka)

Smittämne

Chlamydia psittaci. En bakterie som endast förekommer inuti världens celler.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden anges till 1–4 veckor. Symtomen är influensaliknande, ofta med kraftig huvudvärk och ibland omtöckning som tecken på påverkan av centrala nervsystemet. Detta följs av torrhosta som tecken på lunginflammation med ett segdraget förlopp. Komplikationer förekommer i form av hjärninflammation (encephalit) och hjärtinflammation (myocardit). Prognosen är trots detta ganska god med en mortalitet på ett fåtal procent. Behandling sker med antibiotika, ej penicillinpreparat.

Diagnos

Serologi är viktigast varvid diagnosen fås i efterhand.

Förekomst

Hos tam- och viltfåglar världen över. Papegojsjuka är således en zoonos. I Sverige rapporteras cirka ett 50-tal humana fall årligen. Framför allt tidigare har dock serologiska korsreaktioner lett till en överdiagnostik då många fall i själva verket har varit andra klamydiainfektioner som ej har haft att göra med fågelsjuka.

Spridning

Från fågelreservoaren sker sporadiska utbrott till människa medan person-till-person-spridning sannolikt ej förekommer.

Kontroll

Vaccin saknas. Kontroll riktas mot reservoaren, framför allt importerade burfåglar.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Paratyfoid**Smittämne**

Salmonella paratyphii som finns i undergrupperna A, B och C.

Sjukdomsbeskrivning

Paratyfoid intar en mellanställning mellan tyfoidfeber och övriga salmonellosor och kan därför gå antingen som en sepsis (allmän blodförgiftning) eller en diarrésjukdom respektive blandbild. Se därför motsvarande avsnitt.

Diagnos

Som vid tyfoidfeber: Bakteriologisk odling från blod och avföring.

Förekomst

Huvudsakligen importsmitta. Cirka 30–40 fall rapporteras årligen.

Spridning

Livsmedelsburen smitta. Smittsamheten är därmed lägre än för typhoid.

Kontroll

Livsmedelshygienisk kontroll och spårning av smittbärare som beskrivs i avsnittet *Epidemisk diarré* och *Matförgiftning*. Effektivt vaccin saknas.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2).

Penicillinresistenta pneumokocker, infektion och bärarskap**Smittämne**

Pneumokocker (*Streptococcus pneumoniae*) med nedsatt känslighet för penicillin och ofta andra antibiotika.

Sjukdomsbeskrivning

Pneumokocken upptäcktes redan av bakteriologins fader, Robert Koch, som orsak till lunginflammation (pneumoni). Obehandlad pneumokockpneumoni har fortfarande hög dödlighet även hos yngre tidigare friska. Därtill kommer att pneumoni är en dominerande dödsorsak hos äldre, framför allt under influensaepidemier. Särskilt känsliga för pneumokockinfektioner är bl.a. alkoholister och patienter som saknar mjälte. De är särskilt utsatta för de allvarligaste pneumokockinfektionerna i form av allmän blodförgiftning (sepsis) eller hjärnhinneinflammation (meningit). Sådana invasiva infektioner kan dock ibland lyckfullt även drabba yngre, tidigare friska individer.

Utöver allvarliga infektioner svarar också pneumokocker för de vanligaste bakteriella komplikationerna till triviala förkylningar. Hos vuxna yttrar sig dessa i form av bihåleinflammation eller luftrörskatarr, hos barn öroninflammation.

Behandling

Trots sin vanlighet och ofta farlighet betraktades pneumokocken till helt nyligen som ett problem under kontroll eftersom bakterierna alltid var känsliga för vanligt penicillin. Penicillinnedsatta pneumokocker visade sig först i två olika områden med svåra socioekonomiska förhållanden: Sydafrikas gruvor och Nya Guinea. De förutsättningar som beskrivs i avsnittet *multiresistenta bakterier* uppfylldes i dessa områden och därefter har penicillinresistenta pneumokocker spridit sig över världen. Antibiotika får ges efter resistensprövning från fall till fall. Det hittills säkraste preparatet har varit vancomycin som endast kan ges på sjukhus i injektionsform.

Immunitet efter genomgången pneumokockinfektion kan ej påräknas, bl.a. på grund av att bakterien föreligger i ett stort antal olika serotyper.

Diagnos

Bakteriologisk odling och resistensbestämning.

Förekomst

Penicillinnedsatta pneumokocker har nu fått en global spridning. Särskilt höga andelar hittar man i Sydeuropa, framför allt Spanien och i Ungern där drygt en tredjedel av stammarna kan vara penicillinnedsatta. Från Sverige anmäldes 1996 362 fall. Även hos oss ser man en korrelation till antibiotikaförskrivningen, högst andel har Skåne haft.

Spridning

Pneumokocker i allmänhet sprids i hela samhället men vanligast hos förskolebarn där också de penicillinnedsatta pneumokockerna i första hand fått fäste. Jämför avsnittet *Smitta på barndaghem*.

Kontroll

Vaccin finns vars effektivitet diskuteras. Det finns anvisningar från Socialstyrelsen om vissa målgrupper för vaccinet inklusive äldre människor. Primärprevention i form av ökad restriktivitet med antibiotika-

behandling samt sekundärprevention med spårning som beskrivs i *Smitta på barndaghem* där det också framgår att vaccinet har ännu mer begränsat värde i den mest angelägna gruppen, små barn.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Pest

Smittämne

Pestbacillen (*Yersinia pestis*).

Sjukdomsbeskrivning

Pest står som själva symbolen för allmänfarlig smittsam sjukdom. Pesten har direkt påverkat världshistorien, man beräknar att en femtedel av Europas befolkning föll offer för digerdöden på 1300-talet med djupgående sociala och ekonomiskt-historiska konsekvenser. Det är därför inte konstigt att fruktan för pest lever kvar i det allmänna medvetandet vilket senast manifesterade sig i de panikreaktioner som rykten om pestutbrott i Indien medförde 1996.

Pest förekommer i två kliniska uttrycksformer. Den vanligaste har varit böldpest. Efter en inkubationstid på 1–7 dagar insjuknar man i influensaliknande symtom följt av svullna lymfkörtlar som senare smälter till varbölder, därav namnet. Allmän blodförgiftning leder till döden. Den totala mortaliteten vid obehandlad böldpest är 50–60 %.

Den andra kliniska huvudformen, lungpest, sprids som droppsmitta och ger en hastigt förlöpande lunginflammation som obehandlad har en mortalitet på närmare 100 %.

Sjukdomen behandlas med antibiotika. Vid tidig behandling är prognosen god.

Diagnos

Klinisk i epidemiska sammanhang. I övrigt bakteriologisk odling.

Förekomst

Pesten är idag en endemisk zoonos bunden till vissa lokala gnagarstammar bl.a. i västra USA (jordekorrar), samt Sydamerika, Afrika och Asien. Inga fall har rapporterats i Sverige den senaste 10-årsperioden.

Spridning

Böldpest via gnagare med eller utan hjälp av loppor. Reservoiren är gnagare. Lungpest sprids luftburet vid direktkontakt mellan människor.

Kontroll

Vaccin finns. Övrig kontroll ekologisk inkluderande vid behov bekämpning av loppor och råttor (I nämnd ordning!).

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2). Pest är en s.k. Karantänssjukdom.

Polio

Smittämne

Polioviruset. Ett s.k. enterovirus med undergrupperna 1, 2 och 3.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på några dagar uppträder eventuellt helt okarakteristiska primärsymtom med feber och illabefinnande. I över 90 % av fallen läker sjukdomen ut efter detta stadium som således i praktiken går spårlost förbi. Hos någon procent av individerna utvecklas dock efter några dagar asymmetriska slappa förlamningar, vanligast i nedre extremiteterna. Mer uttalade förlamningar blir i regel bestående. Om andningsmuskulaturen drabbas leder polio till döden såvida inte respiratorvård sätts in.

Någon specifik behandling finns ej. Förlamningar är vanligare när man insjuknar i vuxen ålder.

Sjukdomens betydelse ligger således i bestående motoriska handikapp. Man har därtill observerat en tendens till återfall i motorisk svaghet decennier efter insjuknandet, ett fenomen som benämns post-polio syndrom.

Diagnos

Smittämnet påvisas genom virusodling från framför allt avföring.

Förekomst

Polio, eller på svenska barnförlamning, har varit en välkänd sjukdom i hela världen fram till dess att allmän vaccinering fått genomslag. Kliniska sjukdomsfall har nu blivit sällsynta i utvecklade länder och WHO har satt upp polio på sitt utrotningsprogram. Bland annat genom import förekommer dock poliovirus även hos oss och kan ibland påvisas i avloppsvatten.

Klinisk polio i Sverige och andra industriländer förekommer numera nästan uteslutande bland grupper som vägrar vaccination av ideologiska skäl. Det senaste rapporterade fallet i Sverige var 1992.

Spridning

Människan är reservoar och spridningen är s.k. faeco–oral varvid viruset avsöndras via avföring. Kontakt- och livsmedelsburen smitta förekommer. Idag är spridning helt avhängig av *ovaccinerade individer*.

Kontroll

Fortsatt allmän vaccination är helt avgörande fram till dess sjukdomen möjligen och förhoppningsvis kan utrotas från jordens yta liksom tidigare smittkoppor.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Påssjuka (parotitis epidemica)

Smittämne

Påssjukeviruset.

Sjukdomsbeskrivning

Tidigare en av våra mest välkända barnsjukdomar vars namn kommer sig av svullna spottkörtlar där i första hand öronspottkörteln (parotis) brukar drabbas av svullnad. Inkubationstiden är 2–3 veckor.

Sjukdomen är mest känd för sina talrika men i regel ganska lindriga komplikationer. En lindrig retning på hjärnhinnan är mycket vanlig medan en mera allvarlig hjärninflammation (encephalit) uppträder i en frekvens på 1–2 per 10 000. En godartad retning på bukspottkörteln (pancreatit) förekommer. Mest uppmärksammas är *orkit* (testikelinflammation) som kan drabba 20–30 % av pojkar efter puberteten och i händelse av dubbelsidig infektion i oturliga fall kan leda till sterilitet.

Diagnos

Klinisk, kan bekräftas serologiskt.

Förekomst, spridning och kontroll

6 fall rapporterade i Sverige 1996. Påssjuka sprids vid person–till–person-kontakt men är betydligt mindre smittsam än mässling och den naturliga immuniteten efter genomgången infektion inte lika pålitlig.

Vaccin ges vid 18 månaders ålder i kombination med mässling och röda hund. Vaccin och ev. specifikt immunglobulin kan ges (tidigt) efter smitta för att förhindra sjukdom.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Rabies

Smittämne

Rabiesviruset.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid som vanligen ligger mellan 3 och 8 veckor under vilken infektionen sprider sig via nervvävnad insjuknar man med symtom från centrala nervsystemet, bl.a. förlamningar och kramptendens vid sväljning, därav namnet vattuskräck. Sjukdomens slutstadium är delirium och kramper följt av döden som är 100 %-ig vid symtomgivande rabies! Då viruset sprider sig via nervvävnad mot hjärnan har

ingångsporten betydelse för inkubationstiden och därmed de motåtgärder man kan vidtaga. Ansiktsskador är farligast då avståndet till hjärnan är kortast.

Specifik behandling mot symtomgivande rabies saknas men förebyggande behandling finns även vid infekterat bitt, se nedan.

Diagnos

Virologisk med bl.a. odling och mikroskopisk undersökning av hjärnvävnad. Man strävar efter att fånga in husdjur som bitit och observera i karantän under 10 dygn. Om djuret då fortfarande lever är det inte rabiessmittat.

Förekomst

Rabies är en zoonos med spridning över stora delar av världen, vissa länder är dock rabiesfria såsom Sverige. Rabies har 1997 rapporterats från *Danmark* hos fladdermöss.

Spridning

Reservoaren är framför allt hunddjur, räv och fladdermöss även om rabies kan förekomma hos andra såväl vilda som tama djur. Människan kan smittas genom bitt, möjligen slickning på skadad hud.

Spridning från människa till människa har endast påvisats vid (hornhinne) transplantation av smittad vävnad.

Kontroll

Vaccin finns tillgängligt för riskgrupper. Speciellt för rabies är att vaccin kan utnyttjas som s.k. post expositionsprofylax för att förhindra sjukdomsutbrott hos människa. Detta innebär att man vid befarad rabiessmitta kan genomföra en snabbvaccination som förhindrar sjukdomsutbrott.

Vaccinering kan också vid behov utföras på sällskapsdjur och t.o.m. delar av vildfaunan (räv) genom vaccinbetade åtlar (Används inte i Sverige).

Kontrollen är i övrigt beroende av ekologiska förhållande som påverkar sjukdomsreservoaren.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2).

Röda hund (rubella)

Smittämne

Rubellaviruset.

Sjukdomsbeskrivning

Tidigare en av våra klassiska och mest kända barnsjukdomar. Efter en inkubationstid på cirka 2–3 veckor uppträder eventuellt lindrig feber och allmänsymtom följt av ett utslag som kan ha mycket skiftande utseende. Utslaget kan också helt saknas varför sjukhistorien är betydligt mer osäker beträffande genomgången röda hund jämfört med t.ex. mässling.

Röda hund är i första hand av betydelse för den *fosterskadande* effekten på kvinnor som drabbas under tidig graviditet. Fostret smittas i över 90 % av fallen om modern insjuknar under graviditetens tre första månader. Frekvensen fosterskador är då också mycket hög vilket kan yttra sig bl.a. i form av hjärnskador och hjärtmissbildningar. Risken för fosterinfektion och skada avtar därefter successivt för att inte vara helt borta förrän 20:e graviditetsveckan.

Diagnos

Utöver klinisk misstanke är denna framför allt serologisk.

Förekomst och spridning

Röda hund sprids som en barnsjukdom och är mycket smittsam. Från 1983 ges allmän vaccinering mot sjukdomen vid 18 månaders ålder tillsammans med mässling och påssjuka. Endast 10 fall per år rapporterades enligt den virologiska laboratorierapporteringen sedan 1987.

Kontroll

Syftet med rubellakontrollen är i första hand att förebygga den fosterskadande effekten och serologi ingår i *mödravårdskontrollen*. Om en icke immun gravid kvinna utsätts för rubella tillämpas ett noggrant regelverk för att fastställa eventuell indikation för abort.

Effektiv kontroll är i övrigt helt beroende av ett fungerande vaccinationsprogram.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Salmonellos

Smittämne

Salmonellabakterier, gramnegativ stavbakterie. Finns i över 2 000 olika serotyper som bär olika namn, ofta geografiska namn efter första fyndorten.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden är vanligen 1–7 dagar. Patienten insjuknar i regel med feber åtföljt av diarré och buksmärtor. I det febrila skedet kan bakterien cirkulera i blod såsom vid tyfoidfeber men när det gäller vanliga salmonellosor har detta inte samma allvarliga innebörd för patienten. Generellt ger salmonella mer långvariga och intensiva symtom än andra magtarm-sjukdomar. Hos individer med vävnadstyp HLAB27 (upptäckt i spåren av organtransplantation) kan salmonella och även andra bakteriella tarmsmittor ge långvariga ledbesvär. Dödlighet respektive allvarliga komplikationer i övrigt är sällsynta hos immunfriska individer.

Symtomen åtföljs av ett *bärarskap* där man brukar ange att 90 % av patienterna blivit kvitt sina salmonellabakterier inom 6 veckor. Samma förhållande gäller för övrigt andra bakteriella tarmsjukdomar i Sverige. En del salmonellabärare blir kroniska vilket innebär att de bär bakterierna i månader till år. Detta är ett psykosocialt handikapp.

Behandling är i första hand symptomatisk. Antibiotikabehandling riskerar att förlänga bärarskapet vid okritisk användning.

Diagnos

Odling från avföring.

Förekomst och spridning

Salmonellosor har stor spridning i djurvärlden och är således en zoonos, människan kan emellertid också vara bärare. De viktiga spridningsmekanismerna sammanfattas i avsnittet *Epidemisk diarré* och

Matförgifning. Genom sin förmåga att tillväxa i livsmedel är salmonella den bakterie som har störst kapacitet att ge livsmedelsburna utbrott. Ett exempel är den i Sverige hittills största epidemin, 1953, med över 8 000 anmälda fall, se stapeldiagram.

Smittan utgick från ett slakteri och exemplet illustrerar att epidemisk spridning av salmonella kräver en existerande infrastruktur med bl.a. livsmedelsindustrier, storkök etc. Det innebär att salmonellainfektioner är mindre betydande i de fattigaste länderna där istället shigellos är viktigare. Klassiska födoämnessmittor har varit mjölkprodukter, äggpulver och kokt skinka. Mer udda smittkällor som rapporterats på senare år har bl.a. innefattat böngroddar och svartpeppar.

Utöver livsmedelssmitta förekommer också spridning från sällskapsdjur, framför allt reptiler som ofta är salmonellabärare. Det är ett ökande problem, som f.n. svarar för 13 % av inhemsk salmonellos.

Kontaktsmitta mellan människor anses ovanlig.

Varianten *Salmonella enteritidis* (fagtyp 4) har varit på stark tillväxt i Europa under senare år. Man har kunnat konstatera att denna variant infekterat ägg via hönans äggstockar i sin tur via kontaminerat foder. Innebörden av detta är att äggburen salmonellasmitta kan förekomma även vid korrekt hygienisk hantering.

Flertalet svenska fall är importfall, cirka 15 % orsakas av inhemsk spridning. Under den senaste 10-årsperioden uppträdde en topp i kliniska anmälningar 1990 med 5 700 fall. Antalet smittade fall beror bl.a. på resestatistiken då flertalet fall importeras av resenärer. En minskning har skett från 1995 då antalet anmälda fall understiger 4 000. Bättre kontroll av äggburen salmonella i Europa har haft betydelse.

Något statistiskt belägg för ökning av salmonellainfektioner efter EU-inträdet föreligger inte, trots den uppmärksammade importen av smittat kött. Se diagram, sid 275.

Kontroll

Primär- och sekundärprevention som beskrivs i avsnitt *Epidemisk diarré* och *Matförgiftning*. Det innefattar livsmedelshygienisk kontroll, smittspårning och restriktioner avseende smittbärare som arbetar inom vård och livsmedelsyrken.

Vaccin finns ej. Antibiotikabehandling används ibland vid långvarigt bärarskap.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2).

Shigellos (dysenteri)

Smittämne

Dysenteribacillen, shigella, som finns av fyra serotyper: dysenteriae (sällsynt men mest elakartad), boydei, flexneri och sonnei (vanligast och mest godartad).

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden är vanligen 1–3 dygn. Därefter följer feber, buksmärter och diarréer som utvecklas till blodiga varav namnet dysenteri eller på svenska rödsot. Shigella hör till de mer ilskna diarrésjukdomarna och kan vara farlig för barn och äldre. Värst är formen Shigella dysenteriae (Shigas bacill) som via toxin kan ge upphov till s.k. haemolytiskt uremiskt syndrom (HUS). HUS innebär blodkroppssönderfall och njurskada. Samma mekanism opererar för den anmälningspliktiga sjukdomen EHEC O157. Mortalitet på upp till 20 % har rapporterats vid utbrott av Shigas bacill.

Behandling

Är symtomatisk. Sjukdomen svarar bättre på antibiotikabehandling än t.ex. salmonella och antibiotika används i Sverige också för att begränsa spridning.

Diagnos

Odling från avföring.

Förekomst

Global. Sjukdomen är associerad till dåliga hygieniska förhållanden, krig och katastrofer varför den spelar en viktig roll i fattiga u-länder. I Sverige nåddes toppar under depressionsåren på 30-talet och under andra världskriget. Under den senaste 10-årsperioden har mellan 500 och 1 000 fall rapporterats årligen, lägst 1995 och 1996 med drygt 560 fall varav cirka 20 % är inhemska.

Spridning

Människan är enda reservoar. *Smitt dosen* är extremt låg för shigella vilket innebär att ner till 10 bakterier kan orsaka smitta. Det gör sjukdomen extremt smittsam vilket innebär att den kan överföras genom *kontakt*, t.ex på barndaghem som sekundärfall. Detta är bakgrunden till den epidemiologiska skillnaden gentemot salmonella som i regel kräver tillväxt i livsmedel för att överföras och därmed är bunden till hygieniska brister inom storkök och industrier.

Venerisk smittspridning förekommer mellan homosexuella män.

Kontroll

Vaccin saknas. Smittspårning och isolering, eventuellt antibiotikabehandling av smittbärare. Livsmedelshygien.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2).

Syfilis

Smittämne

Treponema pallidum. En spiroket (spiralformad bakterie).

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på vanligen 2–3 veckor uppträder vid ingångsporten ett fast, vätskande och oömt sår, s.k. hård schanker. Såret kan vara dolt i t.ex. ändtarmen hos homosexuella män eller livmoderhalsen hos kvinnor. Obehandlad sjukdom läker efter 6–8 veckor varefter 1/3-del av fallen går vidare till ett *sekundärstadium* med allmänsymtom och utslag. Även detta läker i obehandlade fall så småningom men i 1/3-del av sekundärstadiiefallen går syfilisinfektionen vidare till sin

tredje fas som betecknas som *sen syfilis* (fr.o.m. 2 år efter smittotillfället). Sen syfilis kan drabba samtliga inre organ i kroppen inkl. centrala nervsystemet med förlamningar och demens, hjärta, blodkärl osv. Dessa former kan vara svåra att upptäcka och kan leda till en för tidig död.

I samband med infektion hos gravid kvinna kan barnet drabbas av *medfödd* syfilis. Smittan kan överföras såväl under graviditeten som i samband med förlossningen med olika svårighetsgrad som följd.

Behandling med penicillin under 2–3 veckor är effektiv. Prognosen är helt avhängig av när infektionen upptäcks.

Diagnos

Utöver klinisk diagnostik är framför allt serologisk diagnostik viktig och massundersökningar med s.k. screeningtester t.ex. på mödravårdscentraler är och har varit vanliga. Positiva utslag i screeningtester måste dock alltid bekräftas med mer sofistikerad teknik.

Förekomst

Människan är reservoar. Sjukdomen är bunden till fattiga socioekonomiska förhållanden globalt. I Sverige förekom 6 000 fall årligen under första världskriget. På 70-talet förekom en epidemi hos homosexuella män med cirka 400 fall/år. Idag är syfilis en importsjukdom. Under den senaste 10-årsperioden anmäldes 11 fall av medfödd syfilis och mellan 50 och 120 fall årligen av förvärvad syfilis.

Spridning

I första hand venerisk. Smittriskan är påtaglig vid förekomst av syfilitiska sår och oskyddade samlag. Mor–barn-smitta förekommer således.

Kontroll

Vaccin finns ej. Serologisk övervakning av riskgrupper. Information om säker sex. Spårning och behandling av smittbärare.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.3).

Tetanus (stelkramp)

Smittämne

Clostridium tetani. En anaerob (kräver syrefri miljö) sporbildande grampositiv stavbakterie. Verkar via sitt gift, stelkrampstoxinet.

Sjukdomsbeskrivning

Sjukdomen finns i två former, stelkramp i nyföddhetsperioden (neonatal) och vanlig stelkramp. Sjukdomen utvecklas endast hos ovaccinerade individer.

Den vanliga stelkrampsinfektionen har en inkubationstid på 3–21 dagar. I typiska fall har infektionen introducerats genom en stickskada med liten ingångsport som ger den syrefria miljö som krävs. Patienten insjuknar i kramper som i tur och ordning drabbar framför allt ansikte, hals och senare bålmuskulatur. Kramperna är smärtsamma och utlöses gärna vid ljud- och ljusstimulering. Det leder till svårighet att äta, dricka och i värsta fall utslagning av andningsfunktionen. Mortaliteten i USA anges till 20–50 %, den högre siffran hos äldre.

Behandling består i sårrengöring, penicillin, specifikt immunglobulin mot stelkramp och intensivvård med beredskap till respiratorvård.

Den *neonatala* formen drabbar således nyfödda vars mödrar saknar immunitet och där navelsträngen delas under osterila betingelser eller t.o.m. av sedvana behandlas med dyng-omslag.

Efter en inkubationstid på 3–28 dagar tillstötter andningssvårigheter. En massiv infektion ger en inkubationstid på under 7 dagar och där är dödligheten närmast 100 %-ig.

Diagnos

Klinisk.

Förekomst och spridning

Den naturliga reservoaren är tarminnehåll hos bl.a. husdjur och människan. Därifrån kan jord förorenas och introduceras enligt ovan. Sprids således ej mellan människor.

Då sjukdomen endast drabbar ovaccinerade individer är den sällsynt i Sverige med cirka 1 fall per år. Ofta drabbas äldre kvinnor (som ej blivit vaccinerade i militärtjänst).

Kontroll

Allmän vaccinering. Vaccinet är riktat mot bakterietoxinet och brukar kombineras med difteri- och eventuellt kikhostevaccin.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.1).

Toxoplasmos

Smittämne

Toxoplasma gondii, en protozoo (urdjur).

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden anges till vanligen 1–3 veckor. Flertalet infektioner förlöper *utan symtom*. Vid symtomgivande infektion hos immunfriska vuxna uppträder långvarig feber och lymfkörtelförstoring men bilden är alltid godartad. Efter genomgången primärinfektion kvarstannar organismen i kroppen och kan bryta ut vid nedsatt immunförsvar. Det vanligaste exemplet på detta är toxoplasmos hos AIDS-patienter som vanligen ger symtom från centrala nervsystemet med en klinisk bild som liknar hjärntumör. Sådan cerebral toxoplasmos kan kräva ständig antibiotikabehandling.

Den andra allvarliga sjukdomsmanifestationen drabbar foster vid primärinfektion hos den gravida kvinnan. Som alltid vid fosterinfektioner är skadorna mer uttalade ju tidigare i graviditeten som infektionen uppträder. Exempel på fosterskador är hjärnskador och ögonskador som kan ge blindhet. Primärinfektion av toxoplasmos under tidig graviditet är därför anledning till abort.

Toxoplasmos kan behandlas med kombination av bredspektrumantibiotika vilket framför allt är aktuellt hos AIDS-patienter. Försök med behandling av gravida kvinnor som inte vill genomgå abort förekommer ibland men resultatet av en sådan behandling kan aldrig garanteras.

Diagnos

Framför allt serologisk.

Förekomst

Cirka 1/3-del av den vuxna befolkningen i västvärlden har serologiska tecken på genomgången infektion. Infektionen förekommer i hela världen.

I Sverige anmäldes mellan 6 och 27 fall/år de senaste 10 åren enligt den kliniska rapporteringen. Såväl den kliniska som den parasitologiska rapporteringen är otillförlitlig då fr.o.m. 1991 endast fall av medfödd toxoplasmos skall rapporteras men andra fall också har kommit med.

Spridning

Organismen har olika utvecklingsstadier varvid infektion hos *kattsläktet* är central. Katter infekteras av inaktiva cystformade toxoplasmaorganismer i sina bytesdjur och utsöndrar därefter via avföringen cystor som kläcks i fuktig jord. Därifrån kan t.ex. barn smittas i sandlådor. För vuxna är förtäring av ofullständigt upphettat kött sannolikt den viktigaste smittvägen.

Person-till-person-smitta förekommer ej.

Kontroll

Man kan inte statistiskt belägga ökad risk för toxoplasmos hos kattägare. Sannolikt beror det på att de viktigaste smittvägarna går via jord (t.ex. dåligt sköljda grönsaker) och dåligt upphettat kött vilket tillsammans innebär att toxoplasmos är en livsmedelssmitta. Från denna utgångspunkt kan man rekommendera gravida kvinnor att iakttaga försiktighet med sådana livsmedel. Rekommendationen gäller inte kvinnor där man via serologisk test har påvisat genomgången toxoplasmainfektion.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Trichinos

Smittämne

Trichinella spiralis. En rundmask.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden anges vanligen till 8–15 dagar efter förtäring av smittat kött. Larver vandrar ut i muskulaturen vilket ger symtom i form av feberreaktioner, muskelömheter och svullnad speciellt svullnad runt ögonen. Varierande grad av allmänsymtom beroende på graden av infektion och den allergiska reaktion som maskarna ger upphov till. Komplikationer kan uppträda från ögon, hjärna och hjärta, det senare leder till döden (jämför Andréexpeditionen!).

Behandling sker med maskmedel (mebendazol) och ofta i kombination med cortison för att dämpa den allergiska reaktionen.

Diagnos

Klinisk och serologisk. Ökning av s.k. eosinofila blodkroppar.

Förekomst

Numera sällsynt i Sverige med ett fall den senaste 10-årsperioden. 1961 orsakades ett epidemiskt utbrott av korv i Blekinge med 84 fall.

Spridning

Den klassiska smittkällan har varit svinkött. I Sverige är denna nu ovanlig till följd av väl fungerande livsmedelskontroll. Av aktuellt intresse kan vara kött från vildsvin och björn.

Kontroll

Livsmedelshygienisk. Specifikt för trichinos är att en månads djupfrysning med högst 15 minusgrader dödar trichinos liksom genomstekning/kokning.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Tuberkulos (Tbc)

Smittämne

Tuberkulosbacillen, *Mycobacterium tuberculosis*. En s.k. syrafast stavbakterie. Tbc hos människa kan också orsakas av *Mycobacterium bovis*, nötkreaturens tuberkulos.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på 4–12 veckor drabbas individen av en vanligen symtomfri *primärinfektion* som i regel läker ut och eventuellt lämnar en diskret förändring på lungröntgen t.ex. i form av en förkalkad körtel. I 5 % av fallen kan tuberkulosen dock utvecklas till symptomgivande sjukdom. För övriga räknar man med ett livslångt bärraskap där symptomgivande sjukdom kan bryta ut senare i livet, framför allt vid försämring av immunitetsläget.

Genomgången primärinfektion ger omslag i den s.k. *tuberkulinreaktionen*. Denna ingår av tradition i hälsokontrollundersökningar under namnet Mantoux, PPD etc. Tuberkulinreaktionen slår också om efter vaccinering mot tbc, s.k. BCG-vaccinering.

Tbc är välkänd som de underprivilegierades sjukdom och 80 % av dagens fall återfinns i u-länderna. Före välfärdssamhället hade tbc en liknande skräckartad innebörd som cancer i dagens samhälle. Likheterna var också flera, efter månader eller år av tärande sjukdom gick man mot döden. Tuberkulosen kunde och kan också ge en mängd olika sjukdomsmanifestationer genom att tuberkuloshärdarna satte sig i skiftande organ liksom cancertumörer. Det händer fortfarande att dagens svenska läkare, som är mindre vana vid tuberkulos, förväxlar tuberkulos i skelett, bukorgan etc. med cancer.

Den vanligaste formen av symptomgivande tuberkulos är emellertid lungtuberkulos som svarar för cirka 3/4-delar av fallen. Smygande (ofta nattlig) feber, avmagring och blodig hosta är klassiska symtom. Tbc är liksom cancer en destruktiv sjukdom som löser upp normala organstrukturer i anslutning till härdar. I lungorna uppkommer därmed hål, s.k. kaverner. Obehandlad lungtuberkulos innebär en 50 %-ig mortalitet inom loppet av 5 år. Även vid behandling sker läkningen med ärrbildning som efterlämnar mer eller mindre uttalade permanenta lungskador med nedsatt livslängd och livskvalitet.

Mycobacterium tuberculosis kan också ge andra sjukdomsbilder varav praktiskt taget alla kan förväntas ge mer eller mindre bestående men efter utläkning. Som exempel kan nämnas tuberkulös meningit (hjärnhinneinflammation), miliartuberkulos: en utsädd av tuberkulos i

hela kroppen – ett svårdiagnosticerat tillstånd som oftast leder till döden. Skelettuberkulos med deformiteter i exempelvis ryggraden. Tuberkulos i äggledarna som kan leda till sterilitet etc.

Mycobacterium bovis kunde via smittsam opastöriserad mjölk ge tuberkulos i magtarmkanalen alltifrån s.k. skrofler, tuberkulösa lymfkörtlar på halsen, till tarmtuberkulos.

Tbc – immunsvar

Symtomgivande tuberkulos kan bero på ny smitta, s.k. reinfektion. Ofta är det istället den latent tuberkulosen som blommar upp, en s.k. reaktivering. Denna reaktivering är helt beroende av världens bristande förmåga att försvara sig mot infektionen, immunförsvaret. Exempel på svackor i immunförsvaret är graviditet, mässling i u-länderna, alkoholism och diverse kroniska sjukdomar samt cortisonbehandling.

HIV-infektion är emellertid idag den i särklass viktigaste bakgrunden till en immunsvikt som lämnar fältet fritt för tuberkulosbacillen och som globalt sett drastiskt har ändrat fundamenta inom tuberkulosepidemiologi och behandling. Genom HIV-epidemin har tbc ryckt fram i Afrika och i bl.a. USA har tbc hos AIDS-sjuka gett upphov till mycket svårbehandlade multiresistenta stammar, se avsnittet *Multiresistenta bakterier*. Här beskrivs också principerna bakom *behandling*.

Diagnos

Mikroskopi av upphostningar (sputum) kan ge en snabb diagnos. Förekomst av syrafasta bakterier i sputum är tecken på smittsam lungtuberkulos. Bakteriologisk odling är annars grunden och ger anvisning om behandlingsmöjligheter. Den är dock tidsödande, veckor. Inte ens tillkomst av molekylärbiologisk diagnostik har hittills motsvarat förväntningar om snabb och säker diagnos vid oklara fall.

Förekomst

Global fattigmanssjukdom. Från 1989 har multiresistenta stammar börjat breda ut sig och finns bland annat i Östeuropa där tbc är på fram-marsch. 500–600 fall anmäls årligen i Sverige, de flesta av dem är hittills känsliga för standardbehandling.

Spridning

Människan är reservoar för *Mycobacterium tuberculosis*. Bovin tuberkulos i Sverige har tidigare förekommit hos nötkreatur men kreatur-tuberkulos är nu utrotad. Istället har bovin tbc dykt upp bland importerade hjortar som uppföds i hägn.

Bortsett från bovin tuberkulos som spreds med opastöriserad mjölk är tuberkulos en luftburen droppsmitta men kräver i regel nära och långvariga kontakter, hushållsmitta. Observera att flertalet fall med *symtomgivande* tbc är reaktiverade fall där smittan förvärvats i barndomen, se ovan.

Kontroll

Ett levande försvagat vaccin finns, det s.k. Calmette-vaccinet eller BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*). I Sverige gavs detta allmänt till nyfödda fram till 1975. Den allmänna vaccineringen upphörde då dels p.g.a. diskussion om effektiviteten och behovet, dels vaccinbiverkningar där själva vaccinstammen gav upphov till en behandlingskrävande infektion.

Hälsokontroll med lungröntgen av riskgrupper, t.ex. invandrare är viktig. Isolering och behandling av smittsamma fall samt kontaktspårning. Skärpt uppmärksamhet angående risken för introduktion av multi-resistenta stammar som kan utgöra ett formidabelt behandlingsproblem.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Tularemi (harpest)

Smittämne

Francisella tularensis, en gramnegativ stavbakterie. I Sverige typ B: *Francisella tularensis* *paleoartica* som är mildare än den nordamerikanska typ A.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden anges vara 2–4 dygn. Efter ett häftigt influensaliknande insjuknande med hög feber beror de följande symtomen på ingångsporten. Vanligast är via hud där ett utslag omvandlas till en krater och åtföljs av svullnad av motsvarande lymfkörtel. Symtom från sval-

get kan förekomma om man fått i sig smittämnet via dryck och från lungorna via inandning.

Liksom för pest är lungformen farligast och har i obehandlade fall minst 50 % mortalitet, i genomsnitt är mortaliteten 5–10 % i obehandlade fall. Siffrorna gäller här USA, den skandinaviska varianten är mindre aggressiv. Med korrekt antibiotikabehandling är mortaliteten försumbar och prognosen god.

Diagnos

Bakteriologisk odling (är dock farlig för personalen) och serologi.

Förekomst

Infektionen finns i stora delar av norra halvklotet. I Sverige har den en utpräglad epidemisk karaktär till stor del beroende på den cykliska förekomsten av gnagare. Sålunda anmäldes den senaste 10-årsperioden allt mellan 0 fall 1990 och 133 fall 1995. 1967 anmäldes 2 739 fall, flertalet från Norrland. se karta: Utbredning i Sverige av ockelbosjukan, nehrprophathia epidemica och tularemi, sid 261.

Spridning

Tularemi är således en zoonos där reservoaren är flera arter av gnagare bl.a. fjälllämlar, sorkar, kaniner och harar. Spridning kan ske genom direktkontakt med smittat djur eller via vatten, hö eller dylikt som kontaminerats av djuren. I Sverige sprids smittan med insekter i över 85 % av fallen, framför allt via mygg, men också fästingar och bromsar. Laboratoriesmitta är välkänd.

Person-till-person-smitta anses ej förekomma.

Kontroll

Ett vaccin finns för speciella riskgrupper, t.ex. laboratoriepersonal. Strikt zoonos: Kontroll är i övrigt beroende av ekologiska faktorer: reservoarens numerär.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Tyfoid

Smittämne

Tyfoidbacillen, *Salmonella typhi*. En gramnegativ stavbakterie.

Sjukdomsbeskrivning

Namnet tyfoid(feber) används numera för att undvika begreppsförvirring med engelskans "typhus" som betecknar fläckfeber. Den äldre svenska beteckningen nervfeber antyder att sjukdomen, trots att det är en salmonellos, inte räknas bland diarrésjukdomarna.

Efter en inkubationstid som vanligen ligger mellan 1 och 3 veckor sker ett gradvis insjuknande i en långvarig feber som åtföljs av skiftande grad av allmänpåverkan, eventuell omtöckning (tyfus betyder moln). Pulsen kan vara förlångsammad och ganska sällan uppträder utslag. Tyfoidfeber är en *sepsis* dvs. allmän blodförgiftning och som sådan allvarlig med en mortalitet på 10 % i obehandlade fall. Med snabb antibiotikabehandling kan mortaliteten reduceras till under 1 %. Febern är ofta, även vid behandling, långvarig och kan pågå i veckor med avmagering, eventuellt hårfall. Utsädd av bakterier kan ge nerslag i bl.a. skelettet.

Initialt är patienten snarast förstoppad. Eventuell diarré uppträder mest som ett sensymtom men har då betydelse för smittspridningen.

Diagnos

Odling från blod ger diagnosen vid sjukdom. Odling från avföring avslöjar smittbärare.

Förekomst

I Sverige importsjukdom med cirka 20–30 rapporterade fall årligen. Ofta från Mellanöstern eller Sydostasien.

Spridning

Tyfoid är *människans* salmonella och förekommer ej hos djur. Den sprids i första hand som livsmedelssmitta, men då infektionsdosen är låg kan kontaktsmitta också förekomma. Genomgången sjukdom kan

ge långvarigt, ibland kroniskt bärarskap vilket hos livsmedelsarbetare kan starta smittspridning.

Kontroll

Nya vacciner har utvecklats med något bättre effekt än det gamla tyfoid/paratyfoid-vaccinet (TAB). Bl.a. förekommer ett levande försvagat vaccin som tas som dryck.

I övrigt livsmedelshygienisk kontroll, kontaktspårning, isolering och ev. behandling av smittbärare.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.2).

Ulcus molle

Smittämne

Bakterien *Haemophilus ducreyi*.

Sjukdomsbeskrivning

Ulcus molle betyder "mjukt sår". I läroböcker kallad mjuk schanker, allt för att skilja sjukdomen från syfilis: "hård schanker". Symtomen är således på de yttre könsorganen ett mjukt *smärtsamt* sår med åtföljande lymfkörtelsvullnad. Inkubationstiden är vanligen 3–5 dagar. Slemhinneskadan vid ulcus molle, liksom även vid andra könssjukdomar, ökar mottagligheten för HIV infektion.

Sjukdomen är behandlingsbar med antibiotika.

Diagnos

Klinisk misstanke verifieras med bakteriologisk odling.

Förekomst

Framför allt i tropikerna. I Sverige sällsynt och då huvudsakligen som importsmitta. Cirka 2 fall rapporterade årligen.

Spridning

Venerisk. Särskild via prostituerade.

Kontroll

Vaccin saknas. Information om säker sex. Kontaktspårning och behandling av smittbärare.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.3).

Virala haemorrhagiska febrar**Smittämne**

Bland annat Lassafeber-viruset, ett s.k. arenavirus. Ebolaviruset och Marburgviruset, tillhör gruppen filovirus. Gula febern-viruset skulle kunna räknas hit också.

Sjukdomsbeskrivning

Detta är således ett samlingsbegrepp för en grupp tropiska virussjukdomar med likartad klinik. Gula febern kan stå som modellsjukdom, se beskrivning av denna. Allvaret i sjukdomsbilden består framför allt i uppträdandet av blödnings- och koagulationsrubbningar med allmän organsvikt varav döden följer. Mortaliteten i Lassafeber anges till 15 %, Marburgvirus till 25 % och Ebola till 50–90 %. Inkubationstiden varierar från ett par dagar till högst tre veckor.

Diagnos

Klinisk misstanke kan verifieras med virologisk odling och serologi.

Förekomst

Endemisk i tropiska Afrika. Ett fall rapporterat i Sverige sedan 1990.

Spridning

Gnagare är reservoar för Lassafeber och bl.a. apor för filovirus. Spridning mellan människor förekommer framför allt via blodkontakt och kroppsvätskor. I västvärlden har sjukdomsfall orsakats av infekterade laboratoriedjur (apor) och som laboratoriesmitta via infekterade blodprover. Dödlighet och smittsamhet under svenska förhållanden är mycket svårvärderade då befintliga erfarenheter vunnits ur en helt annan miljö.

Man anger att blodsmitterisken är extremt hög, möjligen även via oskadad hud. Man befarar att en aerosol av blod- eller kroppsvätskor kan ge luftburen smitta. Patienten är mest smittsam i ett blödningsstadium, sent i sjukdomsfasen.

Specifik behandling saknas. Intensivvård med behandling av bl.a. blödningskomplikationer krävs i avancerade fall.

Kontroll

I endemiska områden är sjukdomen en zoonos och beroende av ekologiska faktorer. Epidemisk spridning hotar under flyktingkatastrofer.

I västvärlden gäller kontroll av importerade försöksdjur: filovirus omfattas av epizootilagen.

I Sverige är en nationell beredskapsstyrka och en enhet för högrisksmitta under uppbyggnad för att kunna bistå med råd och omhändertagande av misstänkta fall. Spårning och isolering av kontaktfall planeras för att hindra spridning i samhället.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Yersinios

Smittämne

Yersinia enterocolitica av serotyp 3, 8 och 9. En gramnegativ stavbakterie.

Sjukdomsbeskrivning

Inkubationstiden anges till 4–5 dagar. Den akuta sjukdomsbilden är jämförbar med *campylobacter* men förväxlingsrisken med akut blindtarmsinflammation är här ännu större hos barn.

Yersiniainfektioner är särskilt benägna att ge immunologiska senreaktioner från bl.a. leder och njurar samt knölros (speciella hudutslag). Någon gång, framför allt hos immunsvaga individer, kan infektionen gå som sepsis, allmän blodförgiftning.

Behandling är i flertalet fall symptomatisk. Antibiotikabehandling påverkar ej förekomst av senreaktioner.

Diagnos

Odling från avföringsprov. Vid ledbesvär etc. serologi.

Förekomst

Framför allt Europa och USA, inte minst Skandinavien. Utbredningen kan dels hänga samman med att bakterien anrikas i kyla (tillgång till kylskåp!) och dels att svin tycks vara en viktig reservoar vilket utesluter stora delar av u-ländernas befolkning. Enligt laboratorierapporten förekommer cirka 1 000 fall årligen i Sverige.

Spridning

Reservoaren är djur varvid svin brukar utpekas i första hand. Då bakterien anrikas i kyla kan man tänka sig att dåligt tillagade vakuumsförpackade produkter kan vara en smittkälla. Person-till-person-smitta är ovanlig.

Kontroll

Livsmedelshygienisk. Vaccin saknas.

Sjukdomen klassas idag som: Andra anmälningspliktiga sjukdomar (A.2).

Återfallsfeber

Smittämne

Borrelia recurrentis är en s.k. spiroket liksom även syfilisbakterien. Smittämnet skall inte förväxlas med vår inhemska fästingburna borreliasjukdom.

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på 5–15 dagar insjuknar man i feber med 2–9 dagars varaktighet följt av en feberfri period på 2–4 dagar och därefter återfall. Sjukdomen har en varaktighet på cirka 2 veckor. Behandling sker med antibiotika varvid prognosen är god. Vid obehandlad sjukdom ligger mortaliteten fortfarande under 10 %.

Diagnos

Bakteriologisk odling och serologi.

Förekomst

Begränsade delar av Afrika, Asien och Latinamerika. Inga fall från Sverige den senaste 10-årsperioden.

Spridning

Sjukdomen uppträder i två former. En epidemisk lusburen form där människan är reservoaren och en endemisk fästingburen form där gnagare är reservoar. Spridning sker endast via vektorn (lusen eller fästingen).

Kontroll

Lusbekämpning vid epidemier.

Sjukdomen klassas idag som: Samhällsfarlig sjukdom (1.1).

Epidemiska sjukdomar som inte omfattas av anmälningsplikt idag

Borrelios

Smittämne

Borrelia burgdorferi. En spiroket (liksom syfilisbakterien).

Sjukdomsbeskrivning

Fästingburen borrelios blev allmänt känd i Sverige först via amerikanska upptäckter på 80-talet. Inom ett dygn efter fästingbettet överförs smittämnet varefter de första symtomen brukar visa sig inom några veckor. De består i typiska fall av en blårodnad hudrodnad som sakta sprider sig ringformigt, kallad erythema migrans. I det stadiet är sjukdomen lätt att bota med antibiotika, t.ex. en enkel penicillinkur. Obehandlat försvinner hudutslaget så småningom varefter andra symtom kan dyka upp efter månader till år (jämför syfilis).

De sena och allvarliga sjukdomsformerna är i första hand engagemang av centrala nervsystemet *neuroborrelios*. Vanligen består symtomen i huvudvärk, kanske bilden av en lindrig hjärnhinneinflammation samt, – mest typiskt – förlamningsymtom från en av de s.k. kranialnerverna varav halvsidig *ansiktsförlamning* är vanligast. Svår och envis nervsmärta är ett annat vanligt symtom. En bild av *demens* har också beskrivits.

Andra yttringar av sen borrelios kan bestå i kroniska hudförändringar, engagemang av hjärta eller ledsjukdom. Svårigheten med alla dessa senstadier är att ställa rätt diagnos och därmed möjliggöra rätt behandling som består av antibiotika i högdos. Prognosen vid sena yttringar av borrelios från framför allt centrala nervsystemet är i huvudsak god men beroende på när behandlingen sätts in och även vid utläkning är långa konvalescensperioder vanliga, vissa patienter får bestående men.

Diagnos

Den första hudmanifestationen, erythema migrans, är en klinisk diagnos. Diagnos på senstadiet ställs med serologiska metoder, ofta genom s.k. lumbalpunktion (ryggmärgsprov).

Förekomst

Borrelios är ingen anmälningspliktig sjukdom och förekomsten är därför behäftad med osäkerhet. Borrelios förekommer i hela Götaland, Svealand och Norrlandskusten. Det uppskattade antalet är 5 000–10 000 kliniska fall/år varav den första hudmanifestationen, erythema migrans, svarar för minst 75 %. Förekomsten är markant högre i Sydöstra Sverige dvs. Blekinge och Kalmar län. Enligt studier på blodgivare har 10–15 % av 50–60-åringar antikroppar mot sjukdomen i Blekinge jämfört med hälften så många i riket i övrigt.

Av de kliniska borreliafallen är cirka 15 % *neuroborrelios*. Cirka hälften av dessa har fått sin diagnos genom lumbalpunktion.

Spridning

Den s.k. vektorn är i Sverige huvudsakligen vår vanliga fästing, *Ixodes ricinus*. Mellan 5 och 40 % av fästingarna är bärare av borrelia. Bärarskapet är vanligast i högendemiska områden. Fästingpopulationens storlek är i sin tur beroende av värdjuren där inte minst *rådjursstammen* har stor betydelse. Man har belägg för att det tar åtskilliga timmar innan smittan överförs från det fästingen har börjat suga blod.

Person-till-person-smitta förekommer ej.

Kontroll

Ett *vaccin* finns för klinisk prövning i USA mot den amerikanska varianten av borrelios. Förhoppningsvis kan även ett svenskt vaccin framställas på sikt men arbetet försvåras av att vi här i landet har tre olika stammar av borreliabakterien. Hälsouppllysning har mycket stor betydelse med korrekt rådgivning om åtgärder vid fästingbett. Ekologiska förhållanden har som nämnts stor betydelse, jämför avsnittet *Strikta zoonoser*.

Registrering av borrelios saknas idag. Den allvarligaste och därmed angelägnaste sjukdomsmanifestationen, *neuroborrelios* är lättast att definiera och därmed eventuellt registrera.

Genital herpes simplex

Smittämne

Herpes simplexvirus typ 2.

Herpesfamiljens virus till vilka hör bl.a. körtelfeber (mononukleos virus), cytomegalvirus, vattenkoppsvirus och herpes simplex-virus har vissa gemensamma egenskaper. Efter den s.k. *primärinfektionen* stannar viruset kvar i kroppen, t.ex. i nervvävnad, för att ibland ge senare återfall som då kallas *reaktiverad infektion*.

De reaktiverade infektionerna är ibland lokala t.ex. vid infektion av herpes simplex virus typ 1 (HSV 1), (munsår) eller utbrott av bältros som är ett resultat av en tidigare vattenkoppsinfektion, ofta som en följd av svikt i immunförsvaret. Herpes virus 6 har nyligen påvisats vara orsak till tredagarsfeber och herpes virus 8 tycks ligga bakom Kaposi sarkom, en elakartad tumör hos AIDS-patienter.

Sjukdomsbeskrivning

Denna framställning handlar således om *genital herpes simplex* infektion som i flertalet fall orsakas av herpesvirus 2 (HSV 2). Det besläktade herpesviruset, HSV 1, drabbar i första hand munslimhinnan men en viss överlappning förekommer i lokaliseringen av HSV 1 och 2.

Eftersom genital herpes sprids som en venerisk smitta uppträder primärinfektionen i typiska fall såsom blåsor i och på könsorganen, särskilt hos kvinnor. Blåsorna kan vara mycket smärtsamma och ibland förenade med smärtutstrålning i kringliggande nerver. Risken för *återfall*, dvs. reaktiverad infektion enl. ovan kan för vissa kvinnor medföra ett periodvis återkommande svårt lidande. Under primärinfektionen och även i samband med återfallen är patienten smittsam.

Genital herpes drabbar också i hög utsträckning homosexuella män varvid blåsorna och smärtan lokaliserar sig till ändtarmen.

I samband med primärinfektionen förekommer ibland en godartad hjärnhinneinflammation. Den allvarligaste komplikationen till genital herpes simplex är mortillbarn-smitta i samband med förlossning. Risken är störst vid primärinfektion varvid barnet kan drabbas av en dödligt förlöpande sjukdomsbild alternativt svåra bestående skador. Tecken på aktiv genital herpes inför en förlossning är därför indikation för kejsarsnitt.

Möjlighet till behandling av allvarliga sjukdomsmanifestationer finns numera med ett säkert men dyrt läkemedel. Läkemedelsbehandling trycker ner aktiv infektion och förhindrar återfall under pågående behandling men kan inte utrota viruset ur kroppen.

Diagnos

Klinisk. Kan bekräftas med virusodling och serologi.

Spridning

Genital herpes är således i första hand en venerisk smitta. Som framgår av nedan är smittsamheten sannolikt lägre än för många andra veneriska infektioner.

Förekomst

Människan är reservoar och förekomsten är global. Sjukdomen är ju inte anmälningspliktig och utbredning mäts genom studier av *antikroppar* (serologi). Förekomsten av HSV 2 antikroppar kan ses som en modell för hur antikropsstudier används överhuvud taget:

Amerikanska studier visar att genital herpes är beroende av socioekonomisk status och sexuell aktivitet. Antikropsförekomsten hos nunnor är 3 % och prostituerade 70 %. Det är vanligt att *makar* efter flera års samliv fortfarande har olika antikropsstatus vilket då tas som ett tecken på låg smittsamhet.

I svenska studier på 80-talet fann man tecken på genomgången herpes 2-infektion hos 24–34 % av ett mödravårdsklientel.

Kontroll

Primärprevention med information om säker sex. Vaccin finns ej.
Speciell uppmärksamhet i mödravårdssammanhang.

Humant papillomavirus (vårtvirus)**Smittämne**

Humant papillomavirus (HPV) av drygt 70 olika typer.

Sjukdomsbeskrivning

Vårtor på hud och slemhinnor är virusbetingade, varje djurart har sina specifika vårtvirus varför människans vårtvirus kallas humant papillomavirus (HPV). Virusutlösta vårtor förekommer på såväl hud som

slemhinnor och man har sedan länge noterat att vårtor i könsorganen – kondylom – sprids sexuellt.

En annan observation av äldre datum är att cancer i livmoderhalsen (cervix) är relaterad till antalet sexuella partners under livstiden. Man har nu kunnat visa att vissa undergrupper av HPV ger banala hudvårtor, andra genitala vårtor (t.ex. grupp 6 och 11) och ytterligare andra, framför allt grupp 16 är associerade till cervixcancer. Eftersom virus endast kan påvisas och typas med sofistikerad molekylärbiologisk teknik är dessa infektioner svåra att studera i stor skala.

Specifik antiviral behandling saknas. Såväl vårtor som förstadium till cancer respektive etablerad cancer behandlas "destruktivt" dvs. genom etsning, laser, operation etc.

Diagnos

Molekylärbiologisk teknik (s.k. PCR-diagnostik) av direktprov från livmoderhals, urinrör och eventuellt urin. Typning med andra molekylärbiologiska metoder.

Förekomst och spridning

I Sverige har HPV-infektion studerats i Malmö och Umeå bl.a. vid gynekologiska ungdomsmottagningar. Sammanfattningsvis kan sägas att såväl förekomst av synliga genitala vårtor som laboriemässigt påvisade genitala HPV-infektioner är relaterade till sexuell aktivitet och antalet direkta och indirekta sexualpartners på ett snarlikt sätt som för genital herpes simplex infektion. HPV-infektion är vanligast hos yngre vuxna.

Långtidsuppföljning visar att flertalet kvinnor kan läka ut sin infektion inom ett par år, även de farliga former som är cancerframkallande. Hos vissa kvinnor fortskrider emellertid infektionen av okänd anledning vilket kan avläsas i form av cellförändringar på cervix där cervixcancer kan bli slutstadiet.

HIV-infekterade patienter kan som förväntat inte göra sig kvitt papillomavirusinfektionen.

Kontroll

Vaccin och specifik antiviral behandling saknas. Säker sex minskar infektionsrisken.

Influensa

Smittämne

Influensavirus A, B (och C).

Sjukdomsbeskrivning

Efter en inkubationstid på en till några dagar uppkommer de allmänt kända influensasymtomen i form av feber, frossbrytningar, muskelvärk och torrhosta. I godartade fall är infektionen överspelad inom 7–10 dagar men långdragna luftrörskatarrer och/eller lunginflammationer orsakar hög dödlighet hos framför allt äldre nedsatta individer samt patienter med lung- och hjärtsjukdom. Till följd av detta kan man statistiskt se ett nära samband mellan den totala dödligheten i samhället och influensaepidemierna.

De ovan beskrivna komplikationerna anses ofta bero på bakteriella infektioner som lagrar sig ovanpå influensasjukdomen. Emellertid kan i vissa fall influensaviruset självt ge en allvarlig och ibland dödligt förlöpande lunginflammation som mest drabbar yngre vuxna. Denna variant är således inte tillgänglig för behandling med vanliga antibiotika, intensivvård med beredskap för respiratorvård krävs. Specifika antivirala influensaläkemedel finns men är effektivast som förebyggande medicinering.

Sjukdomsbeskrivningen gäller i huvudsak såväl influensa A som B. C-varianten är föga känd i Sverige. Influensa A är dock mest betydelsefull, se nedan.

Diagnos

Klinisk diagnos bekräftas med virologisk odling och serologi. Möjlighet till snabbdiagnostik finns.

Förekomst

Endast influensa A ger upphov till större epidemier som är historiskt belagda sedan åtminstone 400 år. Epidemiernas omfattning och infektionens svårighetsgrad beror på befolkningens immunitetsläge. Influensa uppträder epidemiskt under den kalla årstiden på såväl norra som södra halvklotet. I tropikerna finns inte denna säsongsvariation.

För att influensa A skall kunna ge upphov till återkommande epidemier krävs att virus förändrar sin ytstruktur (virusantigen) för att undslippa värdens antikroppar som är ett minne av tidigare infektioner. Om antigenförändringen är måttlig uppträder "måttliga" influensaepidemier. Om antigenförändringen är radikal uppkommer förutsättningar för en världsomfattande epidemi s.k. *pandemi*.

Inflensaviruset är utvecklingshistoriskt tidigast anpassat till simfåglar (t.ex. ankor och gäss) som har sina egna influensastammar utan påtagliga symtom. Man tror att virusets arvs massa kan omkombineras mellan fågelinfluensavirus och människoinfluensavirus via en tredje djurart t.ex. gris. Därigenom uppkommer förutsättning för det omdänta radikala skiftet av antigen som gör influensaviruset kapabelt till *pandemisk spridning*. Konkreta förutsättningar för virusets evolutionära anpassning föreligger i Kina där befolkningstätheten är stor och bybefolkningen lever i mycket nära kontakt med sina husdjur inkl. ankor och svin. Mekanismen kan ses som ett exempel på uppkomsten av "nya smittämnen" dvs. hur smittämnen anpassade till djur lyckas anpassa sig till människan: jämför avsnittet *Sjukdomars uppkomst och fall*.

Pandemierna bär ofta geografiska namn varifrån de först uppmärksammas. Den senaste pandemin kallas Hong Kong och uppträdde 1968. De influensaepidemier som årligen uppträder i Sverige är i huvudsak varianter på Hong Kong-viruset med gradvis ändrade ytegenskaper. 1957 gick en pandemi under beteckningen Asiaten.

Den mest kända pandemin var emellertid Spanska sjukan 1918–1919. Man beräknar att denna pandemi skördade 21 miljoner dödsfall, till stor del i Europa. Som en jämförelse anges antal stupade soldater i det samtidigt pågående 1:a världskriget enligt nationalencyklopedin till 8,5 miljoner. De fasansfulla minnena av spanska sjukan lever kvar hos den äldre generationen där hela familjer kunde uttraderas.

I Sverige uppskattas 37 500 personer ha avlidit juli 1918–juni 1919. Det motsvarar 0,6 % av den dåtida totalbefolkningen. *Hälften av dödsfallen var mellan 20 och 40 år*. Spanska sjukan uppvisar därmed viktiga särdrag mot andra influensaepidemier, dels den snabba spridningen under *sommartid* dels den höga mortaliteten hos yngre. Dessa särdrag är svåra att förklara endast med hänsyn till den dåtida befolkningens allmänna mottaglighet till följd av näringstillstånd, trångboddhet etc. Frågan har sitt intresse eftersom virologisk expertis räknar med att en ny pandemi bör vara nära förestående.

Spridning

Smittsamheten är hög hos mottagliga individer och sjukdomen sprids i det öppna samhället. Viruset respekterar inga nationsgränser!

Kontroll

Vaccin finns men måste kontinuerligt uppdateras för att anpassas till rådande influensastammar. Vid normala influensaepidemier används det i huvudsak till medicinska riskgrupper, i andra hand för att förhindra socialt negativa konsekvenser av epidemisk spridning. Vaccinet ger dock betydligt sämre immunitet än en naturlig influensainfektion.

I övrigt är influensa uppenbarligen inte en sjukdom som går att stävja med traditionellt smittskyddsarbete. Farhågorna för en ny pandemi har dock en *beredskapsaspekt* där bl.a. tillgång till vaccin och antivirala medel är viktig.

Prionsjukdomar

Smittämne

Enligt nuvarande vetenskapliga uppfattning infektiösa proteiner (prioner) ofta förkortade PrP.

Sjukdomsbeskrivning

Man har sedan länge känt till och beskrivit s.k. långsamma infektioner i centrala nervsystemet hos djur och människa och förmodat att smittämnen var hittills okända virus. 1997 års Nobelpristagare, Prusiner, lanserade 1982 en då omstridd teori som nu i ökande utsträckning blivit accepterad. Denna går ut på att ett äggviteämne, prioner, som saknar arvs massa är ansvarigt för sjukdomarna. Några av de mera kända är Kuru och Creutzfeldt-Jakobs sjukdom hos människa samt Scrapie hos får och BSE hos nötkreatur. Antropologisk forskning har sedan länge klarlagt att sjukdomen Kuru i Nya Guinea överfördes till kvinnor och barn som åt hjärnvävnad i rituell kannibalism.

Den hittills kända varianten av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom är ärftlig eller uppkommer spontant av okänd orsak men har också visats kunna smitta vid kontakt med hjärnvävnad eller närliggande organ

såsom transplantation av hornhinnor, hypofyseextrakt eller med icke sterila neurokirurgiska instrument.

Samtliga sjukdomar attackerar centrala nervsystemet och bryter ner nervceller efterlämnande hålrum som ger hjärnvävnaden ett svampigt (spongiformt) utseende. Jämför BSE: Bovin Spongiform Encephalopathi. Såväl djur som människor drabbas av snabbt förlöpande symtom på såväl psykiska som motoriska funktioner vilket leder till döden i 100 % av fallen inom några månader till något år.

Diagnos

Preliminär diagnos ställs kliniskt med bl.a. stöd av EEG. Man håller på att utveckla antikroppstester mot prioner också. Definitiv diagnos ställs med mikroskopisk undersökning av hjärnvävnad, i regel vid obduktion.

Förklaringsmodell

I hjärnan finns normalt prioner. Vid den ärftliga formen av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom föreligger en mutation i genen som styr tillverkningen av dessa och ger ett prion med avvikande uppbyggnad. Man tänker sig att detta avvikande prion rent kemiskt igångsätter en strukturförändring av kroppens normala friska prioner vilket slår ut deras funktion med slutresultatet undergång av nervvävnad. En bildlig jämförelse skulle kunna vara att man lägger ut en rad av spelkort som delvis täcker varandra och därefter sticker in ett kort i raden, vänder på det och får hela raden av spelkort att vända sig åt fel håll.

Slutsatsen är att prionsjukdomar kan vara ärftliga genom att den muterade genen överförs från generation till generation (förutsätter att insjuknandet sker i hög ålder vilket är det normala vid klassisk Creutzfeldt-Jakobs sjukdom) men också att det sjuka prionet kan överföras från individ till individ.

För BSE har man kunnat konstatera att en prionsjukdom överförs *från en art till en annan*, nämligen scrapiesmittämnet från får till nötkreatur via kadavermjöl. Man fruktar därför att nästa artbarriär också skall kunna överskridas nämligen nötkreatur till människa och detta skulle vara förklaringsmodellen för nya atypiska varianter av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom som drabbat yngre människor i framför allt Storbritannien, enstaka också på kontinenten, sammanlagt drygt ett 20-tal fall. Oron för denna överföringsmekanism kvarstår men definitiva bevis föreligger inte ännu.

Individer som drabbats av den nya varianten av Creutzfeldt-Jacobs sjukdom tillhör en särskild genetisk typ.

Förekomst

Den klassiska formen av Creutzfeldt-Jacobs sjukdom inträffar i Sverige i cirka ett fall per 1 miljon invånare årligen. BSE respektive atypisk Creutzfeldt-Jacobs sjukdom förekommer *inte* i Sverige. Frekvensen BSE hos husdjur är också starkt på retur, inte minst i Storbritannien.

Spridning

Se ovan.

Kontroll

Kontrollåtgärder handlar om förbud mot användning av kadavermjöl som djurfoder samt försiktighet mot att förtära livsmedel som innehåller nervvävnad från djurgrupper där prionsjukdomar förekommer. Prioner är mycket motståndskraftiga mot fysikalisk och kemisk påverkan och kräver för destruktions långvarig autoklavering.

Virusorsakade mag-tarmsjukdomar

Smittämnen

Ett antal olika grupper av virus som har kartlagts från och med 1972. Den sena upptäckten betingas av att flertalet diarrévirus inte kan odlas med sedvanliga metoder utan påvisas med elektronmikroskopi varefter man kan utveckla immunologiska eller molekylärbiologiska tester.

Nu kända smittämnen är: *Rotavirus* varav typ A är viktigast för människan. Vissa serotyper inom grupp A samt de mera sällsynt förekommande grupperna B och C ger också sjukdom hos djur. *Enteriska adenovirus* av typ 40 och 41. *Astrovirus*. *Calicigruppens virus* där man nu skiljer mellan klassiska calicivirus och undergrupperna Norwalkvirus respektive Norwalk-liknande virus. För diarré hos människan är *Norwalk/Norwalk-liknande virus* viktigast men i denna framställning kallas de tillsammans med klassiska calicivirus för calicivirus.

Sjukdomsbeskrivning

Vissa skillnader mellan grupperna finns framför allt med avseende på ålderspreferens, i viss mån även svårighetsgrad och varaktighet.

Gemensamt är dock en kort inkubationstid på en till ett par dagar följt av varierande grad av feber, kräkningar och diarré. I svåra fall kan sjukdomen leda till uttorkning som framför allt hos barn kan kräva sjukhusvård och vid sent insatta åtgärder kan leda till döden.

Problemen är givetvis allvarligast i u-länderna när diarrésjukdomarna drabbar undernärda barn och sjukvårdsstrukturen är bristfällig.

Behandling innebär ersättning av vätskeförluster. Efter folkhälso-kampanjer kan detta ofta genomföras i hemmet med vätskeersättningsmedel som av dryck. I svåra fall ges behandling på sjukhus med dropp. Globalt sett upptar diarrésjukdomar en tredjedel av barnsjukvårdens vårdplatser.

Diagnos

Virus påvisas i avföringsprov enligt *smittämnen* ovan. Rotavirusdiagnostiken är bäst etablerad. Calicivirusdiagnostik förekommer endast på SMI.

Nedan beskrivs särdrag för de olika infektionerna.

Rotavirus

Rotavirus är globalt – och även i Sverige den viktigaste orsaken till diarré hos barn under två års ålder. I Sverige förekommer infektionen under vinterhalvåret och svarar då för upp mot hälften av alla barn-diarréer enligt sjukhusbaserade undersökningar. Genom att infektionen orsakar skador på tarmslemhinnan kan efterförloppet ibland kompli-ceras av malabsorption (svårigheter att bryta ned och ta hand om födo-ämnen).

Förekomst, spridning och kontroll av rotavirus

Även om rotavirus således är vanligast hos barn under två års ålder så sprids de även som familjesmitta från t.ex. barndaghem. Därigenom är rotavirus även en viktig orsak till vuxendiarré. Genom sin vanlighet har rotavirusinfektioner avsevärd socioekonomisk betydelse.

Spridningen anses vara faekaloral, framför allt som kontaktsmitta, och viruset är mycket smittsamt. Nosokomial spridning på barnkliniker är vanlig.

På grund av rotavirusinfektionernas kvantitativa betydelse har WHO prioriterat *vaccinutveckling*. Vaccinkandidater finns ute i klinisk prövning. För alla barndiarréer utgör *amning* ett skydd mot svåra former hos de minsta barnen.

Enteriska adenovirus

Anges som nummer två i vanlighet hos barn. Jämfört med rotavirus drabbar enteriska adenovirus lite äldre barn. Symtomen är lindrigare och ofta mer långvariga. Spridning såsom rotavirus men några vaccinkandidater är ej på gång.

Astrovirus

Det minst kända av gruppen diarréframkallande virus. Symtomen anges som lindriga i typiska fall. Epidemisk spridning förekommer på skolor och barndaghem, dock i väsentligt mindre omfattning än för rotavirus.

Calicivirus

Sjukdomsbilden är godartad men den viktiga innebörden av calicivirusinfektioner är *utbredningen*. Calicivirusinfektioner drabbar alla åldersgrupper och har en uttalad tendens till epidemisk spridning. Smittvägen är faekal–oral men man misstänker att även luftburen smitta kan förekomma i vissa situationer. Enligt en undersökning vid SMI var 1994–1995 64 av 83 utbrott av epidemisk diarré virusbetingade. 56 av de 63 fallen orsakades av calicivirus.

Som *kkontaktsmitta* har calicivirus sin stora betydelse vid epidemier på institutioner. Calicivirus ger nämligen en hög andel sekundärfall dvs. smittan går från person till person. Sjukhus och sjukhemsavdelningar har vid flera tillfällen slagits ut av calicivirusinfektioner med svåra resursproblem och lidanden inte minst hos äldre sängbundna patienter.

Som *livsmedelsburen* epidemi har calicivirus på de senaste åren blivit alltmer uppmärksammat och SMI anger att under 1994–1995 orsakades 16 av 22 vatten- och livsmedelsburna utbrott av calicivirus. Ett exempel är det ostronburna utbrottet nyår 1997. Ett sådant utbrott kan i princip fortplanta sig till institutioner och sjukhus via kontaktsmitta.

Kontroll av calicivirus infektioner

Specifik behandling och vaccin saknas. Livsmedelshygien. Smittspårning är viktig men försvåras av begränsade diagnostiska möjligheter. Jämför också avsnitten *Epidemisk diarré och Matförgiftning samt Sjukhusinfektioner*.

Skyndsamhetsaspekten vid epidemiska sjukdomar

Smittskyddsarbete syftar till att skydda de friska från smitta. För att begreppet skall vara meningsfullt krävs därför att sjukdomen har förmåga till epidemisk spridning. För individen är en skyndsam diagnos viktig beträffande stelkramp (anmälningspliktig) liksom för hjärtinfarkt, men ingendera sjukdomen är smittsam i gängse mening.

Av epidemiska sjukdomar har t.ex. de *veneriska* ett mindre stormande förlopp. Smittspårning är mycket viktig men kan inte inledas innan en specifik diagnos ställts med hjälp av laboratoriet. För de veneriska – liksom för många andra idag anmälningspliktiga sjukdomar kan därför laboratorierapporteringen, *rätt utnyttjad*, kompensera luckor och brister i den kliniska rapporteringen.

Andra sjukdomar har ett för individen stormande förlopp och/eller tendens till snabb spridning. Laboratediagnos fungerar här som en specifikation och bekräftelse till den kliniska diagnosen, men kommer för sent som utgångspunkt för praktiskt, ibland livräddande smittskyddsarbete.

Skyndsamhetsaspekten är således ett viktigt motiv för en välfungerande klinisk rapportering av epidemiska sjukdomar. Nedan följer exempel på sjukdomar där klinisk rapportering av skyndsamhetsskäl bör föregå laborieverifierad diagnos. Idag icke anmälningspliktiga sjukdomar markeras med *asterisk*.

Meningokocksjukdom

Inkubationstiden är kort. Smittsamheten är visserligen måttlig men *sjukdomsförloppet* så stormande att varje förebyggt fall kan innebära ett räddat liv.

* Anhopade fall av elakartade streptokock- och pneumokockinfektioner: Se figur.

Dessa infektioner antar ibland ett förlopp som är jämförbart med meningokocksjukdom.

* Anhopade fall av elakartad influensa

Motiveringen är den samma som föregående. Se även spanska sjukan under rubriken *Influensa*.

* Epidemiskt utbrott av mag-tarm sjukdom

Smittspårning är här av utomordentlig betydelse och sker i kapplöpning med tiden för att förhindra stora utbrott av exempelvis salmonella eller calicivirus.

Det är också tänkbart att *förgiftningar* kan avslöjas inom ramen för ett sådant utbrott.

Virala haemorrhagiska febrar

Dessa är visserligen sällsynta men sjukdomsförloppet så allvarligt och smittsamheten så hög att man förbereder ett specialiserat och centraliserat omhändertagande av dessa patienter.

Naturligtvis är det önskvärt att även alla andra av dagens anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar rapporteras tidigt. Många allvarliga sjukdomar som t.ex. pest, kolera, gula febern, rabies, fläckfeber, återfallsfeber, mjältbrand, difteri, polio och trichinos har emellertid blivit så sällsynta att det i praktiken kan vara svårt att ställa en klinisk diagnos och rapportera före laboratorieverifikation.

Framtida hot

I beskrivningen av de enskilda infektionerna och i avsnittet *Skyndsamhetsaspekten* framgår att många infektioner blivit mycket sällsynta i Sverige. Vissa av dem kan dock få en renässans i tider av social oro i vår omvärld. Beträffande Östeuropa får man vara observant på difteri, veneriska sjukdomar inklusive HIV, multiresistent gonorré. Även tuberkulos, särskilt multiresistent sådan.

Ökat resande till och migration från tredje världen aktualiserar HIV och malaria som båda är på frammarsch.

Risken för importerad salmonella från Väst- och Sydeuropa måste fortfarande beaktas, särskilt om de svenska särbestämmelserna upphör.

Spridningen av multiresistenta bakterier i öppen och sluten vård är ett klart växande problem.

En ny influensapandemi av spanska sjukans magnitud skulle få förödande konsekvenser för hela samhället.

Slutligen vill jag anknyta till avsnittet *Sjukdomars uppkomst och fall*. Naturen har gång på gång lyckats överraska med nya infektioner, ofta djursmitta som lyckats anpassa sig till människan och vi måste ha en mental beredskap inför sådana överraskningar.

Ordlista

Antigen	Struktur i smittämnets hölje som stimulerar värden till bildning av antikroppar. Att påvisa ett antigen är därmed ofta likvärdigt med att påvisa smittämnet självt.
Antikroppar	Se antigen. Oftast studeras förekomst av antikroppar i serum vilket därför kallas serologi. Vissa antikroppar indikerar en pågående eller nyligen genomgången infektion. Andra antikroppar är ett minne av tidigare genomgångna infektioner och kan användas för epidemiologiska studier, dvs. förekomst och utbredning av en smitta i samhället.
Delirium	Psykisk omtöckning.
DNA	Den nukleinsyra som fungerar som cellens "hårddisk", dvs. lagrar den genetiska koden.
Endemisk	Används om en infektion som är ständigt förekommande i ett samhälle och uppträder utan stora svängningar i förekomst. Således motsatsen till epidemisk.
Enzym	Äggviteämne som styr kemiska reaktioner i cellens maskineri.
Faeko-oral	Ordagrant: Avföring till mun. Motsvaras av beteckningen mag-tarm-smitta.
Fulminant	Elakartat förlöpande.
Incidens	Antalet nyinsjuknade individer i en viss sjukdom per t.ex. 100 000 invånare och år.
Indikation	Indikation för en medicinsk åtgärd, t.ex. behandling eller diagnostik, föreligger om åtgärden är motiverad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.
Inkubationstid	Den tid som förflyter från att man blivit exponerad för ett smittämne till att de första symtomen uppträder.

Klinik/klinisk	Kliniken eller det kliniska förloppet av en sjukdom betyder förekomst av iakttagbara symtom och yttringar. Klinisk diagnos sätts utan hjälp av (mer avancerade) laboratoriemässiga eller tekniska hjälpmedel.
Mortalitet	Dödlighet i en viss sjukdom.
Oral Via mun	(föda). Oral behandling sätts därmed i motsats till injektionsbehandling (parenteral).
Parenteral	Se oral.
Patogen	Sjukdomsframkallande.
Prognos	Utfallet av en sjukdom avseende t.ex. dödlighet eller framtida men.
Receptor	Struktur på värdcellen som smittämnet utnyttjar för att haka sig fast och därmed etablera infektion.
Recidiv	Återfall.
RNA	Liksom DNA en nukleinsyra. Förmedlar genetisk information från DNA i cellens maskineri. Viruspartiklar kan innehålla antingen DNA eller RNA.
Subklinisk	Sjukdomen ger inga märkbara symtom.
Syndrom	En konstellation av olika symtom.
Toxin	Gift producerat av mikroorganismer som avfallsprodukt eller som konkurrensmedel.

Årsrapport 1996, SMI

Litteraturlista

Benenson AS. *Control of Communicable Diseases Manual*. American Public Health Association 1995.

Berglund J. *Epidemiology and clinical manifestations of Lyme borreliosis*. Avhandling. Lund 1996. Dessutom personligt meddelande av författaren.

Cronberg S. *Infektioner – mikrobiologi, klinik, terapi*. Liber 1997.

Forslund O. *Genital Human Papillomaviruses. Studies of their occurrence, type spectrum, and expression*. Avhandling. Malmö 1997.

Iwarson S, Norrby R. *Infektionsmedicin – epidemiologi, klinik och terapi*. Säve Förlag 1995.

Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, volume 1–2. Churchill Livingstone 1995.

SMI. Periodisk tidskrift; Smittskydd. 1997.

SMI. Personlig information; Jan Albert, Yvonne Andersson, Birgitta de Jong, Bo Niklasson.

SMI. Årsrapport; Smittsamma sjukdomar i Sverige. 1994, 1995, 1996.

Socialstyrelsens Allmänna råd avseende smittsamma sjukdomar (Författningssamling).

Svensson L. *Vaccin mot diarré. Snart en realitet mot virusorsakad gastroenterit i både i- och u-land*. Läkartidningen 1996; 93: 353-358.

Svensson L. *Vatten och livsmedelsöverförda virussjukdomar*. Smittskyddsinstitutet.

Åman M. *Spanska sjukan*. Avhandling. Uppsala 1990.

Referenser till avsnittet Smittsamhet av HIV infektion

1. Soto-Ramirez LE, Renjifo B, McLane MF et al. *HIV-1 Langerhans' cell tropism associated with heterosexual transmission of HIV*. Science 1996; 271: 1291-1293.
2. Janssens W, Buvé A, Nkengasong JN. *The puzzle of HIV-1 subtypes in Africa*. AIDS 1997; 11: 705-712.
3. Liuzzi G, Chirianni A, Clementi M, Bagnarelli P, Valenza A, Tullo Cataldo P, Piazza M. *Analysis of HIV-1 load in blood, semen and saliva: evidence for different viral compartments in a cross-sectional and longitudinal study*. AIDS 1996; 10: F51-F56.
4. Royce RA, Seña A, Cates W, Cohen MS. *Sexual transmission of HIV*. N Engl J Med 1997; 336: 1072-1078.
5. Musicco M, Lazzarin A, Nicolosi A et al. *Antiretroviral treatment of men infected with human immunodeficiency virus type 1 reduces the incidence of heterosexual transmission*. Arch Intern Med 1994; 154: 1971-1976.
6. Dean M, Carrington M, Winkler C et al. *Genetic restrictions of HIV-1 infection and progression to AIDS by a deletion allele of the CKR5 structural gene*. Science 1996; 273: 1856-1862.
7. Update: Provisional Public Health Service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. MMWR 1996; 45: 468-473.
8. Katz MH, Gerberding JL. *Postexposure treatment of people exposed to the human immunodeficiency virus through sexual contact or infection-drug use*. N Engl J Med 1997; 336: 1097-1100.
9. Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al. *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment*. N Engl J Med 1994; 331: 1173-1180.

Referens beträffande HIV 2:

Andersson S, Nauclér A, Norrgren H, Biberfeld G. *Två sinsemellan olika HIV kända. Olikheterna kan förklara infektionens mekanismer.* Läkartidningen 1996; 23: 2230–2236.

Referens till avsnitt specificering av HIV diagnostik i Sverige:

Thorstensson, Rigmor, chefsmikrobiolog, SMI.

Bilaga 9

Utlåtande om psykiatriskt perspektiv på
situationen för de personer som
tvångsisolerats enligt smittskyddslagen

*Anders Anell,
Socialläkare*

Innehåll

Uppdraget	318
Uppdragstagaren.....	318
Underlag	319
Beskrivning av de isolerade	319
Antal	319
Hemmahörighet i landet	319
Kön	320
Ålder.....	320
Isoleringens varaktighet	320
Nationalitet	321
Sexualitet.....	321
Speciella problem av sexuell art.....	322
Huvudgrupper.....	323
Missbruk.....	323
Urinprovskontroller	324
Metadonunderhållsbehandling	326
Försörjning	326
Kriminella män.....	326
Brottsbalken sive smittskyddslagen	327
Prostituerade.....	329
Legal evidens.....	330
Bostad.....	331
Familjerelationer	333
Känsliga relationer	333
Tolkar	333
Kultur	334
Avlidna	335
Hiv/aids-relaterade symptom.....	335
Somatisk vårdnivå.....	336
Anledning till isolering.....	337
LVM.....	338
Problem i psykiatrisk vård.....	339
Psykiatriska diagnoser	340
Botbarhet	341
Styrfaktorer för risktagande	342
Prediktion	344

Avgränsning mot LPT och LRV	345
Psykiatrins roll.....	346
Etik	347
Intyg.....	348

Uppdraget

Uppdraget är att avge ett självständigt utlåtande för att i ett psykiatriskt perspektiv belysa situationen för de personer, som tvångsisolerats enligt bestämmelserna i smittskyddslagen. Avsikten är att utlåtandet skall ge 1996 års Smittskyddskommitté insikt i denna problematik och utgöra underlag för kommitténs överväganden när det gäller behov och utformning av smittskyddsåtgärder. Utlåtandet skall kunna bifogas kommitténs betänkande som ett självständigt expertutlåtande.

Uppdragstagaren

Författaren till utlåtandet har följande bakgrund av betydelse för uppdraget. Han har varit verksam inom allmänpsykiatrin som psykiater omkring femton år och har arbetat med missbruksfrågor sedan 60-talet, särskilt rörande narkomanvård. Sedan 1980 är han socialläkare i Stockholms stad, sedan 1983 med placering på Behandlingsgruppen i City, en psykoterapeutisk specialmottagning för tidigare eller aktiva narkotikamissbrukare och deras anhöriga. Det senaste decenniet har han varit 1/2-tidstjänstledig därifrån för att bestrida följande befattningar.

Januari 1986–november 1989 var han överläkare för Narkomanhälsan på Sabbatsbergs sjukhus, en öppenvårdsmottagning då helt inriktad på hivantikroppstestningar, hivinformation och psykiatriskt stöd åt hivsmittade narkomaner och sådana under risk att smittas. November 1989–januari 1994 var han konsultläkare i narkomanfrågor vid Epidemiologiska avdelningen på dåvarande Statens Bakteriologiska Laboratorium. Januari 1994–juli 1996 var han överläkare för den psykiatriska mottagningen vid infektionskliniken på Danderyds sjukhus och hade som ett uppdrag att vara psykiaterkonsult åt Den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen på Danderyds och Beckomberga sjukhus. Han har arbetat nationellt och internationellt i övergripande frågor om hiv/aids och narkotikamissbrukare. Han har fungerat som konsult och handledare på detta område åt personal inom narkomanvård, inklusive LVM-vård (tvångsvård) och var överläkare för avgiftningsavdelningen på Serafens LVM-hem 1986–88. I klinisk öppen vård har han arbetat huvudsakligen med hivsmittade narkomaner men även med andra hivsmittade.

Underlag

Erfarenheterna från Den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen utgör den väsentliga basen för uppdraget men erfarenheter från de övriga nämnda positionerna tillför viktiga perspektiv. Exempelvis hade överläkaren vid Narkomanhälsan som ansvarig för hivprovtagningarna på narkomanvårdskliniken vid Sabbatsbergs sjukhus delvis samma ansvar enligt SmL som behandlande läkare på infektionskliner.

I förutsättningarna för uppdraget ingår inte att penetrera domstolshandlingar eller journaler rörande patienter, som isolerats enligt smittskyddslagen (SmL). Det kan minska exaktheten i enstaka uppgifter men inverkar inte på uppdragets huvudsyfte. Sekretesskrav och integritetshänsyn nödvändiggör ibland en viss vaghet eller att olika uppgifter om en och samma patient förekommer på olika ställen i texten men inte sammankopplas.

Synpunkter har inhämtats från samtliga de psykiaterkollegor, som tjänstgjort som psykiaterkonsulter åt Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL, nämligen överläkare Birgitta Alexius, biträdande överläkare Sören Axelson och överläkare Peter Nordström.

Beskrivning av de isolerade

Antal

Fram till och med juli 1996 har 50 personer isolerats på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL vid 56 vårdtillfällen.

Hemmahörighet i landet

42 av dem har varit hemmahörande i Stockholms län och 8 i andra län. Två har flyttat till Stockholm mellan respektive under omhändertagandetillfällena. I Stockholmstrakten har bättre möjlighet till rehabilitering under kontroll kunnat vara en tillgång men betänkligt har varit, att storstadens anonymitet och kontaktutbud attraherat sidor hos de isolerade som inbjudit till fortsatt smittfarligt leverne. Enheten har hela riket som upptagningsområde men ytterligare några personer har isolerats på andra sjukhuskliniker ute i landet.

Kön

Könsfördelningen har varit 18 kvinnor och 32 män.

Ålder

Åldersgenomsnittet har legat på 32 år vid intagningen. Kvinnorna har i genomsnitt varit två år yngre än männen. Den yngste har varit 20 år gammal och den äldste 48 år. I stort sett har åldersfördelningen stämt överens med den hos de vuxna hivsmittade i landet.

Isoleringens varaktighet

Omhändertagandeperiodernas längd har varierat mellan 24 och 2 717 dagar.

Som grupp har de schizofrena och de mentalt retarderade narkotikamissbrukarna varit svårplacerade i andra vårdformer och utgjort en patientrest med de längsta omhändertagandetiderna.

Generellt men med vissa bestämda undantag kan sägas, att ju bättre psykiskt integrerade patienterna varit, desto snabbare har isoleringen kunnat upphöra.

Av dem med omhändertagandetid understigande ett halvt år har sju varit personer utan missbruksproblematik och ungefär dubbelt så många personer med narkotikamissbruk, de flesta mentalt relativt välintegrerade, samt en alkoholmissbrukare.

Denna grupp har innefattat två personer med psykotiskt respektive gränspsykotiskt tillstånd, vilka efter misshandel och hot mot personal respektive anhöriga dömts och överförts till fängelse och senare utvisats. En annan person har insjuknat så svårt i aids, att förmågan att sprida hiv bedömts upphöra, och avlidit ett halvår senare. I kontrast till detta fall har en aidsdement och svårt medtagen narkotikamissbrukare omhändertagits enligt SmL endast ett par månader innan han avlidit, fortfarande omhändertagen. Ytterligare en annan person har lidit av ett förvirringstillstånd till följd av toxoplasmos i hjärnan och har kunnat utskrivas återställd efter infektionsmedicinsk behandling av toxoplasmosinfektionen, en känd komplikation till hivinfektion, och symptomlindrande psykiatrisk medicinering.

Som exempel på upprepat omhändertagande kan nämnas den man, som har lidit av epilepsi och personlighetsförändringar efter ett allvarligt skalltrauma med skada på hjärnans pannlob och även ett tidigare alkoholmissbruk. Han har omhändertagits tre gånger efter slagsmål

med rikligt blodvite och smittrisk. Omhändertagandetidens längd har varierat mellan 90 och 278 dagar.

Nationalitet

Nationaliteten har inte heller visat någon stor avvikelse från vad som gäller för de smittade i landet. 26 har varit födda och uppväxta i Sverige. Av de övriga har en kommit från Asien, två från Sydamerika, tre från Finland, tre från Europa utom Skandinavien och 15 från Afrika. Endast ett par kvinnor har förekommit bland dem som kommit från utlandet.

Samtliga utom-européer har varit män. Det stämmer inte alls med könsfördelningen hos hivinfekterade av utländsk extraktion i Sverige. De har i allmänhet vistats i Sverige något eller ett par år men flera har levt under osäkra uppehållsbetingelser. Flertalet har berättat om tortyr och förföljelse i hemlandet eller har haft erfarenhet av krigshändelser och bar fysiska eller psykiska spår av det.

Sexualitet

Alla utom tre har varit heterosexuella. Av de tre har två varit pedofiler och en tredje har varit transsexuell. Ingen har i vanlig mening manifesterat sig som vuxenhomo- eller bisexuell. Ett par män har haft samlag med andra män utan att vara psykiskt identifierade som homosexuella.

Majoriteten har haft grava svårigheter att etablera och upprätthålla varaktiga och ömsesidiga relationer till andra människor och det har även präglat sexualumgänget. Få har beskrivit sitt sexualliv som ordnart eller tillfredsställande. Många av dem från främmande länder har haft svårigheter att anpassa sig till svenska vanor och normer, inte bara på sexualitetens område, och har därtill i flera fall ägt en charm och attraktionsförmåga, som de både haft att vara stolta över och att tygla.

Sexuella relationer har ofta varit färgade av utnyttjande, förnedring, känslökyla, objektivering, destruktivitet och brist på empati och närhet. För en del har sexuella förbindelser tjänat syftet att reparera en miserabel självbild eller att motverka en djup inre identitetsosäkerhet. Inte bara kvinnorna utan även en del av männen har själva utsatts i sina tidigare liv för hänsynslöshet och sexuella övergrepp eller varit närvarande vid sådana. Dessa upprepade traumata har disponerat för en förvrängd syn på sexualiteten och isolering, frustrering, otrygghet och misstro i förhållandet till andra människor.

Inte bara ogifta utan även ett par av de gifta männen har anklagats för att ha misshandlat kvinnor respektive sina hustrur i sexuellt sammanhang. Omvänt har en man och ett par kvinnor hävdat att de själva varit offer för något som legat nära våldförande och att de saknat handlingsutrymme vid den handling, som legat till grund för domslut om isolering enligt SmL. De har dock av egen vilja givit sig in i riskabla situationer.

Speciella problem av sexuell art

Vissa beslut rörande rätten till vissa företeelser av sexuellt slag under omhändertagandet har inte varit självklara och får här tjäna att belysa karaktären hos vissa intagna. En patient onanerade excessivt. Det bedömdes vara hans rättighet och vore svårt att förhindra i praktiken, även om det innebar ett obehag för personalen att ta hand om de nerkladdade lakanen. En kvinnas massagestöv omhändertogs mot hennes vilja dels av hygieniska skäl, dels som en av flera pedagogiska åtgärder för att göra tydligt för henne att hon måste ändra sina överaktiva sexualvanor, som inte i detta men väl i andra avseenden innebar smittorisker. Samlag mellan de isolerade förekom men förbjöds och förhindrades i möjligaste mån av personalen, då det inte stod i överensstämmelse med generella ordningsregler inom sjukvården. Besöksrum med möjlighet till samlag mellan isolerade och besökare inrättades aldrig men har varit efterfrågat endast av någon enstaka patient. Mot personalens inrådan gifte sig ett par patienter, som var isolerade under samma tidsperiod och lärde känna varandra då. Smittskyddsskäl kunde inte gärna anföras mot det.

Rätt betydande telefonrestriktioner fick för en tid införas för att förhindra en patient från att använda avdelningstelefonen till att ta emot svar på sina kontaktannonser. Det bedömdes olämpligt och i strid med isoleringens syfte, om Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL skulle fungera som kontaktcentral för prostitutionskunder och därmed i detta enskilda fall eventuellt medverka till smittfarliga sexuella förbindelser.

Piercing och epilering (hårborttagning med hårfin brännål) förutsätter enligt smittskyddsläkarens föreskrifter att den hivinfekterade informerar utföraren om blodsmitta. Det har uppfattats som särskilt svårt dels därför att det så nära förknippats med självkänsla och en rätt att göra sig attraktiv, dels därför att personal på skönhetsalonger inte uppfattats ha med de intimiteter och medicinska frågor att göra, som föreskrifterna väsentligen rör. Härvidlag kan man fråga sig om de isolerades svårigheter och inställning skilt sig från vad hivsmittade i all-

mänhet beaktat. Inte endast psykiskt sköra personer skulle vara betjänta av stödet att få aktiva frågor om blodsmitta från personal på studios och salonger men får det uppenbarligen sällan.

Huvudgrupper

Huvudgrupperna har utgjorts av invandrare/flyktingar och missbrukare. En tredjedel av fallen har varit bådadera. Ingen har inte tillhört någon av dessa båda kategorier. Över tid skedde en förskjutning från en stor andel prostituerade narkotikamissbrukare de första åren till psykiskt sjuka narkotikamissbrukare under senare år.

De har i allmänhet varit väl kända och observerade av olika myndigheter i årtal och dessutom varit relativt lättidentifierade, när misstankar om smittfarligt beteende riktats mot dem. Det innebär med största sannolikhet, att en betydligt vidare krets av hivinfekterade människor har fyllt kriterierna för omhändertagande enligt SmL utan att ha kunnat nås med nuvarande lagstiftning.

Med andra ord är de hittills isolerade personerna säkerligen inte de enda eller ens de mest smittfarliga i samhället.

Missbruk

Missbruk förekom hos 43 patienter. I fem av dessa fall rörde det sig enbart eller huvudsakligen om alkoholmissbruk. 14 missbrukade amfetamin och 24 heroin. Oftast men inte alltid rörde det sig om intravenöst missbruk hos dessa. Jämfört med narkomanpopulationen i Stockholm höll sig de flesta av dem till ett av dessa preparat. Ett samtidigt missbruk av hasch var i allmänhet av låg intensitet och inverkade endast i ett par fall påtagligt på missbrukarens förmåga att följa föreskrifterna i SmL. Däremot hade omkring hälften av kvinnorna ett komplicerande och svårt bensodiazepinberoende, som påverkade deras benägenhet att vara oförsiktiga med smittrisker, när de befann sig i aktivt missbruk.

Flera av de prostituerade har beskrivit det som en förutsättning att vara narkotikapåverkad för att tolerera vämjeliga odörer och förnedring i prostitutionsakten.

Även om personen inte alltid har kunnat rubriceras som alkoholmissbrukare, har alkoholpåverkan förekommit vid åtskilliga av de tillfällena av smittfarligt beteende, som utgjort grund för isoleringen enligt SmL. Denna påverkan har i olika mån menligt inverkat på förmågan att följa smittskyddsföreskrifter. Vanligen har patienterna beskrivit hur de regredierat och därmed blivit mindre nogräknade i sina partnerval och

mindre anvarskännande för sig själva och andra. Alkoholen har också dämpat ångest, osäkerhet och otillfredsställelse över livssituationen, som alla burit på. Det har inte varit ovanligt att de rapporterat om att de varit alkoholpåverkade, när de själva blev smittade.

En öppen fråga har varit hur långt behandlande läkare och smittskyddsläkare har befogenhet enligt SmL att ställa som föreskrift att sådana patienter utan påvisbart alkoholmissbruk underkastar sig alkoholkontroll och alkoholpreventiv behandling i syftet att de ska leva i total alkoholabstinens.

Urinprovskontroller

Inom psykiatri och missbruksvård har lagstiftning och integritetshänsyn tydligt anvisat att toxikologiska urinprov i syfte att kontrollera att missbrukare förhåller sig drogfria ska kunna motiveras av särskilda skäl i varje individuellt fall vid varje tillfälle. Det kan finnas skäl att reglera vad som gäller i detta stycke vid åtgärder enligt SmL både före, efter och under isolering enligt SmL.

Generellt sänker påverkan av narkotika eller alkohol tröskeln för att en hivpositiv person ska bryta mot föreskrifter givna enligt SmL. En varaktig drogfrihet har i allmänhet varit en målsättning under omhändertagandet. Oftast har den kunnat understödjas eller vidmakthållas efter det att omhändertagandet upphört genom placering i familjevård eller institution för vård och boende för missbrukare eller genom stöd och kontroll i öppen vård. I flera fall har under dessa omständigheter kravet på absolut drogfrihet eftergivits och ett begränsat missbruk kunnat tolereras utan att risk för fortsatt smittspridning bedömts föreligga. Fler faktorer än själva missbruket i sig har avgjort benägenheten att ta risker att sprida smittan vidare. Ibland har missbruket haft en underordnad betydelse. För förtroendet för lagen hos de berörda patienterna är det av vikt att dess roll värderas rätt.

På senare år har basenhetschefen och smittskyddsläkaren i Stockholms län överenskommit om en regel att urinprovskontroll för analys av narkotika ska avges av de isolerade efter varje utomhusvistelse tillsammans med eller utan sällskap av personal. Regeln har berört även patienter utan missbruksproblem. Uteblivet eller positivt urinprov har medfört att utgång dragits in för två veckor.

Som ordningsåtgärd kan den generella regeln synas begriplig men det är tveksamt om den i sig minskat den vissa tider bekymmersamma införseln av narkotika på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL. Som pedagogisk åtgärd för att komma till rätta med patienternas missbruk är den tvivelaktig, då den snarast fråntar missbrukarna

eget ansvar och avhänder personalen ett instrument att i rätt sammanhang påverka missbrukaren. Annorlunda ställer det sig vid riktade provtagningar. Som smittskyddsåtgärd saknar den mening och berättigande och förflyttar fokus från bearbetning av det smittfarliga beteendet till divideranden om proverna. Som stel rutinåtgärd har den berört personal och patienter illa och är integritetskränkande. Som kvalitets-säkrande åtgärd får den en skeneffekt, kan bli missvisande och skapar misstroende mot innehållet i omhändertagandet. Som säkerhetsåtgärd är den missriktad, dyr och belastar laboratoriet med akutsvar och personalen med en besvärande uppgift, som tar tid från väsentligheter. Som åtgärd för att visa vem som bestämmer föder den maktkamp.

Ur psykiatrisk synpunkt har åtgärden medfört att patienter onödigtvis blivit pressade av provtagningen och berövade en behövlig rörelsefrihet. Frihetsinskränkningarna har provocerat fram aggressivitet och konflikter men även uttalade depressiva reaktioner. Härigenom har psykiatrisk behandling motverkats och förtroendet i behandlingsrelationen mellan personal och patienter undergrävt.

Det sagda utesluter inte att en sådan generell åtgärd tillfälligtvis har kunnat vara indicerad för en mycket kort period för att stävja ett under vissa perioder frekvent missbruk inom isoleringsenheten och vid utgångar. Bestämda missbrukande patienter har då varit pådrivande och manipulerande. Under en sådan period har exempelvis vissa patienter ideligen begärt att akut få bedömning på infektionsmottagning. I taket på den eller i blomkrukor har de fått narkotika levererad utifrån vid besöket trots att personal medföljt och försökt övervaka dem. Narkotikan har de fört med sig till isoleringsenheten för att bruka där. Urinprover har dock inte kunnat avslöja detta.

Det har förekommit en övertro på värdet av urinprover, som i annat sammanhang kan fylla en tydlig funktion. Det är emellertid väsentligt att lagstiftaren tydligt anger att en sådan åtgärd, som för de redan tvångsisolerade patienterna är ingripande, ska utföras endast om det föreligger tydliga skäl strikt utifrån syftet med omhändertagandet att förhindra smitta. Samma sak bör gälla utgångsrestriktionerna som motiverats av narkotika- och alkoholpåverkan. Varken omedelbart eller på längre sikt har de rutinmässigt beslutade restriktionerna förhindrat smitta generellt sett. Ibland har de dock varit motiverade av en risk att patienten ska avvika. Liksom nekad utgång motiveras skriftligen kan det finnas skäl att göra detsamma om urinprover ska tagas mot den isolerades vilja.

Metadonunderhållsbehandling

Tre omhändertagna har stått på reguljär metadonunderhållsbehandling eller har just avstängts från sådan, när omhändertagandet enligt SmL påbörjats. En handfull patienter har inställts på sådan behandling mot heroinmissbruk under eller i nära anslutning till omhändertagandet. De flesta av dem har inte förmått sköta denna behandling ordentligt utan har avstängts och i ett par fall åter omhändertagits enligt SmL. I ett fall har metadonbehandling kunnat genomföras under längre tid i kombination med familjeplacering. Övriga heroinmissbrukare bland de isolerade har inte fyllt kriterierna för metadonbehandling och har blivit föremål för andra behandlingsformer mot missbruket.

Försörjning

Som helhet har de isolerade saknat fast förankring i arbetslivet. Endast någon enstaka har haft arbete. Ett fåtal har tidigare haft erfarenhet av arbetslivet men de flesta inte alls. Ett par har gått i basal utbildning som led i arbetsrehabilitering. Detta gäller i fråga om dem från utlandet den del av livet de tillbringat i Sverige. I hemländerna har en del av dem gått i utbildningar eller arbetat i yrken med andra krav och förutsättningar än vad de möter i arbetslivet i Sverige. Ett par av dem har haft en diffus eller suspekt bakgrund i hemlandet.

Oberoende av nationalitet har de flesta försörjt sig på socialbidrag, några få på sjukbidrag och ytterligare några på förtidspension, då i allmänhet på psykiatrisk grund. I missbrukargruppen har förekommit ett par män som enbart försörjt sig kriminellt och även i sin övriga sociala normering skilt sig från resten av de isolerade.

Kriminella män

Dessa män har varit gravt kriminellt belastade och demonstrerat en fullständig hänsynslöshet mot medmänniskor i fråga om våld. En av dem utgjorde en skräck för även härdade medpatienter, när han tidigare fick vård på avgiftningsklinik, till den grad att halva avdelningen tömdes ett par gånger. En annan var så kallad torped.

Det vore närmast otroligt att sådana individer skulle vara anvarsfulla och hänsynsfulla i sitt sexuella leverne, som deras isolering gällde. Det ena målet gällde även smittfarligt delande av injektionsverktyg. I narkomankretsar var de kända för att dela sprutor oansvarigt och tillhörde den mindre krets på ett tjugotal

narkotikamissbrukare som är ökända och delvis fruktade för smittfarligt beteende sexuellt och vid injicerande.

Ur psykiatrisk synpunkt har de företett grava personlighetsstörningar med uttalade psykopatiska och antisociala drag men inte psykisk sjukdom av det konfusionella, psykotiska eller depressiva slag, som många av de övriga isolerade patienterna lidit av. De har varit normalbegåvade och verklighetsanknutna och inte haft några problem att rent intellektuellt lära sig smittskyddsföreskrifter och ordningsregler. Däremot har de inte internaliserat dem, dvs. gjort dem till sina egna inre regler, utan levt efter dem endast så långt som myndigheterna kunnat kontrollera efterlevnaden.

De har varit skickligt undanglidande och förljugna och samtidigt duperande och manipulerande gentemot omgivningen. Vanan att via ett trängre kontaktnät utöva hot i juridiska trångmål och "ouppklarade affärer" har varit väletablerad. I ett smittskyddsmål i länsrätten rörande en av dem tvekade även en erfaren narkotikapolis att vittna fullt ut. Överläkaren på Narkomanhälsan vittnade om uppgifter från narkomanvårdspersonal och andra patienter om upprepade smittfarliga beteenden och om mannens oförbätterliga antisociala personlighetsstörning, men direktuppgifter stod inte att få, då ingen vågade vittna. Mannen friades denna gång från brott mot SmL och isolerades inte. De anförda farhågorna besannades och han smittade ytterligare en kvinna. Isolering kom dock till stånd vid ett annat tillfälle.

Brottsbalken sive smittskyddslagen

Likartade problem har förekommit då det gällt att föra mål i domstol mot den typen av personer enligt brottsbalken. De drabbade, i allmänhet kvinnor, har hotats och inte vågat vittna i domstol om de uppgifter de lämnat i förundersökningen, inte ens om de varit en handfull i antal till stöd för varandra. Ett problem har också varit att bevisa intentionen att smitta.

Det rör sig inte sällan om svårutredda och intrikata relationer mellan de inblandade i smittriskabla handlingar. Flera av männens kvinnliga partners har varit synnerligen omogna och impulsstyrda. De har ambivalent, under stark beroendepåverkan eller provocerande aktivt medagerat i smittfarligt beteende. Vissa relationer har framstått som exploaterande eller sado-masochistiska. Att som offer tvingas smälta lagens tillkortakommanden har hos en del efterlämnat ohanterliga självdestruktiva och aggressiva känslorstormar. Exempelvis har en kvinna, som själv smittats vid ett sådant juridiskt obevisbart våldssamlag, senare kommit att själv isoleras enligt SmL. Det gav

henne tillfälle att utreda sina känslor på ett sätt som inte hade lyckats tidigare i LVM-vård och psykiatrisk vård men som kunde ske på en relativt kort tid på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL.

Till följd av deras utstuderade sätt har det varit svårt att binda de kriminellt identifierade männen till brott enligt SmL och de har lyckats få avbryta isoleringen efter en anmärkningsvärt kort tid. De har sken-anpassat sig och skött sig formellt väl under isoleringen men har varit och förblivit opåverkade av den och har saknat förutsättningar att bli det. Även om de då inte har varit öppet aggressiva har de skapat en obehaglig hemlighetsfull och osäker atmosfär omkring sig. De har inte medgivit några för dem ofördelaktiga tankar och handlingar annat än om de kunnat överbevisas om dem.

För att åstadkomma inkapacitering från ett smittfarligt leverne skulle i deras fall tidsbestämd påföljd enligt brottsbalken och kriminalvård ha varit mer adekvat. Emellertid har rekvisit saknats för sådan vid den aktuella tidpunkten. I ett av fallen har det kommit till stånd senare för våldtäkt med smittöverföring. Samme man har smittat en besökande kvinna med hiv genom samlag inom lokalerna på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL medan han var intagen där.

Hos personal i kriminalvården finns på vissa håll en god kunskap om hiv och smittrisker men man kan inte tillhandahålla den specialiserade kunskap, som personal på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL äger. Inte heller är de yttre omständigheterna och tvånget lika fokuserade på smittrisker. Även om dessa beskrivna män och andra, som dömts enligt brottsbalken för hiv-relaterade brott, saknar förutsättningar att tillgodogöra sig innehållet i ett omhändertagande enligt SmL, kan det inte uteslutas att någon form av lagstadgad och systematiserad sådan information och påverkan under tiden kriminalvården pågår i någon mån kan minska deras benägenhet att i framtiden ta risker att överföra smitta. Att inte ålägga dem det skapar utrymme för att man förbiser en viktig aspekt i brottet.

Även om hittills såväl smittskyddsläkare som kriminalvårdens frivård har försökt hålla dem under observation och nå dem i hivavseende, har det visat sig svårt. De lagförda männen har varit dåligt motiverade och har uttalat hot inte bara mot privatpersoner utan även mot myndigheter. En bidragande orsak till det synes ha varit att dessa män inte uppfattat att myndigheterna haft tillräckligt lagstöd för sitt intresse för dem.

I ett par andra fall har gränsdragningen gentemot karaktären hos de nyss beskrivna männen varit flytande. De två mest "lyckade" fallen i bemärkelsen att de verkligen tagit till sig erfarenheterna från isoleringen och fortsättningsvis avhållit sig från smittfarligt leverne i ett

självständigt boende utgöres av en man och en kvinna, som båda får betecknas som kriminellt mycket erfarna narkotikamissbrukare. Till det goda resultatet bidrog deras egen förmåga till reflektion och förändring samt fortsatt flerårig tät och fortroendefull kontakt med psykoterapeut respektive socialsekreterare och dåvarande basenhetschef för Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL.

Smittskyddsläkare har uttalat bekymmer över att domare i SmL-mål förefallit fästa för stort avseende vid de isolerades formella kunskaper om hiv och om föreskrifter enligt SmL och ha svårigheter att bedöma de tilltalades förmåga att också följa föreskrifterna i enlighet med lagens prospektiva avsikt. Det har förefallit som om smittskyddsläkare funnit att en ordinär människobedömning klart talat för att vissa tilltalade saknat den förmågan medan domstolen haft ett mer stringent juridiskt krav att motivera ett beslut om omhändertagande. Smittskyddsläkaren kan under sina upprepade kontakter med den smittade ha övertygats om att denne inte är tillförlitlig, avsiktligt eller ej, men kan ha haft svårt att övertygande och konkret visa det inför domstolen. Nästan samtliga isolerade har intellektuellt klart kunnat redogöra för föreskrifter enligt SmL men deras problem har varit att emotionellt fullt ut ta dem till sig och aktivt göra dem till sina egna inre övertygade påbud.

Fyra fall har överförts direkt från isolering enligt SmL till kriminalvård efter misshandelsdomar för att på ett flagrant och medvetet sätt ha utsatt oinformerad sexualpartner för smitta eller risk att smittas med hiv samt i något fall för våld. Ett par av dem har senare utvisats ur landet. Ett par fall har överförts från kriminalvård för narkotikabrott till isolering enligt SmL. Deras smittfarliga beteende har tydligt uppdagats under tiden de suttit i fängelse.

Prostituerade

Av kvinnorna har drygt hälften försörjt sig genom prostitution. I ett par fall har det rört sig om gränsfall med åtminstone en problematisk promiskuitet. De har till följd av egen hjälplöshet eller promiskuitet utnyttjats gravt sexuellt i alkohol- eller narkotikamissbrukarkretsar och indirekt kunnat leva på det eller tas om hand. Deras egen upplevelse har överlag varit att de själva kunnat styra sina sexuella förbindelser och eventuella försiktighetsmått vid samlag, men i praktiken har de fått underordna sig män i svärbemästrade beroenderelationer och i ett par fall närmast fungerat som slavinnor åt gravt kriminella män. Exempel har också funnits på mer varsamt men dubbelbottnat omhändertagande från männens sida, inte sällan äldre män. Sådana män i deras närhet har

i flera fall mer eller mindre bidragit till att underhålla missbruket men också tidvis erbjudit bostad. För båda parter har det kunnat tillgodose vissa behov av en far-dotter-relation, som de inte fått möjlighet att uppleva på annat sätt.

Kvinnornas tidiga sexualliv har merendels präglats av incest och sexuella övergrepp, som bidragit till att sabotera deras möjligheter att utveckla en social normering. Även om de varit intensiva i sitt yttre agerande och i flera fall mycket verbala, har självkänslan sviktat gravt och inte räckt till för att kunna eller våga sikta mot ett socialt ordnat liv.

Smärtsamma och på annat sätt obehagliga underlivsåkommor liksom olika former av huvudvärk och andra spänningsbetingade smärttillstånd har varit vanligare i denna grupp än bland övriga. Det har bidragit till att föra in dem mer än övriga i missbruk av smärtstillande medel.

Främst dessa kvinnor har berörts av oklarheter i de krav och föreskrifter de fått som hivinfekterade och har framhävt behovet av att de formuleras mer distinkt i lag, bestämmelser eller råd och anvisningar. Som grupp är det de som varit mest insatta i smittrisker och formella föreskrifter. Vidare har de tagit del av undervisningsmaterial och tidskrifter om hiv/aids, som har funnits på isoleringsavdelningarna och aktivt gått igenom tillsammans med personal.

Legal evidens

De prostituerade har reagerat över att de ställts inför högre krav än andra i fråga om bl.a. oralsex. Under omhändertagandet enligt SmL har de fått lära sig att oskyddad fellatio och cunnilingus innebär en viss men svårbestämd risk för att hiv överföres, detta i enlighet med de besked som infektionsläkare och epidemiologer givit enskilt och i massmedia. Det skall alltså undvikas. I det enskilda fallet påverkas smittriskerna av faktorer, som inverkar på slemhinnornas vulnerabilitet hos båda parter. Å andra sidan har de i sådana tidskrifter som Folkhälsoinstitutets "Hiv-aktuellt" kunnat läsa om tillåtande hållningar med lite olika valörer och infallsriktningar både i fråga om oralsex och allmänmänskliga rättigheter till ett fritt sexualliv även som hivsmittad.

De har varit illa berörda av att prostituerade utpekats som särskilda smittspridare och påpekat att det är promiskuiteten och inte i sig prostitutionen, betalningsaspekten, som ökar smittriskerna. Promiskuösa människor upplever sig ofta som värdelösa, övergivna och tomma i sitt inre och har problem i relation till andra människor. De försöker lösa dessa problem genom att sexualisera sina olustkänslor och få ett värde.

Det kan i somliga fall ligga något beaktansvärt i de prostituerades uppfattning att de själva med en yrkesmässig attityd bättre förmår vara försiktiga med smittrisker än de promiskuösa, som helt upptas av sitt sexuella utlevande. Inte minst vid grupsamlag är det svårt att vara försiktig. Smittrisker kan relateras inte bara till antalet sexualpartners och samlag utan även till psykologiska behärskningsmekanismer före och under själva samlaget.

Flera av de omhändertagna prostituerade har hävdats att de konsekvent använt kondom och informerat sexualpartners och "kunder" om sin hivsmitta och att endast indirekta bevis anförts mot dem till grund för isolering enligt SmL, såsom att de stigit in i bilar på prostitutionsstråk. Det har varit oklart för dem huruvida de varit totalt förbjudna att prostituera sig.

Ansvar hos ännu inte hivsmittade människor har också diskuterats i medier. Det har naturligt fört in de isolerade kvinnorna på frågan om delaktigheten i smittriskansvar hos "prostitutionskunderna". I motsvarande mån har de isolerade, både män och kvinnor, emellanåt varit benägna att skjuta ifrån sig sin egen del av det ansvar lagen ålägger dem. Många har haft svårt att förstå distinktionen mellan praktik, moral och lag. Ett orättvisetänkande har legat nära till hands och de isolerade har inte undgått att ta intryck av kritiken utifrån mot SmL.

För trovärdigheten och effektiviteten i arbetet under omhändertagandet att förmå den isolerade till att avstå från ett smittfarligt leverne synes det vara av vikt att budskapet om vad som är smittfarligt eller ej harmonierar mellan lagens bokstav och vad som förmedlas från ansvariga myndigheter och organisationer.

Samma sak gäller det smittpreventiva arbetet i allmänhet och, i fråga om de hivsmittade, i tidigare legala skeden, innan isolering blir aktuell. En större tydlighet i fråga om vad lagen kräver av den hivsmittade skulle vara ägnat att öka respekten och toleransen för lagen. En vanlig övertolkning av lagen är att man som smittad inte skulle våga anförtro sin behandlande läkare sina svårigheter att, framför allt i sexuellt hänseende, leva enligt lagen och föreskrifter utan att riskera att bli isolerad. Förmågan till det kan variera beroende av personlighet och i vilket skede man befinner sig i den traumatiska reaktionen, när man fått besked om att man är hivinfekterad. Det är väsentligt att lagen ger utrymme för bearbetning av denna reaktion. Nu gällande SmL gör det men det behöver tydligare klargöras.

Bostad

Majoriteten av invandrargruppen och drygt hälften av missbrukarna har haft fast bostad. Några har fått hjälp att ordna det under omhändertagandet men ett par av dem har visat sig inte kunna sköta bostaden vad gäller hygien, ekonomi, mathållning, relationer och allmänna ordningsregler trots långvarig inskolning med hjälp av personal. I stället har det mestadels handlat om att finna familjevårdsplaceringar eller boendeinstitutioner, där den boende dagligen eller ständigt står under uppsikt av personal. Syftet med det ordnade boendet har varit att förhindra återfall i missbruk, som i sin tur skulle kunna medföra att missbrukaren ånyo gav sig in i smittfarliga sexuella kontakter. För många har drogfriheten räckt för att åstadkomma en självkontroll och förmåga att följa föreskrifterna i SmL.

Vid institutionsplaceringarna har man haft att överväga patienternas benägenhet att ge sig in i oskyddade eller oinformerade samlag med medboende. Där man bedömt den risken föreligga har familjeplaceringar varit ett bättre alternativ. Flera patienter har placerats på ett större familjehem för enbart hivpositiva narkomaner.

Vårdapparatsens brist på utbud av boendeinstitutioner för psykiskt svårt störda narkotikamissbrukare har påtagligt begränsat möjligheterna att placera de långtidsomhändertagna i andra vårdformer än Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL.

1993 planerade dåvarande basenhetschefen en utslussningsenhet med halvövervakat boende men planerna realiserades inte. För att minska steget mellan den yttersta åtgärden tvångsisolering och lagens möjligheter till frivilliga åtgärder för att hindra smittspridning före och efter isolering vore en utrednings- och observationsenhet i form av en boendeenhet väl indicerad.

I ett fall har en patient på egen begäran och efter tillstånd av sjukhusledningen fått stanna kvar några månader på Den särskilda enheten för omhändertagna enligt SmL efter det att isoleringen enligt SmL juridiskt upphört. Detta undantag beviljades mot bakgrund av att hon hade multipla sjukdomsyttningar av aids och i det närmaste hade blivit blind samtidigt som hon var synnerligen adapterad till personal och lokaler. Successivt kunde hon flytta till ett hospice för aidssjuka.

En annan kuriositet var en narkotikamissbrukande man, som falskeligen uppgav sig bete sig smittfarligt för att få tak över huvudet, då socialvården och annan narkomanvård enligt hans förmenande inte kunde erbjuda ens nattlogi i anständig form. Han stannade kvar någon vecka men smittskyddsläkarens utredning gav inte underlag för att yrka på isolering enligt SmL.

Dessa båda exempel kan tyckas ge ett gott betyg åt omhändertagandet men bör främst uppfattas som tecken på brister inom vårdapparaten. Ur psykiatrisk synpunkt kan det noteras att den ena patienten var psykotisk och den andre svårt personlighetsstörd. Ett resursstarkare och mer omsorgsfullt omhändertagande av invandrare och narkotikamissbrukare och ett bättre beaktande av deras kulturella, psykiska och sociala svårigheter inom invandrarmyndigheter, infektionssjukvård och narkomanvård skulle sannolikt ha onödiggjort flera av isoleringsfallen. I en del fall har det brustit i samordning mellan myndigheter men i andra fall har de kommit till korta trots ett mycket gott samarbete.

Familjerelationer

Kontakten med familj och närmaste släktingar har varit bruten eller problematisk för nästan alla. Få missbrukare har haft kontakt med sina föräldrar. I de fall den förekommit har den nästan undantagslöst varit konfliktfylld eller symbiotisk. En del av dem har haft en något bättre men sällan stabil kontakt med något syskon.

Ett par av invandrarna har varit gifta men hivinfektionen har frestat på partners tolerans och även lett till separation, särskilt om hustrun smittats. De flesta invandrare har haft familjen, hustru och barn eller vanligare föräldrar och syskon, kvar i hemlandet men har haft kontakt med och fått ett visst stöd av landsmän. Ibland har de haft kontaktsvårigheter och levt isolerade i sitt nya land.

Känsliga relationer

Språkligt har det varit svårt i vissa fall att utröna om uppgivna kontakter i Sverige eller andra länder de vistats i rört sig om släktingar eller vänner, eftersom även närmare vänner har kallats för syster eller bror. I en del fall har den isolerade varit skräckslagen inför risken att landsmän skulle få vetskap om hivinfektionen och frysa ut honom. Ofta har man känt till varandra rätt väl i de mindre invandrargrupperna på ont och gott. Invandrarna har i allmänhet för sitt privata stöd varit hänvisade till sina landsmän men saknar integritet där. Ibland har toleransen där dock visat sig oväntat stor. Skepsis och rädsla hos de isolerade har primärt ändå varit legio. Professionellt samtalsstöd har varit svårt att arrangera för dem, som kommit från små språkgrupper.

Tolkar

Representanter för olika språkgrupper bland personalen har minskat behovet av tolkar. I några fall har de behövts vid åtminstone viktigare samtal och vid rättegångar, där språkprecisionen är extra viktig. Erfarenheterna av tolk har varierat. Ämnet hiv, sexualitet och tvång har för vissa varit betydligt mer laddat än ämnet vid exempelvis ett vanligt sjukhusbesök och har lett till att tolken låst sig eller lierat sig med den isolerade. I andra fall har språkliga ord eller uttryck saknats för de nyanser man behöver beröra. Det har i vissa fall varit svårt att avgöra om det beror på tolken eller den isolerade att förklaringar om infektionssymptom, smittrisker eller legala villkor inte nått fram.

I flera fall har det varit uppenbart att patienterna språkligt inte kunnat tillgodogöra sig information om hivinfektionens natur och smittskyddsföreskrifter, när de i Sverige fått besked om att de burit på hivsmitta. De har varit kritiska mot att behandlande läkare inte försäkrat sig om att de förstått innebörden av beskedet. De har visserligen fått tolkhjälp och skriftlig information på något av de större språken men det har gått dem förbi antingen därför att deras modersmål varit ett minoritetsspråk som inte kunnat tolkas nyansrikt, därför att de varit funktionella analfabeter eller därför att de befunnit sig i någon form av krisreaktion. De hade med hänsyn till detta varit i behov av en lång serie klagörande samtal.

Kultur

Nära sammanhängande med de språkliga svårigheterna har kulturella skillnader haft betydelse för förståelsen av medicinska budskap. Det har varit svårt att förstå att man bär på en infektion, som inte ger några symptom och inte de närmaste åren hotar livet, när man i sitt hemland haft erfarenhet av ett antal förödande och direkt märkbara infektionssjukdomar, som synbarligen skördar många offer. Ännu obegripligare har det varit att man är smittsam fastän man är frisk. Begreppsmässigt har detta för många varit alltför abstrakt. De har inte varit vana vid västerländska symboler, termer och föreställningar.

Över hälften av de isolerade från utlandet har haft kliniskt manifesterade kulturella anpassningssvårigheter med oro, stress, anspändhet, ångest och nedstämdhet. Tillstånden har medfört en försämrade förmåga att fungera socialt och ta ansvar för sig själv och andra. Hos en hel del individer har anamnestiskt en omogen eller på annat sätt sårbar grundpersonlighet förelegat redan i hemlandet och disponerat för uttalade reaktioner i ett nytt land.

Hos hälften av den utomeuropeiska gruppen har samtidigt med anpassningsreaktioner eller som ensam psykiatrisk diagnos posttraumatiska stresstillstånd förelegat. Det innebär att de efter extremt livshotande upplevelser fått långvariga och återkommande ångestyttringar i form av plågsamma minnesbilder, mardrömmar, repetitiva traumarelaterade handlingar och fysiologiska reaktioner, minnessvårigheter för traumat, nedsatt vitalitet, främlingskap, överspändhet och nedsatt social funktionsförmåga.

Avlidna

Tre patienter har avlidit under vistelse på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL, samtliga av aidsrelaterade orsaker. Det ena dödsfallet inträffade akut i en oväntad komplikation, som ledde till döden inom ett par timmar. Dessförinnan hade patienten mått relativt bra. I det andra fallet insjuknade patienten brant inom loppet av några dagar från att tidigare ha varit uppegående och vissa dagar trött och medtagen. Det tredje fallet vårdades i terminalt tillstånd på omhändertagandeenheten sista månaden.

Ytterligare fyra patienter har avlidit i nära anslutning till isoleringen, två av infektioner, två till följd av narkotikainjektion. Flera än så har avlidit flera månader eller år efter det att isoleringen upphört. Det har då i nästan alla fall rört sig om död orsakad av hiv/aidskomplikationer.

Veterligen har ingen av dem begått självmord. Inte heller har självmordsförsök förekommit under själva isoleringen. Flera självdestruktiva handlingar, såsom överdoseringar med insmugglad narkotika eller läkemedel, får ses i ljuset av hopplöshetskänslor inför utdragen isolering och mycket svår psykosocial och medicinsk belägenhet. Var tionde isolerad har haft allvarliga suicidfunderingar.

Ofullständiga uppgifter föreligger om de utländska medborgare som utvisats eller frivilligt återvänt till sina hemländer, men åtminstone ett par av dem har avlidit.

Hiv/aids-relaterade symptom

Många har varit medicinskt märkta av ett hårt liv i utvecklingsländer eller i missbruk. Psykosomatiska besvär har varit vanliga och speciellt för afrikanernas del uttryck för depressiva reaktioner.

Skedet i hivinfektionen har varierat från nydiagnosticerade seropositiva till döende i aids vid tiden för domen om isolering enligt

SmL. Omkring hälften har saknat symptom på hivinfektionen eller endast haft dem i lindrig form, exempelvis som torr hud och klåda. Tillsammans med avstängningen från ett socialt liv har även sådana besvär kunnat vara plågsamma. Inte sällan har sådana besvär öppnat vägen för en avslappnande kroppskontakt, som patienterna aldrig fått erfarenhet av i sitt tidigare liv, när personalen vårdat om patienterna med salvbehandlingar eller massage.

För övriga har det varit en glidande skala av olika grader av generella hivrelaterade besvär och opportunistiska infektioner, som krävt kontinuerlig eller tillfällig infektionsmedicinsk behandling. Infektionsläkare har ansvarat för den när den har kunnat ges på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL, vilket inneburit en vårdnivå motsvarande den i hemsjukvård.

En femtedel av de isolerade har haft CD4-cellstal understigande 200 milj/l, under vilket värde risken för aids stiger brant.

Somatisk vårdnivå

Vid tillstånd som krävt intensivvård på infektionsklinik har den isolerade överförs till sådan. Personal från Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL har då i allmänhet stationerats där hos den sjuke, inte så mycket av kustodiella skäl som av humanitära. Det har varit viktigt för dessa utsatta och sköra människor att ha någon de känner väl vid sin sida.

1996 dömdes en man till isolering enligt SmL och överfördes från en infektionsklinik till Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL, fastän han var gravt aidsdement och döende i aids. Han var i behov av dropp och annan somatisk intensivvård, som han inte kunde erbjudas på isoleringsenheten, och föll i sin förvirring och kraftlöshet ur sängen och blev uttorkad, något som är plågsamt och särskilt när man som denne man hade torsk i munnen. Patienten avled efter omkring två månaders isolering. Skälet för isoleringen var att han upprepade gånger i pockande ton begärt att få lämna och då också fått lämna den i och för sig låsta infektionsavdelningen och då på sannolika grunder kunde misstänkas för att bete sig smittriskabelt. Hans mentala klarhetsgrad fluktuerade och han var förvirrad i alla kvaliteter. Han kunde knappt stå på benen och blev sur och rastlös, när han inte hade personal hos sig.

Nuvarande enhetschef har förordat att Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL bör få sådana sjukvårdsresurser att även infektionsmedicinsk intensivvård skall kunna bedrivas inom enheten. Det anförda fallet och ett par andra fall illustrerar att den med

hittillsvarande resurser inte förmår erbjuda vård av den kvalitet som krävs enligt HSL och anvisningar från Socialstyrelsen.

Inom ramen för lagar och förordningar borde den nämnda patienten i första hand ha kunnat få fortsatt vård på den infektionsavdelning där han befann sig. I andra hand hade patienten kunnat överföras för fortsatt infektionssjukvård till infektionsavdelning 3 på Danderyds sjukhus, där fyra specialplatser finns reserverade för samlokaliserad infektionsmedicinsk och psykiatrisk vård. Legalt kan dessa platser disponeras för vård både enligt HSL, SmL och LPT. Rummen är försedda med vissa extra säkerhetsanordningar. Genom åren har endast ett fåtal patienter kommit i fråga för vård på dessa dubbla premisser.

Det kan ifrågasättas om SmL verkligen är avsedd för personer i terminalt skede av aids och tillämplig på ett fall som detta. Etiskt och humanitärt ter sig användning av SmL här malplacerad.

Anledning till isolering

Oskyddat och/eller oinformerat sexualumgänge har utgjort huvudskälet för isolering i majoriteten av fallen. I några av dessa fall har dessutom förelegat en viss men inte styrkt misstanke om att personerna överlåtit sina blodförorenade injektionsverktyg till någon annan.

Fyra manliga och en kvinnlig narkotikamissbrukare har överfört hivinfektion till sina sexualpartners och då bevisligen eller sannolikt på sexuell väg. I ett fall skedde det genom formlig våldtäkt. Drygt hälften av de utländska medborgarna har bedömts bevisligen eller med stor sannolikhet ha smittat mellan en och fem sexualpartners. Många av dem har varit landsmaninnor. I ett fall rörde det sig om homosexuell prostitution. Det smittfarliga beteendet hos männen har vanligen kommit fram genom kontaktpårning, när kvinnornas infektion upptäckts.

Smittöverföring har inte kunnat fastställas för de återstående, dvs. alla kvinnor utom en, flertalet manliga missbrukare och knappt hälften av dem från utlandet.

I två fall har huvudskälet för isolering varit att missbrukare misstänkts för att ha delat sprutor. Båda har varit psykotiska. Det hade inte lett till någon känd eller bevisad överföring av hiv till annan person. I dessa liksom i en del andra fall rörande missbrukare har det varit andra missbrukare som påtalat deras smittriskabla beteende för smittskyddsläkaren eller för narkomanvårdare i sjukvården eller socialvården. De senare har tvekat om sin rättighet med hänvisning till sekretesslagen att på eget initiativ föra sådana uppgifter vidare till smittskyddsläkaren och det kan behöva tydliggöras i lagen. De har funnit det oansvarigt att

inte förfara så och hade redan en god kontakt med smittskyddsläkaren, vilket inte alltid är fallet.

I ett fall har en man, en av de kriminella, både delat sprutor och haft oskyddade samlag med sin osmittade hustru.

Tre fall har gällt aggressivt beteende med smittrisk. En alkoholmissbrukare med hjärnskada tappade ofta besinningen och råkade i slagmål, varvid han blodade ner kombattanerna. En narkotikamissbrukare med dålig impuls kontroll hade smetat blod i ansiktet på en vårdare på en behandlingsinstitution. En ytterligare narkotikamissbrukare omnämnes nedan.

LVM

Tre fjärdedelar av de missbrukare som isolerats har tidigare erhållit LVM-vård utan att uppnå bestående drogfrihet. Inte heller har de på kortare sikt tillgodogjort sig den vården. LVM-vård har inte utgjort en lämplig utslussningsform, då det tett sig angeläget att finna frivilliga och långvariga former för eftervård till isoleringen enligt SmL och bibehålla det samarbete som etablerats med den isolerade.

Två missbrukare har däremot överförts direkt från pågående LVM-vård till isolering enligt SmL. I det ena fallet framkom uppgifter under pågående LVM-vård om att vederbörande strax dessförinnan fört ett smittfarligt leverne. I det andra fallet betedde sig den LVM-vårdade smittfarligt gentemot personal och medintagna.

En aidssjuk narkoman med blödande hudutslag hade provocerat personal och medintagna på ett LVM-hem genom att smuggla in sprutor, kanyler, heroin och annan narkotika i sina kryckor, i skorna och insytt i kläderna och utstuderat blodat ner omkring sig när han injicerade detta. Personal kunde inte utan risk ta ifrån honom attiraljerna och preparaten eller hejda honom på annat sätt. Metadonbehandling på tveksamma grunder kunde inte heller dämpa beteendet. Han uppträdde arrogant och hotfullt mot personal och medintagna och regerade omgivningen med sitt blod. Han kliade sig och blödde mer och smetade blodet på väggar, kylskåp och andra ställen. Han gick omkring halvklädd och ovårdad och väckte äckelkänslor omkring sig. Han stod under utredning för misstänkt tuberkulos.

Psykiatriskt var han paranoiker och starkt provocerad av inlåsningsen. Under omhändertagandet enligt SmL i två månader anpassade han sig successivt till avdelningens regler, kunde umgås någorlunda normalt med medpatienter och personal, förbättrade sin hygien och skötte utgångar. Den viktigaste orsaken till förändringen var det hivsakkunniga, orädda, bestämda och respektabla bemötande han fick till-

sammans med hjälp att bearbeta den dödsskräck, som låg bakom mycket av beteendet. Han kunde utskrivas för fortsatt vård på hemlandstingets infektionsklinik.

Vård enligt LPT övervägdes men bedömdes dels inte indicerad, dels meningslös, eftersom LPT inte skulle ha givit ytterligare befogenheter att stävja beteendet. Varken tvångsmedicinering, fastspänning eller avskiljande från medpatienter framstod som motiverbara alternativ. För att få en mening skulle sådana åtgärder behövt vara kontinuerlig i ett antal dagar och det vore tveksamt om det hade kunnat motiveras av synnerliga skäl. Omsorgen om patienten skulle ha motverkats. Situationen kunde bemästras på annat sätt, sedan patienten omhändertagits enligt SmL i en annan miljö. Patienten motsatte sig inte heller psykiatrisk behandling men skulle förmodligen ha intagit en negativ inställning till sådan om LPT hade kommit att tillämpas. På en psykiatrisk avdelning skulle hans beteende ha inneburit samma smittrisker som på LVM-hemmet.

Problem i psykiatrisk vård

En av de psykotiska isolerade männen har försökt idka oskyddat sexualumgänge med en åldrig förvirrad kvinna på en psykiatrisk klinik. En psykotisk man med viss missbrukskomplikation har varit sexuellt odiferentierad och haft oskyddade samlag med medpatienter av båda könen under vistelse på psykiatrisk klinik.

I ett par fall har likartade problem framkommit utan att de därför utgjort anledning till isoleringen. I ett fall inledde en av de redan isolerade ett fast förhållande med en ung labil kvinnlig osmittad patient på en allmänpsykiatrisk avdelning på Beckomberga sjukhus och detta föranledde smittskyddsläkaren att fortsättningsvis följa förhållandet noga. Kontakten mellan några av de isolerade och patienter på de allmänpsykiatriska klinikerna på Danderyds och Beckomberga sjukhus har ingivit vissa farhågor och föranlett särskild observation. I den psykiska sjukdomsgemenskapen har de dragits till varandra och har haft samma ställen att vistas på under utgångar.

Det skulle ha inneburit avsevärd risk för sexuell smittöverföring till medpatienter, därest några av de gravt psykiskt störda isoleringsfallen skulle ha erhållit vård på allmänpsykiatrisk vårdavdelning.

Det sagda belyser en av de praktiska svårigheterna med att vårda dem, som isoleras enligt gällande SmL, inom psykiatrin. En av de smittskyddsisolerade hade under ett tidigare vårdtillfälle på psykiatrisk avdelning fått isoleras en längre tid på enkelrum som smittskyddsåtgärd för medpatienterna. Det är en ovan och osäker situation för personalen

inom psykiatrin att vårda en hivpositiv patient och då och då har förfrågningar gjorts om hur man ska förfara. Det har då varit de sexuella smittriskerna som bekymrat. Denna aspekt är av organisatorisk och administrativ art men illustrerar en vinst med separat smittskyddslagstiftning och psykiatrisk tvångslagstiftning.

Psykiatriska diagnoser

Det bör först betonas att den psykiatriska diagnosen i sig inte har något prediktionsvärde för framtida smittfarligt beteende. Vi vet ingenting om det psykiska tillståndet hos dem som lever smittfarligt och sprider hivsmitta men aldrig blir föremål för vare sig isolering eller psykiatrisk penetrering av myndighet involverad i smittskydd. Diagnoserna som de isolerade har fått innebär inte automatiskt att andra smittade med samma diagnoser för ett smittfarligt leverne.

Tio av missbrukarna har varit kroniskt eller periodiskt psykotiska med vanföreställningar, hallucinationer, uppbrutet tänkande, inadekvat kontakt, hotfullhet, misstänksamhet, distanslöshet, stereotyp och oberäkneligt beteende, bristande realitetsförankring och svårigheter att rätt värdera information och omsätta den i följdriktigt handlande. Två av dem har haft maniska psykoser, två paranoidea psykoser och två blandpsykoser. Fyra har varit schizofrena.

En annan grupp bestående av tio av missbrukarna har haft bestående psykiska störningar och åsatts psykiatrisk diagnos. Dessa patienter har varit realitetsanpassade och har långa stunder kunnat te sig tämligen normala men har haft kraftiga humörsvängningar och varit självcentrerade och utagerande. Två har företett lätt utvecklingsstörning och främst varit mentalt torftiga. Två har haft grav hjärnskada efter skalltrauma med epilepsi och varit flacka och haft minnesstörningar. I det ena fallet fanns också en grav hjärnskada med i bilden. En narkotikamissbrukare var intensiv och vidhäftande som uttryck för en hjärnskada ådragen i tonåren. Fem har haft personlighetsstörningar av olika art och grad med en övervikt för paranoidea och affektivt färgade typer med labilitet och dålig impuls kontroll. Mönstret har kunnat spåras tillbaka till tonåren före missbruksdebuten.

Sju missbrukare har lidit av kulturella anpassningsstörningar och posttraumatiska krisreaktioner i klinisk psykiatrisk mening. De har beskrivits ovan. Bland dem inkluderas en, som diagnosticerades som pressad av hälsoproblem i familjen. Enstaka fall av krisreaktioner har förekommit hos personer uppväxta i Sverige.

16 missbrukare har fått missbruksdiagnos men ingen annan psykiatrisk diagnos. Ett par av dem har i avgiftat tillstånd betett sig normalt.

De flesta har varit märkta av ett långvarigt missbruksliv och har uppträtt med en missbrukarjargong och på ett sätt som skulle kunnat rubriceras som lätta personlighetsstörningar, om inte missbruket hade beslöjat diagnosen. Många av dem visade neurotiska, ängsliga, beroende, omogna och tvångsmässiga drag, som både funnits före missbrukets debuten och framkallats eller förstärkts av missbruket. Dessa drag eller symptom var inte av den digniteten att de föranledde psykiatrisk diagnos. Hälften av dem hade varit i kontakt med den öppna barn- och ungdomspsykiatri under uppväxten.

De sju som inte haft missbruksproblem har lidit av anpassningsstörningar och posttraumatiska krisreaktioner. I några fall har de legat på gränsen till lätta förvirringstillstånd. En person med ett manifest förvirringstillstånd visade sig ha toxoplasmos i hjärnan.

Botbarhet

Den första diagnosgruppen innehåller de klassiska psykiatriska sjukdomarna. De kan behandlas psykiatriskt med medicin och professionellt omhändertagande på annat sätt och kan då gå tillbaka i varierande grad. De periodiskt förlöpande sjukdomarna kan gå tillbaka helt men återkommer ofta i nya skov. Vid de kroniskt förlöpande kan en betydande förbättring ske men i allmänhet kvarstår vissa restsymptom. I en mindre andel av fallen kvarstår sjukdomen endast obetydligt påverkad i kronifierad form, såsom hos de långtidsomhändertagna patienterna ovan. Ett komplicerande missbruk försämrar prognosen. Aktiv behandling på psykiatrisk klinik brukar endast behövas vid försämringsskov och man har i modern psykiatri och organisatoriskt efter psykiatrireformen mer och mer kunnat upphöra med förvaringen inom den psykiatriska vården av långtidssjuka patienter med dessa sjukdomar. I stället har olika former av boendestöd tillkommit. Det hade varit det adekvata placeringsalternativet, om inte de aktuella isolerade patienterna burit på hivinfektion och saknat förmåga att hindra överföring av den. De flesta av dem hade egen bostad före omhändertagandet enligt SmL.

Den andra gruppen omfattar i princip stationära tillstånd, vars ytt-ringar i viss mån kan mildras genom medicinering, ordnad social tillvaro, psykosocialt stöd, sunt leverne och professionellt bemötande i vård, behandling och omsorg, om sådan kommer till stånd i kriminalvård, socialvård eller genom annans försorg. Tillstånden förvärras påtagligt av alkohol- och narkotikamissbruk. Denna typ av patienter kommer inte sällan i kontakt med akutpsykiatri men brukar inte erhålla vård på psykiatrisk avdelning mer än ett par dagar eller veckor, om sådan vård alls kommer till stånd.

Den tredje och femte gruppen gäller tillstånd, som tonar av med tiden men fortare lindras, om patienten får tillfälle till psykosocialt stöd och bearbetning. Inom loppet av månader kan en återhämtning ofta ske till en yttre godtagbar social funktionsnivå men många gånger återkommer besvärande efterreaktioner under många år. Inom psykiatrin behandlas dessa tillstånd i regel i öppen vård. Medikamentellt har i första hand medel mot depression varit aktuella. De isolerade har varit multipelt stigmatiserade genom hivinfektionen, invandrar/flyktingsituationen, brutna familjerelationer, missbruk och social utslagning. Deras osäkerhet och ovisshet inför framtiden har varit betydande. Dessa faktorer har återverkat på takten i tillfrisknandet.

Den fjärde gruppen behöver behandling riktad i första hand mot missbruket. Psykologiska, sociala och psykiatrisk–medicinska insatser får anpassas till den enskildes behov. De isolerade missbrukarna har överlag blivit föremål för åtskilliga sådana insatser i årtal före isoleringen. Deras missbruk har varit avancerat och långvarigt. Målsättningen under den har inriktats på att bringa missbruket under kontroll i framtiden. Ett par av missbrukarna har klarat det och ett liv ute i samhället med strukturerat stöd. Gruppen har inte haft samma omedelbara och nödvändiga behov av psykiatrisk hjälp som de andra men har efterfrågat och reagerat gynnsamt på såväl psykofarmakologisk behandling som stödjande och bearbetande samtal.

Styrfaktorer för risktagande

Det går inte att ange någon enskild och gemensam faktor som förklaring till varför de isolerade saknat förmåga att beakta riskerna för spridning av hivinfektion till andra människor. De skulle kunna betecknas som oansvariga, hänsynslösa eller obetänksamma i en grad som lagstiftaren förmodar att inte andra hivsmittade personer i samhället är. Deras ådagalagda beteende ger åtminstone stöd för att dessa personer brutit mot SmL.

Generellt har de isolerade karakteriserats av låg självkänsla, mellanmänskliga tillkortakommanden och social utsatthet. Som faktorer mer specifikt disponerande för ett beteende utan ansvar kan man möjligen utkristallisera omogenhet, rigiditet, brist på symboliseringsförmåga och självspelande (narcissistiska) drag i personligheten. Det har dock varit först i den normativa och relaterande kontext som dessa personer levat som dessa faktorer ihop med hivinfektionen lett till att det smittriskabla beteendet manifesterats.

Vare sig en viss art eller en viss grad av psykisk störning leder specifikt till att personen blir ansvarslös. Däremot är det inte ovanligt att

störningar tillfälligtvis eller mer varaktigt kan nedsätta förmågan att ta ansvar för sig själv och andra. Det kan ses som en tillbakagång till tidigare utvecklingsstadium i emotionellt avseende, när den störde sviktar i ett alltför stort belastningstillstånd för hela organismen. Vanligen handlar det då om att man åsidosätter vardagliga behov men det kan lika väl eller i första hand handla om att individen inte förmår att handskas med mer speciella och komplicerade mentala uppgifter, såsom att hantera smittrisker.

De nämnda personlighetsdragen har sekundärt medfört sämre förutsättningar än hos en stabil och välintegrerad person att bearbeta sådana känslor av sorg, förlust, kaos, resignation, orättvisa, skam, skuld, självömkan, frustration och aggression som vanligen ingår i reaktionen på att få vetskap om att man är hivpositiv. I sin tur har sådana känslor reducerat ansvarsförmågan, underminerad redan genom den kroniska stressen av att tillhöra en marginaliserad grupp. Hämndlystnad har spelat en roll endast i ett par fall.

Det förekommer att personer med maniska tillstånd ger sig in i ekonomiska och sexuella utsvävningar, som är dem helt främmande i deras vanliga tillstånd före och efter manin. Om personen dessutom är hivpositiv eller har sexualumgänge med någon hivpositiv ökar risken för oinformerat och oskyddat sex och därmed risken för överföring av hivinfektionen.

Många schizofrena människor saknar sexualumgänge, något som i viss mån kan betraktas som sammanhängande med deras tillbakadragenhet. Åter andra blir passivt utnyttjade sexuellt som uttryck för störningar på viljeområdet. Vissa förlorar förmågan att hålla en avvägd distans till andra människor och det kan då även innefatta sexualiteten på så sätt att de inte sällar med vem de har sexualumgänge.

Det hör till sjukdomen att symboliseringsförmågan går förlorad. Det medför att föreställningen om tid, om en latent virusinfektion i kroppen och om hur virus överföres mellan människor får överdrivna eller rentav groteska proportioner eller inte alls blir gripbar. Å ena sidan kan det upplevas som ett omedelbart förintelsehot, å andra sidan som något som endast finns i ordens värld men inte i den egna verkligheten. Skräck och aggressiva känslor filtreras inte och destruktivitet riktad mot den egna personen och mot andra får ett ohämmat spelrum. Kommunikationsförmågan med omgivningen är störd. Det gör det nästan omöjligt att berätta om hivinfektionen och företa försiktighetsåtgärder vid sexualumgänge. Det är nog så svårt redan för en människa utan psykiska problem.

Det bör betonas, att flera hivinfekterade schizofrena personer lever i samhället och iakttar en mycket konsekvent försiktighet mot smittspridning just i kraft av den stereotyp, som hör till sjukdomen. I hjärt kont-

rast mot exempelvis de kriminellt identifierade männen har de schizofrena omhändertagna varit ohöjlt uppriktiga och ärliga i att berätta för personal och smittskyddsläkare om sina misstag i fråga om smittriskabla handlingar, eftersom det ligger i sjukdomens natur att de inte förmått se sammanhangen och sålla bort sådant från vad de delger andra.

Depressioner förknippas med sänkt libido. Över hälften av de isolerade har visat tecken på mångåriga förstämningstillstånd i någon mening även om de själva inte alltid definierat det så. De gemensamma ingredienserna har bestått i dåligt självförtroende, relationssvårigheter, brist på energi och vilja, hopplöshetskänslor och identitetsproblem. En del har haft det så sedan tidig barndom och fosterhemsplacerats, mobbats och haft grava skolsvårigheter. Förmågan att vara rädd om sig själv och andra har inte kunnat utvecklas. Liksom hos andra med likartade mycket långvariga problem har kompensatoriska mekanismer lett många av dem att söka en pseudoidentitet och tillfällig lättnad från disharmonin i missbruk och sexualumgänge, där ansvarsgränserna luckrats upp.

Prediktion

Såväl svensk som internationell forskning har visat på dålig konsistens i de farlighetsbedömningar av våldsbenägna personer som utförs och förväntas av psykiatrer, särskilt rättspsykiatrer. Det är inte psykiatriska diagnoser eller undersökningar som utgör prediktorer med någon grad av precision utan demografiska variabler tillsammans med uppgifter om tidigare våld och våld under observerande förhållanden.

Man bör vara försiktig med att dra paralleller mellan våldsbenägenhet och dålig ansvarsförmåga i smittskyddshänseende. Det är endast hos ett fåtal individer de förekommit samtidigt. De bakomliggande psykiska och sociala faktorerna skiljer sig åt även om det finns gemensamma komponenter.

Det preventiva syftet hos SmL implicerar en bedömning av den hivsmittades framtida benägenhet att utsätta andra människor för risk att hiv överföres till dem. Smittskyddsläkare och domstolar har ett intresse av att få den smittades situation allsidigt belyst. En psykiatrisk beskrivning av det psykiska tillståndet har därvid kunnat komplettera uppgifter inhämtade från andra källor men har i strikt mening, alltså som sakligt välunderbyggt samband mellan psykisk bild och ett framtida sannolikt brott mot smittskyddslagens föreskrifter, endast i ett par fall kunnat tjäna till avgörande ledning för bedömning av framtida riskbeteende. Psykiaterns professionella beskrivning av hur personen i fråga fungerar

har varit av värde i förening med andra observationer och uppgifter och kunnat belysa hur personens deklARATIONER inför rätten bör förstås.

Det väsentliga underlaget för bedömning i smittskyddsmål består i smittskyddsläkarens samlade uppgifter om den tilltalades tidigare beteende och observerade beteende på Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL. Källorna kan utgöras av den tilltalade själv, sexualkontakter, privata och professionella personer med god personkännedom, myndigheter och rapporter från isoleringsenheten.

Psykiatern kan ha varit i kontakt med en eller flera källor men då i primärt syfte att på bästa sätt sörja för den smittades psykiatriska behandling och med patientens medgivande. Undantag från principen om patientens samtycke har undvikits men vore inte omöjligt med beaktande av sekretesslagen. Omsorg om patienten och samhällets smittskyddsintresse måste vägas mot varandra men har praktiskt taget alltid sammanfallit. Vid något enstaka tillfälle av överhängande smittskyddsintresse har patientens intresse fått stå tillbaka.

Avgränsning mot LPT och LRV

Ingen av konsultpsykiatrerna har erfarit någon svårighet att hålla distinktionen mellan SmL å ena sidan och LRV och LPT å andra sidan klar.

Två patienter har under pågående omhändertagande enligt SmL under begränsade tidsperioder överförts till samtidig psykiatrisk vård enligt LPT. I ena fallet handlade det om maniska skov hos en manodepressiv patient och i det andra fallet om en aggressiv period hos en schizofren patient. Den senare återfördes till Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL den sista månaden innan vården enligt LPT kunde upphöra. I dessa fall ansvarade överläkare på de psykiatriska klinikerna för beslut enligt LPT men rådgjorde med isoleringsenhetens psykiaterkonsult. Den psykiatriska behandlingen före och efter vårdtillfällena enligt LPT kunde ske i samförstånd med patienterna. Två patienter har direkt överförts från pågående psykiatrisk vård enligt LPT till omhändertagande enligt SmL på isoleringsenheten. Båda har varit schizofrena och befann sig i tillfälliga försämringsstadiet av denna sjukdom. Båda hade smittriskabla sexuella förbindelser. Dessa hade inte kunnat bromsas trots att de under årtal ägnats stor uppmärksamhet från både psykiatrin och socialtjänstens sida och trots att patienterna skötte ordinerad medicinering och annan behandling. Även med adekvat behandling var patienterna svårt splittrade, distanslösa, impulsstyrda och fyllda av vanföreställningar samt saknade realitetsanknytning. Deras smittfarliga oskyddade sexualumgänge styrdes inte av hallucinationer,

vilket däremot inte är ovanligt med utbrott hos våldsamma psykiatriska patienter, som därigenom är tillgängliga för psykiatriska behandlingsmetoder. LPT kunde i ena fallet hävas omgående och i det andra fallet efter det att hon vårdats ett par veckor parallellt enligt SmL och LPT. De har därefter accepterat ordinerad psykiatrisk behandling. Båda har varit mycket svårplacerade i annan vårdform. En av dem har bakom sig bortåt 30 vårdtillfällen inom psykiatri, flertalet frivilliga, och massiva stödinsatser från socialvårdens sida. Utan stöd av omhändertagande enligt SmL skulle de återgå till en utslagen tillvaro och smittriskabelt leverne i missbrukarkretsar.

En patient har överförs på motsvarande sätt från psykiatrisk klinik, där han vårdades enligt LRV för en kronisk psykos med sexuell distanslöshet, hotfullhet och annat smittfarligt beteende, som omöjliggjorde fortsatt vård där. Han har däremot inte utan tvånget enligt denna lag accepterat nödvändig psykiatrisk medicinering och har i högre grad än de båda föregående patienterna saknat sjukdomsinsikt. Hallucinationer och aggressionsyttringar har varit mer framträdande. Vård enligt LRV bestod därför fram till hans död parallellt med omhändertagandet enligt SmL. De begränsningar i hans frihet, som hade kunnat motiveras enligt LRV, hade inte varit tillräckliga för att hindra smittfarligt beteende. Vissa dagar kunde han gå ut på egen hand utan att bli våldsam medan fortfarande risken för smittriskabla handlingar kvarstod. De begränsningar i hans frihet, som hade kunnat motiveras enligt SmL, hade inte varit tillräckliga för att hindra honom från aggressionshandlingar, som betingades av hans psykiska sjukdom.

Av samtliga isolerade har det alltså endast varit fyra patienter som under någon tid under omhändertagandet enligt SmL fyllt rekvisiten för vård enligt LPT.

Tre av dessa fyra har under huvuddelen av tiden för omhändertagandet enligt SmL accepterat eller direkt efterfrågat den psykiatriska behandling som varit indicerad. Samtliga övriga isolerade har accepterat sådan behandling hela tiden. En patient har kontinuerligt kvarhållits med tvång enligt LRV och SmL parallellt.

Psykiatrins roll

De isolerade har med ett undantag kunnat erhålla psykiatrisk behandling under frivilliga förutsättningar enligt HSL oberoende av isoleeringen enligt SmL. Frivilligheten har varit av väsentligt värde för kvaliteten i denna behandling, särskilt som patienterna varit föremål för ett mycket speciellt tvång, som gällt få människor i samhället. Det har också varit av vikt för utrymmet och konfidentialiteten i psykiater-

patientrelationen att tvånget enligt SmL definierats så snävt och tydligt, nämligen till att gälla att hindra smittspridning. Majoriteten av de isolerade har haft ett deciderat behov av psykiatrisk behandling.

Bortsett från patienterna vårdade enligt LPT och LRV vore det endast enstaka patienter som skulle ha varit i behov av vård på psykiatrisk klinik och i så fall endast för kortare perioder, om de inte hade varit omhändertagna enligt SmL. För många av missbrukarna skulle troligen upprepad vård på avgiftningsklinik av en eller ett par veckors varaktighet kommit i fråga.

Det har varit en fördel att den psykiatriska behandlingen har kunnat meddelas under ordnade och i stort sett missbruksfria förhållanden under isoleringen. Så som vårdapparaten sett ut i Stockholm har psykiskt störda missbrukare haft stora svårigheter att komma i åtnjutande av systematiska psykiatriska insatser. Om de inte varit isolerade, hade troligen flertalet missbrukare inte uppsökt eller inte kunnat nås för psykiatrisk behandling. Med tanke på deras hivinfektion har det varit angeläget att hjälpa dem till bästa möjliga psykiska och sociala funktionsnivå.

Andra tillgängliga resurser i Stockholm kan nämnas. Vid infektionsklinikerna finns fasta psykiaterkonsulter. Till den särskilda vårdavdelningen för narkotikamissbrukare vid infektionskliniken på Huddinge sjukhus är narkomanvårdsläkare och annan narkomanvårdspersonal knuten.

När det gäller att påverka de isolerade till att bättre kunna axla sitt ansvar att inte överföra hivinfektionen vidare, kan den psykiatriska behandlingen medverka till men inte ensam åstadkomma en allmän psykisk roborering, som indirekt skapar bättre förutsättningar för patienterna att fungera ansvarigt. De mer specifika faktorerna, som disponerar för risktagande, hör ihop med personlighetsutvecklingen och är inte åtkomliga med psykiatriska behandlingsmetoder. Härvidlag krävs pedagogiska och sociala metoder för att om möjligt hjälpa patienterna att kompensera för sina brister och svårigheter. Behandlingsmetodiken kan hämta kunskaper från medicinsk psykologi, som klart måste åtskiljas från psykiatri.

Tvångets distinkta syfte att hindra smittspridning har underlättat för de isolerade att urskilja, förstå och acceptera innehåll och målsättning med isoleringen. Att SmL inte ålägger dem vård och behandling eller är straffpåföljd för deras handlingar, har för många inneburit en lättnad, även om de inte haft det klart för sig initialt. Sedan de insett det har samarbetet underlättats. Som jämförelse har många däremot haft svårt att fördrå tvånget enligt LVM, som för dem inte haft samma självklara legitima syfte som tvånget enligt SmL.

Etik

Som en garanti mot sådant maktmissbruk av psykiatrin, som skedde i diktaturländer och Sovjetunionen, antog Världspanykiatriska föreningen 1977 Hawaii-deklarationen, som angav etiska riktlinjer för psykiatrisk verksamhet. Deklarationen uppdaterades i Wien 1983 och i Madrid 1996.

Sammanfattningsvis förbjuder deklARATIONERNA psykiatrer att administrera tvångsåtgärder mot någon patient om inte psykisk sjukdom föreligger och patienten eller någon annan riskerar att komma till skada till följd av denna sjukdom. Psykiatrer har endast att ansvara för tvång som syftar till att avhjälpa eller lindra patientens psykiska sjukdom.

Den svenska psykiatrilagstiftningens principer sammanfaller nära med dessa tankegångar. Den medger ett tvång, där skaderekvisitet är betydligt mer omedelbart föreliggande än rekvisiten för isolering enligt SmL. Det psykiatriska vårdbehovet mot patientens vilja ska vara oundgängligt och direkt förknippat med det psykiska tillståndet, vilket inte varit fallet med de smittskyddsisolerade.

Skälet till att de isolerats har varit deras smittfarlighet och inte deras psykiska störning, även om sådan ofta förelegat samtidigt. Även i sådana fall har smittfarligheten varit avhängig flera faktorer än den psykiska störningen. Att definiera alla med smittfarligt beteende som psykiskt störda, vore att utvidga begreppet till något vidare än det finns vetenskapliga belägg för och tangerar ett moraliserande och psykiatricerande av bakomliggande faktorer vid normbrott. Detta motsäger inte att det är onormalt att utsätta andra människor för risken att få en dödlig sjukdom.

Det tvång, som kan vara nödvändigt för att förhindra ett sådant leverne, har ibland implementerats betydande tid efter den handling, som föranlett dom enligt SmL. Tvånget har ett långsiktigt förebyggande syfte och har kunnat upphöra efter självförtroendestärkande åtgärder och socialt stöd under en tidrymd sällan understigande en månad. Det skiljer från akut karaktär och omedelbarhet i psykiatriskt tvång.

Ett 20-tal av de isolerade har lidit av allvarlig psykisk störning av den art som avses i lagarna om psykiatriskt tvång. Hos dessa har den aktuella graden av den psykiska störningen endast i ett fåtal fall varit sådan att förutsättning för psykiatrisk tvångsvård förelegat.

Intyg

De psykiatriska lagavgränsningsproblem som har förekommit har gällt omfånget av sekretess gentemot smittskyddsläkare och ett par av bas-

enhetscheferna för Den särskilda enheten för omhändertagande enligt SmL och handlar om psykiatriska journaler och intyg. I praktiken har samarbetet varit gott mellan konsultpsykiatrerna och smittskyddsläkarna med något enstaka undantag.

Smittskyddsläkarna har avstått från att begära in själva de psykiatriska journalerna och har i stället begärt och fått skriftliga utlåtanden. I dessa har innehållet kunnat begränsas till det som äger relevans för tillämpningen av SmL medan andra integritetskänsliga uppgifter kunnat utelämnas. Denna sedvänja i samarbetet står i samklang med lagar och förordningar men är inte specifikt reglerad.

Det som behöver regleras närmare genom lag och av Socialstyrelsen gäller vad psykiatrer är skyldiga respektive får eller inte har rättighet att uppge i intyg, som begärs av smittskyddsläkare i syfte att utröna smittfarlighet. Särskilt gäller det vid utredning innan yrkande eller beslut om isolering skett. I likhet med vad som förekommer vid intygsutfärdande till andra myndigheter vore ett alternativ att begäran om intyg skulle ske skriftligt och att utlåtande skulle utfärdas på fastställt formulär med distinkta frågeställningar inom ramen för smittskyddsläkares befogenheter, åligganden och kompetensområde att bedöma.

Vidare behöver rätten för verksamhetschefen vid den enhet, där omhändertagande enligt SmL sker, att ta del av fullständiga psykiatriska journalen rörande de intagna patienterna utredas och tydligare regleras. Här står skyldigheten att bereda bästa möjliga kvalitet i omhändertagandet mot patientens rätt att mot sin vilja endast omhändertagas ur smittskyddssynpunkt utan att behöva ge avkall på sin rätt till psykiatrisk integritet. I begreppet kvalitet i omhändertagandet innefattas både samhällets intresse av effektivitet och säkerhet och patientens intresse av att kunna erhålla behövliga medicinska specialinsatser oberoende av och separerade från omhändertagandet enligt SmL.

Bilaga 10

Hänsyn och dilemman vid kulturanpassad prevention

*Lisbeth Sachs,
docent, medicinsk socialantropolog*

Innehåll

Inledning.....	353
Bakgrund	354
Erfarenhetsvärlden	356
Orsaker till olyckor, sjukdom och död	358
Smitta och kultur	360
Individen som ansvarig för sjukdom.....	361
Diagnosens betydelse	363
Tre slags sjukdomsbegrepp	364
AIDS: två ansikten	366
Rationalitet och sexualitet	370
Forskning och intervention i Zambia	372
Den kulturanpassade preventionens dilemman	375
Referenser.....	377

Inledning

Uppdraget jag fått gäller: att belysa frågor om den kulturella tillhörighetens eventuella betydelse när det gäller smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor med ursprung i andra länder med särskild hänsyn tagen till spridningen av HIV.

För mig som antropolog innebär detta uppdrag ett antal grundläggande hänsyn. Det är exempelvis avgörande för mig att utgå från vissa teoretiska grunder där en relativistisk hållning finns som bas. Om jag ska kunna belysa övergripande och generella kulturella aspekter som kan vara relevanta för invandrade personer i Sverige måste det handla om kulturberoende överhuvud taget. Det innebär att vissa viktiga utgångspunkter vad gäller inställning och kunskap kring orsaksfrågor och begrepp såsom sjukdom, smitta, prevention, ansvar och skuld måste belysas. Vidare går det – efter en litteratursökning – att konstatera att kulturanthropologisk forskning rörande speciella gruppers sätt att hantera HIV-smitta i Sverige inte finns. Det konkreta underlaget för min problematisering och diskussion av kulturella aspekter kring HIV-smitta och prevention blir därför i huvudsak svensk forskning och intervention bland drabbade samhällen i Afrika, projekt som bedrivits vid Institutionen för Folkhälsovetenskap (IHCAR) vid Karolinska Institutet i Stockholm.

I det följande kommer jag att lägga vikten vid en genomgång av sådana teoretiska utgångspunkter som hjälper läsaren att se på kulturens betydelse för hur smittsamma sjukdomar kan tolkas och hanteras. Jag kommer att introducera en helhetsbild av människors erfarenhetsvärld som har betydelse för förståelsen av hur kunskap och inläring kontinuerligt skapas och förändras. Jag tar också upp sådana utgångspunkter som har med orsaksförklaringar i samband med sjukdom att göra. Ett par fallbeskrivningar får utgöra konkreta exempel på hur människor i en annan värld än vår ser på orsaker till sjukdomar som STD och HIV. I dessa fall finns också beskrivning av försök till kulturanpassad prevention och de speciella problem som finns inbyggda i ett sådant arbete. Problemen rör framförallt att man ställs inför så kulturellt centrala områden som sexualitet, liv och död.

Genomförandet av uppdraget måste ses som en socialantropologs försök att reda ut och ge en belysning av de problemställningar som tillsammans med mycket annat ska ligga till grund för kommitténs överväganden när det gäller behov och utformning av smittskyddsåtgärder över kulturgränser.

Den absolut viktigaste utgångspunkten enligt min mening är det faktum att oavsett hur smittskyddsåtgärder utformas i olika delar av världen bygger de alltid på en viss kunskapsbas skapad av människor som

ingår i speciella kulturella sammanhang. I det här fallet är kunskapen om sjukdomars uppkomst och spridning grundad i en naturvetenskaplig och biomedicinsk kunskapstradition i västvärlden som i sin tur är starkt beroende av den medicinska teknologins utveckling. Denna kunskap måste även i vår värld, bland dem som anses ha gemensam kulturell bakgrund, tolkas och kommuniceras för att bli begriplig. Detta sker bl.a. genom hälsoinformation av olika slag såväl i kliniska-, som utanför dessa i mera massmediala sammanhang. Men detta är inte nog. Den kunskap som skapats utanför gemene mans tankevärld ska överföras och "översättas" till ett språk som går att tolka och förstå in i det levande livet och varje enskild människas speciella livserfarenhet och värld. För kommunikationsforskare som arbetar med hur "samma" kunskap får olika betydelse i olika sammanhang brukar denna process kallas för "rekontextualisering" av kunskap (Linell 1996, Adelswärd & Sachs 1997). Kommunikation av kunskap från en institutionell nivå till en individnivå innehåller alltid överföring av kunskap från ett sammanhang till ett helt annat, och kräver tolkning och förståelse på andra villkor än vad som är känt för den som informerar. Det följande ger en bild av detta.

Vetenskaplig kunskap
skapad i ett speciellt sammanhang
·
·
kommunicerad genom olika kanaler
·
·
tolkad in i en enskild människas liv

Bakgrund

Tankar och handlingar som inriktas mot att förebygga skada finns inbyggda i varje samhälle och kultur. Å ena sidan söker enskilda personer utifrån sina speciella förutsättningar att hålla hot mot den egna personen och familjegruppen på avstånd, å den andra institutionaliseras den förebyggande verksamheten för att samhällets medlemmar ska kunna hållas friska och bidra till ett samhälle i hälsa. Det är inte självklart att dessa två former för att hålla sjukdom och skada på avstånd har samma innehåll eller budskap.

Sjukdom är med säkerhet något oönskat i mänskliga samhällen. Sjukdom måste förebyggas och bekämpas för att inte konsekvenserna ska bli för stora. Föreställningarna om hur vi ska leva för att förbli friska människor och därmed indirekt bidra till ett friskt samhälle har ofta med undvikande att göra, undvikande av konflikt och obalans men också med kontroll av kroppen. Undvikande av exempelvis det vi uppfattar som orent, tabun, föroreningar och smitta innebär restriktioner i människors liv. Antropologen Mary Douglas (1966) säger att det vi uppfattar som orent, såsom exempelvis smuts, aldrig är en unik, isolerad företeelse. Där det finns smuts finns det alltid ett system. Smuts är biprodukten av ett systematiskt ordnande och klassificerande av saker och ting. På samma sätt ser människor i sin omgivning vissa saker som farliga för hälsan. Det kan gälla vissa djur, andra människor eller just den omgivande miljön.

Vi påverkar också varandras beteenden genom att hänvisa till vad det är som är farligt. Idéer om ordningsideal för ett samhälle upprätthålls i och med att de faror som hotar överträdaren blir medvetandegjorda. Tron på dessa faror är lika mycket ett hot som man använder för att betvinga en annan människa, som de är ett hot när man själv oroar sig för att drabbas av sjukdom vid egna eventuella överträdelser. Ordningsidealen utgör ett starkt språk, ofta som underliggande och inte uttalade budskap, vad man brukar kalla en undertext, av förmaningar vilka såväl skapar som upprätthåller de moraliska koder som finns bland en viss grupp människor eller i ett samhället i sin helhet. Människor kan komma att se det så att en viss sjukdom förorsakas av otrohet, en annan av stress, en tredje av homosexualitet, ett visst dödsfall förorsakas av att man brutit mot ett visst tabu, ett liv i överflöd på andras bekostnad, vällevnad, sprit, rökning och för litet motion. På detta sätt kan vissa moraliska värderingar upprätthållas och vissa sociala regler definieras genom föreställningar om faror och hot.

Hos oss i västvärlden har en förebyggande hälso- och sjukvård i någon form funnits under lång tid. Preventionsbegreppet har vuxit fram på ett speciellt sätt i västvärlden där valmöjligheterna när det gäller livsstil och livsmönster finns inbyggda och där den medicinska teknologin gjort det möjligt att söka efter ej upplevda patologiska förändringar (Sachs 1995, 1996a,b, 1997, Adelswärd & Sachs 1994, 1996a,b). I begreppet prevention så som det används inom medicinsk praktik finns inbyggt en vetenskapligt grundad kunskap om risker och faror som ofta är omöjliga för den enskilda lekmannen att förutse men som ändå alltid tolkas och får någon sorts mening. En av orsakerna till att det kan vara svårt för lekmannen att förutse faror av det slag som man vill förebygga inom den medicinska institutionen är att kunskaperna befinner sig på en nivå där medicinsk teknologi är

oumbärlig. Men i och med att man på en samhällsnivå önskar hålla människor fria från sjukdom och skador måste det preventiva budskapet förmedlas och gå att tolka så att den enskilda individen förstår. Att få människor att ändra sina invanda handlingar mot något som utifrån ses som bättre för att förebygga skada är emellertid en utomordentligt svår bedrift oavsett kulturell bakgrund. Det preventiva budskapet utgör en av de mest komplexa kommunikativa processer som finns eftersom det har ambitionen att leda till förändring av invanda och ofta omedvetna handlingsmönster som inte sällan styrs av starka känslor.

Jag kommer att ta upp de bakgrundsfaktorer som kan ha avgörande betydelse inte bara när man vill förmedla preventiva budskap inom samma samhälle utan också när man vill gå till andra världar där utgångspunkterna för förståelse kan se helt annorlunda ut.

Erfarenhetsvärlden

Att hålla det onda på avstånd är bland det viktigaste för samhällsgruppers överlevnad. Vad som uppfattas som ont är det avgörande. För att kunna sätta sig in i hur människor i andra världar uppfattar sin omgivning och de hot som den innehåller måste man naturligtvis komma den mycket nära. Men det finns några generella drag som man kan ta upp för att förstå på vilka nivåer det går att spåra kunskaper och föreställningar som människor har om sin omvärld. Uppdelningen i tre nivåer av människors erfarenhetsvärld är en konstruktion som bara är till för att vi ska kunna utveckla tänkandet inför någon slags strategi kring kulturanpassad prevention.



(Sachs 1987)

Människors *ekologiska anpassning*, dvs. anpassningen till den omgivande miljön, är en av grunderna för hur man lär sig undvika faror. Man lär sig vad en röd gubbe symboliserar eller hur miljön ser ut där

giftormarna håller till. Att utmana gränserna för hur farligt det är att exempelvis gå mot rött eller komma nära kobrans boning är något som förekommer inom varje samhälle, men kunskapen om att det kan vara farligt är inbyggd i samhällsmedlemmarnas medvetande. Symbolerna som man lär sig i sin miljö blir reflexmässigt styrande för hur man agerar i sitt vardagsliv. Överträdelser kan resultera i olyckor som förstärker faran. Inläringen sker till största del omedvetet men kontinuerligt genom att man är närvarande och får erfarenhetsmässig kunskap genom det dagliga livet. Det som sker direkt och blir synligt och påtagligt får därmed starkast effekt.

Människors liv i mindre eller större grupper har också betydelse för hur man håller faror på avstånd och hur smitta sprids. Gruppen kan vara ett stöd men också en orsak till hot i samband med konflikt eller epidemier. I de små jägar/samlarsamhällena där grupper om kanske högst 100 personer lever tillsammans kan knappast de stora epidemisjukdomarna som smittkoppor och mässling ha funnits eftersom dessa kännetecknas av hög smittsamhet och dödlighet och kräver tillskott av nya icke-immuna individer för att kunna fortleva. Den *sociala organisationen* blir resultatet av hur människor av olika hänsyn till sin ekologiska anpassning väljer att leva i mer eller mindre stora grupper. Johan Giesecke har i boken *Epidemiernas historia och framtid* (Evengård red. 1992) beskrivit hur storleken på samhället i historia och nutid fått och alltjämt får betydelse för epidemiernas utbrott och överlevnad. Samhällens funktion och storlek har därför betydelse för vilka sjukdomar som sprids och hur människor kommer att överleva dessa. Om människor tillåts ta sig partners inom släktgruppen eller ej, om man lever i polygama förhållanden eller ej har också stor betydelse för hur exempelvis sexuellt överförda sjukdomar får sin spridning och därmed kommer att förstås och tolkas.

I den sociala organisationen överförs också kunskap mer eller mindre medvetet till kommande generationer. Överföring av kunskap sker både praktiskt och teoretiskt. Kunskapen om de vilda djuren som den unge jägaren bland masajerna får av sin far när han praktiskt deltar i jakten, sitter djupare än om han fått lära sig om djuren i en bok. Att komma nära en starkt trafikerad led i en av västvärldens storstäder gör antagligen ett starkare intryck av fara än att se trafiken på bild. Konkret kunskap som överförs genom att man praktiskt deltar i vissa situationer och handlingar i det dagliga livet ger erfarenheter som oftast får en stark påverkan. Abstrakt kunskap om faror förmedlas i vår värld oftast till människorna genom media av olika slag. Sådan kunskap kan vara lättare att hålla ifrån sig och glömma bort om den inte samtidigt går att förankra i någon konkret situation där den kan bli "verklig" på en erfarenhetsmässig nivå.

Inom samhällets sociala organisation på mikro- och makroplanet, inom familjen eller inom institutioner av skilda slag, överförs på detta sätt abstrakta och konkreta *kunskaper*. Människor får del i olika *ideologiska system*; religion, politik, medicinsk prevention m.m. Det medvetet och omedvetet inlärd utgör en slags grammatik för hur man ska bete sig. Det är helt enkelt den som man kan kalla för mänsklig *kultur*. Det är ju också så att man lär sig tolka sin omvärld och få den bekräftad för sig genom sina trosföreställningar. Den unge muslimske pojken som i en religiös handling går in i en folkmassa med en bomb har lärt sig att han kommer till paradiset och där får ett underbart liv därför att han fått det beskrivet för sig under sin uppväxt och fått se bevis på hur sådana handlingar haft stark påverkan för den sak den ska gynna. Kulturellt skapade trosföreställningar om faror kan därför se mycket olika ut oavsett ekologisk omgivning och social organisation.

Religionen, synen på människan och livets gränser, avgör också hur man tänker och handlar för att hålla faror och hot på avstånd. I stora delar av världen finns en fatalistisk tro som gör att människor ser på det som sker som Guds vilja. I dessa samhällen har man en annan inställning till prevention. Ofta gäller där att skydda sig från ond påverkan med hjälp av symboler och rituella beteenden. I en annan kultur kan sättet att dö vara viktigare än hur man lever. Att utmana ödet utgör inte sällan positiva ingredienser i unga människors liv i skilda delar av världen.

Orsaker till olyckor, sjukdom och död

Frågor om varför människor blir sjuka och dör, varför regnet förstör skörden och varför ett hus brinner ned besvaras mycket olika av människor i olika kulturer. Det finns flera olika fenomen som kan påverka människors liv och hälsa. Något som är gemensamt för människor i samhällsgrupper där vetenskapliga förklaringar saknas är exempelvis att de ser på orsakerna till det som sker i krafter som finns utanför människan. Det är onda krafter som av olika anledningar drabbar en viss person vid ett visst tillfälle. Jag har kommit att kalla sådana krafter för *medierade* krafter eftersom dessa aldrig är utan social betydelse och alltid förklaras i förhållande till någon handling eller företeelse (Sachs 1983). Medierade krafter omfattar sådant ont som drabbar genom målriktade handlingar från någon människa eller något väsen men kan också utgöras av onda krafter som överförs av människor mera omedvetet genom att de visar beundran inför ett vackert barn och utsätter barnet för avund (vi tar i trä när vi förhäver oss – jantelagen), till sist den kraft som finns i Guds vilja och de gudomliga makternas out-

grundliga vägar. De *icke medierade* krafter som kan komma att påverka människor däremot har att göra med naturen och klimatet såsom sol, värme, kyla, fukt och vind.

När ett barn blir sjukt på vintern, när det är kallt, eller på sommaren, när solen är het, vet man att det är en omedierad kraft, dvs. kölden eller hettan, som kommit in i barnet så att det blivit sjukt. Men det finns många barn som under vintern och sommaren inte blir sjuka av kölden och hettan. Dessutom blir inte det egna barnet sjukt varje vinter och sommar. Det innebär att man också måste fråga sig varför kölden och hettan drabbade just detta barn vid just denna tidpunkt. Frågan varför något händer som inte händer för alla vid alla tidpunkter, besvaras alltid med de i livet ständigt närvarande medierade orsakerna såsom ond magi, onda ögat, väsen av olika slag eller Guds vilja.

Barnet som blivit sjukt av kölden kunde inte ha blivit sjukt av kölden om inte också en kraft av detta slag försvagat barnet. Onda ögat har förmedlats till barnet genom någon människa och gjort det mottagligt för kölden. Om man behandlar barnet med medicin eller ger annan behandling måste man också se till att undanröja den medierade orsaken. Utan behandling av denna orsak kan inte barnet bli bra. Medicin och behandling kan inte lyckas om den onda kraften som från början fick barnet att drabbas av t.ex. kölden, fortfarande finns kvar.

Såväl medierade som icke medierade orsaker är naturliga delar av människors liv och kan förklara alla slags olyckor och händelser i vardagen. Enbart de medierade orsakerna kan inte förklara *hur* eller *genom vad* en människa blir sjuk. Det kan den icke medierade orsaken, som t.ex. kölden eller hettan göra. Människorna vet att vintern är kall och att solen på sommaren är het, inte på grund av att någon ond kraft gjort dem så. Det är deras natur att vara på detta sätt. Det är först i frågan *varför* en person blivit sjuk av kylan respektive hettan som dessa orsakers natur inte räcker till som förklaring.

De medierade orsakerna som svarar på frågan varför, förser människor med den felande länken mellan två av varandra oberoende fenomen. Det är när saker och ting som alltid brukar fungera samvarierar på ett sätt som inte tillhör ordningen som förklaringen genom medierade orsaker får sin logiska funktion. Tron på de medierade orsakerna motsäger inte på något sätt kunskaper om orsak och verkan. Den ena orsaken kan vara opersonlig och därför inte social medan en annan som har med något medium att göra är social och får en annan betydelse (för några exempel kring detta område se exempelvis Evans-Pritchard 1937, Young 1976, Sachs 1996b).

Jag har gått igenom orsaksförklaringarnas betydelse här för att konstatera att alla människor har behov av att förklara händelser som oroar och känns främmande. När sjukdom drabbar någon i gruppen

söker man efter orsaken till sjukdomen. Där man inte har en naturvetenskaplig syn på människan och kroppen blir förklaringarna förankrade i andra orsaker. Det som här beskrivits har bärighet när jag kommer att tala om vissa försök hos människor som drabbas av HIV i Afrika att finna förklaringar till varför just de har blivit sjuka. Oavsett om man vet att en sjukdom kan överföras i samband med ett samlag måste frågan om varför just den egna personen drabbats behöva sin speciella förklaring, oftast med fokus på de medierade orsakerna. Och vad innebär då detta för hur man söker hjälp mot sina obehag eller sitt lidande? Beroende av vem eller vad som får skulden för att man drabbats av sjukdom agerar man också olika för att söka undanröja det onda och få en bot. Detta gäller naturligtvis alla människor oavsett kulturell tillhörighet och bakgrund. Det är viktigt att påpeka att den ovan beskrivna relationen mellan medierade och icke-medierade orsaker till olyckor, sjukdom och död har en generell giltighet i samhällen där naturvetenskapliga förklaringar inte i huvudsak ligger till grund för prevention. Samtidigt måste man vara försiktig i sina tolkningar av varje enskilt samhälle och varje enskild grupp människor i varje samhälle eftersom en epidemi som HIV kan få tankar och handlingar att förändras på helt olika sätt.

Smitta och kultur

Det känns viktigt att också få ett historiskt perspektiv på det som här avhandlas för att även på det sättet få en känsla av det relativa i kunskaper om smittspridning över tid. För att se tillbaka på smittans historiska uppkomst och utveckling i medvetandet hos människorna i Sverige kan man exempelvis läsa idé-historikern Karin Johannissons böcker (1990, 1994, 1997). Vad som är viktigt att förstå är ju hur man i vår västvärld, innan den snabba utvecklingen inom biomedicin och medicinsk teknologi, haft stora problem med att förstå sig på och häva epidemiska utbrott.

Johannisson beskriver bl.a. hur den veneriska smittan blev epidemisk i Sverige fr.o.m. 1700-talets sista decennier. Den drabbade alla samhällsgrupper men i första hand de fattiga, kvinnor mer än män. En bit in på 1800-talet var läget katastrofalt. Johannisson beskriver hur de lidande människorna som stigmatiserades med sjukdomens avskyvärda märken såsom sår och frätande bölder i knappt fattbar utsträckning måste ha präglat tidens samhälle. Många måste gömmas i hemmen eller vandra runt som utstötta tiggare på vägar och marknader och vägrades ofta hjälp även på hospitalen. Och det var kanske just den sociala utstötningen som var den värsta. Den innebar också att man i det längsta

försökte hemlighålla att man var drabbad av den veneriska smittan. Folk upplystes om att smittvägarna var samlag, mor till barn eller barn till amma, sängkläder, mat- och dryckeskärl, pipor, kyssar, svett m.m. Smittan kunde överföras utan egen skuld men också medvetet. Flera myter kring smittspridning grasserade såsom exempelvis att man kunde bli av med smittan genom att överföra den på någon annan. Hur folk skulle förmås att yppa sin smitta var det största problemet. Det var en klassfråga. Medan de privilegierade uppsökte läkare så snart en individ var smittad, gjorde vanligt folk det bara om många var sjuka och symtomen inte längre kunde hemlighållas. Under tiden hade smittan kunnat sprida sig ytterligare.

Om vi sätter in epidemiernas framfart i Europa under århundradena kan vi idag foga HIV till dessa. Vi kan också säga oss det att när människor som inte delar vår medicinska orsaksmodell när det gäller smittvägar konfronteras med vårt samhälles regelsystem och allmänna hållning kan deras egna värderingar och förklaringar förstärkas snarare än blekna bort (se exempelvis Sachs 1983, Yamba 1997). Det svåraste för oss, som har tillgång till vår moderna teknologiskt utvecklade medicinska värld, är att förstå hur tilltron till helt andra förklaringar och sätt att hantera sjukdom och dess spridning kan leva kvar hos människor som får tillgång till det vår sjukvård kan erbjuda. Exempel finns dock på hur människor från andra delar av världen som invandrat till Sverige reser hem för dyra pengar för att bli behandlade av sina egna folkläkare och magiker när de insjuknat i Sverige. Detsamma finns beskrivet om hur forskaren, antropologen reser hem vid sjukdom för att få behandling och välkänd medicinsk vård (Sachs 1983).

Om den viktigaste frågan gäller varför just jag drabbats och förklaringarna söks utanför eget handlande, är smitta inte ens ett relevant begrepp i sammanhanget. Ordet smitta, i betydelsen överföring av sjukdom från en individ till en annan, finns inte på alla språk.

Individen som ansvarig för sjukdom

Det moderna samhället har utvecklats åt ett håll där individen har fått allt större betydelse i förhållande till kollektivet. Detta har förändrat utgångsläget för hur ansvar och skuld ser ut i förhållande till exempelvis smittspridning.

Många av vår tids föreställningar i västvärlden utgår från begreppet individ. Begreppet präglar både upplevelse och handlande i vår värld. Individen är basen för det ekonomiska och politiska tänkandet liksom för det psykologiska och medicinska. Detta är så självklart att man inte

alltid tänker på att vår tids syn på individen har vuxit fram i en historisk process (Sachs & Uddenberg 1984).

Under tidig medeltid var man till exempel inte intresserad av att avbilda individer. Porträtt som konstform växte fram först under slutet av medeltiden och renässansen. Det var då det blev viktigt att framstå som individ, inte enbart som medlem i en grupp eller ett kollektiv. Så förekom exempelvis porträtt i vår mening inte i så många samhällen. Inga samhällen har i så hög grad som de västerländska intresserat sig för denna konstform. Intresset för individen hänger naturligtvis samman med samhällsformerna. Penninghushållningens och kapitalismens utveckling, som tog sin början på 1400–1500-talen och skapade ett rörigare samhälle där varje individ – åtminstone i vissa samhällsklasser – fick möjlighet att forma sitt eget liv. Detta medförde ett ökat intresse för den enskilda personen. Uppfattningen att individen är basen för sin egen existens har sedan blivit bestående i västerlandet – ja, till och med förstärkts (Sachs & Uddenberg 1984). Vårt samhälle har blivit individualistiskt.

Ett utmärkande drag i det individualistiska samhället är att det markerar tydliga gränser mellan individer (Sachs & Uddenberg 1984). Att sova i var sin säng, äta på var sin tallrik, dricka ur var sitt glas, borsta tänderna med var sin tandborste och stänga dörren om sig vid toalettbesök är exempel på de handlingar som markerar sådana gränser. Kan vi genom att se på begreppet smitta i relation till det individualistiska samhällets framväxt lära oss något om sätten att se på smitta i andra samhällen?

I det individualistiska samhället upprätthålls gränserna mellan individerna. Bakterierna och smittorisken får ibland tjäna som motiv. Kunskapen om bakterierna passar det individualistiska samhället som hand i handske. Det är inte en slump att föreställningarna om bakterier och smitta är en av de medicinskt grundade idéer som har kommit att genomsyra de vanliga samhällsmedborgarnas tänkande på ett mycket genomgripande sätt. Bakteriernas osynlighet gör dem extra svåra och extra viktiga att kontrollera. Även om de flesta av oss aldrig har sett en bakterie styr de våra handlingar på så sätt att vi anses kunna påverka om vi blir utsatta för dem eller ej. Oftast har vi ansvar för om vi blir sjuka genom att vi kan ha slarvat med hygien, varit för närgångna när en annan människa varit sjuk, eller utsatt oss för försvagning genom kyla m.m. Vad är det som på samma påtagliga sätt kan komma att styra människor i andra samhällen?

Att individen är den viktigaste enheten i ett samhälle är en i mycket västerländsk konstruktion medan man i vissa andra delar av världen inte är någonting utan sitt kollektiv, sin släktgrupp, sin klan eller kast. Att vara ensam kan där vara det farligaste och mest onaturliga som

finns. När någon i gruppen blir sjuk eller förändrad måste alla finnas där. Man måste vaka över att det onda inte tar överhanden. Man måste också visa att man själv inte bidragit till att släktingen blivit sjuk, genom att vara närvarande. Sjukdomsorsakerna söks oftast i medierade samband och därmed också i spänningar inom gruppen. Någon kan bli utpekad som den som genom sin häxkraft har påverkat situationen och få ta ansvar för sjukdom eller död i gruppen. Här kan man finna en uppsättning monografier från olika delar av Afrika och Asien där kollektivets stora betydelse finns beskrivet (se en sådan beskrivning i t.ex. Sachs 1996: sid. 105 och framåt).

Det är givetvis så att man för att göra framställningen möjlig måste tala om en viss grad av idealsamband. Det finns givetvis kombinationer av orsaksförklaringar i många samhällen som blandar medierade och icke-medierade krafter som utgångspunkt för sina förklaringar. I samband med beskrivningen av ett konkret exempel från Zambia kommer dessa frågor att problematiseras ytterligare och få relevans för inställningen till HIV och AIDS som speciella problem vad gäller tankarna på en preventiv insats mot fortsatt smittspridning.

Diagnosens betydelse

För att ta ytterligare ett steg mot en nyanserad bild av hur komplicerat det är att ta in och förstå hur sjukdomar sprids genom osynliga processer, vill jag i detta avsnitt ta upp själva sjukdomsbegreppets komplexitet. Som en inre kamp har vi lärt oss klassificera sjukdom. Det är oftast den patologiska processen som ger sjukdomen dess namn. Oftast är det just det som människor i andra samhällen utanför västvärlden inte alls sysselsätter sig med när de förklarar sjukdom. I figuren finns tre ingredienser som alltid finns med i den klassifikation eller den diagnos som vi känner igen; *bevis*, *process* och *orsak*.

bevis	symtom, känsla, tecken
process	inre kamp, patologisk process
orsak	svar på frågan: hur? vem? med hjälp av vad? varför just jag?

(Glick 1976)

De allra flesta människor utan speciella medicinska kunskaper om kroppens inre klassificerar sjukdomar efter bevis och orsak. Den inre kampen som pågår är utanför deras synfält och blir abstrakt. Orsaksfrågorna kan också uppfattas som abstrakta men har alltid en mening som gör dem hanterbara och igenkända i sitt sociala sammanhang. Att klassificera fysiska och psykiska tillstånd är ett sätt att bemöta oroande händelser och få ett handlingschema. En diagnos innebär alltid minst fyra väsentliga steg på vägen mot en socialt accepterad etikett; sjuk.

Diagnosen:	benämner
	bekräftar
	behandlar
	legitimerar

I och med att man har ett namn på det inträffade kan man benämna sjukdomen vid dess namn. Man bekräftar därmed att den drabbade faktiskt är sjuk och inte bara inbillar sig detta. När man väl bekräftar att en person i ens omgivning är sjuk kan man börja göra något åt det och behandla personen i fråga med det som står till buds. I och med att man så behandlar den sjuka personen för den bekräftade sjukdomen legitimerar man samtidigt den sjuka som sjuk ur en social synvinkel. Den sjuka behöver inte upprätthålla sina dagliga sysslor utan kan intaga en sjukroll där vissa rättigheter finns men också skyldigheter. Den sjuka behöver inte sörja för andra människor utan får tas om hand av andra. Han eller hon måste kanske till exempel hålla sig i stillhet och gå med på vissa behandlingar och restriktioner när det gäller att umgås med andra människor. Allt detta är reglerat i det kulturella sammanhang som omger den sjuka.

Tre slags sjukdomsbegrepp

Epidemier är väl sjukdomar som både känns och syns? I så fall är de subjektivt påtagliga och kan uppfattas både av den som är sjuk och omgivningen. Kanske har sjukdomen också påtagliga bevis eller tecken som gör att man omedelbart kan se vad det rör sig om. Sjukdomar som alltid förekommer och som drabbar vissa åldrar eller under vissa tider på året är alltid igenkända och namngivna även i folkliga termer. När sjukdom på detta sätt känns igen och finns med i allas begreppsvärld talar man som antropolog om sjukdomen som en *illness*. *Illness* är upp-

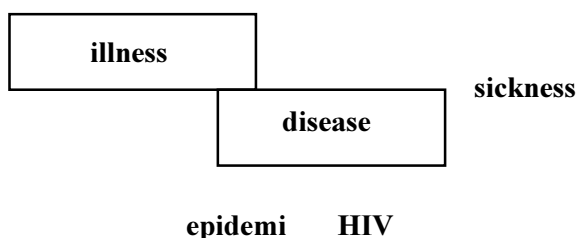
levd och kommunicerad på ett kulturellt inlärt sätt. Bland många grupper av människor utanför västvärlden är detta det huvudsakliga sjukdomsbegreppet.

När den sjuka vill få bekräftat av sin läkare här i Sverige att det är mässling i stället för kanske nässelutslag är det inte bara en *illness* som är intressant. Det är intressant att få veta om det går att uttala sig om den patologiska processen; det som händer inne i kroppen. När medicinaren tar sina prover och analyserar dessa ser han eller hon att det är en viss namngiven sjukdom som då får sin identitet i biomedicinska termer och då talar man om en *disease*. Det är naturligtvis så att den sjuka själv också kan misstänka att det är en *disease* men helt och hållet säker kan man inte vara förrän man med hjälp av vissa diagnostiska analyser kunnat konstatera vad som pågår inne i kroppen – den patologiska processen.

Vissa epidemier är förknippade med ytterligare ett begrepp nämligen *sickness*. *Sickness* är den del av en sjukdomsprocess som blir socialt besvärande för den drabbade och dennes anhöriga. När vissa könssjukdomar sprids kan det vara viktigt att hålla det hemligt vilka som har blivit drabbade. Könssjukdomarna känns bara för den drabbade och kanske inte alltid ens för denne, och kan därför inte bli direkt stigmatiserande genom de tecken som sjukdomen ger. Bara när det upptäcks genom att en partner blir smittad kommer det sociala stigma, *sickness*. *Sickness* kan vara det största lidandet i samband med sjukdomar som ger skam i ett samhälle. Uteslutning, isolering och begränsningar av skilda slag kan göra en människa helt socialt utstött.

Alla sjukdomar som klassificeras som epidemiska omfattas inte av dessa tre begrepp samtidigt. För ett barn med mässling med sina påtagliga prickar är det aldrig tal om en *sickness* på så sätt att han eller hon blir utpekad eller socialt utstött. Barnet hade dock en *illness* och en *disease*.

Men om epidemier är så olika när det gäller dessa tre begrepp vad har de då gemensamt? Jag vill först schematiskt redogöra för hur begreppen *illness*, *disease* och *sickness* relaterar till varandra. Jag vill sedan diskutera epidemin HIV/AIDS i relation till dessa begrepp och problematisera detta ytterligare genom att ge två fallbeskrivningar ur den medicinskt antropologiska litteraturen.



Sachs 1992:59

Oftast sammanfaller *illness* och *disease* vid epidemier. Människor har påtagliga symtom som de känner igen och har namn för men deras tillstånd kan också benämnas och legitimeras av biomedicinsk utövande läkare. I vissa fall är dessa tillstånd osynliga (HIV) för andra människor men ändå stigmatiserande om de blir kända. Andra tillstånd syns och upplevs tydligt men behöver ändå inte vara stigmatiserande eller leda till *sickness* (influensa).

HIV är under lång tid osynlig för såväl den drabbade som för omgivningen. Det är bara den biomedicinska experten som med hjälp av sina diagnostiska instrument kan konstatera att en person är HIV-smittad. Det vill säga i västvärlden är detta möjligt – inte alls i samma utsträckning i andra delar av världen. En HIV-infekterad person måste bli omtalad som en sådan för att bli klassificerad som sjuk. Eftersom HIV blivit förknippat med stigma av skilda slag i olika delar av världen kan en person som har bara en *disease* som inte känns och inte syns ändå ha en socialt stigmatiserande sjukdom, *sickness*. Detta är i mycket stor utsträckning en västerländsk företeelse. I de flesta delar av världen blir människor först sjuka eller uppmärksammade som sjuka när de får bevis eller tecken på att något förändrats med kroppen. När det gäller HIV är det då redan ett tillstånd som vi känner till som AIDS. AIDS har många namn i andra delar av världen därför att det är bevisen (symtomen) och orsakerna (varför just jag–vi?) som givit sjukdomen dess namn. En artikel som behandlar folkliga beskrivningar av AIDS i Zambia ger insikter i hur man beskriver sjukdomen genom dess symtom (Bond & Ndubani 1997). En kort beskrivning av hur just AIDS kan tolkas och behandlas olika i två skilda sammanhang får ge konkretion åt detta resonemang.

AIDS: två ansikten

Det här avsnittet är en komprimerad sammanfattning av två längre fallbeskrivningar som analyseras och diskuteras av författarna Farmer och Kleinman (1989). Beskrivningarna har relevans här eftersom de utkris-

talliserar två världar som vi här söker förstå och hantera i ett speciellt sammanhang. Vår kunskap om AIDS i våra skilda samhällen styr vårt sätt att möta människor med sjukdomen men påverkar också hur vi resonerar i samband med smittskydd och prevention.

*

Robert är en ung man som redan varit sjuk i AIDS ett antal månader. Han har redan drabbats av olika infektioner som är vanliga för människor med låg immunitet. Senast drabbades han av en organism som liknar den som orsakar tuberkulos men som i vanliga fall är ofarlig för människor med sitt immunsystem intakt. Infektionen och den uppsättning läkemedel som användes för att behandla den lämnade Robert svag och deprimerad. Han for därför till sin syster i en annan stad för att återfå litet av sin kraft. När han skulle resa tillbaka hem blev han vägrad plats på planet "av medicinska skäl". Han led av feber, hosta och andningssvårigheter när han sökte sig till närmaste akutmottagning vid ett undervisningssjukhus. Robert hoppades att man där skulle kunna häva det akuta tillståndet så att han kunde resa hem.

Läkarna på akutmottagningen blev medvetna om att Robert led av AIDS men såg som sin uppgift att identifiera orsaken till Roberts symptom och om möjligt behandla dem. I medicinsk praktik i detta fall betyder det att om man ska identifiera orsaken till andningssvårigheter för en patient följer man ett vedertaget undersöknings- och behandlingsprogram som kan åskådliggöras med en algoritm. Denna algoritm är en serie på varandra följande val som hjälper läkaren att ställa en diagnos och välja behandling. I de flesta sammanhang blir den algoritmen och den verkliga behandlingsplanen faktiskt ganska olika. I Roberts fall blev det så att en lungröntgen och ett laboratorieprov visade att en mikroob, *pneumocystis carini* var orsak till hans andnöd. Han flyttades till avdelningen där man påbörjade behandling mot lunginfektionen; den patologiska processen. Robert fick medicin som inte hade någon effekt. Hans feber steg och han blev sämre. Läkarna avvaktade förloppet.

Efter ett antal dagar blev man varse att Roberts käkar hade låst sig. Eftersom Robert inte kunde öppna munnen kunde man inte närmare bekräfta den misstänkta diagnosen *candida oesofagit*, (en svampinfektion som Robert haft tidigare och som kunde förklara hans munläsa). Läkarna försökte sätta en sond i magsäcken för att ge näring men Robert vägrade. Efter nästan två års kamp hade han givit upp. Detta oroade läkarna. Var han egentligen vid sina sinnens fulla bruk? Hade HIV angripit hjärnan? Läkarna föreslog nu fler provtagningar med bl.a. blodprover, remiss till neurolog och röntgen av huvud och nacke. Robert fick in i det sista genomgå plågsamma undersökningar och behandlingar. Han

dog inom några timmar efter en sådan behandling. Hans läkare kände att de inte kunde vägra honom alla ansträngningar som kunde leda till bättre insikt om vad som höll på att ske – om den patologiska processen.

Inom den biomedicinska diskursen hade Roberts läkare konfronterats med ett diagnostiskt dilemma. De såg inte på utvecklingen av Roberts tillstånd som ett moraliskt dilemma utan diskuterade det som ett compliance-problem. De gjorde allt som stod i deras makt för att in i det sista assistera en sjuk människa medicinskt.

*

Det andra ansiktet av AIDS kommer från en liten by i Haiti. Anita, en ung kvinna, hade kommit till sjukhuset för besvär med en envis hosta. Hon fick diagnosen att hon led av TBC. Hon hade mist sin mor i TBC när hon var tretton år och sedan rest till staden för att försörja sig. Hon fann en familj som behövde hjälp och hon arbetade för ett mål mat per dag och en bit torrt golv att sova på samt en liten summa pengar. Efter någon tid blev hon avskedad och gick omkring för att söka sig något nytt. Hon fick ett rum i slummen men var tvungen att betala hyra. Efter en tid av sökande efter arbete mötte hon Vincent; en man som bar väskor på flygplatsen. Anita flyttade till Vincent och inledde sitt första och enda sexuella förhållande med honom. Hon lagade mat, skötte hans kläder och det lilla rummet där de bodde.

När Vincent blev sjuk blev Anita hans sköterska och hjälp. Han hade svettningar på nätterna, tappade aptiten och hade svullna lymfkörtlar. Sedan fick han diarré under flera månader. De försökte allt; läkare, charlataner, örtmedicin, injektioner och böner. Efter ett års förfall tog Anita med Vincent till hans hemby i södra Haiti. Där uppdagades det att Vincents sjukdom var ett resultat av ond magi. En man på flygplatsen hade gjort det, han var ute efter Vincents arbete och han sände därför AIDS-döden på honom.

Magikern som hört deras historia och dechiffrerat tecknen var uppriktig och direkt. Han sade till Anita och Vincents familj att den sjuke mannen hade mycket små chanser att överleva. Man kunde göra det så bra som möjligt för den sjuke och han beskrev hur det kunde ske. Familjen genomförde vad han hade föreslagit och när Vincent dog kände de att de gjort allt de kunde för honom. Anita kände sig spänd och svag efter allt detta. Hon ville åka hem till sin hemby. Hon kom till en mindre stad vid den stora marknadsplatsen när hon kollapsade och togs om hand av en kvinna som sökte rätt på Anitas far som hämtade hem henne. Hans lilla skjul läckte från taket och det ordnades så att dotterns

gudmor tog över ansvaret och gjorde iordning en torr bädd åt den sjuka unga kvinnan.

Anita hade diagnostiserats som drabbad av TBC och reagerade positivt på antituberkuloterapi. Men sex månader efter påbörjad behandling blev hon allt sämre. Man tog ett blodprov och det konstaterades att Anita hade AIDS. Hennes gudmor tog hand om henne och ville inte att hon skulle få reda på diagnosen. Det skulle bara leda till mera lidande. Och hon vägrade att sända henne till kliniken eftersom hon visste att flickan inte skulle överleva i alla fall. Hon ville ha hand om Anita och göra det bästa för henne under hennes sista tid. Gudmodern satte henne upp varje dag och gav henne varm och närande soppa som hon beskrev skulle "göra henne frisk". Hon insisterade på att sköta flickan själv och tvättade omväxlande de två lakan som fanns, gav henne den enda sköna kudden och tiggde om en filt från sjukhuset. Hon sa att för vissa personer är en värdig död lika viktig som ett värdigt liv.

*

De två beskrivningarna visar hur en viss epidemi får ett ansikte och hur ansiktet är beroende av de kulturella värderingar som människor har. I de sammanhang där man lärt att förlita sig på tekniska svar på medicinska frågor kan det vara svårt att lämna människor i fred och ändå känna att man gör sitt bästa. I ett annat sammanhang är just att lämna människor i fred att dö i värdighet, det som gör att man känner att man gör sitt bästa. Det som skiljer de två unga människornas delaktighet i epidemin åt är att den ena har *illness*, eget lidande, *disease*, konstaterad patologisk process under aggressiv intervention, och *sickness* ett socialt stigma som hade inneburit att vännerna hade flytt honom, den älskade kastat ut honom på gatan, hans arbetsgivare sagt upp honom från arbetet och från de rum som han hyrde. Lidandet gällde framförallt skuld och skam genom *sickness*, stigma. I det andra fallet hade den drabbade en *illness* och en konstaterad *disease* men man höll henne fri från *sickness* genom att inte ge henne själv skulden till att ha drabbats och hålla den medicinska sanningen på avstånd. Framförallt är det när orsaksfrågan: varför just jag, just nu? är viktig. Magi och häxeri som kommer utifrån och som drabbar utan egen skuld förklarar varför man har drabbats. Den patologiska processen är inte viktig i det sammanhanget.

Efter beskrivningen av hur människor uttrycker, uppfattar och förklarar sin sjukdom vid HIV/AIDS måste man som antropolog konstatera att det man kallar för epidemi ur biomedicinsk synpunkt inte motsvaras av samma enhetliga kvalitet bland lekmän i västvärlden och människor i andra delar av världen. Det beror bland annat på hur man förklarar symtom och huruvida det finns stigma i diagnosen eller ej.

Att söka efter upplevelserna av smittsamma sjukdomar på detta sätt med hjälp av fallbeskrivningar är antropologernas uppgift. Sådana beskrivningar kan berika epidemiologin och ge nya kunskaper om dolda kulturella och sociala samband. Sådana kunskaper kan få stor betydelse för vård och behandling av sjuka människor och deras anhöriga. Det kan också få betydelse för hur man försöker bedriva preventiv verksamhet och ge hälsoinformation till en heterogen befolkning. De dilemman som finns inbyggda i en sådan verksamhet ska här nedan diskuteras.

Rationalitet och sexualitet

Förutom att det kan vara svårt att känna till hur människor ser på synliga och osynliga hot mot hälsan, finns det också inbyggda problem när det gäller vad som går att kontrollera och vad som inte går att kontrollera av risker och orsaker till sjukdom.

Medicinsk vetenskap och dess forskningsresultat uppfattas av allmänheten i västerlandet som rationell. När man använder sig av sådan kunskap för att söka minska smittspridning av vissa sjukdomar informerar man ofta på ett sätt som också kräver ett visst rationellt sätt att tänka och fungera. Sådana frågor som finns inbyggda i hälsoinformation kring HIV/AIDS rör bl.a. beteendeförändringar. För att kunna informera människor om risker måste riskerna bli medvetandegjorda på ett sådant sätt att de berör. Begreppet risk är, såsom tidigare antytts, en tolkningsfråga. Dessutom undrar man hur riskerna vid HIV/AIDS definieras. Hur mycket vetenskaplig osäkerhet finns fortfarande när det gäller spridningen av HIV? Vad är det som utgör adekvata och rationella bevis? Vems bedömning ska gälla när det handlar om att bedöma risk? Vilka personer ska involveras i besluten kring risk-kontroll?

Alltsedan begynnelsen av HIV/AIDS-epidemin har sexuellt beteende omtalats i termer av risk. Man har försökt konstruera nya sätt att uttrycka sexuell lust. Den dominerande beskrivningen av sexuellt beteende i litteraturen kring hälsobefrämjande information är att sådant beteende är rationellt, eftertänksamt, omgivet av medvetna beslut och ett sammanvägande av alternativ.

Men i hälsobefrämjande litteratur som för fram hur rationellt sexuellt beteende minskar risken för HIV/AIDS, har man inte tagit hänsyn till det omedvetna, den starka driften och njutningen som finns inbyggda i de sexuella uttrycken. Man har inte heller tagit hänsyn till hur sexualitet kan vara ett sätt att utöva makt och att människor, särskilt kvinnor, inte alltid kan välja hur och när sexhandlingar ska ske. För vissa människor är risktagning förknippad med njutning och

sexualiteten ett sätt att komma bort från en trist vardag. Hälsoinformationen kring HIV/AIDS och säkrare sex som ger intryck av ett underliggande antagande att njutning och drift kan omorganiseras som svar på beskrivningar av hälsorisker blir i detta sammanhang alltför enögd. Vissa beteenden såsom exempelvis vid homosexuella samlag kallas över huvud taget inte sex om de inte genomförs på rätt sätt. Om det är så att människor förstår sexualitetens drift och lust med utgångspunkt från den okontrollerade delen av passionen blir en rationell diskussion kring riskbeteende meningslös (Lupton 1995). Den komplexitet som omger sexualitetens område måste tas in och tas på allvar om en kulturanpassad preventiv verksamhet ska bli viktig för dem den gäller såväl bland människor med annan kulturell bakgrund som bland traditionella svenskar.

Jag vill ta upp några tankar kring situationen i vårt moderna demokratiska samhälle där våra egna regler för ordning och reda gäller. Att dessa regler också är kulturellt skapade och ett resultat av vår historiska, sociala, politiska och ekonomiska process innebär att vi i likhet med människor i alla andra samhällen utgår från de egna reglerna som norm. I just detta kulturella beroende ligger naturligtvis ett av de största dilemman när våra regler ska användas för andra människors anpassning.

Sexualiteten har som sagt i västvärldens medicinska verksamhet mer och mer associerats med ohälsa och risk. Men samtidigt som den ses som en del i vårt välbefinnande utgör den ett hot mot samma välbefinnande. Risk, hälsa och sexualitet smälter samman i relationen till HIV och AIDS. Risk och riskhantering har alltmer kommit att handla om preventionsproblem (Scott & Williams 1992).

I de flesta moderna samhällen i västvärlden där man inte ser på personen i sig som risken för HIV-infektion utan personens beteende, gäller idag den liberala preventionsmodellen. Den innebär att man i och med tron på större frihet, rationalitet och ansvar söker ändra personers beteende med hjälp av information, utbildning och rådgivning samtidigt som man erbjuder frivillig HIV-testning. Detta har varit en form av politiskt svar på AIDS inom de demokratier som vi känner i Europa och USA.

I denna svåra balansövning mellan rättigheter och skyldigheter för individ och stat, individuell autonomi och social ordning, och inte minst mellan det offentliga och det privata, ligger ytterligare ett dilemma. Huvudfrågan rör att när man fokuserar på individuellt riskbeteende glömmer man ofta bort att både sexuella relationer och i samband med AIDS också droganvändning bygger på sociala relationer och social identitet som i mycket stor utsträckning påverkar individens beteende spontant, ibland helt omedvetet och i komplexa samband.

För att få syn på några av de frågor som kan ligga till grund för svårigheter och kanske rena misslyckanden i den preventiva verksamheten kring HIV vill jag beskriva ett antal studier där forskare bl.a. arbetat med att söka spåra partners till personer som drabbats av sexuellt överförda sjukdomar (STD) för att därigenom indirekt också kunna stoppa vidare spridning av HIV. Jag redovisar också hur en annan forskare arbetat med att göra en beskrivande analys av människors orsaksförklaringar såsom de framträder och delvis förstärks i samband med västerländska forskningsinsatser. En tredje forskare har gjort en delstudie som rör ett försök att med hjälp av video skapa möjligheter till en kulturanpassad intervention genom att explorativt och gemensamt få kunskaper på erfarenhetsmässig grund.

Forskning och intervention i Zambia

De tre studier som jag valt att presentera i detta sammanhang är utförda inom ett större projekt rörande "Community Capacity to Prevent, Manage and Survive HIV/AIDS", ett tvärvetenskapligt projekt finansierat av SAREC (Swedish Agency for Research Co-operation with Developing Countries). Den första studien (en doktorsavhandling) tar fasta på partnerspårning som ett sätt att preventivt kunna möta STD och därmed HIV bland befolkningen i ett par urbana miljöer i Zambia (Faxelid 1997).

Det är inte studiens resultat vad gäller en viss optimism inför att partnerspårning går att utveckla i dessa samhällen som är av intresse för oss här. Det är några andra fynd som inte på samma sätt behandlas i avhandlingen som jag vill peka på.

För det första framgår att befolkningen är kulturellt sammansatt av ett 15-tal etniska grupper och att det förutom skillnader i sätt att bosätta sig och leva tillsammans finns polygama äktenskapsarrangemang med patrilinejär inriktning. Det innebär att män tar sig fler än en hustru och lever i storfamiljer med sina hustrur och barn där släktskap bara räknas på faderns sida. När resultaten visar att män har fler partners än kvinnor kan detta säkert förklaras bl.a. av dessa samlevnadsförhållanden men också med att män ofta har som tradition att visa sin manlighet genom sexualiteten och att män sinsemellan utbyter erfarenheter kring kvinnor som inte kvinnor i samma utsträckning gör.

En upptäckt som inte får avgörande betydelse i avhandlingen men som jag ser som viktig i vårt sammanhang är att såväl män som kvinnor fortsätter att ha sex under det att de har symtom på STD och även under själva behandlingen av symtomen. När det gäller kvinnor i dessa samhällen och familjesammanhang kan man tänka sig att de inte kan

råda över sin situation och delvis påtvingas samlag. När det gäller män med symtom är detta naturligtvis tänkvärt. Här finns en fråga som härrör till tidigare resonemang om smittspridning och uppfattningarna om smitta i samband med tecken på sjukdom. Avhandlingen gör inga som helst försök att svara på dessa frågor och vi måste söka svaren på annat håll.

En antropolog som samtidigt studerat människors sätt att se på orsakerna till den sjukdom som dödar många har bedrivit fältarbete i Chiawa. I en just utkommen artikel av antropologen Bawa Yamba (1997) framgår sålunda att bilden av STD/HIV i Zambia är än mer komplex. Han menar att de flesta grupper av människor i såväl urbana som rurala områden i Afrika idag är i fokus för preventiva åtgärder beträffande HIV/AIDS. Han problematiserar detta faktum genom att tala om att människorna är utsatta för tre olika sorters kunskapspåverkan (han använder sig av diskursbegreppet som innebär att människor får budskap i samhället på olika sätt). Den första påverkan är den som representeras av det biomedicinska paradigmet där man påstår sig ha kunskap om orsak och verkan vid AIDS, något som backas upp av samhällsvetare och forskare som säger "behandla din STD, använd kondom och ändra på ditt sexuella beteende för att överleva". Den andra påverkan kommer från kyrkan och missionärerna som motsätter sig användande av kondom och råder människor att avstå från sex. Här försöker man också anknyta till äldre kulturella föreställningar kring tabun att ha samlag med en menstruerande kvinna eller med grannens hustru som ansågs leda till mystiska sjukdomar som på flera sätt påminner om utvecklad AIDS. När kyrkans män informerar och ger råd om hur man skyddar sig söker man tala i dessa termer. Den tredje påverkan är just den traditionella synen på hur saker och ting hänger samman. Eftersom biomedicinsk expertis säger sig vara säkra på vad som orsakar AIDS men inte har någon bot och heller inte säkert kan säga varför en viss person drabbas och en annan inte, återknyter man till det som i alla fall verkar handla om chans och olycka, häxeri och utövandet av magi.

Yamba beskriver hur man trots stora ansatser att hälsoinformera och ge råd från biomedicinskt håll ändå ser häxerianklagelserna utvecklas. Han beskriver hur män som är betrodda vad gäller att finna orsaken i en viss persons onda avsikter, häxeri, får nytt förtroende i en tid då unga människor dör av en sjukdom som ingen vet boten för och som verkar slå till godtyckligt bland män. Dessa s.k. "häx-finnare" (witch-finders) har sätt att avtäcka vem som orsakat sjukdom och död och därmed också kunna bota från det onda. Yamba beskriver hur en betrodd sådan traditionell läkeman använder ett gift i en dryck som personer får dricka för att bevisa att de inte bedrivit häxeri. Om personen i fråga drabbas

av giftet är han eller hon en häxa, om ej är han eller hon oskyldig. Under endast ett par månader hade han på detta sätt tagit livet av sexton personer som druckit hans förgiftade te därför att de ansåg sig oskyldiga. Detta hände 1995, flera år efter det att man från svensk och annan västerländsk sida arbetat med att hälsoinformera kring STD och HIV. (För detaljerad beskrivning se Yamba 1997.)

Det som blir syntesen av dessa konkreta exempel från dagens forskning och försök till intervention bland HIV-drabbade samhällen i Afrika är egentligen hur svårt det är att nå människor med ett enhetligt budskap eftersom man inte kan se sjukdomen, inte vet när den drabbar, om den drabbar eller varför den drabbar vissa och inte andra samt att man trots att man vet orsaken till sjukdomen som dödar så många inte har någon bot. Tilltron till det som är välkänt tar överhanden framför det som man inte har traditionen att förstå.

Ett lovvärt exempel på en ansats att diskutera orsakerna bakom AIDS finns hos en antropolog som under ett antal år arbetat med video i Zambia. Zambia som tidigt drabbades av AIDS och där man befarar mörkertal som innebär att var femte sexuellt aktiv vuxen bär på HIV (National AIDS Prevention and Control Programme, 1991). Forskaren har använt sig av mediet video för att där tillsammans med människor som har AIDS-hotet nära inpå sig skapa en situation där det blir möjligt att förmedla kunskap om smittspridning och skydd så att en förändring mot en minskad smittspridning ska kunna resultera (Freudenthal 1997). Freudenthal beskriver ambitionen med sitt projekt på följande sätt:

"The way to go about this task of behaviour change is to involve the community in the process. People have to internalize the new information, see it in the light of their own situation and assess its usefulness to their own needs and aspirations"

Förutom att Freudenthal har haft en kulturkänslig ansats när hon närmat sig detta samhälle har hon förstått det viktiga i att människor själva känner sig delaktiga i en lärandeprocess. Hon har bl.a. låtit människor själva vara aktiva i produktionen av en video där de ska såväl utforma frågorna kring HIV/AIDS som att åskådliggöra vad det handlar om och till sist använda detta material för att informera den egna gruppen. Inför kameran men också inför visning av den färdiga produkten, visar det sig att människor "ser" saker och ting som de tagit för självklara på ett annat sätt när de befunnit sig mitt i händelserna. De börjar reflektera över vad som sker och varför. Sessionerna med videofilmerna är under analys för att resultera i en doktorsavhandling. Andra studier där man använt sig av video som ett "interaktivt" medium har visat sig leda till "ögonöppnare" och nya insikter som lett

till att människorna i fråga tagit den egna situationen i egna händer (exempelvis Stuart 1989, Ogan 1989).

AIDS har kommit att exemplifiera en process även i västvärlden där stat och expertsystem, såsom det medicinska, ses som inkapabla och där man istället alltmer måste lägga ansvaret för hanterandet av risk och prevention på individen. Man har utvecklat en slags personifiering av riskhantering och policy. Detta kan göra att människor som är vana vid en helt annan samhällsstruktur där makt över människorna också kan ha en strukturerande betydelse i positiv mening, dvs. där samhällsregler också leder till avlastning av skuld, har svårt att agera på ett rätt sätt inför våra förväntningar på individuell kraft. Hur man ska nå människor med helt andra bakgrundsvärldar när det gäller det svenska samhällets "frihet under ansvar" är därför en komplex fråga i försöken att arbeta med prevention som är kulturanpassad.

Den kulturanpassade preventionens dilemman

Avslutningsvis vill jag ge några sammanfattande tankar med utgångspunkt från min redogörelse. De komplexa samband som avtecknar sig i min skrivelse kan vid ett första betraktande te sig förlamande. Men hänsyn till kulturens betydelse för preventiva ansatser över kulturgränser kan ändå vara en förberedelse inför dilemman som man otvivelaktigt kommer att möta.

Sammanfattningsvis är det insikter kring vad kultur är som jag sökt förmedla. Erfarenhetsvärlden där allt hänger samman och där människor i sin miljö och i sin relation till andra får sin förståelse och kunskap kring händelser i livet, har varit utgångspunkten. Man kan säga att kultur är för beteendet och handlingarna vad grammatiken är för språket. Den är omedvetet styrande som normer för det människor gör och för de förklaringar till händelser som kommer spontant. Detta innebär dock inte att kulturer inte förändras. Ständigt står man inför nya utgångspunkter för förståelse av tingens ordning. Inte minst kan vi se i vår värld hur den medicinska teknologin indirekt fått oss att se på gränserna för liv och död på nya sätt. Sådana förändringar där konkreta synliga bevis på att liv går att förlänga, att hot om framtida ohälsa går att eliminera, får människor på sikt att känna tilltro. Problemet med HIV har hittills varit att västerländsk medicin ej mäktat nå fram till en effektiv behandling och bot. Att dilemman med smittskydd är större i detta fall är ju uppenbart. Eventuell bristande tilltro till medicinsk intervention kan också indirekt leda till att andra budskap som rör risk och hot tas mindre på allvar. Och oron måste vara konkret och mycket stor om den ska rå på sexuell drift och kulturellt skapad sexuell identitet.

Det är viktigt tror jag att se på det egna samhällets utveckling och söka påminna oss om hur alla tider haft smittskyddsproblem att brottas med. Det ger perspektiv på den egna verksamheten. Var ansvaret ligger för att rå på dessa svåra avgränsningar, på individen eller på samhället har under historiens gång varit en kärnfråga. Att man i andra samhällen varifrån människor kommer till vårt land upplevt helt andra relationer till makthavare och stat gör också att våra liberala idéer kring människors eget ansvar kan ge andra budskap än de vi förväntar oss.

För att kunna tala om dessa komplexa sammanhang med utgångspunkt från något konkret, några ansikten och händelser, har jag sökt finna exempel som skulle göra att det levande livet kom närmare. Såväl jämförelsen mellan två unga människors död i AIDS, där framför allt det sociala stigmat skilde sig markant men också själva den omvårdande behandlingen, som exemplen från Zambia, är lärorika. De visar på hur kultur påverkar sätten att behandla och förklara samma sjukdom i olika sammanhang. Det leder helt logiskt till en eftertanke och en ödmjukhet inför uppgiften att finna de rätta vägarna när det gäller problemen i Sverige.

De dilemman man möter i all slags preventiv verksamhet har, oavsett kulturella hänsyn, dessutom alltid med kommunikation av budskap att göra. Det är inte bara orden som ska översättas. Det ska också gå att översätta kunskap från en sfär till en helt annan. Det gäller framför allt här sådan kunskap som är skapad inom medicinsk forskning och som är beroende av ett precist och abstrakt språk – ofta i form av kvantifieringar. Jag har sökt beskriva hur den vetenskapliga kunskapen måste förstås in i ett livssammanhang och hur mycket av det som idag kommuniceras i kliniska möten mellan människor tolkas på sätt som parterna inte görs medvetna om i sin interaktion.

Att arbeta med konkreta metoder där människor ges möjlighet att tolka berättelser, filmer och bilder av olika slag har visat sig fruktbart i andra sammanhang. Fantasi och tid är resurser som inte går att kvantifiera men som hittills fått de största resultaten. Redan finns många seriösa försök att arbeta med hälso-information inom bl.a. invandrarförvaltningar runt om i landet. Rent konkret kan man i sådant arbete utveckla sina insatser genom att söka ta hjälp av människor med erfarenhet av dessa frågor i sin forskning och sin praktik och som därmed besitter viss kulturkompetens i skilda länder varifrån människor kommit för att leva i Sverige. Den kartläggning som jag genomfört kan också, hoppas jag, fungera som en kunskapsbas och ett vidgat perspektiv vid fortsatt smittskyddsverksamhet.

Referenser

- Adelswärd & Sachs 1994. Den preventiva medicinens dilemman. *Läkartidningen* 39, 3524.
- Adelswärd & Sachs 1996a. The meaning of 6,8: Numeracy and normality in health information talks. *Soc. Sci. & Med.* 43;8:1179–1187.
- Adelswärd & Sachs 1996b. A nurse in preventive work: dilemmas in health information talks. *Scand J. Caring Sci* 10, 45.
- Adelswärd & Sachs 1997. Risk discourse: re-contextualization of numerical values. *Discourse across professional boundaries*, Linell, P. red. (under utgivning)
- Armstrong, D. 1993. Public health spaces and the fabrication of identity. *Sociology*, 27;393–410.
- Bond, V. & Ndubani, P. 1997. The difficulties of compiling a glossary of diseases associated with sexual intercourse in Chiawa, rural Zambia. *Soc. Sci. Med.* 44;8:1211–1220.
- Douglas, M. 1966. *Purity and Danger*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Douglas, M. & Calvez, M. 1990. The self as risk-taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *Sociological Review*, 38,445–464.
- Evengård, E. (red) 1992. *Epidemiernas Historia och Framtid*. Stockholm Natur & Kultur.
- Evans-Pritchard, EE. 1937. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. London: Oxford University Press.
- Farmer, P. & Kleinman, A. 1989. Aids as Human Suffering. *Daedalus*.
- Faxelid, E. 1997. *Quality of Care for Patients with Sexually Transmitted Diseases in Zambia*. Doktorsavhandling Karolinska Institutet.

- Freudenthal, S. 1997. Visualizing Health: the exploration of video as a tool in health education (manuskript till kapitel i kommande avhandling).
- Glick, L.B. 1967. Medicine as an Ethnographic Category: The Gimi of the New Guinea Highlands. *Ethnology*, 6:31–56.
- Johannisson, K. 1990. *Medicinens Öga*. Stockholm Norstedts.
- Johannisson, K. 1994. *Den Mörka Kontinenten*. Stockholm Norstedts.
- Johannisson, K. 1997. *Kroppens Tunna Skal*. Stockholm Norstedts.
- Lupton, D. 1995. *The Imperative of Health*. London: Sage.
- Ogan, C. 1989. Video's great advantage – decentralised control of technology. *Media Development* 4.
- Sachs, L. 1983. *Onda Ögat eller Bakterier*. Malmö: Liber.
- Sachs, L. 1987. *Medicinsk Antropologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sachs, L. 1992. En sjukdom som drabbar alla? Epidemin sedd inifrån sitt sammanhang. I *Epidemiernas Historia och Framtid*. Evengård, B. red. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sachs, L. 1995. Is There a Pathology of Prevention. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19:503–525.
- Sachs, L. 1996a. Causality, Responsibility and Blame – core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health and Illness*, 5:632–652.
- Sachs, L. 1996b. *Sjukdom som Oordning*. Stockholm: Gedin.
- Sachs, L. & Uddenberg, N. 1984. *Medicin, Myter, Magi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Scott, S. & William G. 1992. *Private Risks and Public Dangers*. Aldershol: Avebury.

- Stuart, S. 1989. Access to media: placing video in the hands of the people. *Media Development* 4.
- Wight, D. 1993. Constants of cognition: factors affecting young men's practice of safer heterosexual sex. *AIDS: The Second Decade*. Aggleton, P. et al red. London: Falmer.
- Yamba, B. 1997. Cosmologies in turmoil: witch-finding and AIDS in Chiawa, Zambia. *Africa* 67;2:200–223.
- Young, A. 1976. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist* 78:5–24.

Referenslista till kapitel 14, del A

- Andersson-Ellström A. *Sexuality and sexually transmitted diseases in young women*. Avhandling Göteborgs Universitet 1996
- Andersson SO. *Vanskliga patient-läkarrelationer en mångfasetterad utmaning*. Läkartidningen 1998;95:182–188
- Backe-Nylund U., Pursche L. *Avhållsamhet eller... Rapport från en studie om aspekter av sexuallivet hos kvinnor och män med hiv-diagnos*. Rapport, 1998, Infektionsmottagning 2, Huddinge sjukhus
- Barnard MA., McKeganey NP., Leyland AH. *Risk behaviours among male clients of female prostitutes*. BMJ 1993 Aug 7;307(6900):361–362
- Bayer R., Toomey K. *Health law and ethics: Hiv infection and the two faces of partner notification*. Am J Public Health 1992;82:1158–1164
- Bayer R. *Sounding Board. Aids prevention – sexual ethics and responsibility*. The New Engl Journal of Med, 1996 Jun:1540–1542
- Berglund T. *Hiv bland män som har sex med män i Stockholm*. Perspektiv på hiv 1996:4
- Berglund T. *Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex*. Delrapport från en enkätstudie vid två mottagningar för hiv-rådgivning och hiv-testning Stockholm 1998
- Bortolotti F., Stivanello A., Noventa F., Forza G., Pavanello N., Bertolini A. *Sustained aids education campaigns and behavioural changes in Italian drug abusers*. Eur J Epidemiol 1992 Mar;8(2):264–267
- Boyer C., Barrett D., Peterman T., Bolan G. *Sexually transmitted disease and hiv risk in heterosexual adult attending a public STD clinic: evaluation of a randomized controlled behavioral risk reduction intervention trial*. AIDS 1997, 11:359–367
- Casadonte P., Des Jarlais D., Friedman S., Rotrosen J. *Psychological and behavioral impact among intravenous drug users of learning hiv test result*. The intern Journal of the Addictions, 1990; 25 (4): 409–426
- Centers for Disease Control. *Publicly funded hiv counseling and testing – United States 1985–1989*. Morbidity and Mortality Weekly Report 1990;39(9):137–140

- Choi KH., Coates TJ. *Prevention of hiv-infection*. AIDS 1994;8:1371–1389
- Cleary PD., Van Devanter N., Rogers TF., Singer E., Shipton-Levy R., Steilen M., Stuart A., Avorn J., Pindyck J. *Behavior changes after notification of hiv infection*. Am J Public Health 1991 Dec;81(12):1586–1590
- Coates T., McKusick L., Kuno R., Stites D. *Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with hiv*. Am J Public Health 1989 Jul;79(7):885–887
- Colon HM., Robles RR., Marrero CA., Reyes JC., Sahai H. *Behavioral effects of receiving hiv test results among injecting drug users in Puerto Rico*. AIDS 1996, 10:1163–1168
- Danziger R. *Hiv testing and hiv prevention in Sweden*. BMJ 1998;316:293–296
- Dawson JM., Fitzpatrick RM., Reeves G., Boulton M., McLean J., Hart GJ., Brookes M. *Awareness of sexual partners hiv status as an influence upon high-risk sexual behaviour among gay men*. AIDS 1994; 8(6):837–841
- DiClemente R., Peterson J. *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*. Plenum Press, New York 1994
- Des Jarlais D., Wish E., Friedman SR., Stoneburner R., Yancovitz SR., Mildvan D., El-Sadr W., Brady E., Cuadrado M. *Intravenous drug use and the heterosexual transmission of the human immunodeficiency virus. Current trends in New York City*. N Y State J Med 1987 May;87(5):283–286
- Des Jarlais D., Friedman SR. *Hiv epidemiology and interventions among injecting drug users*. Int J STD AIDS 1996;7 suppl 2:57–61
- Donoghoe MC., Stimson GV., Dolan KA. *Sexual behaviour of injecting drug users and associated risks of hiv infection for non-injecting sexual partner*. AIDS Care 1989;1(1):51–58
- Donoghoe MC. *Sex, hiv and the injecting drug user*. Br J Addict 1992 Mar;87(3):405–416
- Ehrhardt AA., Meyer-Bahlburg T., Guen R., Lorenz G., Goetz R., El-Sadr W., Sorrell S., Gorman J. *Women's sexual risk behaviour among parenteral drug users*. Sixth Intern Conf on AIDS, San Francisco June, 1990
- Eich-Hochli D., Niklowitz M., Clement U., Luthy R., Opravil M. *Predictors of unprotected sexual contacts in hiv-infected persons in Switzerland*. Arch Sex Behav 1998 Feb;27(1):77–90
- Eisen M., Zellman GL., McAlister AL. *Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program*. Fam Plann Perspect 1990 Nov;22(6):261–271

- Faber M. *Man åker bort från sig själv, det är det som är grejen!* Folkhälsoinstitutet 1997:13
- Faber M. *Men sedan kom det känslor med i bilden.* Folkhälsoinstitutet 1996:103
- Giesecke J., Ramstedt K., Granath F., Ripa T., Rådö G., Westrell M. *Efficacy of partner notification for hiv infektion.* Lancet 1991;338:1096–100
- Gold R. *Why we need to rethink AIDS education for gay men.* AIDS care 1995;7 suppl 1:S11–S19
- Hays RB., Mc Kusick L., Pollack L., Hilliard R., Hoff C., Coates TJ. *Disclosing hiv seropositivity to significant others.* AIDS 1993 Mar;7(3):425–431
- Henriksson B. *Risk factor Love.* Avhandling Göteborgs Universitet 1995
- Herlitz C. *Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och vanor 1986–1997.* Rapport Folkhälsoinstitutet 1997
- Higgins DL., Galavotti C., O'reilly KR., Schnell DJ. et al. *Evidence for the effects of hiv antibody counseling and testing on risk behaviors.* JAMA 1991 Nov;6(266):2419–2429
- Hoff CC., Stall R., Paul J., Acree M., Daigle D., Phillips K., Kegeles S. et al. *Differences in sexual behavior among hiv discordant and concordant gay men in primary relationships.* Journal of AIDS and Human retrovirology 1997;14:72–78
- Hunter GM., Donoghoe MC., Stimson GV., Rhodes T., Chalmers CP. *Changes in the injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990–1993.* AIDS 1995 May;9(5):493–501
- Kalichman S., Rompa D., Coley B. *Experimental component analysis of a behavioral hiv/aids prevention intervention for inner-city women.* Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996;64:687–693
- Kassler W., Zenilman J., Erickson B., Fox R., Peterman T., Hook E. *Seroconversion in patients attending sexually transmitted disease clinics.* AIDS 1994, 8:351–355
- Katz BP., Danos CS., Quinn TS., Caine V., Jones RB. *Efficiency and cost-effectiveness of field follow-up for patients with Chlamydia trachomatis infection in a sexually transmitted disease clinic.* Sex Transm Dis 1988; 15:11–16
- Kelly JA., Lawrence JS., Hood HV., Brasfield T. *Behavioral intervention to reduce Aids risk activities.* J Consult Clin Psychol 1989 Feb;57(1):60–67
- Kelly JA., Lawrence JS., Betts R., Brasfield T., Hood H. *A skills-training group intervention model to assist persons in reducing risk behaviors for hiv infection.* AIDS Educ Prev 1990;2(1):24–35

- Kelly JA., Lawrence JS., Diaz Y., Stevenson L. et al. *Hiv risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: An experimental analysis*. Am J Public Health 1991;81:168–171
- Kelly JA. *Sexually transmitted disease prevention approaches that work*. Sexually transmitted diseases 1994; 21(suppl 2) S73–S75
- Kelly JA., Murphy D., Washington C., Wilson T., Koob J., Davis D., Ledezma G., Davantes B. *The effects of hiv/aids intervention groups for high-risk women in urban clinics*. Am J Public Health 1994;84:1918–1922
- Kim N., Stanton B., Dickersin K., Galbraith J. *Effectiveness of the 40 adolescent aids-risk reduction interventions: A quantitative review*. Journal of adolescent health 1997;20:204–215
- Kindeberg T. *Undervisningens möjligheter att förändra elevernas tänkande inom området aids och sex*. Akad avhandling Lunds Universitet 1997
- Kingsley LA., Detels R., Kaslow R., Polk BF., Rinaldo CR., Chmiel J. et al. *Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. Results from the multicenter AIDS cohort study*. Lancet 1987 14;1 (8529):345–349
- Kusseling FS., Shapiro MF., Greenberg JM., Wenger NS. *Understanding why heterosexual adults do not practice safer sex: a comparison of two samples*. AIDS Educ Prev 1996 Jun; 8(3):247–257
- Käll K. *Sexual behaviour of incarcerated intravenous drug users in Stockholm in relation to human immunodeficiency virus and hepatitis B virus transmission*. Avhandling Karolinska institutet 1995
- Lantz Inger. *"Torsken i flickstimmet" Om prostitutionskunder i Stockholm*. Rapport Stockholms Stad 1994
- Landis S., Earp J., Koch G. *Impact of hiv testing and counseling on subsequent sexual behavior*. AIDS education and prevention 1992; 4(1):61–70
- Landis S., Schoenbach V., Weber D., Mittal M., Krishan B., Lewis K., Koch G. *Result of a randomized trial of partner notification in cases of hiv infection in North Carolina*. The New England Journal of Medicine 1992, 326: 101–106
- Larsson LO. *Tuberkulos och smittskyddslagen*. Rapport för Smittskyddskommittén 1998
- Lawrenc J., Jefferson K., Alleyne E., Brasfield T. *Comparison of education versus behavioral skills training interventions in lowering sexual hiv risk behavior of substance-dependent adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995;63:154–157

- Linder P., Strandberg M. *Av nöd och lust. Varför utsätter man sig idag för risk att smittas med hiv?* Rapport, Infektionskliniken, Huddinge sjukhus 1997
- Magura S., Shapiro JL., Siddiqi Q., Lipton DS. *Variables influencing condom use among intravenous drug users.* Am J Public Health 1990 Jan;80(1):82–84
- Mann J., Carbello M. *Social, cultural and political aspect.* AIDS 1989, 3 (suppl 1):S221–S223
- Mansegh G., Marks G., Simoni JM. *Self-disclosure of hiv-infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status.* AIDS 1995 Jun;9(6):639–644
- Marks G., Richardsson JL., Maldonado N. *Self-disclosure of hiv infection to sexual partners.* Am J Public Health 1991 Oct;81(10):1321–1322
- Marks G., Ruiz MS., Richardsson JL., Reed D., Mason HR., Sotelo M., Turner PA. *Anal intercourse and disclosure of hiv infection among seropositive gay and bisexual men.* J Acquir Immune Defic Syndr 1994 Aug;7(8):866–869
- McCusker J., Stoddard A., Zapka J., Morrison C., Zorn M., Lewis B. *Aids education for drug abusers: evaluation of short-term effectiveness.* Am J Public Health 1992 Apr;82(4):533–540
- Miller KS., Hennessy M., Wendell DA., Webber MP., Schoenbaum EE. *Behavioral risks for hiv infection associated with hiv-testing decisions.* AIDS Educ Prev 1996 Oct;8(5):394–402
- Månson SA., Hilde M. *Mellan hopp och förtvivlan. En studie om hiv och homosexualitet.* Lund Studentlitteratur 1990
- Månsson SA. *Sexuella möten och sexuella förhandlingar.* Socionomen 1992; 3:3–11
- Nilsson Schönnesson L. *Hiv-infektion: Trauma, metabolisering och välbefinnande.* En studie om 29 hiv-positiva homosexuella män. Rapport 1992
- Nilsson Schönnesson L. *Faktorer av betydelse för spridning av hiv bland män som har sex med män.* Rapport 1996
- Odets W. *Life in the shadow. Being hiv-negative in the age of aids.* San Francisco 1993
- Otten M., Zaidi A., Wroten J., Witte J., Peterman T. *Changes in sexually transmitted diseases rates after hiv testing and posttest counseling, Miami, 1988 to 1989.* Am J Public Health. 1993;83:529–533
- Otten M., Zaidi A., Peterman T., Rolfs R., Witte J. *High rate of hiv seroconversion among patients attending urban sexually transmitted disease clinics.* AIDS 1994, 8:549–553

- Oxman A., Scott E., Sellors J., Clarke J., Millson., Rasooly I., Frank J., Naus M., Goldblatt E. *Partner notification for STD: An overview of the evidence*. Canadian Journal of Public Health 1994;(suppl 1):S 41–S47
- Oxman GL., Doyle L. *A comparison of the case-finding effectiveness and average costs of screening and partner notification*. Sex Transm Dis 1996; 23:51–57
- Padian NS., Obrien TR., Chang Y. *Prevention of heterosexual transmission of hiv infection through couple counseling*. Journal of AIDS 1993;6:1043–1048
- Perry SW., Card CA., Moffatt M., Ashman T., Fishman B., Jacobsberg LB. *Self-disclosure of hiv infection to sexual partners after repeated counseling*. AIDS Educ Prev 1994 Oct;6(5):403–411
- Persson C., Östlund G. *"Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna hända mig"*. Rapport för Smittskyddskommittén 1998
- Pinkerton SD., Holtgrave DR., Valdiserri RO. *Cost-effectiveness of hiv-prevention skills training for men who have sex with men*. AIDS 1997 Mar; 11(3):347–357
- Plant ML., Plant MA., Peck DF., Setter J. *The sex industry, alcohol and illicit drugs: implication for the spread of hiv infection*. Br J Addict 1989 Jan;84(1):53–59
- Philips KA., Paul J., Kegeles S., Stall R., Hoff C., Coates TJ. *Predictors of repeat hiv-testing among gay and bisexual men*. AIDS 1995 Jul, 9(7):769–775
- Prier Annick. *Kjerlighet mellom menn i aidsens tider*. Pax forlag A.s. Oslo, 1988
- Ramstedt K., Forssman L., Johannisson G. *Contact tracing in the control of genital Chlamydia trachomatis infection*. Int J STD AIDS 1991;2:116–118
- Ramstedt K., Hallhagen G., Karlsson A-C., Lundin L. *Säkrare sex efter samtal inför utlandsresan*. Läkartidningen 1996,93(9):789–792
- Ramstedt K., Ribacke M. *Alltför varierande praxis i klamydiavården. Vårdprogram en lösning?* Läkartidningen 1996, 93(25);2440–2443
- Rothenberg KH., Paskey SJ. *The risk of domestic violence and women with hiv infection: implication for partner notification, public policy, and the law*. Am J Public Health 1995 Nov;85(11):1569–1576
- Ross MW., Channon-Little LD. *Discussing sexuality*. 1991 MacLennan & Petty Pty Limited
- Rudén AK., Jonsson A., Lidbrink P., Allebeck P., Bygdeman S. *Endemic versus non-endemic gonorrhoea in Stockholm: result of contact tracing*. Int J STD AIDS 1993 Sep;4(5):284–292

- Rådö G. *Hiv-infektion bland heterosexuella*. Uppsats, Socialhögskolan, Stockholm 1993
- Schilling RF., el Bassel N., Schinke SP., Gordon K., Nichols S. *Building skills of recovering women drug users to reduce heterosexual aids transmission*. Public Health Rep 1991 May; 106(3):297–304
- Schnell DJ., Higgins DL., Wilson RM., Goldbaum G., Cohn DL., Wolitski RJ. *Men's disclosure of hiv test results to male primary sex partners*. Am J Public Health 1992; 82:1675–1676
- Seidel G. *Hiv, confidentiality, gender, and support in rural South Africa*. Lancet, 1996;347:469
- Simon P., Weber M., Ford W., Cheng F., Kerndt P. *Reason for hiv antibody test refusal in a heterosexual sexually transmitted disease clinic population*. AIDS 1996, 10:1549–1553
- Stein MD., Freedberg KA., Sullivan LM., Savetsky J., Levenson SM., Hingson R., Samet JH. *Sexual ethics. Disclosure of hiv-positive status to partners*. Arch Intern Med. 1998; 158:253–257
- Sterk C. *Cocaine and hiv seropositivity*. Lancet 1988 May 7;1(8593):1052–1053
- Simoni JM., Mason HR., Marks G., Ruiz MS., Reed D., Richardsson JL. *Women's self-disclosure of hiv infection: rates, reason and reactions*. J Consult Clin Psychol 1995 Jun;63(3):474–478
- Skoglösa I., Lindgren E., Lundberg M. *Projekt STD-SYD*. Rapport maj 1993
- Strandel LR. *Några slutsatser efter difteriutbrottet i Göteborg: Bättre epidemiberedskap behövs. Grundskyddet i befolkningen bör höjas*. Läkartidningen 1984, 61(49): 4621–4625
- Stempel RR., Moulton JM., Mos AR. *Self disclosure of hiv-1 antibody test results: the San Francisco General Hospital Cohort*. AIDS Educ Prev 1995 Apr;7(2):116–123
- Strathdee S. *Gay men who suffer from sexual abuse are more likely to get aids*. Vancouver 1996
- Sumartojo E., Carey J., Doll L., Gayle H. *Targeted and general population interventions for hiv prevention: towards a comprehensive approach*. AIDS 1997, 11:1201–1209
- Temmerman M., Ndinya-Achola J., Ambani J., Piot P. *The right not to know hiv-test results*. Lancet 1995 Apr 15;345(8955):969–970
- Thelin I., Wennström AM., Mårdh PA. *Contact tracing in patient with genital chlamydial infection*. Br J Vener Dis 1980 Aug;56(4):259–262
- Toomey K., Cates W. *Partner notification for prevention of hiv infection*. AIDS 1989;3 (suppl 1): S57–S62

- Tydén T. *It will not happen to me*. Akad avhandling, Uppsala Universitet 1996
- Tydén T. *Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia*. Rapport för Smittskyddskommittén 1998
- Valdeserri R., Lyter D., Leviton L., Callahan C., Kingsley L., Rinaldo C. *Aids prevention in homosexual men: results of a randomized trial evaluating two risk reduction interventions*. AIDS 1989;3:21–26
- Walter HJ., Vaughan RD. *Aids risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students*. JAMA 1993 Aug 11;270(6):725–730
- Van Ameijden E., van den Hoek A., Haastrecht H., Coutinho R. *Trends in sexual behaviour and the incidence of sexually transmitted diseases and hiv among drug-using prostitutes*, Amsterdam 1989–1992
- Van Griensven G., de Vroome RA., Goudsmit J. et al. *Effect of hiv antibody knowledge on high-risk behavior with steady and nonsteady sexual partners among homosexual men*. Am J Epidemiol 1989 Mar; 129(3):596–603
- Wenger NS., Kusseling FS., Beck K., Shapiro MF. *Sexual behavior of individuals infected with the human immunodeficiency virus. The need for intervention*. Arch Intern Med 1994 Aug; 154(16):1849–1854
- Wenger NS., Kusseling FS., Shapiro MF. *Misunderstanding of safer sex by heterosexually active adults*. Public Health Rep 1995 Sep; 110 (5):618–621
- Westrell M. *Livsstil och sexualitet hos homosexuella män – En beskrivning och analys av Venhälskohorten 1983–1993*
- Westrell M., Hansson A. *Pojkarna i skåpet – en retrospektiv kvalitativ journalstudie*. Rapport 1995.
- Westrell M. *"Vart tog den lustfyllda sexualiteten vägen?"* Rapport 1997.
- Westrell M. *"Inte har väl doktorn tid med sånt..?"* Rapport för Smittskyddskommittén 1998
- WHO Statement from the consultation on testing and counselling for hiv infection. Geneva 1992. (WHO/GPA/INF/93.2)
- White D., Philips K., Mulleady G., Cupitt C. *Sexual issues and condom use among injecting drug users*. AIDS Care 1993;5(4):427–437
- Wingood G., DiClemente R. *Hiv sexual risk reduction intervention for women: a review*. Am J Prev Med 1996;12(3):209–217
- Wykoff RF., Jones JL., Longshore ST., Hollis SL., Quiller CB., Dowda H., Gamble WB. *Notification of sex and needle-sharing partners of individuals with human immunodeficiency virus in rural South*

Carolina: 30-month experience. Sex Transm Dis 1991 Oct;18(4):217–222

Zenilman J., Erickson B., Fox R., Reichart C., Hook E. *Effect of hiv posttest counseling on STD incidence.* JAMA 1992;267:843–845
Åsander A., Berglund T., Persson C., Ramstedt K. *Prevention mot hiv med kontaktsparning.* Läkartidningen, 1996, vol 93 nr 44, 3907–3910

Sexualvanestudier

Seksualvanerapport, seksjon for epidemiologi, Statens Institutt for folkehelse 15.06.93

Sex i Sverige FHI 1997

Sexual pleasures. Enhancement of sex Life in Finland, 1971–1992

Sexual attitudes and lifestyles, Ann M Johnson, Jane Wadsworth, Kaye Wellings, Julia Field

Regeringens proposition

2003/04:158

Extraordinära smittskyddsåtgärder

Prop.
2003/04:158

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 27 maj 2004

Göran Persson

Morgan Johansson
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

Smittskyddslagen (2004:168) kompletteras med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder. De sjukdomar som skall omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder skall betecknas samhällsfarliga sjukdomar och anges i en särskild bilaga till smittskyddslagen. De samhällsfarliga sjukdomarna skall uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen. Därutöver skall sjukdomen kunna få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

Med hänsyn till nuvarande epidemiologiska läge skall enbart smittkoppor och svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) anses vara samhällsfarliga sjukdomar. Om riksdagens beslut inte kan avvaktas får emellertid regeringen föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på annan allmänfarlig sjukdom eller på smittsam sjukdom på vilken bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas enligt föreskrift som meddelats med stöd av 9 kap. 2 § smittskyddslagen. En sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning. De samhällsfarliga sjukdomarna skall dessutom omfattas av bestämmelserna om karantänssjukdomar i karantänslagen (1989:290). Smittkoppor förs även in som allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagen.

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Socialstyrelsen besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall

genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Smittskyddsläkaren skall verkställa Socialstyrelsens beslut. Hälsokontroll vid platsen för inresan får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där. Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får smittskyddsläkaren i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök. Begär den som hålls i karantän att beslutet skall upphöra skall smittskyddsläkaren utan dröjsmål pröva frågan. Finns inte längre skäl för karantän skall smittskyddsläkaren omedelbart häva beslutet. Smittskyddsläkarens beslut om karantän får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Finns inte längre skäl för avspärrning skall Socialstyrelsen omedelbart häva beslutet. Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Socialstyrelsen i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning. Ansöker någon om undantag från beslutet om avspärrning skall Socialstyrelsen omedelbart pröva frågan. Socialstyrelsens beslut om att avslå en begäran om undantag för beslut om avspärrning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Den som måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut om karantän har rätt till smittbärrpenning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2005.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Lagtext.....	6
2.1	Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i karantänslagen (1989:290).....	15
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	16
2.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring	18
3	Ärendet och dess beredning.....	19
4	Rättslig reglering	19
4.1	Smittskyddslagen (2004:168)	20
4.2	Karantänslagen (1989:290).....	24
4.3	Lagen (1952:270) om skyddssympning vid krig eller krigsfara och lagen m.m. (1942:723) om skyddssympning inom försvarsväsendet	26
4.4	Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	26
4.5	Förordning (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.....	28
4.6	Övrig lagstiftning	29
4.7	Straffrättsliga regler	38
5	Utländsk rätt	39
6	Mänskliga rättigheter i internationella överenskommelser och i regeringsformen.....	41
6.1	Inledning	41
6.2	Europakonventionen	42
6.3	Konventionen om barnets rättigheter.....	45
6.4	Regeringsformen.....	46
7	Allmänna utgångspunkter.....	46
8	Sjukdomarna i smittskyddslagen och karantänslagen	52
9	Extraordinära smittskyddsåtgärder	60
9.1	Hälsokontroll vid inresa	60
9.2	Karantän	67
9.3	Avspärning.....	71
9.4	Processuella frågor.....	74
9.5	Överväganden med anledning av förslagets förhållande till mänskliga rättigheter	76
10	Tvångsbehandling, tvångsvaccinering och andra åtgärder.....	81
10.1	Tvångsbehandling och tvångsvaccinering	81
10.2	Andra åtgärder	83
11	Straffbestämmelse	87
12	Ersättningsfrågor	89

13	Ansvaret för smittskyddsåtgärder samt planering, samordning och samverkan, m.m.	94
14	Ekonomiska konsekvenser	101
15	Författningskommentarer	103
15.1	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	103
15.2	Förslaget till lag om ändring i karantänslagen (1989:290).....	109
15.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	109
15.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring	111
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Extraordinärt smittskydd (SOU 2003:83	112
Bilaga 2	Författningsförslag i betänkandet Extraordinärt smittskydd (SOU 2003:83).....	115
Bilaga 3	Lagradsremissens författningsförslag.....	117
Bilaga 4	Lagrådets yttrande	130
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 27 maj 2004	133

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2003/04:158

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168),
2. lag om ändring i karantänslagen (1989:290),
3. lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare,
4. lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring.

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)

dels att nuvarande bilagan till lagen skall betecknas bilaga 1,

dels att 1 kap. 3 §, 2 kap. 5 §, 8 kap. 1, 2, 5, 9 och 12 §§, 9 kap. 2 § samt den nya bilaga 1 skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas fyra nya paragrafer, 3 kap. 8–11 §§, och närmast före den nya 3 kap. 8 § en ny rubrik, samt en ny bilaga, bilaga 2, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

Med *smittsamma sjukdomar* avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med *allmänfarliga sjukdomar* avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns *anmälningspliktiga sjukdomar* respektive *smittspårningspliktiga sjukdomar*.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga till denna lag.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag.

2 kap.

5 §

En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningsskyldig sjukdom, skall utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i det landsting där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Smittskyddsinstitutet.

Anmälningsskyldigheten gäller även

- läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik,
- den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, och
- läkare som utför obduktion.

En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningsskyldig sjukdom, skall utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i det landsting där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Smittskyddsinstitutet. *Anmälan skall göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.*

Anmälningsskyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även

- läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik,
- den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, och
- läkare som utför obduktion.

3 kap.Extraordinära smittskyddsåtgärder

8 §

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Socialstyrelsen besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra stycket får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren skall verkställa Socialstyrelsens beslut enligt andra stycket.

9 §

Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad, del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får smittskyddsläkaren i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

10 §

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Socialstyrelsen i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning.

11 §

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket skall

hållas i karantän att beslutet inte längre skall gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärrning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket eller 10 § första stycket skall beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

8 kap.

1 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §, *eller*
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 §,
7. avslag på ansökan om att karantän skall upphöra enligt 3 kap. 11 §, *eller*
8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare *eller* chefsöverläkare enligt denna lag får inte överklagas.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare *eller* Socialstyrelsen enligt denna lag får inte överklagas.

2 §

I andra mål än sådana som avser tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

- 1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,*
- 2. isolering enligt 5 kap. 1 §,*
- 3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,*
- 4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,*
- 5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,*
- 6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,*
- 7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller*
- 8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.*

5 §

Länsrätten skall ta upp mål om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §, isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § och upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in. Länsrätten får dock förlänga denna tid om det finns särskilda skäl.

Länsrätten skall inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

- 1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,*
- 2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,*
- 3. isolering enligt 5 kap. 1 §,*
- 4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,*
- 5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller*
- 6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 §.*

Länsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts länsrätten skall tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § skall länsrätten

ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får länsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

9 §

I mål i allmän förvaltningsdomstol om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

Offentligt biträde skall förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

- 1. isolering enligt 5 kap. 1 §,*
- 2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,*
- 3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,*
- 4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,*
- 5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,*
- 6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller*
- 7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.*

Offentligt biträde skall dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

12 §

Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

1. för att genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. för att föra den som skall isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen, *eller*
3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut skall vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. för att genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och därvid upprätthålla ordningen,
5. för att föra den som skall

hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen skall äga rum, eller

6. för att återföra den som olovligt har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten skall lämna biträde på begäran av Socialstyrelsen för att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och för att upprätthålla dessa avspärrningar.

9 kap.

2 §

Om riksdagens beslut om ändring i *bilagan* inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

– att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra stycket, eller

– att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Föreskrifter som meddelas med stöd av denna paragraf skall snarast underställas riksdagens prövning.

Om riksdagens beslut om ändring i *bilaga 1* eller *bilaga 2* inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar *eller samhällsfarliga sjukdomar* skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra *eller tredje* stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

– att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra *eller tredje* stycket, eller

– att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

Bilaga 1**Allmänfarliga sjukdomar**

- campylobacterinfektion
- difteri
- infektion med enterohemorragisk E.coli (EHEC)
- giardiainfektion
- gonorré
- hepatit A-E
- hivinfektion
- infektion med HTLV I eller II
- klamydiainfektion
- kolera
- infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
- mjältbrand
- paratyfoidfeber
- pest
- infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- polio
- rabies
- salmonellainfektion
- shigellainfektion
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
- syfilis
- tuberkulos
- tyfoidfeber
- virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nefropathia epidemica)

Allmänfarliga sjukdomar

- campylobacterinfektion
- difteri
- infektion med enterohemorragisk E.coli (EHEC)
- giardiainfektion
- gonorré
- hepatit A-E
- hivinfektion
- infektion med HTLV I eller II
- klamydiainfektion
- kolera
- infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
- mjältbrand
- paratyfoidfeber
- pest
- infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- polio
- rabies
- salmonellainfektion
- shigellainfektion
- *smittkoppor*
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
- syfilis
- tuberkulos
- tyfoidfeber
- virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nefropathia epidemica)

Samhällsfarliga sjukdomar

- smittkoppor*
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)*

2.2 Förslag till lag om ändring i karantänslagen (1989:290)

Prop. 2003/04:158

Härigenom föreskrivs att 2 och 14 §§ karantänslagen (1989:290) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Med karantänssjukdom avses i denna lag gula febern, kolera och pest.

Den som på grund av en karantänssjukdom *har*

1. tagits in på sjukhus,
2. isolerats enligt 5 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168), eller
3. tillfälligt isolerats enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen *får inte resa ut ur landet*. Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att hindra den smittade från att lämna landet.

I andra fall än som avses i första stycket får den som för smitta av en karantänssjukdom inte vägras att lämna landet. Han skall dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet enligt smittskyddslagen om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren skall underrätta hälsovårdsmyndigheten på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

Föreslagen lydelse

2 §

Med karantänssjukdom avses i denna lag gula febern, kolera, pest *samt de sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.*

14 §¹

Den som på grund av en karantänssjukdom

1. *har* tagits in på sjukhus,
2. *har* isolerats enligt 5 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168),
3. *har* tillfälligt isolerats enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen,
4. *skall hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § smittskyddslagen, eller*
5. *har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen får inte resa ut ur landet*. Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att hindra den smittade från att lämna landet.

¹ Senaste lydelse 2004:181.

2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Prop. 2003/04:158

Härigenom föreskrivs att 1, 3 och 8 §§ lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Denna lag innehåller föreskrifter om ersättning av allmänna medel till smittbärare.

Med en smittbärare förstås i lagen

1. den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen,
2. den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom.

2. den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, *och*

3. *den som i annat fall än som avses i 1 eller 2 har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168) utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.*

3 §²

En smittbärare har rätt till smittbärrpenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, eller

2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan att beslut enligt 1 har fattats men som syftar till att klarlägga om han är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda.

Första stycket gäller inte när fråga är om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § smittskyddslagen eller beslut som avser avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

8 §³

Smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren *inte* följer förhållningsregler som har beslutats med stöd av smittskyddslagen (2004:168) eller sär-

Smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren

1. *inte* följer förhållningsregler som har getts med stöd av smittskyddslagen (2004:168) eller

² Senaste lydelse 2004:180.

³ Senaste lydelse 2004:180.

skilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

överträder förbud enligt 3 kap. 9 § nämnda lag, eller

Prop. 2003/04:158

2. åsidosätter särskilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

2.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

Prop. 2003/04:158

Härigenom föreskrivs att 16 § lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 §⁴

När ramtid skall bestämmas enligt 12 § räknas inte den tid då den sökande varit hindrad att arbeta på grund av

1. styrkt sjukdom,
2. avslutad heltidsutbildning som den sökande har avslutat efter fyllda 25 år eller som har föregåtts av sammanhängande förvärvsarbete på heltid i minst 5 månader,
3. tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
4. frihetsberövande på kriminalvårdens område,
5. vård av eget barn som inte har fyllt 2 år eller vård av adoptivbarn i 2 år efter barnets ankomst i familjen,
6. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen,
7. utlandsvistelse till följd av att den sökande följt med sin make eller maka vid dennes arbete i utlandet under förutsättning att makens eller makans arbetsgivare har sitt säte i Sverige och att lönen utbetalas från Sverige, varvid med make eller maka jämställs person med vilken den sökande sammanbor under förhållanden som liknar makars, eller
8. vård av närstående när hel ersättning lämnats enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård.

Första stycket 6 gäller dock inte när fråga är om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § eller avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

⁴ Senaste lydelse 2004:184.

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade folkhälso- och socialtjänstministern i januari 2003 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av behovet av sådana extraordinära smittskyddsåtgärder som är nödvändiga för att förhindra att en spridning av en allvarlig smitta hos människor leder till en svår påfrestning på samhället i fred (dir. 2003:12). Utredningen antog namnet Utredningen om extraordinära smittskyddsåtgärder (S 2003:01).

Utredaren lade i september 2003 fram betänkandet Extraordinärt smittskydd (SOU 2003:83). En sammanfattning av förslagen i betänkandet finns i *bilaga 1*. De författningsförslag som lades fram i betänkandet finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2003/7258/FH).

Denna proposition bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, vänsterpartiet och miljöpartiet.

Lagrådet

Regeringen beslutade den 22 april 2004 att inhämta Lagrådets yttrande över de förslag som finns i *bilaga 3*. Lagrådet har i huvudsak godtagit förslagen men också föreslagit vissa ändringar. Regeringen har på de flesta punkter följt Lagrådets förslag. Regeringens överväganden beträffande Lagrådets yttrande återfinns i avsnitt 9.1, 9.3, 9.5 och i författningskommentaren. Dessutom har vissa redaktionella ändringar gjorts i lagtexten. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 4*.

I förhållande till lagrådsremissens lagförslag föreslår regeringen i propositionen ett tillägg i 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) av innebörd att behandlande läkare i vissa fall har att göra anmälan även beträffande andra sjukdomar än anmälningsskyldiga sjukdomar. Tillägget är av enkel beskaffenhet. Ifrågavarande anmälningsskyldighet överensstämmer dessutom med vad som gäller enligt 22 § första stycket andra meningen i nu gällande smittskyddslag (1988:1472) och har varit föremål för Lagrådets granskning vid beredningen av sist nämnda lag. Lagrådets hörande över det nu föreslagna tillägget skulle därför sakna betydelse.

4 Rättslig reglering

I november 2003 presenterade regeringen propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30). I propositionen föreslås att en ny smittskyddslag skall införas. Smittskyddslagen skall ges en klarare inriktning på smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. De smittskyddsåtgärder som riktar sig till objekt eller djur skall i sin helhet regleras i andra lagar. Vid behandlingen av propositionen den 31 mars 2004 har riksdagen i huvudsak beslutat att anta regeringens förslag (bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178). Den nya smittskyddslagen och övriga författningsändringar kommer att träda i kraft den 1 juli 2004.

Bestämmelser om smittskydd finns även i ett antal andra lagar och förordningar. I detta avsnitt ges en översiktlig redogörelse för de viktigaste författningarna på smittskyddsområdet.

Prop. 2003/04:158

4.1 Smittskyddslagen (2004:168)

Smittskyddslagens (2004:168) syfte är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar. Den nya smittskyddslagen skall till skillnad mot den gällande endast reglera smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. Det objektinriktade smittskyddet skall i sin helhet regleras i annan lagstiftning.

Bestämmelserna i lagen skall omfatta alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Möjligheterna till tvångsåtgärder är begränsade till s.k. allmänfarliga sjukdomar som anges i en bilaga till lagen. För att en sjukdom skall betecknas som allmänfarlig sjukdom krävs enligt en uttrycklig definition i 1 kap. 3 § att den kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser. Härutöver krävs att man genom åtgärder som riktar sig till den smittade kan förebygga smittspridning. Bland de allmänfarliga sjukdomarna, som är 24 till antalet, ingår bl.a. difteri, hepatit A-E, hivinfektion, klamydiainfektion, kolera, mjältbrand, polio, rabies, svår akut respiratorisk sjukdom (SARS), salmonellainfektion, tuberkulos och virala hemorragiska febrar (exkl. denguefeber och sorkfeber).

De allmänfarliga sjukdomarna liksom vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Dessa sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar. Vidare skall vissa sjukdomar göras till föremål för smittspårning; de betecknas i den nya lagen som smittspårningspliktiga sjukdomar. Hit avses höra, förutom de allmänfarliga sjukdomarna, bl.a. vissa sjukdomar som sprids via livsmedel såsom t.ex. botulism. Enligt 9 kap. 3 § bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om vilka andra sjukdomar än allmänfarliga som skall vara anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Beträffande de smittspårningspliktiga sjukdomarna ger paragrafen också en möjlighet till subdelegation till Socialstyrelsen.

Regeringen kan enligt 9 kap. 2 § under vissa förutsättningar föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar. Sådana föreskrifter skall snarast underställas riksdagen.

I den nya lagen tydliggörs ansvaret för smittskyddet. Socialstyrelsen ansvarar enligt 1 kap. 7 § för samordning av smittskyddet på nationell nivå och skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd medan Smittskyddsinstitutet enligt samma lagrum som expertmyndighet skall följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt.

Landstinget skall även fortsättningsvis ha ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Undantag skall liksom i dag gälla för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur. I likhet

med nuvarande reglering skall det enligt 1 kap. 9 § i varje landsting finnas en smittskyddsläkare som skall ha det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Av paragrafen framgår vidare att smittskyddsläkaren skall kunna delegera uppgifter som denne har enligt lagen till en erfaren läkare vid en smittskydds-enhet eller vid en infektionsklinik.

Vidare föreskrivs om krav på samverkan mellan myndigheter, läkare och annan sjukvårdspersonal för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 10 §).

Den enskildes rättigheter och skyldigheter

Den enskilde har liksom i dag vissa lagfästa skyldigheter. I 2 kap. 1 § smittskyddslagen slås fast att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder skall medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt 2 § samma kapitel är vidare den som vet eller har anledning misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är även skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspåringspliktig sjukdom är dessutom enligt 3 kap. 1 § skyldig att utan dröjsmål söka läkare för undersökning. Om en patient som misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte samtycker till undersökning och provtagning skall liksom i dag detta anmälas till smittskyddsläkaren. Enligt 3 kap. 4 § skall vidare en patient som konstaterats eller misstänks vara smittad av en allmänfarlig eller annan smittspåringspliktig sjukdom lämna de upplysningar som han eller hon förmår om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats.

Vissa smittskyddsåtgärder

Den behandlande läkaren är enligt 4 kap. 1 § smittskyddslagen skyldig att ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i smittskyddslagen individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom skall den behandlande läkaren enligt 4 kap. 2 § besluta om individuellt utformade förhållningsregler som får avse ett eller flera av de moment som anges i paragrafen såsom t.ex. inskränkningar när det gäller arbete, skolgång eller annan verksamhet, förbud mot att donera blod och organ samt skyldighet att iaktta skärpta hygienrutiner. Liksom i dag skall läkaren så långt möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Smittskyddsläkaren kan enligt 4 kap. 3 § på eget initiativ eller på begäran av patienten ändra förhållningsreglerna. Smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler får överklagas till länsrätten. Vid kännedom eller misstanke om att patienten inte iakttar förhållningsreglerna skall enligt 4 § samma

kapitel den behandlande läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren. Sådan anmälan kan enligt förslaget dock underlåtas om läkaren bedömer att han eller hon kan själv se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende.

Genom bestämmelsen i 4 kap. 8 § införs en möjlighet att underrätta en närstående som löper påtaglig risk att smittas när den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte själv informerat om sjukdomen.

I 4 kap. 6 § stadgas bl.a. att den som har en allmänfarlig sjukdom skall erbjudas den vård och behandling som behövs för att eliminera eller minska risken för smittspridning. Enligt 7 § samma kapitel skall den behandlande läkaren anmäla till smittskyddsläkaren om han eller hon får veta eller misstänker att patienten inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en risk för andra människor att smittas. Anmälan behöver inte ske om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

Tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder mot enskild kan enligt den nya smittskyddslagen på samma sätt som i dag tillgripas endast såvitt gäller de allvarligaste sjukdomarna. Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger får länsrätten enligt 3 kap. 2 § på ansökan av smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning. Beslut om sådan undersökning får meddelas endast om det finns påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Att det är länsrätten – och inte som i dag smittskyddsläkaren – som föreslås besluta om denna tvångsåtgärd motiveras i propositionen med den vikt som den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) och regeringsformen tillerkänner den kroppsliga integriteten och med att tvångsundersökning även kan innebära ett frihetsberövande i konventionens mening. Länsrätten skall pröva målet skyndsamt. Av bestämmelsen i 8 kap. 5 § framgår att domstolen, om det inte finns särskilda skäl, skall pröva målet senast inom en vecka från det att ansökan kom in.

Enligt 5 kap. 1 § får den som bär på en allmänfarlig sjukdom isoleras om det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt möjligt minska risken för spridning av sjukdomen eller om det finns grundad anledning anta att han eller hon inte följer de förhållningsregler som har beslutats. För den som frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder för att hindra smittspridning kan isolering enligt denna bestämmelse inte bli aktuell. Beslut om isolering får vidare meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra personer kan smittas.

Liksom i dag fattas beslut om isolering av länsrätten efter ansökan av smittskyddsläkaren (5 kap. 2 §). Isoleringen får bestå i högst tre månader. Det är emellertid på samma sätt som i dag möjligt för länsrätten att efter begäran av smittskyddsläkare besluta om förlängning med högst sex månader åt gången om det finns särskilda skäl (5 kap. 5 §). I mål om

isolering och fortsatt isolering skall en sakkunnig höras vid den muntliga förhandlingen. En stödperson skall utses för den som isolerats om den isolerade begär det (5 kap. 19 §). En stödperson skall även utses i annat fall om den isolerade inte motsätter sig det.

I brådskande fall får smittskyddsläkaren enligt 5 kap. 3 § besluta om tillfällig isolering av en person som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Som förutsättning gäller att den smittade eller misstänkt smittade genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas. Ett beslut om tillfällig isolering får bestå i högst två veckor. Beslutet förfaller om det inte underställs länsrätten senast inom fyra dagar. Både isolering och tillfällig isolering skall ske på vårdinrättning som drivs av ett landsting, 5 kap. 4 §.

Övriga bestämmelser

Den nya smittskyddslagen innehåller i likhet med gällande smittskyddslag bestämmelser om kostnadsfria läkemedel och kostnadsfri undersökning, vård och behandling, 7 kap. 1 och 2 §§. Kostnadsfriheten är begränsad till de allmänfarliga sjukdomarna och landstinget svarar enligt 4 § samma kapitel för kostnaderna för dessa förmåner.

Tillsynen över smittskyddet utövas av Socialstyrelsen. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Vidare får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i eller om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Liksom i dag finns bestämmelser om biträde av polismyndighet. Hjälpen av polismyndighet kan enligt 8 kap. 12 § begäras för att genomföra beslut om läkarundersökning, isolering och tillfällig isolering samt för att till vårdinrättningen återföra bl.a. personer som avvikit från isolering.

Smittskyddsförordningen (2004:255)

I en bilaga till smittskyddsförordningen anges de smittsamma sjukdomar, utöver allmänfarliga sjukdomar, som skall vara anmälningspliktiga och som därmed skall anmälas enligt smittskyddslagen. Vidare får Socialstyrelsen enligt förordningen föreskriva om vilka av de anmälningspliktiga sjukdomarna, utöver allmänfarliga sjukdomar som skall vara smittspårningspliktiga och som därmed skall bli föremål för smittspårning enligt smittskyddslagen. Härutöver finns i förordningen bl.a. kompletterande bestämmelser om anmälan och om anmälningsskyldigheten samt om smittspårningen. Förordningen innehåller även ett bemyndigande till Socialstyrelsen att meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd och till skydd för enskilda.

Den svenska karantänslagstiftningen har tillkommit mot bakgrund av bestämmelserna i det internationella hälsoreglementet (IHR). Dessa bestämmelser är resultatet av ett arbete, som påbörjades strax efter Världshälsoorganisationens (WHO) tillkomst år 1948, med att samordna och rationalisera ett stort antal tidigare hälsovårdskonventioner och överenskommelser. De första internationella bestämmelserna antogs år 1951 och ersattes år 1969 av nu gällande IHR, som i sin tur reviderats vid två tillfällen. Sverige har liksom de flesta andra länder anslutit sig till IHR. Regleringen medger att två eller flera länder ingår särskilda överenskommelser för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna. Sverige har ingått sådana överenskommelser med Danmark, Finland och Norge.

Syftet med IHR är att ge största möjliga skydd mot att vissa sjukdomar sprids internationellt med minsta möjliga hinder för den internationella trafiken. IHR avsågs vid sin tillkomst att ge regler beträffande sex allvarliga smittsamma sjukdomar: gula febern, kolera, pest, smittkoppor, återfallsfeber och tyfus. Numera har de tre sistnämnda sjukdomarna utmönstrats. Härutöver finns några särskilda stadganden om malaria. Den senaste revisionen av bestämmelserna ägde rum år 1981 varvid smittkoppor uteslöts ur regleringen med anledning av att WHO året dessförinnan förklarade sjukdomen utrotad.

Bestämmelserna i IHR är av olika karaktär. Vissa är av tvingande natur – det gäller t.ex. skyldigheten att rapportera fall av karantänssjukdomarna till WHO – medan andra bestämmelser behandlar åtgärder som kan vidtas av det enskilda landet och som anger det mest restriktiva förfarande som får tillämpas till skydd mot dessa sjukdomar.

IHR är för närvarande föremål för en översyn inom WHO, ett arbete i vilket Sverige deltar. Det pågående revisionsarbetet har bl.a. givit för handen att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt för att bättre täcka in aktuella allvarligare hälsohot och ett effektivare rapporteringssystem. Vid Världshälsoförsamlingen i maj 2003 antogs en deklARATION som bl.a. uppmanar WHO att inrätta en särskild arbetsgrupp med uppgift att ta fram ett förslag till ny reglering.

Närmare om karantänslagets bestämmelser

I karantänslagen (1989:290) finns vissa bestämmelser till skydd mot att s.k. karantänssjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet genom land-, luft- och sjötrafik. Till karantänslagen ansluter karantänsförordningen (1989:302). Närmare föreskrifter rörande tillämpningen av förordningen har utfärdats av Socialstyrelsen. Med karantänssjukdom avses enligt 2 § karantänslagen gula febern, kolera och pest, dvs. de sjukdomar som anges som karantänssjukdomar i IHR.

Den kommunala nämnd som fullgör miljö- och hälsoskyddsuppgifter ansvarar för att sanitära åtgärder vidtas beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur medan smittskyddsläkaren svarar för övriga smittskyddsåtgärder (3 §). I smittskyddsläkarens uppgifter ingår också att samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser samt att biträda den kommunala nämnden i dess uppgifter (6 §).

Med hänsyn till att det inte är möjligt för smittskyddsläkarna och de kommunala nämnderna att i praktiken kontrollera alla transportmedel, gods, passagerare etc. finns bestämmelser om ansvar för tullpersonal och andra som på olika sätt tar del i kontroll av gods och resande. Enligt 19 § skall bl.a. polis-, passkontroll- och tullpersonal samt trafikpersonal vid internationella flygplatser vara uppmärksamma på efterlevnaden av lagen och de föreskrifter som meddelats med stöd av lagen. Polis- och passkontrollpersonal åläggs vidare enligt samma lagrum att medverka vid kontroll av vaccinationsbevis vid karantänsflygplatser. Någon sådan kontroll görs emellertid inte för närvarande.

Socialstyrelsen har enligt 18 § tillsynen över karantänsverksamheten. Styrelsen skall också föreskriva vilka hamnar och flygplatser som skall vara karantänshamnar respektive karantänsflygplatser. Beträffande dessa hamnar och flygplatser har berörda landsting och kommuner ansvar för att det finns tillgång till den personal och den utrustning som behövs för kontroll av trafiken så att karantänssjukdomar inte förs in i landet eller sprids till utlandet (5 §). Socialstyrelsen har föreskrivit att nio hamnar bl.a. hamnarna i Göteborg, Stockholm och Malmö skall vara karantänshamnar och att fem flygplatser skall vara karantänsflygplatser (SOSFS 1996:20).

Om ett område – utom eller inom landet – är att betrakta som smittat av en karantänssjukdom enligt de internationella hälsovårdsbestämmelserna (IHR) och det finns risk att sjukdomen förs in i landet eller sprids härifrån till utlandet skall Socialstyrelsen enligt 7 § förklara området smittat av sjukdomen. Området skall anses som smittat till dess Socialstyrelsen förklarat det fritt från smitta.

Ett fartyg eller ett luftfartyg får inte av smittskyddsskäl vägras tillträde till hamn (10 §). Enligt 9 § skall befälhavaren på ett fartyg i vissa fall senast vid ankomsten till första svenska hamn lämna uppgift till Tullverket om hälsotillståndet ombord, en s.k. hälsodeklaration. Motsvarande skyldighet gäller för befälhavare av luftfartyg (12 §). Tullverket skall omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om uppgifternas innehåll.

De fall då en s.k. hälsodeklaration skall avges är

1. om befälhavaren har anledning anta att smitta av karantänssjukdom kan finnas ombord,
2. om fartyget kommer från ett smittförklarat område och ankomsten sker inom inkubationstiden för sjukdomen eller
3. om det ombord finns en person som vistats inom ett smittförklarat område och inkubationstiden för sjukdomen inte har gått ut.

Hälsodeklaration behöver dock inte avges om fartyget anländer direkt från Danmark, Finland eller Norge. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter erfordras inte heller sådan deklaration om fartyget de senaste 21 dagarna endast besökt hamnar i Europa. Skyldigheten att avlämna hälsodeklarationen är straffsanktionerad. Om befälhavaren underlåter att lämna sådana uppgifter eller lämnar oriktiga uppgifter kan han dömas till böter (21 §).

Karantänslagen innehåller inte några bestämmelser om tvångsåtgärder utan sådana får enligt en uttrycklig bestämmelse i lagen vidtas endast om det finns stöd härför i smittskyddslagen eller någon annan lag (3 §).

Utöver det allmänna ansvaret för smittskyddsåtgärder enligt 3 § har smittskyddsläkaren enligt karantänslagen skyldigheter i två särskilda fall.

Smittskyddsläkaren eller den till vilken uppgiften delegerats är enligt 6 § skyldig att vid behov genomföra läkarundersökning och vaccination samt att utfärda ett skriftligt intyg om vidtagen åtgärd. Mot den enskildes vilja kan läkarundersökning genomföras endast om grund finns för tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 § den nya smittskyddslagen.

Vidare skall smittskyddsläkaren i vissa fall förhindra att en smittad person lämnar landet. Enligt 14 § skall så ske när en person på grund av en karantänssjukdom antingen tagits in på sjukhus eller isolerats eller tillfälligt isolerats med stöd av 5 kap. 1 § respektive 3 § smittskyddslagen. I andra fall får en person som smittats av en karantänssjukdom inte vägras utresa.

Karantänslagen innehåller vidare bestämmelser om sanitära åtgärder beträffande laster, bagage och annat gods samt om transportmedel och djur. Det finns också särskilda regler om råttbekämpning i hamnområden. I sammanhanget kan noteras att karantänslagen inskränker möjligheterna att med stöd av annan lagstiftning inom smittskyddsområdet tvångsvis vidta sanitära åtgärder. Om den kommunala nämnden har beslutat om sanitära åtgärder får åtgärden enligt 11 § inte vidtas mot befälhavarens vilja om farkosten omedelbart fortsätter sin resa. Farkosten får då inte anlöpa någon hamn eller gå ned på någon annan flygplats här i landet. Om det kan ske utan risk för smittspridning får dock farkosten om det behövs förses med bränsle, vatten och andra förnödenheter.

Beslut som den kommunala nämnden fattat med stöd av karantänslagen får enligt 22 § överklagas hos länsrätten.

4.3 Lagen (1952:270) om skyddsympning vid krig eller krigsfara och lagen m.m. (1942:723) om skyddsympning inom försvarsväsendet

Enligt 1 § lagen (1952:270) om skyddsympning vid krig eller krigsfara m.m. kan regeringen, då riket befinner sig i krig eller krigsfara eller eljest när utomordentliga förhållanden påkallar det, till förekommande av smittsam sjukdom förordna att envar som vistas i riket eller viss del därav skall undergå skyddsympning. Förordnande om skyddsympning kan begränsas till att avse endast vissa befolkningsgrupper som är eller kan bli särskilt utsatta för smitta. I 3 § samma lag föreskrivs penningböter för den som underlåter att fullgöra sådan ympningsplikt.

I lagen (1942:723) om skyddsympning inom försvarsväsendet finns i huvudsak motsvarande bestämmelser med inriktning på personal som är anställd inom försvarsväsendet.

4.4 Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

En smittbärare har under vissa förutsättningar rätt till ersättning av allmänna medel. Bestämmelser härom finns i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare. Med smittbärare förstås enligt 1 § den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen eller den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. Ersättning kan enligt 2 § utges dels

för inkomstbortfall (smittbärappenning), dels för resekostnader. Förmånen är tillgänglig för både svenska och utländska medborgare, oavsett om de är bosatta i landet eller är här på tillfälligt besök.

Som förutsättning för rätt till smittbärappenning gäller enligt 3 § att personen i fråga måste avstå från förvärvsarbete antingen på grund av beslut enligt smittskyddslagen (2004:168), livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som meddelats med stöd av sistnämnda lag eller på grund av viss läkarundersökning eller hälsokontroll. Läkarundersökningen eller hälsokontrollen skall syfta till att klarlägga om smittbäraren ifråga är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda.

De beslut enligt smittskyddslagen som kan grunda rätt till ersättning är de som rör en allmänfarlig sjukdom. Besluten kan gälla t.ex. förhållningsregler om isolering eller avstängning från arbete. De kan också avse tvångsundersökning, tillfälligt isolering eller tvångsisolering. De beslut enligt livsmedelslagstiftningen som det kan vara fråga om är t.ex. skyldighet att genomgå läkarundersökning eller förbud att arbeta inom livsmedelshanteringen.

Hur smittbärappenning skall beräknas framgår av 4–9 §§ lagen om ersättning till smittbärare. Smittbärappenning utges enligt 4 § med belopp som motsvarar smittbärarens sjukpenning och sjukpenningtillägg enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). För den som inte är sjukpenningförsäkrad bestäms smittbärappenningen till det belopp som sjukpenningen skulle ha utgjort om den hade beräknats enligt föreskrifterna i AFL. Ersättningen kan enligt 5 § utgå som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels smittbärappenning. Någon karensdag gäller inte utan ersättning utgår från första dagen i ersättningsperioden.

Bestämmelserna i 6 och 7 §§ lagen om ersättning till smittbärare syftar till att undvika dubbel kompensation för inkomstbortfallet. Smittbärappenning skall sålunda minskas med vissa i lagen angivna förmåner t.ex. sjukpenning och sjukpenningtillägg enligt AFL eller sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring i den utsträckning förmånerna utges för samma tid. Dessutom skall avräkning göras mot motsvarande förmåner som utges på grundval av utländsk lagstiftning. Vidare finns i 8 § en bestämmelse som medger nedsättning eller indragning av smittbärappenning om smittbäraren inte följer förhållningsregler som getts med stöd av smittskyddslagen eller villkor som uppställts i samband med ett beslut enligt livsmedelslagstiftningen.

I 9 § lagen om ersättning till smittbärare anges vissa sjukpenningregler i AFL som skall tillämpas i fråga om smittbärappenning. Tillämpningen av dessa bestämmelser innebär bl.a. att smittbärappenning inte kan utges till den som uppbär hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning eller hel särskild efterlevandepension (3 kap. 3 § AFL), att den som gör anspråk på smittbärappenning skall anmäla ändrade inkomstförhållanden som kan påverka rätten till ersättning (3 kap. 6 § AFL), och att smittbärappenning i vissa fall inte utgår då smittbäraren är omhändertagen på det allmännas bekostnad (3 kap. 15 §). Hänvisningen avser också bestämmelserna i 3 kap. 10 § tredje stycket om tid som jämställs med förvärvsarbete, i 3 kap. 16 § om arbetsgivarinträde och i 3 kap. 17 § om indragning och nedsättning av ersättning.

Den andra formen av ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare är resekostnadsersättning. En smittbärare har enligt 10 § rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i smittskyddslagen eller livsmedelslagstiftningen. Resekostnadsersättning utges inte till den del motsvarande ersättning kan utges enligt AFL eller viss annan lagstiftning.

Bestämmelser om förfarandet i ersättningsärenden, återbetalningsskyldighet, överklagande m.m. finns i 11–15 §§. Ärenden om ersättning till smittbärare prövas av försäkringskassan. I fråga om behörig försäkringskassa hänvisas i 12 § till 5 kap. socialförsäkringslagen (1999:799). Av 11 § framgår bl.a. att ansökan skall ske skriftligen och att till ansökan skall fogas kopia av beslut enligt 3 § 1 eller intyg om beslutets innehåll.

Enligt 14 § lagen om ersättning till smittbärare tillämpas i ärenden om smittbärrersättning föreskrifterna i 20 kap. 10–13 §§ AFL om omprövning och ändring av försäkringskassans beslut och om överklagande av försäkringskassans och domstols beslut. I 15 § lagen om ersättning till smittbärare hänvisas till vissa allmänna regler i AFL som skall tillämpas i fråga om smittbärrersättning. Hänvisningen avser bl.a. bestämmelser om Riksförsäkringsverkets tillsyn (18 kap. 46 och 47 §§) samt ett antal bestämmelser i 20 kap. nämligen regler om provisoriska beslut (2 a §), om indragning och nedsättning av ersättning (3 §), om preskription (5 §), om förbud mot utmätning och om överlåtelse (6 §), om skadestånd (7 §), om skyldighet att lämna uppgifter (8 § första–tredje styckena och 9 §), om utredningsåtgärder (8 § fjärde stycket), om undantag från sekretess (9 a §) samt om verkställighetsföreskrifter (16 §).

4.5 Förordning (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom

I förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom finns bestämmelser om ersättning för kostnader och förluster inom företagsamhet vid vissa ingripanden för att förhindra smittspridning. Förordningen skiljer sig från lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare bl.a. i det avseendet att den inte skapar en rätt utan öppnar en möjlighet till ersättning i vissa fall där det ansetts oskäligt att den enskilde själv skall svara för kostnaden eller förlusten. Vad som ersätts är i huvudsak förluster för förstörda varor och förluster på grund av driftsavbrott eller annat intrång i näringen.

En grundläggande förutsättning för att ersättning skall kunna utges enligt 1 § att ingripandet skett antingen enligt smittskyddslagen (2004:168), miljöbalken eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som meddelats med stöd av den lagen. Av 2 § framgår att ersättning kan lämnas för värdeförstöring och kostnader till följd av ett beslut att ett visst varuparti skall förstöras eller förändras. Vidare kan kostnader i samband med en sådan åtgärd ersättas, exempelvis kostnader för personal, transportmedel eller lagerlokaler. Som värdeförstöring anses också att en myndighets beslut haft till direkt följd att varor inte kunnat säljas eller användas

t.ex. när ett förbud medfört att ett försäljningsställe måste stängas och varor till följd därav förfarits. För indirekta kostnader utgår dock inte någon ersättning. Värderingen skall göras enligt den s.k. återanskaffningsprincipen och ersättning kan komma i fråga endast för värdeförluster och kostnader överstigande 100 kr.

Vidare kan ersättning under vissa förutsättningar lämnas för kostnad för utbetalda löner till personal som på grund av stängning av rörelsen inte kunnat beredas arbete (3 §). Kostnaden får ersättas intill 80 procent av lönebeloppet, dock att ersättning inte får beräknas på lönebelopp som överstiger 78 kr per dag. Från ersättningen skall avräknas vad arbetstagarerna under tiden för avstängningen är berättigad till enligt lagen om ersättning till smittbärare. Ersättning kan också lämnas för utgifter som blivit onyttiga till följd av ingripandet, t.ex. arrende eller hyra för område eller lokal som inte kunnat utnyttjas. Under vissa förutsättningar kan kostnader för laboratorieundersökning också ersättas om de överstiger 1 000 kr (4 §). Om särskilda skäl föreligger kan den som genom påbud eller förbud vållats väsentligt intrång i näring eller avsevärd minskning i arbetsförtjänst få ersättning även i andra hänseenden (5 §). Ersättning kan enligt samma lagrum också utgå för kostnader som uppkommit för vakt-hållning och andra åtgärder för avspärning av ett område.

Hittills redovisade bestämmelser avser ersättning till företagare för kostnader och förluster av olika slag. Emellertid kan ersättning utgå även till arbetstagare som på grund av driftsavbrott gått miste om arbetsinkomst om förlusten inte täcks genom ersättning enligt annan lag, t.ex. lagen om ersättning till smittbärare eller genom gottgörelse från arbetsgivare. Ersättningen är begränsad på samma sätt som ersättningen för kostnaden för utbetald lön i 3 §, dvs. ersättning utgår med 80 procent av inkomstbortfallet i den mån detta inte överstiger 78 kr per dag (6 §).

Ersättning enligt förordningen skall enligt 7 § minskas med det belopp som kan utgå på grund av försäkringsavtal. Enligt 8 § skall ersättning inte utbetalas till den som avsiktligt eller genom grov vårdslöshet orsakat förlusten eller medvetet lämnat oriktig uppgift till stöd för en ansökan om ersättning. Vidare gäller enligt samma paragraf vissa ytterligare begränsningar i rätten till ersättning.

Frågor om ersättning enligt förordningen prövas av Kammarkollegiet (9 §). Ansökan skall emellertid ges in till länsstyrelsen i det län där rörelsen drivs eller, beträffande en anställd, där han har sin hemvist. Länsstyrelsen har därvid att se till att erforderlig utredning görs varefter ärendet med styrelsens yttrande skall överlämnas till Kammarkollegiet. Kammarkollegiets beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (11 §).

4.6 Övrig lagstiftning

Livsmedelslagen (1971:511)

Livsmedelslagen innehåller bl.a. bestämmelser som syftar till att förebygga uppkomst och förhindra spridning av smitta via livsmedel. Med livsmedel avses matvara, dryckesvara, njutningsmedel eller annan vara som är avsedd att förtäras av människor med undantag av vara på vilken

läkemedelslagen (1992:859) är tillämplig (1 §). Till livsmedel räknas även dricksvatten.

Lagens bestämmelser gäller i princip all livsmedelshantering utom hantering av livsmedel i enskilt hushåll samt i mindre förskolor eller fritidshem (2 och 3 §§). I lagen och de bestämmelser som utfärdats med stöd av lagen finns detaljerade föreskrifter om bl.a. livsmedels beskaffenhet, hantering och saluhållande. Vidare finns bestämmelser om personalhygien och om livsmedelslokaler.

I lagen föreskrivs bl.a. att livsmedel som saluhålls inte får ha sådan sammansättning eller beskaffenhet i övrigt att det kan antagas vara skadligt att förtära, smittförande eller eljest otjänligt till människoföda (5 §). Vidare stadgas i 21 § att en person som har eller kan antas ha en sjukdom, en smitta, ett sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda inte får vara sysselsatt inom livsmedelshanteringen. Överträdelse av bestämmelsen är straffsanktionerad (30 §). Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer ges enligt 21 § rätt att meddela föreskrifter om bl.a. läkarundersökning eller annan hälsokontroll av personal som är sysselsatt med livsmedelshantering. Närmare bestämmelser om personalhygien finns i 29–34 §§ livsmedelsförordningen (1971:807) och i Livsmedelsverkets föreskrifter och allmänna råd om personalhygien (SLVFS 1996:36).

Enligt 29 § livsmedelsförordningen skall den som sysslar med livsmedelshantering och som har anledning misstänka att han har sådan sjukdom eller smitta, sår eller annan skada som anges i 21 § livsmedelslagen snarast underrätta den som driver eller förestår verksamheten. Om det behövs av livsmedelshygieniska skäl är enligt 33 § förordningen den som sysslar med livsmedelshantering skyldig att på uppmaning av tillsynsmyndigheten genomgå läkarundersökning.

Livsmedel får som huvudregel inte hanteras yrkesmässigt i annan lokal än livsmedelslokal (23 § livsmedelslagen). Denna måste godkännas innan den tas i bruk. Bestämmelser om godkännande finns i 37–44 §§ livsmedelsförordningen. Ett godkännande får återkallas bl.a. om verksamheten inte längre uppfyller kraven i livsmedelslagstiftningen.

Livsmedelsverket utövar den centrala tillsynen över efterlevnaden av livsmedelslagstiftningen medan länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet utövar tillsynen inom kommunen i den mån regeringen inte föreskrivit att den skall utövas av Livsmedelsverket (24 § livsmedelslagen). Inom Försvarmakten har generalläkaren uppgifter som en tillsynsmyndighet annars har (47 § livsmedelsförordningen).

För att tillse att livsmedelslagstiftningen efterlevs får tillsynsmyndigheten bl.a. meddela de förelägganden och de förbud som uppenbart behövs (25 § livsmedelslagen). Med stöd av denna befogenhet kan myndigheten förbjuda verksamhet som inte uppfyller föreskrivna krav.

Beslut som den kommunala nämnden fattar med stöd av livsmedelslagen får enligt 33 § livsmedelslagen överklagas hos länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (34 §). Detsamma gäller Livsmedelsverkets beslut i enskilda fall (35 §).

Miljöbalken, som trädde i kraft den 1 januari 1999, har ersatt ett antal lagar som berör miljö- och hälsoskyddsområdet, däribland hälsoskyddslagen (1982:1080), miljöskyddslagen (1969:387) och renhållningslagen (1979:596).

Syftet med miljöbalken är att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö. I 2 kap. finns allmänna hänsynsregler som skall gälla all verksamhet enligt balken. Hänsynsreglerna innebär bl.a. att alla som bedriver eller avser att bedriva en verksamhet eller vidta en åtgärd skall utföra de skyddsåtgärder, iaktta de begränsningar och vidta de försiktighetsmått i övrigt som behövs för att förebygga, hindra eller motverka att verksamheten eller åtgärden medför skada eller olägenhet för människors hälsa eller miljön (3 §). Med åtgärd avses sådan åtgärd som inte är av försumbar betydelse i det enskilda fallet.

Av betydelse för smittskyddet är främst reglerna i 9 kap. om hälsoskydd. Bestämmelserna tar främst sikte på olägenheter som har anknytning till användning av fast eller lös egendom, dvs. olägenheter som har koppling till den fysiska miljön.

Enligt 9 kap. 9 § skall bostäder och lokaler för allmänna ändamål brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa inte uppkommer och de skall hållas fria från ohyra och andra skadedjur. Vidare skall ägare eller nyttjanderättshavare till berörd egendom vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att hindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Med uttrycket ”olägenhet för människors hälsa” – som ersatt hälsoskyddslagens begrepp ”sanitär olägenhet” avses enligt definitionen i 9 kap. 3 § störning som enligt medicinsk eller hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. I förarbetena till balken anges bl.a. buller, kyla, drag, lukt, ohyra och andra skadedjur som exempel på sådana störningar. Med egendom avses i 9 § såväl lös som fast egendom. Som exempel på lokaler för allmänna ändamål nämns i förarbetena samlingslokaler och lokaler för vård, undervisning och hygienisk behandling, idrottsanläggningar, badanläggningar, hotell och liknande.

Kapitlet innehåller vidare bestämmelser som medger möjlighet att meddela föreskrifter i olika hänseenden; bl.a. stadgas i 9 kap. 12 § en rätt för regeringen att meddela de föreskrifter som behövs till skydd mot olägenheter för människors hälsa. Regeringen får även överlåta åt kommunen att meddela sådana föreskrifter. De kommunala föreskrifterna som meddelas i detta syfte får inte medföra onödigt tvång eller annan obefogad inskränkning i den enskildes frihet.

När det gäller miljöbalken är det i egenskap av tillsynsmyndighet som den kommunala nämnden i dag har att ingripa mot störningar som innebär olägenhet för människors hälsa. Tillsynsansvaret innebär att myndigheten skall svara för kontrollen av att reglerna i den berörda lagstiftningen följs. Detta innebär en skyldighet att ingripa när ägare eller nyttjanderättshavare av berörd egendom inte vidtar de åtgärder som skäligen kan krävas för att förhindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa.

För att ta ställning till om ett ingripande skall ske måste en skälighetsavvägning göras. Ingripanden kan ske också med stöd av miljöbalkens allmänna hänsynsregler. Även vid tillämpningen av dessa bestämmelser skall dock en avvägning göras. I propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30) konstaterar regeringen dock att smittspridning eller befarad smittspridning inte torde kunna utgöra en sådan olägenhet som man på grund av t.ex. tekniska och ekonomiska avvägningar får acceptera. Vidare bör det enligt regeringen inte vara möjligt för kommunen att vid smittspridning eller befarad smittspridning avvakta att en ägare eller nyttjanderättshavare av berörd egendom vidtar åtgärder. För att de åtgärder som smittskyddet kräver skall kunna vidtas snabbt och effektivt föreslog regeringen att en direkt skyldighet för kommunen att vidta åtgärder för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning skall införas i 9 kap. miljöbalken. I samma bestämmelse i 9 kap. miljöbalken föreslogs även en särskild befogenhet för kommunen att låta förstöra föremål av personlig natur och avliva sällskapsdjur som innehåller av privatpersoner införas. De nya bestämmelserna i miljöbalken motsvarar i stort de som finns i den gällande smittskyddslagen och föreslogs införas i miljöbalken för att undanröja frågan om balkens tillämplighet i dessa avseenden. Riksdagen beslutade i mars 2004 att anta regeringens förslag (bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178). Bestämmelserna kommer att träda i kraft den 1 juli 2004.

Enligt 26 kap. 1 § skall tillsynsmyndigheten kontrollera efterlevnaden av miljöbalken och föreskrifter, domar och andra beslut som har meddelats med stöd av balken samt vidta de åtgärder som behövs för att åstadkomma rättelse. Den närmare fördelningen av tillsynsansvaret regleras i förordningen (1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. Det framgår där bl.a. att ett stort antal centrala myndigheter har ett ansvar. När det gäller tillsynen inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet enligt 9 kap. anges dock direkt i balken att den, med vissa undantag, skall utövas av den eller de nämnder som kommunen bestämmer (26 kap. 3 §). För att kunna utöva tillsyn har myndigheterna rätt till tillträde och att göra undersökningar. En tillsynsmyndighet får enligt 26 kap. 9 § meddela de förelägganden och förbud som behövs för att balken och anslutande föreskrifter skall efterlevas. Mer ingripande åtgärder än vad som behövs i det enskilda fallet får därvid inte tillgripas. Om ett föreläggande eller förbud inte blir åttlytt kan myndigheten ansöka om verkställighet hos kronofogdemyndigheten (26 kap. 17 §). Det finns även möjlighet att i stället förordna om rättelse på den enskildes bekostnad (26 kap. 18 §).

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Arbetsmiljölagen har till syfte att förebygga bl.a. att de anställda drabbas av ohälsa i sitt arbete. Till de faktorer som kan orsaka ohälsa räknas smittämnen. Arbetsgivaren har huvudansvaret för arbetsmiljön inom sin egen verksamhet. Enligt 3 kap. 2 § skall arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Det innebär att arbetsgivaren om det finns risk för exponering för smittämnen i arbetsmiljön skall undersöka vilka situationer som skulle kunna leda till en sådan exponering och göra en bedömning av den risk som kan förekomma. På grundval av denna bedömning skall arbets-

givaren vidta de åtgärder som behövs för att i möjligaste mån undanröja smittriskerna. Det kan vara fråga om att begränsa tillträde till en arbetsplats eller att föreskriva att de anställda skall använda viss skyddsutrustning.

Vidare kan regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket enligt 4 kap. 5 § föreskriva om skyldighet för arbetsgivaren att föranstalta om läkarundersökning, eller vaccinering eller annan förebyggande behandling mot smitta av dem som sysselsätts eller skall sysselsättas i arbete som innebär risk för ohälsa. Föreskrifter kan också meddelas om förbud att till arbetet anlita den som vid läkarundersökning har företett sjuklighet eller svaghet som gör honom särskilt mottaglig för sådan risk.

Arbetsmiljöverket har enligt 7 kap. 1 § tillsyn över att arbetsmiljölagen och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen efterlevs och har därvid enligt 7 kap. 7 § befogenhet bl.a. att meddela de förelägganden och förbud som behövs. Något missförhållande i skyddshänseende behöver inte ha inträtt vid tiden för ingripandet utan verket kan om det behövs även ingripa i förebyggande syfte. Möjlighet finns således att med omedelbar verkan stänga en arbetsplats om det finns påtaglig risk för smitta just där och det behövs för att förebygga ohälsa eller olycksfall.

Arbetsmiljölagen innehåller inte några bestämmelser om ersättning till den som blir avstängd från arbetet av smittskyddsskäl.

Ordningslagen (1993:1617)

Syftet med ordningslagen är bl.a. att trygga ordningen och säkerheten i sådana allmänt tillgängliga områden och utrymmen som används för samfärdsel i vid mening. I ordningslagen finns bl.a. de begränsningar i den grundlagsskyddade rätten till demonstrationsfrihet och mötesfrihet som är motiverade av ordnings- och säkerhetsskäl. Lagen innehåller också föreskrifter till skydd för allmänheten när det gäller typiskt riskfyllda anläggningar och företeelser liksom bestämmelser om ordning och säkerhet vid trafik med tunnelbana och spårväg samt vid annan yrkesmässig kollektiv persontrafik.

I 2 kap. ordningslagen ges regler om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Med allmän sammankomst avses enligt 2 kap. 1 §

1. sammankomster som utgör demonstrationer eller som annars hålls för överläggning, opinionsyttring eller upplysning i allmän eller enskild angelägenhet,
2. föreläsningar och föredrag som hålls för undervisning eller för att meddela allmän eller medborgerlig bildning,
3. sammankomster som hålls för religionsutövning,
4. teaterföreställningar, biograföreställningar, konserter eller andra sammankomster för att framföra konstnärliga verk, samt
5. andra sammankomster vid vilka mötesfriheten utövas.

En offentlig tillställning skiljer sig från en allmän sammankomst med avseende på syftet med evenemanget. I 2 kap. 3 § ordningslagen anges att med offentlig föreställning skall förstås

1. tävlingar och uppvisningar i sport och idrott,
2. danstillställningar,
3. tivolinöjen och festtåg,

4. marknader och mässor, samt
5. andra tillställningar som inte är att anse som allmänna sammankomster eller cirkusföreställningar.

För att en sammankomst skall anses som allmän eller en tillställning som offentlig krävs vidare att den har anordnats för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den.

I ordningslagen regleras de av ordnings- och säkerhetsskäl motiverade inskränkningarna i den mötes- och demonstrationsfrihet som är tillförsäkrad medborgarna enligt 2 kap. 1 § regeringsformen. Begränsningarna i dessa friheter får enligt 2 kap. 14 § regeringsformen göras av hänsyn till ordning och säkerhet vid sammankomsten eller demonstrationen eller till trafiken. I övrigt får dessa friheter begränsas endast med hänsyn till rikets säkerhet eller för att motverka farsot.

För att få anordna allmänna sammankomster och offentliga tillställningar på offentliga platser krävs tillstånd enligt huvudregeln i 2 kap. 4 § ordningslagen. För vissa av de angivna offentliga tillställningarna krävs tillstånd även i andra fall än då tillställningen anordnas på offentlig plats. Det gäller t.ex. offentliga danstillställningar, tivolinöjen, marknader och andra liknande nöjeställningar. Uttrycket offentlig plats används i ordningslagen som en sammanfattande beteckning för allmänt tillgängliga trafikområden av skilda slag. Hit hör bl.a. allmänna vägar samt gator, torg, parker och andra platser som redovisats som allmän plats i detaljplan och som upplåtits för sitt ändamål. Till offentlig plats räknas som regel också s.k. innetorg.

Ansökan om tillstånd att anordna en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning görs enligt 2 kap. 6 § hos polismyndigheten som med visst undantag också prövar frågan om tillstånd.

I 2 kap. 10 § regleras förutsättningarna för att vägra tillstånd till allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Enligt detta lagrums första stycke får tillstånd till allmän sammankomst vägras endast om det är nödvändigt med hänsyn till ordningen eller säkerheten vid sammankomsten eller dess omedelbara omgivning eller till trafiken eller för att motverka en epidemi. Beträffande offentliga tillställningar har inte angivits i lagen vilka hänsyn som får beaktas vid tillståndsgivningen. Det skall emellertid ske en objektiv prövning där i allt väsentligt samma hänsyn som vid allmänna sammankomster skall vägas in.

Enligt 2 kap. 15 § första stycket ordningslagen får regeringen föreskriva att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område om förbudet är nödvändigt med hänsyn till att Sverige är i krig eller krigsfara eller för att motverka epidemi. Enligt paragrafens andra stycke får en länsstyrelse efter bemyndigande från regeringen – för länet eller del därav – föreskriva att allmänna sammankomster inte får hållas om förbudet är nödvändigt t.ex. för att motverka en epidemi.

Polisen får enligt 2 kap. 22 § ordningslagen inställa eller upplösa en allmän sammankomst eller offentlig tillställning som hålls i strid med ett beslut om avslag på ansökan enligt 6 § eller i strid med en föreskrift enligt 15 § eller ett förbud enligt 25 §; den sistnämnda paragrafen ger polisen möjlighet att under vissa förutsättningar förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar bl.a. om det vid tidigare samman-

komst eller tillställning av samma slag förekommit något som medfört allmän fara för de närvarande.

I 2 kap. 23 § stadgas också om viss möjlighet för polis att upplösa en allmän sammankomst eller en offentlig tillställning bl.a. om den innebär en fara för de närvarande. Som en sådan fara torde kunna räknas risken att smittas av en allvarlig sjukdom. Av 2 kap. 24 § framgår att upplösning får dock ske endast om mindre ingripande åtgärder har visat sig vara otillräckliga.

Epizootilagen (1999:657)

Epizootilagen gäller enligt 1 § sådana allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa (epizootiska sjukdomar). Med allmänfarliga sjukdomar avses i lagen sådana sjukdomar som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors eller djurs hälsa eller medföra stora ekonomiska förluster för samhället. Sjukdomarna finns normalt inte i landet och samhällets åtgärder med anledning av ett sjukdomsutbrott syftar till att befria landet från sjukdomarna. De sjukdomar som omfattas av lagen anges i verkställighetsföreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer. För närvarande finns 30 sådana sjukdomar enligt Statens Jordbruksverks föreskrifter, däribland mjältbrand och rabies (SJVFS 2002:97). Sjukdomarna som omfattas av lagen är dels sådana sjukdomar för vilka EG har tvingande bekämpningslagstiftning, dels vissa ytterligare sjukdomar som Sverige valt att bekämpa.

I 2 § anges vad den enskilde har att göra om han har anledning misstänka att en epizootisk sjukdom drabbat ett djur i hans vård. Bland annat skall anmälan omedelbart göras till distriktsveterinären eller annan veterinär. Vidare gäller till dess besked av en veterinär föranleder något annat att den som har djuren i sin vård skall göra vad som rimligen kan begäras av honom för att förhindra eller begränsa smittspridning. I 3 § stadgas bl.a. att veterinären är skyldig att omedelbart göra en undersökning samt att den som har djuren i sin vård är skyldig att tåla det intrång och underkasta sig de åtgärder och lämna den hjälp som behövs för undersökningen.

Om en veterinär har grundad anledning att anta att fall av en epizootisk sjukdom inträffat skall veterinären enligt 4 §, i den utsträckning som behövs för att motverka smittspridning, besluta om förbud att besöka eller lämna eller utföra transporter till eller från det område där sjukdomsfallet inträffat eller där smitta annars kan antas förekomma (spärrförklaring). Ett sådant beslut skall snarast underställas den myndighet som regeringen bestämmer (Jordbruksverket), som snarast skall pröva om beslutet skall fortsätta att gälla.

I 5 § föreskrivs för det fall att det är klarlagt att ett fall av epizootisk sjukdom inträffat att myndigheten skall besluta om förbud enligt 4 § för de områden där smitta förekommer eller om andra begränsningar i hanteringen av djur och varor, allt i den utsträckning det behövs för att motverka smittspridning (smittförklaring). Under samma förutsättningar skall regeringen eller Jordbruksverket meddela föreskrifter eller i det enskilda fallet besluta om förbud mot transporter av djur eller varor till, från eller inom områden som gränsar till områden där smitta förekommer

eller om andra begränsningar i hanteringen av djur eller varor inom sådana angränsade områden samt om förbud mot tillträde till vissa djurstallar eller andra anläggningar där djur hålls (tillträdesförbud). Beslut enligt 4 och 5 §§ skall upphävas så snart det blivit klarlagt att det inte längre finns förutsättningar för beslutet (7 §).

För att förebygga eller bekämpa epizootiska sjukdomar får vidare regeringen eller Jordbruksverket meddela föreskrifter eller i det enskilda fallet besluta om t.ex. slakt eller annan avlivning av djur, smittrening och undersökning i kontrollsyfte (8 §).

Den centrala tillsynen över efterlevnaden av lagen och föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av lagen utövas enligt 11 § av Jordbruksverket. Länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Tillsynsmyndigheten får bl.a. meddela de förelägganden och förbud som behövs för att lagen eller föreskrifter eller beslut som meddelats med stöd av lagen skall efterlevas samt får under vissa förutsättningar även besluta om rättelse på den enskildes bekostnad.

Enligt 15 § skall staten ersätta den som på grund av föreskrifter eller beslut som har meddelats med stöd av lagen har drabbats av vissa slag av förluster eller kostnader. Ersättningsreglerna innebär i huvudsak att full ersättning lämnas för förlust på grund av att ett husdjur avlivs eller dör till följd av skyddsypning eller annan behandling, för kostnader för saneringsåtgärder och för inkomstbortfall medan ersättning för produktionsbortfall i regel lämnas med femtio procent av förlusten.

Den som bryter mot lagen eller föreskrifter eller beslut meddelade med stöd av lagen kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år.

Zoonoslagen (1999:658)

Zoonoslagen, som ersatte lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur, innehåller bestämmelser om sjukdomar och smittämnen hos djur som kan spridas naturligt från djur till människa (zoonoser) och som inte omfattas av epizootilagen (1 §). De smittämnen som avses behöver inte ge upphov till sjukdom hos djur, men väl hos människa. Till skillnad från de sjukdomar som omfattas av epizootilagen är det här fråga om sjukdomar eller smittämnen som finns i landet och det saknas i princip realistiska möjligheter till utrotning. Samhällets åtgärder med anledning av sjukdomarna eller smittämnena sker i förebyggande och begränsande syfte.

En förutsättning för att en zoonos skall omfattas av lagen är att det finns tillräckliga kunskaper om den för effektiv kontroll och bekämpning. Zoonoserna anges i verkställighetsföreskrifter av Statens jordbruksverk. För närvarande omfattas endast salmonella av lagen. Tillsynen utövas enligt lagen centralt av Jordbruksverket och inom länet av länsstyrelsen (8 §).

I zoonoslagen regleras bl.a. vilka åtgärder som skall vidtas när det finns misstanke om att en zoonos har inträffat. Lagens bestämmelser motsvarar till stora delar dem som finns i epizootilagen. Bestämmelser om smittförklaring och avspärning finns dock inte.

Bestämmelser om ersättning till den som drabbats av kostnader eller förluster med anledning av statens åtgärder enligt lagen finns i zoonosförordningen (1999:660). Principen om ersättning skiljer sig från princi-

pen enligt epizootilagen. Skillnaden motiveras bland annat med att risken för zoonoser som t.ex. salmonella är något som den enskilde djurägaren måste ta hänsyn till som beaktansvärd risk ingående i företagarrisken.

Enligt zoonosförordningen kan ersättning av statsmedel lämnas för vissa kostnader och förluster som någon drabbas av på grund av föreskrifter eller beslut som har meddelats med stöd av zoonoslagen. Det gäller bl.a. kostnad eller förlust genom att ett djur avlivas eller att djur och djurprodukter samt avfall och annat material oskadliggörs, kostnader på grund av smittrening utöver normal rengöring, kostnader för särskilda åtgärder i samband med slakt och produktionsbortfall. I princip ersätts 50 procent av kostnaden eller förlusten. Ersättningsnivåerna grundas i övrigt på djurslag, produktionens omfattning och produktionsformen. Vidare undantas vissa produktionsformer helt från möjligheten till ersättning av statsmedel.

Zoonoslagen innehåller en straffbestämmelse motsvarande den som finns i epizootilagen.

Lagen (1992:1683) om provtagning på djur m.m.

Lagen om provtagning på djur m.m. avser bl.a. kartläggning och kontroll av smittsamma djursjukdomar och smittämnen hos djur, som ger upphov till sjukdom hos människor, i syfte att hindra smittspridning. Lagen omfattar bl.a. zoonoser. Jordbruksverket får föreskriva eller i det särskilda fallet besluta om provtagning eller undersökning. Verket får vidare besluta bl.a. om avlivning av djur, isolering av djur eller andra begränsningar i hanteringen av djur. Om inte annat föreskrivits utövar Jordbruksverket tillsynen över efterlevnaden av sådana föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av lagen. Möjlighet finns att delegera viss tillsyn. Tillsynsmyndigheten får meddela förelägganden och förbud.

Luffartslagen (1957:297)

Av 1 kap. 1 § luffartslagen (1957:297) framgår att luftfart i Sverige bara får äga rum på de villkor som anges i den lagen och i vissa andra författningar. Enligt 2 § får luftfart äga rum med svenska luftfartyg. Vidare framgår av paragrafen bl.a. att luftfart med luftfartyg som har nationalitet i en annan stat får äga rum endast om avtal med den andra staten har träffats. Sådana avtal har träffats med ett stort antal stater. Dessa avtal grundar sig som regel på 1944 års konvention angående civil luftfart (Chicagokonventionen). Inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet gäller dock särskilda regler.

Enligt 3 § får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer av militära skäl föreskriva inskränkningar av eller förbud mot luftfart inom en viss del av riket. Sådana föreskrifter får också meddelas i samma ordning om det behövs av hänsyn till allmän ordning och säkerhet eller till natur- eller miljövård. Under utomordentliga förhållanden eller när det i övrigt krävs av hänsyn till allmän säkerhet får regeringen tillfälligt föreskriva inskränkningar eller förbud mot luftfartyg inom hela riket.

Enligt 1 § lagen (1975:88) med bemyndigande att meddela föreskrifter om trafik, transporter och kommunikationer kan regeringen meddela föreskrifter bl.a. om spårbunden trafik som är avsedd för allmänheten och om trafik på väg eller i terräng.

Lagen (2003:778) om skydd mot olyckor

Lagen om skydd mot olyckor, som sedan den 1 januari 2004 ersatt räddningstjänstlagen (1986:1102), syftar till att i hela landet bereda människors liv och hälsa samt egendom och miljö ett med hänsyn till de lokala förhållandena tillfredsställande och likvärdigt skydd mot olyckor.

Med räddningstjänst avses enligt 1 kap. 2 § de räddningsinsatser som staten eller kommunerna skall ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom eller miljön. Till räddningstjänst hänförs också räddningsinsatser som görs enligt 4 kap. 1–4 §§ i fjällräddningstjänst, flygräddningstjänst, sjöräddningstjänst och vid efterforskning av försvunna personer utan att det har inträffat någon olycka eller föreligger överhängande fara för en olycka. Staten eller en kommun skall dock ansvara för en räddningsinsats endast om detta är motiverat med hänsyn till behovet av ett snabbt ingripande, det hotade intressets vikt, kostnaderna för insatsen och omständigheterna i övrigt.

En kommun skall, enligt 3 kap. 7 §, ansvara för räddningstjänst inom kommunen om det inte är fråga om sådan räddningstjänst som staten ansvarar för enligt 4 kap. 1–6 §§. En räddningsinsats är enligt 3 kap. 9 § avslutad när den som leder insatsen (räddningsledaren) fattar beslut om detta. Den som leder en räddningsinsats (räddningsledaren) har stora befogenheter. Bland annat kan han eller hon, under vissa förutsättningar, göra ingrepp i annans rätt. Om fara för liv, hälsa eller egendom eller för skada i miljön inte lämpligen kan hindras på något annat sätt, får räddningsledaren enligt 6 kap. 2 § vid en räddningsinsats bereda sig och medverkande personal tillträde till annans fastighet, avspärra eller utrymma områden, använda, föra bort eller förstöra egendom samt göra andra ingrepp i annans rätt, i den mån ingreppet är försvarligt med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som vållas genom ingreppet och omständigheterna i övrigt.

Tillsyn över lagen utövas enligt 5 kap. 1 § av en kommun inom kommunens område och av länsstyrelsen inom länet. Statens räddningsverk eller, i fråga om statlig räddningstjänst, den myndighet som regeringen bestämmer, utövar den centrala tillsynen.

4.7 Straffrättsliga regler

Svensk rätt saknar särskilda straffbestämmelser som tar sikte på handlingar som medför att smittsamma sjukdomar överförs från en person till en annan. Detta innebär dock inte att ett överförande av smitta, eller risk för detta, inte träffas av andra straffbestämmelser. Sådana bestämmelser

finns bl.a. i brottsbalkens 3 kap. (om brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (om allmänfarliga brott). Brottsbalkens bestämmelser kan, allt efter omständigheterna i det enskilda fallet, vara tillämpliga då smitta har överförts eller riskerat att överföras. I 3 kap. finns bestämmelser om mord, dråp, misshandel, grov misshandel, vållande till annans död, vållande till kroppsskada eller sjukdom och framkallande av fara för annan. Mord, dråp och misshandelsbrotten är också kriminaliserade på försöksstadiet. Straffansvar kan därmed uppkomma redan när risk för smittspridning förelegat. Detsamma gäller för framkallande av fara för annan. Om någon framkallat allmän fara för människors liv eller hälsa kan bestämmelserna i 13 kap. om spridande av gift eller smitta och vårdslöshet med gift eller smittämne vara tillämpliga.

5 Utländsk rätt

En jämförelse mellan svensk och utländsk smittskyddslagstiftning är svår att göra, eftersom hänsyn måste tas både till de grundläggande skillnaderna mellan de olika staternas rättsordningar samt andra faktorer som ett lands klimat, ekonomi, drog- och sexualpolitik, flyktingpolitik m.m. Utredningen om extraordinära smittskyddsåtgärder genomförde emellertid en kartläggning av smittskyddslagstiftningen i Danmark, Norge, Finland, Island och Nederländerna. Utifrån denna kartläggning kan vissa iakttagelser göras.

Vid sin granskning konstaterade utredningen att det i de nordiska länderna och Nederländerna finns övergripande lagar som reglerar smittskyddet samt att det i dessa författningar finns bestämmelser som kan tillämpas för att förhindra att en allvarlig smittsam sjukdom får betydande samhällskonsekvenser. I Norge finns en lag om skydd mot smittsamma sjukdomar och en särskild lag om åtgärder vid ankomst till och avresa från landet till skydd mot att smittsam sjukdom förs in i eller ut från landet. I övriga länder finns bestämmelserna samlade i en lag. För närvarande pågår i Nederländerna en översyn av möjligheterna att använda vissa nya tvångsåtgärder i syfte att förebygga spridning av smittkoppor. Dessa bestämmelser skall emellertid på vissa villkor kunna tillämpas även på svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) och andra svåra sjukdomar.

Smittskyddslagstiftningen i de nordiska länderna och i Nederländerna är samtliga begränsade till vissa sjukdomar som uppräknas i lag eller förordning. Behandlingen av enskilda sjukdomar i de övergripande lagarna varierar dock starkt. Gemensamt för samtliga lagar är att vissa virala hemorragiska febrar omfattas. SARS omfattas av lagarna i Danmark, Finland och Norge. Lagarna i Danmark och Norge är tillämpliga på smittkoppor, däremot omfattas smittkoppor inte av den finska smittskyddslagstiftningen. I Nederländerna håller lagstiftningen som nämnts ovan på att kompletteras med vissa särskilda bestämmelser om smittkoppor, SARS och andra allvarliga sjukdomar.

En möjlighet att snabbt föra upp nya sjukdomar i respektive smittskyddslagstiftning återfinns i de flesta länder. I Danmark, Norge och Finland är det respektive regering som fastställer vilka smittsamma sjuk-

domar som skall omfattas av lagens bestämmelser. I Nederländerna fastställs sjukdomarna i lagen. Under vissa förutsättningar kan hälsoministern dock besluta att lagen tillfälligt skall vara tillämplig även på en smittsam sjukdom som inte återfinns i uppräknningen. Ett sådant beslut måste i likhet med i Sverige fastställas av parlamentet.

Möjligheter att i särskilda fall vidta tvångsåtgärder för att förhindra smittspridning finns i samtliga staters smittskyddsreglering. Det kan t.ex. röra sig om tvångsundersökning, tvångsvaccinering, stängning av verksamheter eller övervakning.

I de flesta länder finns någon form av skyldighet att uppsöka läkare och låta sig undersökas om man misstänker att man är smittad av en allvarlig sjukdom. I samtliga länder finns också en möjlighet att under vissa förutsättningar genomföra hälsoundersökning utan den enskildes samtycke eller att besluta att den som motsätter sig undersökning skall isoleras. I Danmark, Norge och Nederländerna finns möjlighet att lägga in smittade personer för observation på sjukhus eller annan medicinsk övervakning. I Finland ger lagen möjlighet att förordna om obligatorisk hälsoundersökning om sådan är nödvändig för att förhindra spridning av allmänfarlig smittsam sjukdom. I Norge och Island finns särskilda bestämmelser om möjlighet att besluta om hälsoundersökning i samband med inresa.

Tvångsisolering är en åtgärd som i de flesta länder förekommer i någon form. I samtliga de nordiska länderna och i Nederländerna finns möjligheter att under vissa förutsättningar besluta att en person som bär på en allvarlig sjukdom och som inte frivilligt underkastar sig de åtgärder som krävs skall isoleras på sjukhus eller i bostaden.

Möjlighet att spärra av byggnader eller geografiska området förekommer i någon form i Danmark, Norge, Island och Nederländerna. I Danmark, Finland och Norge finns möjligheter att förbjuda offentliga möten eller folksamlingar inom vissa områden eller möjligheter att införa begränsningar avseende möten eller folksamlingar. I Danmark, Norge, Finland och Nederländerna finns möjlighet att stänga av personer som är smittade av vissa allvarliga sjukdomar från arbete eller skola. I vissa länder, bl.a. Danmark och Norge, förekommer också förbud för personer som lider av vissa sjukdomar att använda allmänna kommunikationsmedel eller möjligheter att besluta om avbrott eller begränsningar i kommunikationerna. I Danmark, Norge och Nederländerna finns bestämmelser om smittrening eller förstöring av produkter.

I Norge, Island och Finland finns möjlighet att ge föreskrifter om obligatorisk vaccinering av befolkningen eller delar av den om det krävs för att förhindra spridning av allvarlig smittsam sjukdom. I Danmark finns möjlighet att besluta om tvångsvaccinering inom ett närmare avgränsat område eller av en närmare avgränsad personkrets om utbredning av en allmänfarlig sjukdom inte kan förhindras med mindre ingripande åtgärder.

I flera länder, däribland Danmark, Finland och Norge, finns även möjlighet att besluta om tvångsbehandling i någon form. I Danmark finns möjlighet att i extraordinära situationer om utbredning av allmänfarlig sjukdom inte kan hindras genom isolering besluta att tvångsbehandling skall tillgripas. I Finland kan den som insjuknat oberoende av sin vilja ges sådan vård som är nödvändig för att förhindra smittspridning.

Bestämmelser om rätt till ersättning för den som drabbats av förlust på grund av en smittskyddsåtgärd förekommer i någon form i de flesta länder, däribland Danmark, Norge, Finland och Nederländerna.

I de flesta länder finns möjlighet att begära polishandräckning för att verkställa beslut om tvångsåtgärder.

I många länder använder sig domstolarna av bestämmelserna i respektive lands strafflag om misshandel och motsvarande brott för att bedöma gärning som inneburit överföring eller risk för överföring av allvarlig sjukdom. Den danska, norska och österrikiska strafflagen har däremot särskilda ansvarsbestämmelser som tar sikte på gärningar som innebär att smittsam sjukdom överförs eller riskerar att överföras från en person till en annan. I vissa länder, t.ex. Danmark och Norge, finns bestämmelser om straff för den som inte följer ett beslut enligt smittskyddslagstiftningen, t.ex. underlåter att undersöka eller isolera sig eller bryter mot ett beslut om avspärrning.

Sammanfattningsvis kan konstateras att skillnaderna mellan de kartlagda ländernas smittskyddslagstiftning är betydande. I flera länder finns emellertid någon möjlighet att besluta om hälsokontroll vid platsen för inresan, karantän av personer som varit utsatta för smittrisk samt avspärrning av geografiska områden. Flera länder har även möjligheter att förbjuda eller införa begränsningar för offentliga möten eller folksamlingar, stänga arbetsplatser, skolor och dylikt, förbjuda personer som lider av vissa sjukdomar att använda allmänna kommunikationsmedel eller besluta om avbrott eller begränsningar i kommunikationerna. Vidare finns möjlighet att besluta om tvångsbehandling eller tvångsvaccinering i ett par länder.

6 Männsliga rättigheter i internationella överenskommelser och i regeringsformen

6.1 Inledning

Genom att tillträda olika internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter har Sverige gjort åtaganden som har betydelse bl.a. på smittskyddsområdet. Sålunda är Sverige bundet av två FN-konventioner om mänskliga rättigheter som trädde i kraft år 1976. Den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter innehåller såvitt här är av intresse bl.a. visst skydd mot godtyckligt frihetsberövande och regler om rätten till rörelsefrihet och rätten till domstolsprövning. Den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har karaktären av en målsättningskonvention. Enligt regleringen där åtar sig staterna bl.a. att vidta sådana åtgärder som är nödvändiga för att förhindra uppkomsten av, behandla och kontrollera epidemier, folk- och yrkessjukdomar och andra sjukdomar.

Sveriges mest vittgående åtaganden när det gäller mänskliga rättigheter framgår emellertid av den europeiska konventionen av den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Konventionen intar en särställning på området i det avseendet att konventionen och ett antal tilläggs-

protokoll sedan den 1 januari 1995 är införlivad i svensk rätt (se lagen [1994:1219] om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna). Konventionen innehåller bestämmelser om medborgerliga och politiska rättigheter.

I regeringsformen (RF) finns också bestämmelser som har betydelse i sammanhanget. I 2 kap. 23 § RF fastslås att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden enligt Europakonventionen.

6.2 Europakonventionen

Europakonventionen undertecknades år 1950 och trädde i kraft år 1953. Den innehåller bestämmelser om medborgerliga och politiska rättigheter. Sedan den 1 januari 1995 är konventionen och ett antal tilläggsprotokoll införlivade i den svenska rättsordningen (se lagen [1994:1219] om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna). Från och med samma tidpunkt gäller en bestämmelse i 2 kap. 23 § regeringsformen som föreskriver att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden enligt konventionen.

De särskilda fri- och rättigheterna regleras i artiklarna 2–14. Konventionens skydd har utvidgats genom tilläggsprotokollen bl.a. rörande rätten till personlig rörelsefrihet. Enligt artikel 15 får avvikelser göras från åtagandena enligt konventionen och tilläggsprotokollen då särskilda omständigheter föreligger. Så är fallet under krig eller i annat allmänt nödläge som hotar nationens existens. Från vissa absoluta rättigheter såsom t.ex. rätten till liv och förbud mot tortyr får avvikelser dock aldrig göras.

Frågor huruvida en stat uppfyller sina förpliktelser enligt konventionen prövas vid en särskild domstol, den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen) i Strasbourg. Denna domstol svarar, genom den ändrade ordning som fastställdes i det elfte tilläggsprotokollet som trädde i kraft den 1 november 1998, numera ensam för de uppgifter som tidigare var fördelade mellan Europakommissionen och Europadomstolen. Domstolens beslut är rättsligt bindande för berörd medlemsstat. När det gäller tolkningen av konventionen följer av internationella bestämmelser (1969 års Wienkonvention om traktaträtten) att konventionen skall tolkas med hänsyn till dess ändamål och syfte. Domstolen har bl.a. slagit fast att konventionen är ett levande dokument som måste tolkas enligt rådande förhållanden.

Artikel 5 – Rätten till frihet och säkerhet

I artikel 5 garanteras rätten till frihet och personlig säkerhet. Artikel 5 reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Skydd mot andra former av begränsningar i rörelsefriheten finns i artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet.

Artikel 5 innehåller en uttömmande uppräkningslista under sex punkter av fall där frihetsberövande är tillåtet. Enligt Europadomstolens praxis skall uppräkningslistan ges en restriktiv tolkning. För samtliga fall gäller att frihetsberövandet skall äga rum i den ordning lagen föreskriver och dessutom vara lagligt. Vad som avses härmed är att frihetsberövandet skall

stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen och med bestämmelserna i konventionen samt att det inte får vara godtyckligt. Ett frihetsberövande anses vara godtyckligt om det inte står i överensstämmelse med det i artikeln godtagna ändamålet eller med artikeln i övrigt. Även om frihetsberövandet är lagligt i konventionens mening kan det ändå anses godtyckligt om det inte anses proportionerligt i förhållande till ändamålet.

Av de sex punkterna är främst punkt 1 e av intresse i förevarande sammanhang. Under denna punkt anges ett antal omständigheter som gör ett frihetsberövande tillåtet. Frihetsberövande medges för att förhindra spridning av smittsam sjukdom eller därför att personen ifråga är psykiskt sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare.

I praxis har den berörda punkten aktualiserats främst såvitt gäller psykiskt sjuka. Enligt Law of the European Convention on Human Rights av Harris D.J. m.fl. kan det presumeras att de principer som gäller för psykisk sjukdom med relevanta modifikationer också skall tillämpas när det gäller fall rörande smittsam sjukdom. Enligt deras bedömning innebär kraven att det bör vara belagt att spridningen av sjukdomen kommer att hindras av en policy som innebär frihetsberövande.

I artikel 5 punkterna 2–4 finns vissa rättssäkerhetsgarantier för den enskilde. Den som berövats friheten har bl.a. rätt att få lagligheten av frihetsberövandet snabbt prövat av domstol. Som domstol har i Europadomstolens praxis godtagits även annat organ som uppfyller kraven på oberoende och judiciell procedur. Domstolsprövningen skall omfatta lagligheten av frihetsberövandet varvid domstolen måste göra en prövning av de faktiska omständigheterna som ligger till grund för frihetsberövandet. Däremot omfattar prövningen inte rena lämplighetsöverväganden. Utöver vad som nu nämnts ställs inte något uttryckligt krav på förfarandet i övrigt. Av Europadomstolens praxis framgår emellertid att proceduren måste uppfylla rimliga rättssäkerhetskrav. Domstolen har uttalat krav på att förfarandet skall vara kontradiktoriskt, dvs. att beslut inte får fattas på uppgifter eller bevis som den berörde inte fått ta del av och bemöta. När det gäller frihetsberövanden på grund av psykisk sjukdom har domstolen slagit fast att personen i fråga har rätt att bli hörd personligen eller, om det är nödvändigt, genom någon form av representant. Vidare har domstolen beträffande fall där frihetsberövanden kan komma att omfatta en längre tid uttalat att den rättsliga proceduren måste ge rättssäkerhetsgarantier som inte är märkbart mindre än vad som krävs vid prövning i brottmål.

I sammanhanget kan noteras att tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168) också kan innebära ett frihetsberövande enligt artikel 5, närmare bestämt ett frihetsberövande i syfte att tvinga personen att fullgöra en i lag föreskriven skyldighet (punkt 1 b). Så har t.ex. kommissionen i ett mål rörande beslut av domstol om tagande av blodprov i ett faderskapsmål varit av den åsikten att genomförandet av blodprovstagning under tvång utgör ett berövande av friheten även om åtgärden är mycket kortvarig (Mål 8278/78 mot Österrike, DR 18 s. 154). Enligt artikel 5 har den som berövats friheten rätt att få lagligheten av beslutet prövat av domstol. I ett fall har emellertid kommissionen uttalat att när frihetsberövandet är så kortvarigt att det upphör före den tid som krävs för en snabb prövning vid domstol står det förhållandet att möj-

ligheten till domstolsprövning saknas inte i strid med bestämmelsen i Prop. 2003/04:158 artikel 5.

Artikel 6 – Rätten till domstolsprövning

Enligt artikel 6 i Europakonventionen skall var och en vid prövningen av hans civila rättigheter och skyldigheter vara berättigad till en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol som upprättats enligt lag.

Begreppet civil rättighet skall enligt Europadomstolen ges en autonom tolkning. För att artikeln skall bli tillämplig är det inte nödvändigt att parterna i tvisten är enskilda personer. Det är av ringa betydelse vilket slags lag som reglerar avgörandet av frågan (civillag, handelslag, förvaltningslag osv.) och vilket slags myndighet som är behörig (allmän domstol, förvaltningsmyndighet osv.) (Ringeisen mot Österrike). Beslut om extraordinära tvångsåtgärder torde därför omfattas av bestämmelsen.

Artikel 8 – Rätten till skydd för privat- och familjeliv

Enligt artikel 8 har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Skyddet enligt artikeln är inte absolut utan kan begränsas under tre förutsättningar: inskränkningen måste ha stöd i lag, den måste tillgodose något av de ändamål som anges i artikeln och den måste vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att tillgodose detta ändamål. De ändamål för vilka inskränkningar får göras är statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska västånd, förebyggande av oordning eller brott, skyddande av hälsa eller moral eller av andra personers fri- och rättigheter. Vad gäller laglighetskriteriet krävs förutom att inskränkningen skall grundas på nationell lag, att den åberopade lagen uppfyller vissa minimikrav i fråga om kvalitet och tydlighet; den skall vara tillgänglig och förutsebar. Detta innebär att grunderna för inskränkningen bör vara tillräckligt preciserade i lagen. Hur detaljerat förutsättningarna måste anges beror enligt Europadomstolen på vad inskränkningen avser.

Europadomstolen avgör vad som kan anses nödvändigt för att tillgodose ett i och för sig legitimt syfte. Att inskränkningen skall vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle innebär enligt domstolens praxis att den skall vara motiverad av ett starkt samhällsbehov och att skälen för inskränkningen är relevanta och tillräckliga. Vidare måste inskränkningen stå i rimlig proportion till det syfte som skall tillgodoses. Staterna har tillerkänts viss frihet att bedöma nödvändigheten, en ”margin of appreciation”. Bedömningsmarginalens storlek är beroende av målets karaktär.

I rätten till privatliv ingår bl.a. den fysiska integriteten. Artikel 8 omfattar bl.a. skydd mot medicinska undersökningar, även sådana av mindre betydelse. Något avgörande av Europadomstolen rörande frågor om medicinska tvångsundersökningar föreligger inte. Kommissionen har dock prövat ett antal fall som rört tvångsundersökningar som ägt rum på straffrättens område och därvid accepterat de skäl som staterna uppgivit för ingripandena. Så har t.ex. kommissionen godtagit blodprovstagning vid trafiknykterhetsbrott med hänsyn till skyddet för andras rättigheter

liksom psykiatrisk undersökning i brottmål med hänsyn till förebyggande av oordning eller brott och skyddet för hälsa samt provtagning i faderskapsmål med hänsyn till skyddet för andras rättigheter

Skyddet mot insamlande och användning av information om en person omfattas också av rätten till privatliv. De mål som behandlats har främst rört utlämnande av uppgifter. Europadomstolen har därvid uttalat att skyddet av personliga uppgifter, inte minst medicinska uppgifter, är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjelivet. Domstolen har samtidigt konstaterat att andra intressen kan utgöra skäl för inskränkningar i skyddet för personliga uppgifter.

Skyddet för familjeliv har främst omfattat frågor om vårdnaden och umgänge med barn m.m. Skyddet för familjeliv kan emellertid också aktualiseras när någon är frihetsberövad och det föreligger inskränkningar i rätten att mottaga besök eller på annat sätt upprätthålla kontakt med familjen. Europadomstolen och kommissionen har i ett antal mål framhållit att frihetsberövanden i form av häktning eller intagning på kriminalvårdsanstalt nödvändigtvis måste medföra vissa inskränkningar men också att begränsningarna i kontakten med familjen inte får vara oproportionerliga. I en rapport den 14 april 1994 har den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna uttalat att Sverige kränkt konventionen genom att besöksrestriktioner i ett fall meddelats en besökare på ett vårdhem för utvecklingsstörda samt att det saknats lagstöd för beslutet och möjlighet för besökaren att överklaga det. Rapporten föranledde en lagreglering av möjligheten att föreskriva besöksrestriktioner (se lag [1996:981] om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård).

Artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet – Rätt att fritt röra sig

Enligt artikel 2 punkt 1 i det fjärde tilläggsprotokollet till Europakonventionen har var och en som lagligen befinner sig inom en stats territorium rätt att fritt röra sig där och att fritt välja sin bosättningsort. I punkt 2 anges att var och en är fri att lämna varje land, inbegripet sitt eget. Av punkt 3 framgår emellertid att dessa rättigheter får inskränkas under vissa förutsättningar. Inskränkningarna måste föreskrivas i lag och de skall i ett demokratiskt samhälle vara nödvändiga av hänsyn till statens säkerhet eller den allmänna säkerheten, för att upprätthålla den allmänna ordningen eller förhindra brott eller för att skydda hälsa eller moral eller annans fri- och rättigheter. Även punkt 4 medger vissa inskränkningar i rätten till rörelsefrihet enligt punkt 1. Det sägs där att rättigheterna enligt punkt 1 får inom vissa bestämda områden också bli föremål för inskränkningar som är angivna i lag och som är försvarliga av hänsyn till det allmännas intresse i ett demokratiskt samhälle.

6.3 Konventionen om barnets rättigheter

Konventionen om barnets rättigheter förenar medborgerliga och politiska rättigheter med ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. De grundläggande allmänna principerna i barnkonventionen som också skall genomsyra alla andra artiklar i barnkonventionen är förbud mot diskri-

minering, principen om barnets bästa, rätten till liv och utveckling samt rätten att uttrycka sina åsikter. Barnkonventionen erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård. Den principiella skillnaden mellan barnkonventionen och andra internationella konventioner är att barnkonventionen kräver mer än enbart en hälso- och sjukvård som är inriktad på att bota sjukdomar. Den definition av hälsa som används följer WHO:s helhetssyn, dvs. hälsa definieras inte enbart som avsaknad av sjukdom utan innebär också en möjlighet för individen att utvecklas fysiskt, psykiskt och socialt.

Av 1 kap. 4 § andra stycket i den nya smittskyddslagen framgår att när åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Härigenom har ett särskilt barnperspektiv införts i smittskyddslagen. Bestämmelsen svarar mot innehållet i artikel 3 i FN:s barnkonvention.

6.4 Regeringsformen

I regeringsformen (RF) finns också bestämmelser som har betydelse i sammanhanget och vars skyddsintresse sammanfaller med bestämmelserna i Europakonventionen.

Av 2 kap. 6 § RF framgår att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Som kroppsligt ingrepp räknas bland annat läkarundersökning och tagande av blodprov. Skyddet enligt bestämmelserna ovan kan begränsas för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna skall stå i proportion till dess syfte.

Enligt 2 kap. 8 § RF är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövande. Han är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna detta. Skyddet enligt bestämmelserna ovan kan begränsas enligt 2 kap. 12 § RF för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna skall stå i proportion till dess syfte.

Enligt 2 kap. 9 § andra stycket RF skall medborgare som blivit omhändertagen tvångsvis av annan anledning än brott eller misstanke om brott, få saken prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål. Med prövning av domstol likställes prövning av nämnd med viss sammansättning.

7 Allmänna utgångspunkter

Regeringens förslag: Smittskyddslagen (2004:168) skall kompletteras med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder.

Regeringens bedömning: Åtgärder som riktar sig mot objekt eller djur bör regleras i andra lagar.

Utredningens förslag och bedömning: En ny lag om extraordinära smittskyddsåtgärder skall införas som komplement till smittskyddslagen. Överensstämmer i övrigt med regeringens förslag och bedömning.

Remissinstanserna: En betydande majoritet av remissinstanserna, däribland *Svea hovrätt, Länsrätten i Stockholms län, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Krisberedskapsmyndigheten, Landstingsförbundet* och flertalet landsting, instämmer i behovet att komplettera smittskyddslagstiftningen med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder. *Smittskyddsläkareföreningen* och *Sveriges läkarförbund* välkomnar att smittskyddet i Sverige förses med effektiva verktyg för att förhindra spridning av mycket allvarliga smittämnen. Socialstyrelsen konstaterar att utredningen väl belyser de frågeställningar som aktualiseras vid sådana extraordinära smittskyddsåtgärder som är nödvändiga för att förhindra spridning av en allvarlig smitta hos människor. *Landstinget Halland* konstaterar att det varit anmärkningsvärt att långtgående smittskyddsåtgärder kunnat vidtas när det gäller smitta bland djur men inte på motsvarande sätt bland människor.

Flera rättsliga insatser, t.ex. *Riksdagens ombudsmän (JO)*, *Svea hovrätt* samt *länsrätterna i Stockholms och Göteborgs län*, förordar att lagbestämmelserna inarbetas i ett nytt kapitel i smittskyddslagen för att åstadkomma en mer överskådlig reglering. *Vårdförbundet* stödjer däremot tanken på en särskild lag då det är frågan om bestämmelser som endast kommer att gälla i extrema undantagsfall.

En del instanser, däribland *Statens veterinärmedicinska anstalt, Länsstyrelsen i Uppsala län* och *Värnamo kommun*, framhåller att utredningen med tanke på att många allvarliga sjukdomar kan spridas mellan djur och människor borde ha belyst det objektinriktade smittskyddet och samordningen mellan det personinriktade och det objektinriktade smittskyddet i större utsträckning.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Behov av förstärkt smittskyddslagstiftning

I november 2003 presenterade regeringen propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30). I propositionen föreslogs att en ny smittskyddslag skall ersätta den i dag gällande smittskyddslagen (1988:1472). Vidare föreslogs att smittskyddslagen skall ges en klarare inriktning på smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. De smittskyddsåtgärder som riktar sig till objekt eller djur skall i sin helhet regleras i andra lagar. I övrigt täcker den nya lagen samma område som den gamla. De flesta bestämmelserna i den nya lagen är tillämpliga endast när fråga är om s.k. allmänfarliga sjukdomar. Vilka sjukdomar som är allmänfarliga anges i en bilaga till lagen.

Möjligheterna att ingripa med tvång mot den enskilde är i stort sett desamma i den nya smittskyddslagen som i den gällande smittskyddslagen. Enligt den nya smittskyddslagen är det sålunda möjligt för länsrätten att efter ansökan från smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning av personer som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom och som motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. Ett sådant beslut förutsätter att det finns påtaglig risk för att andra människor kan smittas om undersökningen inte kommer till stånd. Vidare kan smittskyddsläkaren under vissa förutsätt-

ningar i brådskande fall fatta beslut om tillfällig isolering av en person som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Den mest ingripande åtgärden är tvångsisolering. Med tvångsisolering avses att länsrätten under vissa förutsättningar får fatta beslut om att en person som bär på en allmänfarlig sjukdom skall isoleras om det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte frivilligt är beredd att underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt möjligt minska risken för spridning av sjukdomen. Ett sådant beslut kan även fattas om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats. Ett beslut om isolering förutsätter bl.a. att det är fullständigt klarlagt att den som berörs av åtgärden är smittad. Vidare får beslut om isolering endast meddelas om det finns påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Några ytterligare tvångsåtgärder kan varken komma i fråga enligt den nya smittskyddslagen eller gällande smittskyddslag. Sålunda saknas det bl.a. möjligheter att oberoende av den enskildes vilja undersöka och isolera en person enbart på den grunden att han eller hon kan ha utsatts för smitta av en allmänfarlig sjukdom. Det är inte heller möjligt att genomföra läkarvård eller vaccination med tvång.

I januari 2003 beslöt regeringen att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av behovet av sådana extraordinära smittskyddsåtgärder som är nödvändiga för att förhindra att en spridning av en allvarlig smitta hos människor leder till en svår påfrestning på samhället i fred (dir. 2003:79). Bakgrunden var att det uppkommit ett behov av att ytterligare komplettera utredningsarbetet för det fall att ett utbrott av en allvarlig smittsam sjukdom i Sverige eller i Sveriges omvärld kunde vara så allvarligt eller så omfattande att det inte kunde hanteras inom samhällets normala smittskydd. Vid sin granskning av smittskyddslagstiftningen i de nordiska länderna och Nederländerna konstaterade utredningen att det i samtliga dessa länder finns bestämmelser som kan tillämpas för att förhindra att en allvarlig smittsam sjukdom får betydande samhällskonsekvenser. I flera länder finns möjlighet att besluta om hälsokontroll vid platsen för inresan, karantän av personer som varit utsatta för smittrisk samt avspärning av geografiska områden. Flera länder har även möjligheter att förbjuda eller införa begränsningar för offentliga möten eller folksamlingar, stänga arbetsplatser och skolor, förbjuda personer som lider av vissa sjukdomar att använda allmänna kommunikationsmedel eller besluta om avbrott eller begränsningar i kommunikationerna. Vidare finns möjlighet att besluta om tvångsbehandling eller tvångsvaccinering i ett par länder.

Utifrån ett internationellt perspektiv kan man konstatera att situationen i Sverige under de senaste årtiondena varit gynnsam när det gäller spridningen av svårare smittsamma sjukdomar. Den inhemska spridningen av mera allvarliga smittsamma sjukdomar har varit begränsad. Några allvarligare epidemier har inte förekommit och antalet fall av svårare sjukdomar har varit lågt. Människors alltmer omfattande resande, den ökade invandringen och handeln med livsmedel bidrar emellertid till att infektionssjukdomar som blossar upp i en del av världen i dag har en mycket större spridningspotential än tidigare. Nya allvarliga infektionssjukdomar har även uppträtt och kunnat identifieras samtidigt som redan kända sjukdomar återuppträtt eller uppträtt i nya former eller på förändrat sätt.

Vidare finns risk för terrorhandlingar i form av avsiktlig spridning av biologisk smitta, särskilt efter terrorhandlingarna i USA den 11 september 2001. Mot denna bakgrund är det nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. I vissa sådana extrema situationer kan det vara nödvändigt att samhället har möjlighet till ett snabbt ingripande med extraordinära smittskyddsåtgärder. Enligt regeringens bedömning finns det därför skäl att överväga om vissa av de möjligheter att ingripa med extraordinära smittskyddsåtgärder som för närvarande finns i andra länder bör införas även i Sverige.

Mot denna bakgrund tar regeringen vid övervägandena i denna proposition upp vissa möjligheter att förstärka smittskyddet. De sjukdomar som så vitt är känt kan vålla stora påfrestningar på samhället är smittkoppor och svår akut respiratorisk sjukdom (SARS). Av detta skäl sker övervägandena i första hand med tanke på smittkoppor och SARS. Båda sjukdomarna är i hög grad smittsamma och har en mycket hög dödlighet. I propositionen föreslås att både smittskyddslagen och karantänslagen (1989:290) bör kunna tillämpas på smittkoppor och SARS. Enligt regeringens bedömning är det också nödvändigt att lagstiftningen förstärks med tanke på dessa sjukdomar. Framför allt behövs möjligheter att utföra hälsokontroller vid platsen för inresan och att hålla personer som kan ha utsatts för smitta i karantän till dess det klarlagts om de verkligen har blivit smittade. Det är emellertid också angeläget att det öppnas möjligheter till avspärrning av områden där smittkoppor och SARS fått spridning. Regeringen berör emellertid även frågan om de diskuterade åtgärderna skulle kunna vara av värde för att förebygga spridning av andra smittsamma sjukdomar.

Beträffande frågan om smittskyddslagstiftningen bör kompletteras med ytterligare möjligheter till ingripanden finns skäl att understryka att utgångspunkten för lagstiftningen i dag är att det huvudsakliga smittskyddsarbetet bör genomföras på frivillighetens väg. De tvångsregler som finns är inte avsedda att spela någon framträdande roll. Detta synsätt har också slagit igenom vid tillämpningen av gällande regler. När behovet av kompletteringar av lagstiftningen övervägs bör utgångspunkten i princip vara densamma. Man bör dock vara öppen för att tvångsmedel kan behöva användas i en något större utsträckning i vissa extrema undantagssituationer. I de fall då ingrepp i den enskildes frihet eller integritet anses befogade måste ingreppet vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får tillgripas och villkoren därför, måste också tillgodoses.

Lagteknisk utformning

När det gäller den lagtekniska utformningen av den reglering som behövs för att införa den ordning med hälsokontroll, karantän och avspärrning som föreslås i denna proposition övervägde utredningen i första hand två möjligheter. Den ena möjligheten var att föra in bestämmelserna i smitt-

skyddslagen. Den andra var att samla de bestämmelser som behövs i en särskild lag som kompletterar smittskyddslagen.

Utredningen stannade vid att en ny lag om extraordinära smittskyddsåtgärder skall införas som komplement till smittskyddslagen. Skälen till detta var främst att det är fråga om bestämmelser som gäller extrema undantagssituationer och som därför sannolikt inte kommer att tillämpas särskilt ofta. Följaktligen kan det hävdas att överblicken över de regler som vanligen tillämpas främjas av att de särskilda nya reglerna inte belastar lagen. Det kan också sägas att överblicken över de nya reglerna blir bättre om de samlas i en särskild lag. Vid remissbehandlingen har emellertid flera rättsliga insatser, däribland *Riksdagens ombudsmän (JO)*, *Svea hovrätt* och *länsrätterna i Stockholms och Göteborgs län*, förordat att lagbestämmelserna inarbetas i ett nytt kapitel i smittskyddslagen i syfte att åstadkomma en mer överskådlig och överblickbar reglering. Vidare uttalade *Lagrådet* i samband med behandlingen av regeringens förslag till en ny smittskyddslag att det bör vara naturligt att pröva om de lagregler som kan behövas för att förhindra att en spridning av en allvarliga smitta hos människor leder till svår påfrestning på samhället i fred kan inordnas i den grundläggande författningen på smittskyddsområdet.

Allmänt sett är det oftast lämpligt att sammanföra lagbestämmelser som har ett nära samband med varandra i en enda lag. I regel innebär en sådan lösning att det blir lättare att få en överblick över regleringen och att tillämpningen därigenom kan bli säkrare. Vidare har bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder, även om de enbart är tillämpliga i undantagssituationer, ett nära samband med möjligheterna till tvångs-ingripanden enligt smittskyddslagen. Om det vid en hälsokontroll vid inresa klarläggs att en passagerare verkligen är smittad eller med fog kan misstänkas vara smittad kan åtgärder enligt smittskyddslagen bli aktuella. Detsamma gäller om en person som befinner sig i karantän insjuknar eller uppvisar sjukdomssymtom. I dessa fall tar alltså smittskyddslagens bestämmelser vid när bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder upphör att vara tillämpliga. Vidare ansåg utredningen att det fanns skäl att föra över vissa bestämmelser i smittskyddslagen till den föreslagna lagen om extraordinära smittskyddsåtgärder, t.ex. bestämmelser om tillsyn, möjlighet för smittskyddsläkaren att delegera uppgifter till en erfaren läkare samt skyldighet för polismyndighet att lämna biträde vid verkställighet av hälsoundersökning, karantän och avspärning. Enligt regeringen bedömning finns det emellertid även vissa andra bestämmelser i den nya smittskyddslagen som bör kunna tillämpas i samband med extraordinära smittskyddsåtgärder. En del sådana bestämmelser gäller dock samhällets smittskydd och skulle därför kunna tillämpas även beträffande en ny lag om extraordinära smittskyddsåtgärder. Flera bestämmelser är emellertid begränsade till bestämmelserna i den nya smittskyddslagen, t.ex. möjligheten för regeringen att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet. Det är uppenbart att vissa av dessa bestämmelser bör vara tillämpliga även på möjligheterna att vidta extraordinära smittskyddsåtgärder. Vid en samlad bedömning

finner regeringen att övervägande skäl talar för att inarbeta bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder i den nya smittskyddslagen.

Prop. 2003/04:158

Smittskyddsåtgärder riktade mot djur och objekt

Mot bakgrund av att många allvarliga sjukdomar kan spridas mellan djur och människor framhöll vid remissbehandlingen några instanser, däribland *Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)*, *Länsstyrelsen i Uppsala län* och *Värnamo kommun*, att utredningen borde ha belyst det objektinriktade smittskyddet och samordningen mellan det personinriktade och det objektinriktade smittskyddet i större utsträckning. SVA konstaterar exempelvis att utredningen borde ha utrett hur smittskyddet fungerar för sjukdomar som kan spridas mellan djur och människor för att få ett bättre underlag om hur det objektinriktade smittskyddet fungerar i en skarp situation.

Enligt den gällande smittskyddslagen svarar kommunen för att åtgärder vidtas mot objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Samtidigt finns bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur, livsmedel och andra objekt i miljöbalken, livsmedelslagen (1971:511), lagen (1992:1683), om provtagning på djur m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658). Den gällande regleringen av ansvaret i olika lagar medför att ansvaret för att ingripa i bland kan åvila olika myndigheter samtidigt och att problem därvid kan uppstå bl.a. rörande ledningsansvar. I propositionen Ny smittskyddslag m.m. (s. 145 ff) konstaterade regeringen att den dubbelreglering som finns i nuvarande lagstiftning av objektinriktade åtgärder så långt det är möjligt bör undvikas för att inte skapa oklarhet om ansvaret för åtgärder. Av detta skäl föreslog regeringen att smittskyddslagen bör ges en klarare inriktning på att förhindra att smitta sprids från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. Åtgärder mot objekt och djur som sprider smitta bör således i sin helhet regleras i andra lagar. Vidare föreslogs att ett direkt ansvar för kommunerna för att vidta åtgärder för att spåra smittskällan och undanröja risken för smittspridning skall införas i 9 kap. miljöbalken. För att tydliggöra förhållandet mellan miljöbalken samt epizootilagen, zoonoslagen och lagen om provtagning på djur m.m. föreslogs även att kommunernas ansvar för smittskyddsåtgärder riktade mot djur enligt miljöbalken uttryckligen skall begränsas till sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Riksdagen har ställt sig bakom de förslag beträffande det objektinriktade smittskyddet som återfinns i propositionen (bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178). Regeringen ser ingen anledning att i nuläget göra en annan bedömning än den som då redovisades.

Regeringens förslag: De sjukdomar som skall omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder skall betecknas samhällsfarliga sjukdomar och anges i en särskild bilaga till smittskyddslagen (2004:168). De samhällsfarliga sjukdomarna skall uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen. Därutöver skall sjukdomen kunna få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

Med hänsyn till nuvarande epidemiologiska läge skall enbart smittkoppor och svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) anses vara samhällsfarliga sjukdomar. Om riksdagens beslut inte kan avvaktas får emellertid regeringen föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på annan allmänfarlig sjukdom eller på smittsam sjukdom på vilken bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas enligt föreskrift som meddelats med stöd av 9 kap. 2 § smittskyddslagen. En sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning.

Smittkoppor skall föras in som allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagen. De samhällsfarliga sjukdomarna skall även omfattas av bestämmelserna om karantänssjukdomar i karantänslagen (1989:290).

En behandlande läkare skall vara skyldig att göra anmälan till smittskyddsläkaren och till Smittskyddsinstitutet även beträffande annan sjukdom än anmälningspliktig sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. I utredningens förslag ingick varken beteckning eller definition av de sjukdomar som skall kunna omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker förslagen beträffande de sjukdomar som skall omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder. De flesta instanser instämmer även i förslaget att föra in smittkoppor som allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagen samt smittkoppor och SARS som karantänssjukdomar i karantänslagen. *Sjöfartsverket* konstaterar att den nuvarande begränsningen i karantänslagen inte tillgodoser det moderna samhällets behov av skydd med hänsyn till den ökade rörligheten globalt och att det därför är befogat att se över och komplettera lagstiftningen på detta område. *Totalförsvarets forskningsinstitut* framhåller dock att botulism och en viss typ av harpest (tularemi typ A) bör föras in som allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen. Flera instanser, bl.a. *Smittskyddsläkareföreningen*, *Sveriges läkarförbund*, *Sjöfartsverket* och flera landsting, instämmer i utredningens uppfattning om behovet av att snabbt kunna besluta att de extraordinära smittskyddsåtgärderna skall vara tillämpliga på nya sjukdomar.

Bestämmelserna i den nya smittskyddslagen (2004:168) omfattar alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Möjligheterna till ingripanden med stöd av lagen är dock i de flesta fall begränsade till de allmänfarliga sjukdomar som anges i en bilaga till lagen. De allmänfarliga sjukdomarna utgörs av smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där möjlighet finns att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Vid fall av allmänfarlig sjukdom skall förhållningsregler meddelas, tvångsundersökning, isolering och tillfällig isolering kunna komma i fråga samt de övriga bestämmelser som rör allmänfarliga sjukdomar kunna tillämpas. Bland de allmänfarliga sjukdomarna som är 24 till antalet ingår bl.a. difteri, hepatit A–E, hivinfektion, klamydiainfektion, kolera, mjältbrand, paratyfoidfieber, polio, rabies, salmonellainfektion, SARS, tuberkulos, tyfoidfieber och virala hemorragiska febrar (exkl. denguefeber och sorkfeber). Enligt 9 kap. 2 § i den nya smittskyddslagen kan regeringen under vissa förutsättningar föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar. Sådana föreskrifter skall snarast underställas riksdagen.

Karantänslagen (1989:290) kompletterar smittskyddslagen med vissa bestämmelser till skydd mot att s.k. karantänssjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet genom land-, luft- eller sjötrafik. Den svenska karantänslagstiftningen har tillkommit mot bakgrund av bestämmelserna i det internationella hälsoreglementet (IHR) som utarbetats inom Världshälsoorganisationen (WHO). Med karantänssjukdom avses gula febern, kolera och pest, dvs. de sjukdomar som anges som karantänssjukdomar i IHR.

I avsnitt 7 har regeringen tagit upp behovet av att förstärka smittskyddet genom att införa möjligheter för samhället att ingripa med extraordinära smittskyddsåtgärder. Infektionssjukdomar som blossar upp i en del av världen i dag har en mycket större spridningspotential än tidigare, nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt och kunnat identifieras samtidigt som redan kända sjukdomar återuppstått eller uppträtt i nya former eller på förändrat sätt. Dessutom finns risk för terrorhandlingar i form av avsiktlig spridning av biologiska ämnen. Det är mot denna bakgrund nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige.

De sjukdomar som så vitt är känt kan vålla stora påfrestningar på samhället är smittkoppor och SARS. När det gäller smittkoppor kan konstateras att sjukdomen var känd i Kina och Indien redan för cirka 3 000 år sedan. I Sverige var skyddsypning obligatorisk från början av 1800-talet till och med år 1977. Det senaste kända fallet av smittkoppor i världen inträffade på 1970-talet. År 1980 förklarade WHO att sjukdomen var utrotad. Samtidigt beslutade organisationen att allt smittkoppsvirus utom två depositioner i USA och dåvarande Sovjetunionen skulle förstöras.

Även de två depositionerna skulle med tiden destrueras. Under år 2002 beslöt emellertid WHO att detta inte skulle ske. Orsaken var att man inte kunde vara säker på att virus inte kommit i händerna på stater eller organisationer som planerar att använda det för bioterrorism och att man måste ha tillgång till virus för att utveckla nya läkemedel mot smittkoppor. Sjukdomen smittar genom att virus överförs via luften vid närkontakt med den smittförande. Dödligheten kan uppgå till 30 procent av de insjuknade. Cirka 60 procent av dem som överlever kan få någon form av bestående men. Sjukdomen kan hejdas med hjälp av vaccin. Vaccinet kan dock ha allvarliga biverkningar.

Beträffande SARS inträffade de första fallen i november 2002 i Guangdong-provinsen i södra Kina. Från början nåddes omvärlden av mycket bristfällig information om vad som man trodde var ett flertal fall av lunginflammation. I slutet av februari 2003 stod det klart dels att man i Hong Kong hade ett utbrott av en tidigare okänd akut infektionssjukdom, dels att detta med stor sannolikhet hade sitt ursprung i Guangdong. Från en spridning i åtminstone 11 städer i Guangdong i november 2002 fick sjukdomen sedan global utbredning med sannolika fall rapporterade från 30 länder, varav Kina har varit värst drabbat. Utanför Kina rapporterades sjukdomen främst från Toronto i Kanada, Singapore och Hanoi i Vietnam. Genom ett av WHO välorkestrerat samarbete kunde forskarvärlden på dryga två månader i detalj beskriva denna nya sjukdom, dess klinik, smittvägar och epidemiologi samt identifiera ett helt nytt smittämne. Detta nya smittämne – ett tidigare okänt coronavirus – har med säkerhet kunnat knytas till den nya sjukdomen, det fullständiga genomet sekvenserats och snabbdiagnostik utvecklats. Såvitt framkommit har smittan i de flesta fall spritts från patienter till sjukvårdspersonal och anhöriga. Överföring av smitta sker troligen via saliv och andra sekret. Något vaccin mot sjukdomen finns inte för närvarande. I takt med att tidigare misstänkta fall har kunnat avskrivas har beräkningarna av det totala antalet fall kommit att revideras. I september 2003 fanns rapporter om fall av SARS i 26 länder i samtliga världsdelar. Det totala antalet fall beräknades vid denna tidpunkt till drygt 8 000 och antalet dödsfall till närmare 800.

Enligt regeringens mening är det uppenbart att både smittkoppor och SARS kan vålla mycket svåra problem om dessa sjukdomar skulle spridas bland befolkningen. De är mycket smittsamma vid kontakter mellan människor och de har en hög dödlighet. Därutöver kan de få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner. Mot denna bakgrund framstår det som högst tveksamt om de möjligheter att ingripa som smittskyddslagstiftningen i dag medger är tillräckliga. Mycket talar alltså för att vidgade möjligheter behövs. I denna proposition behandlas såväl behovet av att kunna tillämpa befintlig lagstiftning, främst smittskyddslagen och karantänslagen, på smittkoppor och SARS som behovet av att införa vidgade möjligheter att ingripa med särskilda smittskyddsåtgärder i vissa fall.

Vad först beträffar frågan om smittskyddslagen bör kunna tillämpas på smittkoppor och SARS kan konstateras att flertalet bestämmelser i smittskyddslagen är tillämpliga endast på sjukdomar som räknas upp i en bilaga till lagen. Efter en lagändring som trädde i kraft förra året är gällande smittskyddslag redan fullt tillämplig när det gäller SARS och i den nya smittskyddslagen har sjukdomen tagits in i bilagan till lagen. För närvarande ingår däremot inte smittkoppor i den uppräknningen. Detta beror på att sjukdomen sedan mitten på 1970-talet ansetts utrotad. Med hänsyn bl.a. till vad som numera framkommit om den risk för spridning av sjukdomen som ändå föreligger kan det finnas skäl att på nytt föra upp smittkoppor i smittskyddslagstiftningen. Utredningen förordade därför att smittkoppor bör föras in som allmänfarlig sjukdom i den nya smittskyddslagen.

Enligt den nya smittskyddslagen är det i likhet med gällande smittskyddslag möjligt för regeringen att föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar. En förutsättning är dock att det vid lagens ikraftträdande inte var känt att den uppfyller kriterierna för allmänfarliga sjukdomar eller det inte var känt att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet. I förarbetena till den nya smittskyddslagen anges att det som åsyftas i första hand är sådana sjukdomar som, såvitt är känt, har utrotats men som om de skulle återuppträda skulle omfattas av kriterierna för allmänfarliga sjukdomar (prop. 2003/04:30, s. 246). Vidare konstateras att ett sådant exempel är smittkoppor. Följaktligen finns det redan i dag möjligheter för regeringen att besluta om att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på smittkoppor och först därefter underställa denna föreskrift riksdagens prövning. Ett sådant beslut av regeringen kan emellertid träda i kraft först efter ett par dagar. Vid bedömningen av om en sjukdom skall klassificeras som allmänfarlig bör man enligt propositionen utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige. Det kan därför anföras att sjukdomar som har alltför låg sannolikhet att spridas i Sverige inte bör vara att beteckna som allmänfarliga. Emellertid omfattar förteckningen över allmänfarliga sjukdomar redan i dag vissa sjukdomar som normalt sett inte sprids i landet, t.ex. rabies och virala hemorragiska febrar. Det faktum att smittkoppor har en mycket låg sannolikhet att spridas i Sverige kan därför inte anses utgöra ett hinder för att föra upp den som allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. För att vinna tid i en akut situation anser regeringen följaktligen att smittkoppor redan nu bör föras upp som allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagen.

Vid remissbehandlingen framhöll *Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI)* att smittskyddslagen bör kunna omfatta även sjukdomar som vid bioterrorism skulle kunna lamslå samhället. FOI föreslog därför att botulism och en viss typ av harpest (tularemi typ A) skall föras in i smittskyddslagen som allmänfarliga sjukdomar. I propositionen Ny smittskyddslag m.m. föreslog regeringen att smittskyddslagen bör inrikta sig på åtgärder som syftar till att förhindra spridning av smitta från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. Mot denna bak-

grund föreslog regeringen att allmänfarliga sjukdomar skall definieras som smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där möjlighet finns att förebygga smittspridning genom åtgärder riktade till den smittade. Regeringen föreslog därför att vissa sjukdomar som inte kan spridas mellan människor inte längre bör omfattas av bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar, t.ex. fläckfeber och återfallsfeber. Däremot föreslog regeringen att rabies och mjältbrand bör betraktas som allmänfarliga. Vid dessa två sjukdomar kan möjligheten till smittspridning mellan människor inte uteslutas och individinriktade åtgärder i syfte att förhindra smittspridning kan i sådana fall komma att behöva vidtas. I frågan om botulism och harpest rör det sig emellertid om sjukdomar där smitta mellan människor inte bedöms förekomma och sjukdomarna kan inte heller förebyggas genom åtgärder som riktas till den smittade. Varken botulism eller harpest kan därför anses uppfylla de kriterier för allmänfarliga sjukdomar som anges i 1 kap. 3 § i den nya smittskyddslagen. I stället är det möjligt att tillämpa bestämmelserna i 9 kap. miljöbalken i nu berörda fall.

Särskilt om karantänslagen

Vad beträffar karantänslagen ser regeringen stora fördelar med att föra upp smittkoppor och SARS i lagens uppräkningslista över karantänssjukdomar. Med hänsyn till att det inte är möjligt för smittskyddsläkarna och de kommunala nämnderna att i praktiken kontrollera alla transportmedel, gods, passagerare etc. är det nödvändigt att det finns bestämmelser om ansvar för tullpersonal och andra som på olika sätt tar del i kontroll av gods och resande samt att polis- och passkontrollpersonal är skyldiga att medverka vid kontroll av vaccinationsbevis vid karantänsflygplatser. Vidare är det många gånger nödvändigt att befälhavare på fartyg och luftfartyg är skyldiga att lämna uppgift om hälsotillståndet ombord för att det skall vara möjligt för smittskyddsläkaren att bedöma behovet av hälsokontroll vid platsen för inresan (se avsnitt 9.1).

En särskild fråga rör emellertid vilka möjligheter som finns att föra upp nya sjukdomar i karantänslagen med tanke på Sveriges åtaganden enligt det internationella hälsoreglementet (IHR). Vid införlivandet av IHR i svensk rätt konstaterades att det är en självklarhet att den nya karantänslagen endast skall avse de tre karantänssjukdomarna gula febern, kolera och pest (prop. 1988/89:123). Med hänsyn till bestämmelserna i IHR konstaterades att det inte torde vara möjligt att inskränka tillämpningsområdet eller att vidga det till att gälla andra smittsamma sjukdomar. Vidare bedömdes det inte nödvändigt att i lagen ta in en bestämmelse som gör det möjligt för regeringen att i brådskande fall besluta att bestämmelserna i lagen skall tillämpas på en ny sjukdom som dyker upp.

Mot bakgrund av uppkomsten av SARS och de senaste årens utbrott av fågelinfluensa är det enligt regeringens bedömning uppenbart att bestämmelserna i karantänslagen bör kunna tillämpas på andra sjukdomar än de tre karantänssjukdomarna. Inte heller finns det några bestämmelser i IHR som uttryckligen begränsar staternas möjligheter att införa liknande bestämmelser för andra sjukdomar. Det faktum att åtgärderna i

IHR enbart är tillämpliga på de tre karantänssjukdomarna kan visserligen tolkas som att liknande bestämmelser inte bör förekomma för andra sjukdomar. Mot detta talar dock det faktum att karantänslagen enbart utgör ett komplement till smittskyddslagen i fråga om att införliva IHR i svensk rätt. Om det inte är möjligt att upprätthålla vissa bestämmelser i karantänslagen på grund av bestämmelserna i IHR torde detsamma även gälla för liknande bestämmelser i smittskyddslagen. Mot en sådan tolkning av IHR talar också det faktum att en del stater, bl.a. Norge och Danmark, valt att ha kvar smittkoppor i sin smittskyddslagstiftning även efter att sjukdomen förklarats utrotad och tagits bort ur IHR. Även Världshälsoorganisationens (WHO) agerande vid utbrotten av SARS och fågelinfluensa talar emot att IHR skulle utgöra en begränsning i fråga om möjligheterna att införa andra sjukdomar i karantänslagen. Vid dessa utbrott har WHO rekommenderat de berörda staterna att vidta åtgärder som delvis liknar de åtgärder som återfinns i IHR. Detta torde inte ha varit möjligt om IHR utgjorde en begränsning beträffande vilka åtgärder som får vidtas för att kontrollera andra sjukdomar. Mot denna bakgrund kan regeringen inte se några hinder mot att föra in SARS och smittkoppor i karantänslagen.

I detta sammanhang bör det framhållas att en översyn av nuvarande IHR har inletts i syfte att utvidga IHR:s tillämpningsområde och förändra reglementet i riktning mot en mer flexibel och mindre detaljstyrd reglering (se avsnitt 4.2). I samband med att det reviderade IHR införlivas i svensk rätt kommer det att finnas skäl att återkomma till frågan om karantänslagets utformning och vilka sjukdomar som skall omfattas av denna reglering. I avvaktan på att revideringen av IHR skall slutföras anser regeringen emellertid att det är nödvändigt att föra in smittkoppor och SARS som karantänssjukdomar i karantänslagen.

Extraordinära smittskyddsåtgärder och samhällsfarliga sjukdomar

I denna proposition föreslås att smittskyddslagstiftningen skall förstärkas med tanke på i första hand smittkoppor och SARS. Mot denna bakgrund föreslås att smittskyddslagen skall kompletteras med vissa bestämmelser om extraordinära smittskyddsåtgärder. I den nya smittskyddslagen är möjligheterna till ingripanden med stöd av lagen i de flesta fall begränsad till de allmänfarliga sjukdomar som anges i en bilaga till den nya smittskyddslagen. Då de extraordinära smittskyddsåtgärderna utgör ett komplement till de möjligheter att ingripa som redan i dag finns i den nya smittskyddslagen är det uppenbart att de sjukdomar för vilka extraordinära smittskyddsåtgärder skall kunna komma i fråga bör uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen. Därutöver skall sjukdomen kunna få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Detta innebär att smittsamma sjukdomar som i det enskilda fallet har hög dödlighet eller andra allvarliga konsekvenser men som har en begränsad spridningsförmåga inte bör kunna komma i fråga. Inte heller bör smittsamma sjukdomar som effektivt kan förebyggas genom andra smittskyddsåtgärder omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder. För att skilja de sjukdomar som skall kunna bli föremål för

extraordinära smittskyddsåtgärder från de allmänfarliga sjukdomarna bör de betecknas samhällsfarliga sjukdomar. De samhällsfarliga sjukdomarna skall anges i en särskild bilaga till lagen.

I detta sammanhang kan noteras att begreppet samhällsfarliga sjukdomar i den gällande smittskyddslagen används i en betydelse som närmast motsvarar de allmänfarliga sjukdomarna enligt den nya smittskyddslagen. Enligt regeringens bedömning ger begreppet emellertid uttryck för de samhällskonsekvenser som kan bli följden av en spridning av de nu aktuella sjukdomarna.

Inledningsvis har regeringen konstaterat att övervägandena i denna proposition i huvudsak har skett med utgångspunkt i vad som kan vara lämpligt för att hindra spridning av smittkoppor och SARS. Mot denna bakgrund är det en självklarhet att smittkoppor och SARS bör föras upp i bilagan över samhällsfarliga sjukdomar. Både smittkoppor och SARS uppfyller de kriterier som skall gälla för samhällsfarliga sjukdomar enligt regeringens förslag. Enligt regeringens mening är det emellertid möjligt att de föreslagna åtgärderna skulle kunna vara ändamålsenliga även för att bekämpa andra sjukdomar än de båda nämnda. I detta sammanhang finns det därför skäl att överväga om de föreslagna åtgärderna skulle kunna vara av värde för att förebygga spridning av andra i dag kända sjukdomar. Det finns flera andra sjukdomar som i likhet med smittkoppor och SARS smittar vid kontakt mellan människor och som har en förhållandevis hög dödlighet. Som exempel kan nämnas difteri, tuberkulos och vissa virala hemorragiska febrar. Av flera skäl är emellertid risken för att dessa sjukdomar skall få en epidemisk spridning här i landet förhållandevis begränsad. När det gäller terrorhandlingar i form av avsiktlig spridning av smitta har det ansetts att smittkoppor för närvarande utgör det största hotet. Emellertid har också nämnts bl.a. mjältbrand, pest, botulism och harpest. För dessa sjukdomar finns emellertid inte lika starka skäl att införa de föreslagna smittskyddsåtgärderna. De är inte lika smittsamma från person till person som smittkoppor och regeringens bedömning är därför att smittskyddslagens och miljöbalkens regelsystem för närvarande erbjuder tillräckliga möjligheter att bekämpa sjukdomsutbrott. Mot den nu angivna bakgrunden finns det enligt regeringens mening för närvarande inte tillräcklig anledning att låta tillämpningsområdet för de föreslagna smittskyddsåtgärderna omfatta andra sjukdomar än smittkoppor och SARS.

Möjligheter att ingripa vid plötsliga förändringar av smittskyddsläget

Det kan givetvis inträffa ändrade förhållanden som motiverar ett vidgat tillämpningsområde av bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder. Exempelvis kan det tänkas att en redan känd allmänfarlig sjukdom utvecklas så att den utgör en större fara än tidigare. Det kan också tänkas att någon hittills okänd sjukdom visar sig utgöra ett tillräckligt allvarligt hot. Det bör under sådana omständigheter vara en uppgift för riksdagen att ta ställning till frågan om tillämpningsområdet bör vidgas. Lagstiftningen bör emellertid utformas så att tillämpningsområdet kan ändras snabbt vid ändrade förhållanden om det nya hotet är så överhängande att riksdagens beslut inte kan avvaktas. Enligt 9 kap. 2 § i den nya smittskyddslagen finns det en möjlighet för regeringen att i bråds-

kande lägen föreskriva att lagens bestämmelser angående allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som inte redan omfattas av dessa bestämmelser. En sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning. Enligt regeringen mening bör samma system kunna användas för att vid behov snabbt utvidga tillämpningsområdet för de extraordinära smittskyddsåtgärderna. Följaktligen bör regeringen, om riksdagens beslut inte kan avvaktas, kunna föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på annan allmänfarlig sjukdom eller på smittsam sjukdom på vilken bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas enligt föreskrift som meddelats med stöd av 9 kap. 2 § smittskyddslagen. Även en sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning.

En särskild fråga rör möjligheterna att på ett liknande sätt snabbt föra in nya sjukdomar i karantänslagen. I praktiken är det en förutsättning att befälhavare på fartyg och luftfartyg är skyldiga att lämna uppgift om hälsotillståndet ombord för att det skall vara möjligt för smittskyddsläkaren att bedöma behovet av hälsokontroll vid platsen för inresan. Av detta skäl har regeringen ovan konstaterat att det är viktigt att bestämmelser i karantänslagen blir tillämpliga på smittkoppor och SARS. För det fall att regeringen i ett brådskande läge bedömt att det finns skäl att föreskriva att lagens bestämmelser angående samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som inte redan omfattas av dessa bestämmelser är det angeläget att också den sjukdomen förs upp bland karantänssjukdomarna i karantänslagen. Till skillnad från möjligheterna för regeringen att i vissa särskilda fall föreskriva om att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar också skall tillämpas på samhällsfarliga sjukdomar bedömer regeringen att en sjukdom som klassificeras som samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen alltid skall vara att betrakta som karantänssjukdom enligt karantänslagen. Mot denna bakgrund anser regeringen att det i karantänslagen bör göras en hänvisning till de sjukdomar för vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga. På så sätt hänvisas såväl till de samhällsfarliga sjukdomar som återfinns i bilagan till smittskyddslagen som till de sjukdomar som regeringen föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar tillfälligtvis skall vara tillämpliga på.

Anmälan beträffande vissa sjukdomar

Enligt 20 § i nu gällande smittskyddslag (1988:1472) skall en läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom anmäla detta till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Motsvarande anmälningsskyldighet gäller beträffande annan anmälningspliktig sjukdom än en samhällsfarlig sjukdom (22 § första stycket första meningen) men även annan sjukdom som är eller misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form (22 § första stycket andra meningen). I den nya smittskyddslagen (2004:168) föreskrivs anmälningsskyldighet beträffande dels allmänfarliga sjukdomar, dels andra anmälningspliktiga sjukdomar. Någon skyldighet för en behandlande läkare att göra anmälan beträffande andra sjukdomar som är eller misstänks vara smittsamma har inte tagits in i lagen, jfr 2 kap. 5 §. Avsikten

har emellertid aldrig varit att sådana sjukdomar inte skulle vara anmälningspliktiga. Tvärtom avsågs en sådan anmälningskyldighet föreskrivas i den nya smittskyddsförordning som varit föremål för beredning i anledning av den nya lagen. Regeringen finner emellertid nu att en sådan anmälningskyldighet för behandlande läkare lämpligen bör ges en författningsteknisk utformning motsvarande den som gäller i dag och därför tas in i den nya smittskyddslagen.

9 Extraordinära smittskyddsåtgärder

9.1 Hälsokontroll vid inresa

Regeringens förslag: Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Socialstyrelsen besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Smittskyddsläkaren skall verkställa Socialstyrelsens beslut.

Hälsokontroll vid platsen för inresan får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. I utredningens förslag ingick dock ingen möjlighet för Socialstyrelsen att besluta att personer som anländer till Sverige från ett visst geografiskt område där det skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom samt de personer som anländer till Sverige med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker förslaget att smittskyddsläkaren skall ges möjlighet att besluta att den som anländer till Sverige från utlandet skall genomgå hälsokontroll vid platsen för inresan om det finns risk för spridning av en sjukdom som omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder. Några insatser, däribland *Sveriges läkarförbund*, *Smittskyddsläkarföreningen*, *Landstinget Västmanland* och *Gotlands kommun*, framhåller att det finns risk för att olika smittskyddsläkare gör skilda bedömningar och att beslut i stället bör tas av ansvarig myndighet på nationell nivå. *Landstinget Halland* betonar behovet av att nationella myndigheter snabbt intar en nationell hållning som underlag för smittskyddsläkarnas åtgärder. *Stockholms läns landsting* framhåller att passagerarna på samtliga internationella flyg vid en global risksituation kommer att behöva kontrolleras på en flygplats som Arlanda vilket kommer att medföra en omfattande verksamhet för smittskyddsläkarna. En del instanser, t.ex. *Sveriges läkarförbund*, *Smittskyddsläkarföreningen* och *Landstinget Västmanland*, anser att smittskyddsläkaren bör kunna besluta om hälsokontroll ombord på flygplan

eller fartyg och inte enbart vid platsen för inresan. Ett par instanser, t.ex. *Länsrätten i Stockholms län*, tar upp praktiska svårigheter med att genomföra hälsokontrollen. Stockholms läns landsting framhåller att hälsokontrollerna vid en global risksituation kommer att kräva betydande personalinsatser och stora kostnader. *Lufthavetsverket* påpekar att genomförandet av hälsokontroller på flygplatser, om de sker utan adekvata resurser, kan leda till avsevärda kostnadsökningar för flygbolag och flygplatser.

Skälen för regeringens förslag

Hälsokontroll vid platsen för inresa

De senaste svenska fallen av insjuknande i smittkoppor inträffade på 1960-talet. Den gången inleddes serien av fall genom att en person som blivit smittad utomlands reste till Sverige och smittade ett antal personer i landet. Om nya fall skulle påträffas i dag skulle det med största sannolikhet visa sig att smittan på samma sätt förts hit från utlandet. Även en spridning av svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) skulle sannolikt ske på det sättet. Mot denna bakgrund finns det skäl att överväga en ordning som innebär att smittskyddsläkaren kan anmoda personer som anländer till Sverige med t.ex. flyg eller fartyg att stanna kvar på flygplatsen eller i hamnen för att undergå en hälsokontroll med inriktning på smittkoppor eller SARS. Om det vid en sådan hälsokontroll påträffas någon som är eller kan antas vara sjuk i någon av dessa sjukdomar blir det möjligt att vidta åtgärder för att förebygga att smittan sprids. Detta kan i så fall i första hand ske genom att den som är sjuk eller som uppvisar sjukdomssymtom undersöks eller isoleras antingen frivilligt eller med tvång enligt smittskyddslagens regler. För närvarande är det däremot inte möjligt att isolera personer som kan antas ha utsatts för smitta men som inte uppvisar tecken på sjukdom. Frågan om en sådan möjlighet bör införas behandlas emellertid i avsnitt 9.2.

I den nya smittskyddslagen (2004:168) finns det, i likhet med den gällande smittskyddslagen (1988:1472), inte möjlighet att framtvunga en hälsokontroll vid platsen för inresan. I bägge lagarna finns regler om skyldighet i vissa fall för den enskilde att låta sig undersökas av läkare och om tvångsundersökning för det fall den enskilde inte går med på att undersökas (se bl.a. 36 § gällande smittskyddslag och 3 kap. 1 och 2 §§ i den nya smittskyddslagen). I dessa regler förutsätts emellertid att det finns anledning att misstänka att den enskilde bär på en viss sjukdom. När det gäller inresande flygpassagerare eller resenärer som anländer med fartyg är denna förutsättning i de allra flesta fall inte uppfylld. Vidare gäller enligt den nya smittskyddslagen att det är länsrätten som fattar beslut om tvångsundersökning. Beslut kan alltså inte meddelas omgående. I stället finns möjlighet för smittskyddsläkaren att omedelbart besluta om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas. Även i detta fall förutsätts emellertid att den enskilde bär på eller misstänks bära på en viss sjukdom. Inte heller i detta fall finns således möjlighet att ingripa enbart på den grunden att en person utsatts för risk att smittas.

Enligt regeringens mening är det mycket som talar för att en särskild regel om hälsokontroll vid inresa behövs. Bestämmelser av den innebörden finns i andra länder, bl.a. i Danmark och Norge. En grundläggande förutsättning för att en tvångssanktionerad hälsokontroll skall få genomföras bör vara att det finns risk för spridning av någon av de aktuella sjukdomarna. En sådan risk kan föreligga när särskild anledning finns att räkna med att en sådan sjukdom förekommer bland passagerarna, t.ex. om någon eller några av dem kommer från ett område där sjukdomen vunnit spridning. Ett annat exempel är när besättningen på flygplanet eller fartyget gjort iakttagelser som tyder på att passagerare bär på sjukdomen.

Även när det gäller personer som reser in i landet med t.ex. tåg, buss eller bil kan det finnas skäl att anordna hälsokontroll för att klarlägga om någon har smittats med smittkoppor eller SARS. Med tanke på att det i sådant fall rör sig om personer som kommer från våra närmaste grannländer kan det visserligen antas att behovet är betydligt mindre. Enligt regeringens mening bör möjligheten dock finnas. Samma ordning som föreslås för inresande med båt eller flyg bör kunna tillämpas.

Mot denna bakgrund förordar regeringen att det införs en särskild regel om hälsokontroll vid platsen för inresan. Det är självfallet angeläget att hälsokontroller kommer till stånd när det är påkallat men också att sådana kontroller inte företas i onödan. Vidare är det önskvärt att tillämpningen av en regel om hälsokontroll präglas av ett enhetligt synsätt hos de olika smittskyddsläkarna. Vid remissbehandlingen har några insatser, däribland *Smittskyddsläkarföreningen*, framhållit att det finns risk för att olika smittskyddsläkare gör skilda bedömningar och att beslut i stället bör tas av ansvarig myndighet på nationell nivå. Av flera skäl bedömer regeringen emellertid att det är lämpligt att smittskyddsläkaren fattar beslut i de fall då en sådan risk bedöms föreligga på grund av omständigheter i det enskilda fallet, t.ex. om någon eller några av passagerarna kommer från ett område där sjukdomen vunnit spridning eller när besättningen på flygplanet eller fartyget gjort iakttagelser som tyder på att någon passagerare bär på sjukdomen. I många fall är smittskyddsläkaren den instans som först får information om sjukdomsfall och därför i tid kan bedöma behovet av åtgärder. Vidare är smittskyddsläkaren den instans som enligt den nya smittskyddslagen har det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. I detta ligger bl.a. att smittskyddsläkaren är skyldig att se till att nödvändig smittspårning kommer till stånd. Smittskyddsläkaren är även den instans som har att bedöma behovet av tvångsundersökning, tillfällig isolering och tvångsisolering. Enligt regeringens bedömning är således smittskyddsläkaren den instans som har bäst förutsättningar att i det enskilda fallet bedöma behovet av hälsokontroll vid platsen för inresa samt att följa upp ett sådant beslut och bedöma behovet av ytterligare åtgärder.

Beslutet om hälsokontroll vid platsen för inresan bör som framhållits ovan fattas av smittskyddsläkaren om frågan är om fartyg eller flygplan i det enskilda fallet. Smittskyddsläkaren bör som regel själv fatta beslutet om hälsokontroll. Han eller hon bör dock ha möjlighet att vid hård arbetsbelastning delegera denna uppgift till en erfaren läkare med särskilda kunskaper angående infektionssjukdomar. En sådan möjlighet för smittskyddsläkaren att uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskydds-enhet

eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter finns i 1 kap. 9 § i den nya smittskyddslagen.

En särskild fråga rör emellertid de fall då en allvarlig sjukdom har fått en sådan spridning inom ett visst geografiskt område att det kan finnas skäl att besluta att samtliga personer som vistats inom detta område under en viss tidsperiod skall bli föremål för hälsokontroll vid platsen för inresan. En sådan långtgående åtgärd aktualiseras främst i fall då Världshälsoorganisationen rekommenderat att hälsokontroll skall genomföras för inresande från vissa länder eller om en sådan åtgärd har rekommenderats inom EU. Vid en sådan situation ställs det särskilda krav på likartade bedömningar oavsett i vilken hamn eller på vilken flygplats som inresan sker. Om det är frågan om ett geografiskt område från vilket det finns ett stort antal flygförbindelser till Sverige kan det även uppkomma svårigheter för smittskyddsläkaren att hinna fatta samtliga beslut i tid. En möjlighet att fatta beslut på nationell nivå om att samtliga inresande som vistats inom ett visst geografiskt område under viss tidsperiod samt de personer som anländer till Sverige med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll vid platsen för inresan bör därför införas. Sådana beslut bör enligt regeringen läggas på en central myndighetsnivå där både medicinsk och rättslig kompetens är företrädd. Följaktligen anser regeringen att det skall ankomma på Socialstyrelsen att på nationell nivå fatta beslut om att personer som anländer till Sverige från ett visst geografiskt område där det skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Ansvaret för att verkställa Socialstyrelsens beslut bör dock vila på respektive smittskyddsläkare.

Lagrådet har anfört att Socialstyrelsens beslut om hälsokontroll enligt 3 kap. 8 § andra stycket torde utgöra normgivning. Lagrådet har framhållit att ett sådant beslut har generell tillämplighet och tar sikte på alla som anländer hit från ett visst område. Syftet med de extraordinära smittskyddsåtgärderna är att på ett tidigt stadium få grepp om spridningen av de samhällsfarliga sjukdomarna. Av verksförordningen (1995:1322) framgår att innan en myndighet beslutar om föreskrifter skall myndigheten som huvudregel bereda frågan med statliga myndigheter, kommuner, landsting, organisationer och andra som på ett betydande sätt berörs. Vidare skall föreskriften kungöras enligt lagen (1976:633) om kungörande av lagar och andra författningar. En ordning som innebär att Socialstyrelsen skulle bereda och meddela föreskrifter inför ett påtagligt hot om smittspridning skulle avsevärt försvåra möjligheterna att uppnå syftet med de nu föreslagna lagändringarna. Den av regeringen föreslagna ordningen är inte heller främmande i svensk rätt. Ett beslut om hälsokontroll har exempelvis stora likheter med beslut om särskild kontroll enligt 28 § lag (2000:1225) om straff för smuggling. Enligt nämnda lagrum får Tullverket besluta om kroppsvisitation av varje resande som med ett visst transportmedel eller under viss angiven, kortare tidsrymd ankommer till eller avreser från en viss gräns- eller kustort eller annan plats som har förbindelse med utlandet. Tullverkets beslut utgör ett förvaltningsbeslut. Rätten för Socialstyrelsen att fatta beslut om hälsokontroll grundas bl.a. på att myndigheten många gånger är den instans som först får information om att en epidemi av en samhällsfarlig sjukdom har brutit ut inom ett visst geografiskt område. Socialstyrelsen kan därför snabbt fatta ett beslut om hälsokontroll vid inresa.

En annan aspekt att väga in i sammanhanget är den tid under vilket ett beslut skall gälla. Denna fråga behandlades i prop. 1975/76:112 om kungörande av lagar och andra författningar. Där anfördes bl.a. att den tid för vilken en föreskrift gäller har betydelse för huruvida en föreskrift är av generell natur eller är ett beslut avseende en viss konkret situation. Föreskrifter som avser bara en kort tidsrymd torde i bland ses som beslut i särskilda fall och därför falla utanför författningsbegreppet. Ett beslut om hälsokontroll måste kontinuerligt omprövas av styrelsen dels avseende om behovet av hälsokontroller kvarstår och dels avgränsningen av det eller de områden som skall omfattas. Ett beslut om hälsokontroll torde därför endast kunna bestå under en kortare tidsperiod. Med anledning av det ovan anförda anser regeringen att beslut om hälsokontroll i nu aktuella fall bör kunna meddelas genom förvaltningsbeslut.

Liksom övriga beslut enligt den nya smittskyddslagen bör beslutet om hälsokontroll vid platsen för inresan gälla omedelbart. Varken smittskyddsläkarens eller Socialstyrelsens beslut om hälsokontroll bör kunna överklagas.

Hälsokontrollen bör begränsas till att sjukvårdspersonal samtalar med envar av passagerarna och under samtalen gör iakttagelser beträffande förekomsten av eventuella sjukdomssymptom. Någon mer ingripande undersökning av varje resenär bör alltså inte komma i fråga. I lagrådsremissen konstaterade regeringen att vissa resenärer bör kunna bli föremål för en något närmare undersökning, i första hand feberkontroll, besiktning av hud och av munhålan och kontroll av hjärt- och lungstatus, om iakttagelserna ger anledning till det. Vid granskningen av remissen har *Lagrådet* framhållit att en hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan undersökningsåtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Regeringen instämmer i Lagrådets bedömning i detta avseende och föreslår av detta skäl att en uttrycklig hänvisning till att hälsokontrollen inte skall få vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp skall föras in i 3 kap. 8 §. Om den som utför hälsokontrollen anser att en mer ingripande undersökning bör genomföras och detta inte kan genomföras på frivillig väg, kan smittskyddsläkaren, om förutsättningarna i 3 kap. 9 §, 5 kap. 3 § respektive 3 kap. 2 § är uppfyllda, besluta om karantän eller tillfällig isolering eller hos länsrätten ansöka om tvångsundersökning.

När det gäller genomförandet av hälsokontroller bör andra läkare än smittskyddsläkare kunna anlitas, t.ex. läkare vid vårdcentraler. Hälsokontrollen bör i normalfallet kunna genomföras av ett team bestående av en läkare och en sjuksköterska. Beroende på omständigheterna kan dock flera läkare och sjuksköterskor behöva engageras. En hälsokontroll som inte leder till att några misstänkta sjukdomsfall påträffas torde i regel inte behöva bli särskilt tidskrävande. Vid remissbehandlingen har ett par instanser tagit upp att praktiska svårigheter med att genomföra hälsokontrollen, bl.a. att genomförandet av hälsokontroller på flygplatser, om de sker utan adekvata resurser, kan leda till avsevärda kostnadsökningar för flygbolag och flygplatser. Regeringen bedömer dock att det i de flesta fall bör vara möjligt att genomföra hälsokontroll vid platsen för inresan med relativt begränsade resurser. Vid en global risksituation kan emellertid hälsokontrollen som bl.a. *Stockholms läns landsting* påpekat

komma att kräva betydande personalinsatser på flygplatser med en betydande internationell trafik. I de fall som antalet inresande är så stort att hälsokontrollen inte kan genomföras av en läkare och en sjuksköterska faller det inom landstingets ansvar att se till att erforderliga resurser sätts in. I det ansvar som smittskyddsläkaren har att planera, organisera och leda smittskyddet inom sitt landstingsområde samt att samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser ligger självfallet även ett ansvar för att se till att nödvändiga förberedelser görs för nu berörda fall.

Det är tydligt att personer som på grund av beslut om hälsokontroll vid inresa måste avstå från förvärvsarbete kan drabbas av ekonomisk förlust. Frågan om denna förlust och eventuellt också annan ekonomisk förlust på samma grund bör ersättas av det allmänna behandlas i avsnitt 12.

Sveriges åtaganden enligt Schengensamarbetet

Sverige är liksom de övriga nordiska länderna och flertalet EU-länder anslutet till det s.k. Schengensamarbetet. Detta innebär bl.a. att Sverige med verkan från och med den 25 mars 2001 tillträtt den s.k. Schengenkonventionen. Syftet med regleringen där är att inom Schengenområdet förverkliga EG:s målsättning om fri rörlighet för personer. I en av de inledande artiklarna (artikel 2) slås också som huvudregel fast att de inre gränserna får passeras utan att någon personkontroll genomförs. Med inre gräns menas Schengenstaternas gemensamma landgränser samt deras flygplatser respektive hamnar för reguljära färjeförbindelser när det sker trafik till eller från andra Schengenstater. Med yttre gräns avses land- eller sjögränser samt hamnar och flygplatser som inte räknas som inre gräns (jfr. 5 kap. 1 § utlänningsförordningen [1989:547]). Regeringen har övervägt vilken betydelse föreskrifterna i artikel 2 kan ha för förslaget om hälsokontroll.

Artikel 2 har i de delar som är av intresse i detta sammanhang följande lydelse:

1. De inre gränserna får passeras överallt utan att någon personkontroll genomförs.
2. Då den allmänna ordningen eller statens säkerhet så kräver, kan emellertid en avtalslutande part, efter samråd med de övriga avtalslutande parterna, besluta om att vid de inre gränserna, under en begränsad tidsperiod, genomföra nationella gränskontroller som är anpassade till det aktuella läget. Om den allmänna ordningen eller statens säkerhet kräver ett omedelbart ingripande, skall den berörda parten vidta nödvändiga åtgärder och snarast möjligt underrätta övriga avtalsparter om detta.
3. - - -
4. Kontrollen av varor skall ske i enlighet med relevanta bestämmelser i denna konvention.

Varken i konventionens artiklar eller i de kommentarer till konventionen som redovisas i de propositioner angående Schengensamarbetet som förelagts riksdagen (prop. 1997/98:42 och 1999/2000:64) ges några klargörande besked angående frågan vilken betydelse artikel 2 kan ha i förevarande sammanhang. Någon definition av begreppet personkontroll förekommer inte. Däremot finns i artikel 1 en definition av begreppet

gränskontroll. Det sägs där att med gränskontroll avses den kontroll vid gränserna som utan hänsyn till andra skäl enbart avser en avsikt att passera gränsen. Vidare finns i artikel 6 ett antal exempel på vad som skall ingå i en personkontroll som utförs vid en yttre gräns. Dessa exempel har en inriktning på helt andra omständigheter än de kontrollerades hälsa. De rör väsentligen frågor om de kontrollerades identitet, om deras rätt att passera gränsen och om brottsförebyggande åtgärder. Hälsokontrollen tar inte sikte på förhållanden av detta slag och kan inte heller leda till att den kontrollerade hindras att passera en inre gräns. Mot den nu angivna bakgrunden gör regeringen bedömningen att den föreslagna hälsokontrollen inte kan anses som en personkontroll enligt artikel 2 och att artikeln därför inte är tillämplig. Det kan tilläggas att förslaget knappast strider mot grundtankarna bakom målsättningen om fri rörlighet inom Schengenområdet.

För den händelse hälsokontrollen ändå skulle anses som en personkontroll enligt artikel 2 bör undantaget enligt artikelns punkt 2 kunna tillämpas. Det bör nämligen i så fall kunna göras gällande att ”den allmänna ordningen eller statens säkerhet” kräver att hälsokontroller genomförs när det finns risk för spridning av någon av de aktuella sjukdomarna.

Hälsoundersökningar i andra fall

Den nu föreslagna regeln om hälsokontroll med inriktning i första hand på smittkoppor och SARS möjliggör viss tvångsundersökning genom läkares försorg i samband med inresor till landet. Det kan ifrågasättas om det inte bör vara möjligt att utföra tvångssanktionerade hälsokontroller även utan samband med inresor till landet. Regler av den innebörden finns i Finland och Norge. Sådana hälsokontroller skulle i så fall kunna utföras t.ex. när ett eller flera fall av någon av de aktuella sjukdomarna påträffats utan att man lyckats spåra smittkällan. Denna ordning är dock inte invändningsfri. Det skulle bl.a. erbjuda betydande svårigheter att klart definiera de situationer där kontroller skulle få genomföras. Det finns därför också en risk att ett stort antal resultatslösa kontroller skulle komma att utföras. Mot denna bakgrund vill regeringen inte förorda den nu diskuterade utvidgningen av den föreslagna möjligheten till hälsokontroll.

Vid remissbehandlingen har ett par instanser, däribland *Sveriges Läkarförbund* och *Smittskyddsläkarföreningen*, framhållit att smittskyddsläkaren bör kunna besluta om hälsokontroll ombord på luftfartyg eller fartyg och inte enbart vid platsen för inresan. En sådan ordning skulle emellertid enligt regeringens bedömning medföra betydande praktiska svårigheter. För det första finns det vid resor med luftfartyg vanligtvis inga möjligheter att se till att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal kan komma ombord för att genomföra hälsokontrollen. Vidare måste hänsyn tas till huruvida fartyget eller luftfartyget faktiskt befinner sig på svenskt territorialvatten eller luftrum. Om så inte är fallet finns inte heller några möjligheter att tillämpa svensk lagstiftning i nu berörda fall. I de fall som en sådan bestämmelse skulle kunna aktualiseras, dvs. i första hand vid smittutbrott på fartyg, torde vinsterna med en sådan ordning vara små. I sådana situationer bör smittutbrott ombord på

ett fartyg kunna förhindras på frivillig väg. Om det finns konkreta skäl att misstänka sjukdomsfall kan emellertid smittskyddslagens bestämmelser om tvångsundersökning tillämpas även i nu berörda fall. Mot denna bakgrund anser regeringen att det inte finns skäl att utvidga den föreslagna möjligheten till hälsokontroll vid inresa till att även omfatta hälsokontroll ombord på fartyg eller luftfartyg.

En annan fråga är om bestämmelserna om tvångsundersökning i 3 kap. 2 § i den nya smittskyddslagen är lämpligt utformade när det är fråga om misstanke om smittkoppor eller SARS. Bestämmelserna möjliggör tvångsundersökning av personer som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom. Beslut om en sådan undersökning fattas av länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren. Det kan givetvis ifrågasättas om denna ordning är lämplig när det gäller någon av de nämnda sjukdomarna. I sådana fall är det ju mycket angeläget att undersökning kommer till stånd utan dröjsmål. Frågan är därför om det bör införas en snabbare ordning för dessa fall. Det skulle t.ex. kunna föreskrivas att smittskyddsläkaren fattar beslutet om tvångsundersökning. En sådan bestämmelse finns enligt 36 § i den nu gällande smittskyddslagen.

Det är tydligt att skäl kan åberopas för att en specialregel om tvångsundersökning bör gälla för fall där en välgrundad misstanke om sjukdom gäller smittkoppor eller SARS. Enligt regeringens mening kan emellertid en sådan särreglering undvaras. Det måste nämligen i de allra flesta fall kunna antas att den som med fog kan misstänkas vara smittad av någon av de aktuella sjukdomarna låter sig undersökas frivilligt. Om det i något fall skulle inträffa att den enskilde som misstanken gäller motsätter sig undersökning finns det möjlighet för smittskyddsläkaren att med stöd av 5 kap. 3 § i den nya smittskyddslagen besluta om tillfällig isolering. Redan att denna möjlighet finns gör för övrigt att risken för att den enskilde motsätter sig en undersökning framstår som förhållandevis liten.

9.2 Karantän

Regeringens förslag: Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av byggnaden eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Finns inte längre skäl för karantän skall smittskyddsläkaren omedelbart häva beslutet. Begär den som hålls i karantän att beslutet skall upphöra skall smittskyddsläkaren utan dröjsmål pröva frågan. Smittskyddsläkarens beslut om karantän får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får smittskyddsläkaren i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. I utredningens förslag fanns det ingen möjlighet för smittskyddsläkaren att medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser, bl.a. flertalet landsting, tillstyrker förslaget att smittskyddsläkaren skall kunna fatta beslut om att den som kan antas ha varit utsatt för smittkoppor eller svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) skall hållas i karantän i en viss byggnad eller inom ett visst område. Några landsting, t.ex. *Stockholms läns landsting*, *Landstinget i Värmland* och *Landstinget Dalarna*, kommenterar en del praktiska frågor som rör beslut om karantän. Stockholms läns landsting konstaterar exempelvis att det är svårt att tro att kursgårdar kommer att vara villiga att inhysa personer med SARS eller smittkoppor och att möjliga karantänsplatser i stället är t.ex. militära förläggningar. Landstinget i Värmland påpekar att det finns svårigheter att kunna tillhandahålla karantänsplatser på infektionsklinik men att det är annorlunda med de andra typer av isoleringslokaler som kan användas. Landstinget Dalarna konstaterar att en fråga som inte belysts är vilka resurser som krävs vid karantänshållning. Stockholms läns landsting och *Göteborgs kommun* framhåller att det bör klargöras vem det är som skall stå för kostnader för sanering av lokaler som inhyst smittade.

Skälen för regeringens förslag: I den nya smittskyddslagen (2004:168) finns, i likhet med gällande smittskyddslag (1988:1472), bestämmelser som ger vissa möjligheter till isolering av smittbärare oberoende av samtycke. Denna möjlighet gäller inte enbart personer som bevisligen är smittade utan också i fråga om potentiella smittbärare. I detta avsnitt behandlas frågan om vidgade möjligheter till sådan isolering av potentiella smittbärare behövs, närmast med tanke på hotet om spridning av smittkoppor eller SARS.

I 5 kap. 3 § i den nya smittskyddslagen finns bestämmelser om att smittskyddsläkaren får besluta om tillfällig isolering om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och denne genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas. Beslutet förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs länsrätten. Tillfällig isolering får bestå i högst 14 dagar. Den skall ske på en vårdinrättning som drivs av landstinget. Det kan här tilläggas att likartade regler finns i den gällande smittskyddslagen och dessutom återfanns motsvarande bestämmelser i de lagar som föregick 1988 års lag. I gällande smittskyddslag föreskrivs för det fall att det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning att smittskyddsläkaren får besluta att den som kan antas ha blivit smittad av någon av vissa samhällsfarliga sjukdomar skall tillfälligt tas om hand på sjukhus (se 37 §). Vidare sägs bl.a. att omhändertagandet skall bestå till dess det klarlagts huruvida denne har smittats, dock högst sju dagar. I de lagar som föregick 1988 års lag saknades däremot maximitider för isoleringen. Vidare gällde att isoleringen inte behövde genomföras på sjukhus (se 3 § 3 mom. epidemi-lagen [1919: 443] och 7 § smittskyddslagen [1968:231]).

Som framgått av det föregående är det främst farhågor för att smittkoppor kan komma att spridas och de många fallen av SARS förra året som aktualiserat frågan om det bör införas vidgade möjligheter att hålla potentiella smittbärare isolerade. Vad först beträffar smittkoppor skulle ett tänkbart scenario kunna vara att besättningen på ett flygplan eller ett fartyg som kommer till Sverige under färden har upptäckt att en passagerare företer symptom på sjukdomen. Det är emellertid också tänkbart

att ett sjukdomsfall uppmärksammas först sedan den sjuke har kommit in i landet och passerat eventuellt förekommande gränskontroll.

När det gäller det förstnämnda fallet kan först konstateras att det aktualiserar den i avsnitt 9.1 föreslagna möjligheten att genomföra hälsokontroll vid platsen för inresan. Vid en sådan hälsokontroll kan klarläggas om passageraren verkligen är sjuk. Om detta är fallet är det med tanke på smittriskan nödvändigt att den sjuke omedelbart tas om hand och förs till sjukhus och isoleras där. Lagstöd för tillfällig isolering under den tid som kan behövas och därefter tvångsisolering av en person som är eller misstänks vara smittad av en allmänfarlig sjukdom finns i 5 kap. 1–5 §§ i den nya smittskyddslagen.

Från smittskyddssynpunkt är det emellertid inte tillräckligt att den som insjuknat i smittkoppor tas om hand och isoleras på sjukhus. Det torde i regel också vara nödvändigt att hålla de personer som under färden vistats i närheten av honom eller henne och därför kan ha smittats isolerade i karantän under viss tid. Denna tid bör normalt motsvara den längsta kända inkubationstiden för sjukdomen, dvs. sju-tion dagar. Om ingen av de isolerade har insjuknat under denna tid är det tydligt att isoleringen i karantän omedelbart bör hävas.

I detta sammanhang kan inskjutas att begreppet karantän i smittskyddssammanhang i regel reserverats just för isolering av personer som kan antas ha utsatts för smitta. Däremot har det normalt inte använts när det gäller isolering av bevisligen smittade personer. Regeringen ansluter sig i det följande till denna terminologi.

Eftersom det är fråga om personer som inte nödvändigtvis är sjuka bör karantänsvistelsen kunna äga rum i andra lokaler än vårdinrättningar, t.ex. i för ändamålet anskaffade lokaler såsom mindre hotell, pensionat eller kursgårdar. Landstinget bör ha ansvaret för att sådana lokaler finns tillgängliga. I regel bör eftersträvas att de som isoleras inte anvisas att vistas tillsammans under karantänstiden. Därigenom kan risken för smittspridning minskas för det fall att någon skulle insjukna under pågående isolering.

I viss utsträckning bör även vistelse i egen bostad kunna ses som en form av karantän. Denna möjlighet bör dock kunna användas endast när särskilda omständigheter föreligger. Det bör framstå som uppenbart att den som beslutet gäller har bostadsförhållanden som möjliggör isolering och att han eller hon avser att respektera beslutet om karantän. Denne bör även vara beredd att dagligen hålla smittskyddsläkaren informerad om sitt hälsotillstånd.

De som sätts i karantän bör omgående erbjudas vaccination mot smittkoppor. En vaccination inom de tre första dagarna efter smittillfället innebär nämligen i de flesta fall att den som utsatts för smitta inte insjuknar. Det är emellertid givet att vaccination inte bör erbjudas personer som ingår i någon av de riskgrupper som löper ökad risk för att drabbas av biverkningar.

Det kan tilläggas att beslut om karantän i regel kan underlåtas beträffande personer som kan visa att de nyligen genomgått en framgångsrik vaccination mot smittkoppor, t.ex. medlemmar av flygplanets besättning. Bland passagerarna torde emellertid sådana fall inte bli vanliga inom den närmaste framtiden eftersom allmän vaccination mot smittkoppor inte

har förekommit under de senaste årtiondena vare sig i Sverige eller i andra länder.

Bestämmelserna i den nya smittskyddslagen om tillfällig isolering är avfattade med tanke på andra fall än de som redogjorts för ovan. De tar sikte på fall där någon som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas. Vidare kan de föreskrivna maximitiderna för isoleringen inte tillämpas när fråga är om smittkoppor. Mot denna bakgrund finns det skäl att införa en särskild bestämmelse som möjliggör beslut om karantän för personer som utan att vara sjuka kan antas ha varit utsatta för smitta av smittkoppor. Det bör av bestämmelsen framgå att beslutet måste anses nödvändigt för att förhindra spridning av sjukdomen.

Det är givetvis angeläget att beslut av detta slag meddelas utan onödigt dröjsmål. När det gäller inresande med flyg eller fartyg bör det kunna meddelas redan innan någon av passagerarna lämnat flygplatsen eller hamnen. Mot denna bakgrund bör ansvaret för att fatta beslut läggas på smittskyddsläkaren. Liksom när det gäller hälsokontroll enligt förslaget i det föregående bör smittskyddsläkaren som regel själv fatta beslut om karantän. Men även här bör möjligheten till delegation stå öppen.

Liksom övriga beslut enligt den nya smittskyddslagen bör beslutet om karantän gälla omedelbart. Det bör kunna överklagas till länsrätten. Vid överklagande bör gälla att målet skall tas upp till skyndsamt avgörande, senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in till domstolen.

Till skillnad från utredningens förslag anser regeringen att det bör vara möjligt för enskilda att hos smittskyddsläkaren begära undantag från förbudet att besöka den som satts i karantän. Ett sådant undantag får enbart medges när besöket kan ske utan risk för smittspridning. Så kan t.ex. vara fallet då den som vill göra besöket har låtit vaccinera sig och vaccinet bedöms tillräckligt effektivt mot sjukdomen i fråga, som t.ex. vad gäller smittkoppor. Beslut om att inte medge undantag bör kunna överklagas till länsrätten.

Den nu förordade ordningen ligger i princip inte långt ifrån vad som gällde generellt innan 1988 års smittskyddslag trädde i kraft. Såvitt gäller grunddragen ligger den i sak också nära de regleringar som är tillämpliga i Danmark och Norge.

I det föregående har som ett tänkbart scenario också nämnts att ett fall av insjuknande i smittkoppor uppmärksammas först sedan den sjuke kommit in i landet och passerat förekommande gränskontroll. Även i den situationen bör givetvis omgående ombesörjas att den sjuke förs till sjukhus och isoleras i enlighet med gällande rättsregler. Därefter bör ett smittspårningsarbete påbörjas. Regler om smittspårning finns i 3 kap. 4 och 5 §§ i den nya smittskyddslagen. Man bör sålunda försöka få upplysningar av patienten om vem som kan ha överfört smittan och om även andra personer kan ha smittats. Om det då kommer fram att en eller flera personer varit i nära kontakt med patienten sedan denne insjuknat bör möjlighet finnas att besluta att dessa personer skall hållas i karantän under inkubationstiden i enlighet med vad som förordats i det föregående. Vad som sagts om vaccination är tillämpligt även i dessa fall.

Enligt regeringens bedömning är det mycket som talar för att en möjlighet att besluta om karantän skulle vara av värde även när det gäller att bekämpa spridning av SARS. Denna sjukdom är liksom smittkoppor

mycket smittsam och spridningen av smitta sker på ett likartat sätt. Det är också högst sannolikt att smittan i förekommande fall förs hit från utlandet. Visserligen kan svårigheterna vara större att känna igen sjukdomssymptomen vid SARS än de symptom som karakteriserar smittkoppor. Det är därför troligt att eventuella fall i regel inte uppmärksammas redan vid den sjukes inresa utan först någon eller några dagar senare. Det är emellertid viktigt även när det gäller SARS att smittspårning omgående påbörjas när ett sjukdomsfall konstaterats och att de som varit i nära kontakt med den sjuke kan hållas i karantän under inkubationstiden.

När det gäller SARS är inkubationstiden i de allra flesta fall högst tio dagar eller kortare. När tio dagar har förflutit utan att någon av dem som satts i karantän insjuknat får det därför antas att skälet för karantänen har upphört. Beslut bör då omedelbart meddelas att åtgärden inte längre skall bestå.

Till skillnad från vad som är fallet med smittkoppor finns för närvarande inte något vaccin som kan förhindra att en person som smittats av SARS också drabbas av sjukdomen. Mot den bakgrunden finns det särskild anledning att se till att de som sätts i karantän med anledning av kontakt med någon som insjuknat i SARS i möjligaste mån isoleras på skilda håll. Därigenom kan man förebygga att en person som insjuknar under karantänstiden smittar de övriga.

Den utformning av en ny karantänsreglering som i det föregående har förordats med tanke på smittkoppor är enligt regeringens mening lämplig även när det gäller SARS. Frågan om denna ordning bör kunna tillämpas även vid andra allmänfarliga sjukdomar som smittar vid kontakt mellan människor berörs i avsnitt 8.

Det är tydligt att personer som på grund av beslut om karantän måste avstå från förvärvsarbete kan drabbas av ekonomisk förlust. Frågan om denna förlust och eventuellt också annan ekonomisk förlust på samma grund bör ersättas av det allmänna behandlas i avsnitt 12.

9.3 Avspärning

Regeringens förslag: Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. Ett beslut om avspärning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Socialstyrelsen i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärning.

Ansöker någon om undantag från beslutet om avspärning skall Socialstyrelsen omedelbart pröva frågan. Finns inte längre skäl för avspärning skall Socialstyrelsen omedelbart häva beslutet. Socialstyrelsens beslut om att avslå en begäran om undantag för beslut om avspärning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen skall få fatta beslut om att ett visst område skall vara avspärrat om det behövs för att förhindra spridning av sjukdom som omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder. *Statens jordbruksverk* konstaterar att det bör framgå av bestämmelsen om det skall vara klarlagt att sjukdom förekommer inom ett område eller om det räcker med att det finns grundad anledning att anta att så är fallet. Flera instanser, däribland *Sveriges Läkarförbund*, *Smittskyddsläkarföreningen*, *Landstinget Västernorrland*, *Landstinget Halland* och *Landstinget Västmanland*, framhåller att beslut om avspärrning bör ta hänsyn till lokala förhållanden och att Socialstyrelsen därför bör samråda med den lokale smittskyddsläkaren och den lokala polismyndigheten.

Skälen för regeringens förslag: Enligt den nya smittskyddslagen (2004:168) är det, i likhet med gällande smittskyddslag (1988:1472), inte möjligt att av smittskyddsskäl fatta beslut om avspärrning av ett visst område. Sådana möjligheter finns däremot i andra länder, bl.a. i Danmark och Norge. Tidigare kunde avspärrning förekomma även i Sverige enligt 11 och 30 §§ i 1968 års smittskyddslag. Dessa regler utmönstrades emellertid vid tillkomsten av 1988 års lag. Att detta skedde skall ses mot bakgrund av att WHO år 1980 hade förklarat att smittkoppor hade utrotats men även andra faktorer medverkade, bl.a. hade vid den tidpunkten antalet fall av insjuknande i allmänfarliga sjukdomar en längre tid varit lågt.

Regler som gör det möjligt att spärra av ett visst område syftar till att förhindra dels att personer som kan vara smittade lämnar området och sprider smittan utanför detta, dels att personer utifrån kommer in i området och löper risk att bli smittade. En sådan ordning kan vara av värde t.ex. i det fallet att en eller flera personer som insjuknat i en livshotande sjukdom påträffas inom ett begränsat område utan att man lyckas fullständigt utreda av vem och när de smittats. I ett sådant fall finns givetvis en risk att ytterligare smittade personer finns inom området. Enligt regeringens mening bör en möjlighet till avspärrning nu återinföras i svensk lagstiftning. Redan risken för att en smittkopps pandemi kan komma att drabba vårt land talar för detta. Även risken för att svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) får spridning i Sverige måste beaktas.

Av praktiska skäl bör endast begränsade områden kunna bli föremål för avspärrning. När det gäller större städer bör i regel endast något eller några bostadskvarter kunna komma i fråga. En avspärrning bör t.o.m. kunna begränsas till att avse enstaka större byggnader. Någon tidsgräns för hur länge åtgärden får bestå bör inte gälla. Det är emellertid givet att avspärrningen bör upphöra så snart som den risk för smittspridning som föranlett beslutet inte längre kan anses föreligga. Vid bedömningen av denna risk är uppenbarligen sjukdomens inkubationstid en viktig faktor. Om en tid som motsvarar inkubationstiden har förflutit efter det att den som senast insjuknat tagits om hand och isolerats och inget nytt fall har blivit känt bör i regel smittrisken anses ha upphört.

En avspärrning av ett område kan, även om den avser ett begränsat område, vara en mycket ingripande åtgärd. Beslut om avspärrning bör därför läggas på en central myndighetsnivå där både medicinsk och rättslig kompetens är företrädd. Utredningen förordade därför att det skall ankomma på Socialstyrelsen att besluta om avspärrning. Rege-

ringen instämmer i denna bedömning. Självfallet bör ett sådant beslut alltid föregås av samråd med i första hand Smittskyddsinstitutet och smittskyddsläkaren men också med polismyndigheten och berörd kommun. Beslutet bör gälla omedelbart och bör inte kunna överklagas. Däremot bör det vara möjligt för enskilda som berörs av avspärrningen att hos styrelsen begära undantag från de förbud som avspärrningen innebär. Beslut att inte medge undantag bör kunna överklagas till länsrätten.

I lagrådsremissen anförde regeringen i likhet med utredningen att beslut om avspärrning i regel torde vara att anse som en författning enligt lagen (1976:633) om kungörande av lagar och andra författningar. Lagrådet har inte riktat invändningar i sak mot denna bedömning, men har pekat på att reglerna i 8 kap. regeringsformen om normgivningsmaktens fördelning förbjuder riksdagen att med förbigående av regeringen direktdelegera normgivningsmakt till en förvaltningsmyndighet under regeringen, se 8 kap. 7 och 11 §§ regeringsformen. Frågan om normgivnings- eller förvaltningsbeslut har behandlats i avsnitt 9.1. I det nu aktuella sammanhanget måste emellertid beaktas liknande bestämmelser om avspärrning i polislagen (1984:387) och lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Beslut om avspärrning i dessa lagar är förvaltningsbeslut, se 23 § polislagen och 6 kap. 2 § lagen om skydd mot olyckor. Ett avspärrningsbeslut enligt lagen om skydd mot olyckor har delvis samma skyddsintresse som ett avspärrningsbeslut enligt den nu föreslagna bestämmelsen, nämligen skyddet för liv och hälsa. Härtill kommer effektivitetshänsynen. Ett beslut om avspärrning måste kunna fattas och verkställas med kort varsel för att möjligheten att kontrollera spridningen av de samhällsfarliga sjukdomarna inte skall gå förlorad. En föreskrift meddelad av en myndighet bör beredas samt kungöras innan beslutet verkställs. Med anledning av det ovan anförda anser regeringen att ett beslut om avspärrning bör kunna fattas genom förvaltningsbeslut.

Frågor om avspärrning bör handläggas skyndsamt. Ansöker någon om undantag från ett beslut om avspärrning bör frågan prövas utan dröjsmål. I regel bör prövningen ske senast dagen efter det att ansökan nått Socialstyrelsen. Normalt bör styrelsen samråda med berörd smittskyddsläkare angående förutsättningarna för undantag i det enskilda fallet. Vid överklagande av ett beslut om avslag på en ansökan om undantag bör samma krav på skyndsamhet gälla i länsrätten som föreslås beträffande handläggningen av mål angående karantän. Prövningen bör sålunda ske senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

Som redan sagts kan ett beslut om avspärrning vara en mycket ingripande åtgärd. Ett sådant beslut kan drabba många människor både på det personliga planet och ekonomiskt. Innan ett sådant beslut fattas måste därför mycket noga övervägas om värdet av åtgärden för smittskyddet är tillräckligt stort. Det förefaller inte troligt att förutsättningar för att meddela beslut om avspärrning kommer att föreligga i något större antal fall. I en del fall, främst om flera sjuka skulle påträffas inom ett begränsat område, kan det emellertid finnas starka skäl för att spärra av området.

Liksom när det gäller beslut om karantän kan beslut om avspärrning leda till ekonomisk förlust för dem som på grund av beslutet får sin rörelsefrihet begränsad. Frågan om förlusten bör ersättas av det allmänna behandlas i avsnitt 12.

Regeringens förslag: Smittskyddsläkarens beslut om karantän, avslag på ansökan om att beslut om karantän skall upphöra och avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän samt Socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut om avspärrning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten krävs inte i mål om karantän, undantag från beslut om avspärrning och upphörande av karantän.

Länsrätten skall ta upp mål om ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän till avgörande inom en vecka från den dag då överklagandet kom in. Mål om karantän, upphörande av karantän samt mål om undantag från avspärrning skall länsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål i allmän förvaltningsdomstol om karantän, beslut att inte meddela undantag från avspärrning och upphörande av karantän skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

Polismyndighet skall lämna biträde vid verkställighet av hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslog bestämmelser med krav på skyndsam handläggning, rätt till överklagande av vissa beslut samt att polismyndigheten skall lämna biträde vid verkställighet av beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder. Utredningen föreslog däremot inte uttryckligen någon bestämmelse om prövningstillstånd. Av vad som sägs i betänkandet framgår dock att det skall krävas prövningstillstånd till kammarrätten. Vidare föreslog utredningen inte någon bestämmelse om rätt till offentligt biträde.

Remissinstanserna: Flera rättsliga remissinstanser har haft synpunkter på det processuella området. *Sundsvalls tingsrätt* anser att det bör övervägas om inte även besluten om hälsokontroll och avspärrning bör kunna överklagas. *Länsrätten i Stockholms län* delar utredningens uppfattning att det bör gälla krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten, men detta bör uttryckas i lagtexten. Även *Kammarrätten i Stockholm* och *Domstolsverket* anser att det bör uttryckas i lagtexten att prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. *Svea hovrätt*, *Länsrätten i Stockholms län* och *Domstolsverket* ifrågasätter om inte en möjlighet att bevilja offentligt biträde bör finnas i mål i allmän förvaltningsdomstol om karantän och beslut att inte meddela undantag från beslut om avspärrning. *Länsrätten i Stockholms län* delar utredningens bedömning att bestämmelserna i förvaltningsprocesslagen om muntlig förhandling är tillräckliga. *Rikspolisstyrelsen* framhåller att det av lagtexten bör framgå att polisens medverkan får begäras endast om det finns ett klart behov av polisiära befogenheter för åtgärdernas genomförande.

Skälen för regeringens förslag: För handläggning av mål och ärenden enligt smittskyddslagen gäller förvaltningslagen (1986:223), förvaltningsprocesslagen (1971:291) och lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Bestämmelserna i de två förstnämnda lagarna gäller

dock endast i den mån avvikande bestämmelser inte meddelats i andra författningar. Vissa sådana avvikande bestämmelser finns i den nya smittskyddslagen (2004:168). Dessa bestämmelser överensstämmer till viss del med handläggningsreglerna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, och reglerar bl.a. besluts överklagbarhet, tidsfrister, rättens sammansättning och möjlighet att begära biträde av polismyndighet. Flera av de ovan nämnda reglerna kommer att bli tillämpliga även för handläggningen av extraordinära smittskyddsåtgärder. För att garantera en särskilt snabb handläggning vid beslut om karantän och avspärrning erfordras bl.a. lagfästa tidsfrister utöver det generella kravet på skyndsamt handläggning av mål enligt lagen.

I 8 kap. 6 § smittskyddslagen regleras bl.a. domstolarnas skyldighet att hålla muntlig förhandling i mål om isolering, fortsatt isolering och upphörande av isolering. Enligt bestämmelsen skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. Kravet på muntlig förhandling motiveras av att isolering är ett betydande ingrepp i den enskildes integritet. Det är därför angeläget att domstolsförfarandet utformas så att rättssäkerhetskraven kan tillgodoses. Ett omhändertagande av en person för att hålla denne i karantän samt ett förbud att inte få lämna ett avspärrat område är också betydande ingrepp i den enskildes integritet. Mycket talar därför för att huvudregeln skall vara att såväl länsrätt som kammarrätt skall hålla muntlig förhandling även i dessa mål. Det som talar mot muntlig förhandling är de praktiska aspekterna. Det är naturligtvis inte lämpligt att en person som hålls i karantän eller befinner sig inom ett avspärrat område, därför att denne befaras ha blivit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, personligen inställer sig till förhandling i länsrätt eller kammarrätt. I de här aktuella målen finns inte samma möjligheter som vid mål om isolering att hålla en ur smittskyddssynpunkt säker förhandling på den plats klaganden befinner sig. Vid isolering befinner sig klagande ofta på ett sjukhus och rättens ledamöter kan hålla förhandlingen på sjukhuset. Vid behov kan klaganden befinna sig på andra sidan av en ur smittskyddssynpunkt skyddande barriär, såsom en glasvägg. I många fall rör det sig inte ens om en allmänfarlig sjukdom som sprids luftburet. I mål om karantän och avspärrning kan klaganden befinna sig t.ex. i sitt hem. De säkerhetsbarriärer som finns på sjukhusens infektionskliniker kan inte erbjudas generellt i denna miljö. I de aktuella målen kan domstolen givetvis i de allra flesta fall hålla förhör med klaganden per telefon eller till och med genom en videokonferens. Ett av domstolen förordnat offentligt biträde kan också företräda klaganden vid en muntlig förhandling. Ett offentligt biträde har dock möjlighet att ta till vara sin klients rätt även vid skriftlig handläggning. På grund av de speciella omständigheter som föreligger i mål om karantän och avspärrning väljer regeringen att inte förordna muntlig förhandling som huvudregel, utan förfarandet skall i stället regleras av 9 § förvaltningsprocesslagen (1971:291). Enligt första stycket i denna bestämmelse är förfarandet vid förvaltningsdomstolarna i princip skriftligt. I andra stycket föreskrivs emellertid att det i handläggningen får ingå muntlig förhandling beträffande viss fråga, när det kan antas vara till fördel för utredningen eller främja ett snabbt avgörande av målet. Av tredje stycket framgår att muntlig förhandling skall hållas i kammarrätt och

länsrätt, om enskild som för talan i målet begär det samt förhandlingen inte är obehövligen och inte heller särskilda skäl talar mot det. Ett skäl som talar för att muntlig behandling bör hållas är att klaganden vill åberopa vittnesförhör. För att tillgodose rättssäkerhetskravet förordar dock regeringen att offentligt biträde skall förordnas för den som åtgärden avser vid mål om karantän eller beslut att inte meddela undantag från avspärrning, om det inte måste antas att behov av biträde saknas (se 8 kap. 9 §).

Regeringens förslag till bestämmelser på detta område i övrigt framgår av författningsförslaget samt författningskommentaren.

För att bl.a. genomföra beslut om hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning skall polismyndighet lämna biträde, om smittskyddsläkaren eller Socialstyrelsen begär det. Innan biträde av polismyndighet begärs bör försök göras att finna en annan lösning. Handräckning är resurskrävande för polismyndigheterna och bör endast användas då det bedöms vara nödvändigt för att genomföra en åtgärd enligt smittskyddslagen. Ett beslut om avspärrning kommer dock sannolikt alltid att kräva biträde av polis.

Det finns också arbetsmiljöaspekter på handräckningsåtgärder i smittskyddsärenden som självfallet måste beaktas. Det innebär bl.a. att de poliser som skall utföra transporter av människor som bär på smitta måste få tillräcklig information om hur man undviker att risk för smittoöverföring uppkommer. I detta sammanhang har bl.a. smittskyddsläkare och berörda nationella myndigheter en viktig funktion i fråga om att förse polisen med information om hur smitta sprids samt hur smittrisker kan förebyggas.

9.5 Överväganden med anledning av förslagets förhållande till mänskliga rättigheter

Regeringens bedömning: De föreslagna bestämmelserna om hälsokontroll, karantän och avspärrning är förenliga med bestämmelserna i den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, konventionen om barnets rättigheter samt regeringsformen.

Utredningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning vad gäller förenligheten med konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Konventionen om barnets rättigheter och regeringsformen har emellertid inte berörts av utredaren.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser har inte haft något att anföra i denna del. *Riksdagens ombudsmän (JO)* har inga invändningar mot förslaget men framhåller att de föreslagna åtgärderna är mycket ingripande och oundvikligen leder – i större eller mindre utsträckning – till praktiska problem för enskilda samt att förslagets förhållande till Europakonventionen bör analyseras ytterligare.

Rätten till frihet och säkerhet

I artikel 5 i Europakonventionen garanteras rätten till frihet och personlig säkerhet. Artikel 5 reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Skydd mot andra former av begränsningar i rörelsefriheten finns i artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet.

Artikel 5 innehåller en uttömmande uppräkningslista under sex punkter av fall där frihetsberövande är tillåtet. För samtliga fall gäller att frihetsberövandet skall äga rum i den ordning lagen föreskriver och dessutom vara lagligt. Av de sex punkterna är främst punkt 1 e av intresse i förevarande sammanhang. Under denna punkt anges bl.a. att frihetsberövande medges för att förhindra spridning av smittsam sjukdom.

I artikel 5 punkterna 2–4 finns vissa rättssäkerhetsgarantier för den enskilde. Den som berövats friheten har bl.a. rätt att få lagligheten av frihetsberövandet snabbt prövat av domstol. Kommissionen har uttalat att blodprovstagning under tvång utgör ett frihetsberövande även om åtgärden är mycket kortvarig (Mål 8278/78 mot Österrike, DR 18 s. 154). Vidare har kommissionen i ett annat mål uttalat att när frihetsberövandet är så kortvarigt att det upphör före den tid som krävs för en snabb prövning vid domstol står det förhållandet att möjligheten till domstolsprövning saknas inte i strid med bestämmelsen i artikel 5.

Enligt artikel 2 punkt 1 i det fjärde tilläggsprotokollet till Europakonventionen har var och en som lagligen befinner sig inom en stats territorium rätt att fritt röra sig där och att fritt välja sin bosättningsort. Av punkt 3 framgår emellertid att denna rättighet får inskränkas under vissa förutsättningar. Inskränkningarna måste föreskrivas i lag och de skall i ett demokratiskt samhälle vara nödvändiga av hänsyn till bl.a. skydd för hälsa. Även punkt 4 medger vissa inskränkningar i rätten till rörelsefrihet enligt punkt 1. Det sägs där att rättigheterna enligt punkt 1 får inom vissa bestämda områden också bli föremål för inskränkningar som är angivna i lag och som är försvarliga av hänsyn till det allmännas intresse i ett demokratiskt samhälle.

Enligt 2 kap. 8 § regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövande. Han är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna detta. Skyddet enligt bestämmelserna ovan kan begränsas enligt 2 kap. 12 § RF för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna skall stå i proportion till dess syfte.

Enligt 2 kap. 9 § andra stycket RF skall medborgare som blivit omhändertagen tvångsvis av annan anledning än brott eller misstanke om brott, få saken prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål. Med prövning av domstol likställes prövning av nämnd med viss sammansättning.

De extraordinära smittskyddsåtgärderna kan innebära att den enskilde berövas sin frihet. Syftet med de föreslagna tvångsåtgärderna är att förhindra spridning av samhällsfarliga sjukdomar, vilket enligt regeringen är ett godtagbart ändamål i ett demokratiskt samhälle. Enligt artikel 5 punkt 1 e i Europakonventionen anses ett frihetsberövande för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom uttryckligen vara ett godtagbart ändamål.

De aktuella tvångsåtgärderna är relativt begränsade i tiden och kan som längst pågå under en tidsperiod motsvarande inkubationstiden för den aktuella sjukdomen. Karantänsvistelsen kan i många fall verkställas i den misstänkt smittades hem om så önskas och avspärrningsbeslutet bör endast vidtas då samhället inte med andra medel kan kontrollera spridningen av en samhällsfarlig sjukdom. Tvångsåtgärderna skall enligt 3 kap. 11 § nya smittskyddslagen (2004:168) upphöra så snart det inte längre finns skäl för dem. Hälsokontrollen får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Detta har på inrådan av *Lagrådet* införts i lagtexten. Regeringen anser att bestämmelserna uppfyller de krav som ställs i Europakonventionen och i regeringsformen avseende rätten att begränsa en individs rörelsefrihet.

När det gäller rätten att få ett beslut som innebar ett frihetsberövande prövat av domstol kan följande anföras. Själva grundbeslutet om avspärrning går inte att överklaga. Dock har både den som vill ta sig in i ett avspärrat område och den som vill ta sig ut ur området möjlighet att få ett undantag från avspärrningsbeslutet. Regeringen bedömer att rätten för den enskilde att begära undantag från beslutet om avspärrning ger den enskilde rätt till domstolsprövning av frihetsberövandet. Karantänbeslutet går att överklaga.

Rätten till domstolsprövning

Enligt artikel 6 i Europakonventionen skall var och en vid prövningen av hans civila rättigheter och skyldigheter vara berättigad till en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol, som upprättats enligt lag. Beslut om extraordinära tvångsåtgärder torde omfattas av bestämmelsen.

Syftet med ett beslut om hälsokontroll är att försöka fastställa att personer som har för avsikt att resa in i landet inte är smittade av någon samhällsfarlig sjukdom. Om smittade personer kan diagnostiseras och relevanta åtgärder vidtas på ett tidigt stadium, kan en spridning av sjukdomen i Sverige undvikas. Hälsokontrollen är normalt av mindre ingripande karaktär och bör i regel kunna begränsas till att sjukvårdspersonal samtalar med varje passagerare samt gör iakttagelser av eventuella sjukdomssymptom under samtalen. Den får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Det är av stor vikt att hälsokontrollen görs så snart som möjligt efter inresan för att dess syfte inte skall gå förlorat. En prövning av domstol skulle med stor sannolikhet bli aktuell först efter det att hälsokontrollen redan har genomförts. Regeringen anser därför att det inte strider mot artikel 6 att ett beslut om hälsokontroll inte går att överklaga. Kommissionens uttalande om kortvariga frihetsberövanden som inte går att överklaga (se föregående avsnitt), har enligt regeringen bäring även vad gäller möjligheten att överpröva beslutet som sådant.

Enligt regeringens förslag går inte heller själva grundbeslutet om avspärrning att överklaga. Dock har både den som vill ta sig in i ett avspärrat område och den som vill ta sig ut ur området möjlighet att få ett undantagsbeslut från avspärrningsbeslutet. Regeringen bedömer att rätten för den enskilde att begära undantag från beslutet om avspärrning är till-

räcklig för att ta till vara den enskildes rätt. Den enskilde kan härigenom ges tillstånd att lämna området. Dock kan en näringsverksamhet som den enskilde bedriver innanför det avspärrade området påverkas negativt ur en ekonomisk synvinkel.

I polislagen (1984:387) finns bestämmelser om att en polisman – i syfte att avvärja ett brott som innebär allvarlig fara för liv eller hälsa – under vissa förhållanden får avstänga, utrymma eller förbjuda tillträde till ett ställe (23 §). Vidare får polismyndigheten under vissa förutsättningar för att upprätthålla ordning och säkerhet förbjuda tillträde till visst område eller utrymme (24 §). Även dessa beslut kan drabba enskilda ekonomiskt på samma sätt som ett beslut om avspärrning enligt föreslagen bestämmelsen i smittskyddslagen. Ett avspärrningsbeslut enligt polislagen går inte heller att överklaga. Beslutens riktighet kan dock prövas t.ex. inom ramen för en talan om tjänstefel eller en skadeståndstalan på grund av fel eller försummelse vid myndighetsutövning.

Beslut om karantän och undantag från beslut om avspärrning går att överklaga.

Med anledning av det ovan anförda anser regeringen att föreslagna tvångsåtgärder uppfyller kraven i Europakonventionen och regeringsformen.

Rätten till skydd för privat- och familjeliv

Enligt artikel 8 i Europakonventionen har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Skyddet enligt artikeln är inte absolut utan kan begränsas under tre förutsättningar: inskränkningen måste ha stöd i lag, den måste tillgodose något av de ändamål som anges i artikeln och den måste vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att tillgodose bl.a. skyddande av hälsa.

I rätten till privatliv ingår bl.a. den fysiska integriteten. Artikel 8 omfattar därför bl.a. skydd mot medicinska undersökningar, även sådana av mindre betydelse. Något avgörande av Europadomstolen rörande frågor om medicinska tvångsundersökningar föreligger inte. Kommissionen har dock prövat ett antal fall som rör tvångsundersökningar som ägt rum på straffrättens område och därvid accepterat de skäl som staterna uppgivit för ingripandena. Så har t.ex. kommissionen godtagit blodprovstagning vid trafiknykterhetsbrott med hänsyn till skyddet för andras rättigheter liksom psykiatrisk undersökning i brottmål med hänsyn till förebyggande av oordning eller brott och skyddet för hälsa samt provtagning i faderskapsmål med hänsyn till skyddet för andras rättigheter

Skyddet för familjeliv har främst omfattat frågor om vårdnaden och umgänge med barn m.m. Skyddet för familjeliv kan aktualiseras vid ett beslut om karantän då det föreligger inskränkningar i rätten att mottaga besök eller på annat sätt upprätthålla kontakt med familjen.

Av 2 kap. 6 § RF framgår att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Som kroppsligt ingrepp räknas bland annat läkarundersökning och tagande av blodprov. Skyddet enligt bestämmelserna ovan kan begränsas för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna skall stå i proportion till dess syfte.

De föreslagna tvångsåtgärderna syftar till att begränsa spridningen av mycket allvarliga sjukdomar, vilket regeringen anser är ett godtagbart ändamål. Angående proportionaliteten hos föreslagna tvångsåtgärder kan följande anföras. Hälsokontrollen är av summarisk karaktär och utgörs i första hand av att sjukvårdspersonal intervjuar resenären samt gör iakttagelser. Ett karantänsbeslut kan, om den person som misstänks vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom medverkar, verkställas i dennes hem. Detta minskar generellt skadan för den enskilde. Ett beslut om avspärrning fattas inte förrän i ett senare skede av en epidemi och då enbart i situationer då samhället inte med andra medel kan kontrollera spridningen av sjukdomen. En sådan situation är närmast att jämställa med förhållanden i ofred. Vidare framgår av lagtexten att beslutsmyndigheten skall häva beslut om karantän och avspärrning så snart det inte längre finns skäl till beslutet. Regeringen anser att föreslagna tvångsåtgärder under dessa förutsättningar uppfyller kraven i ovan nämnda bestämmelser.

Barnets rättigheter

Av 1 kap. 4 § andra stycket i den nya smittskyddslagen framgår att när åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Härigenom har ett särskilt barnperspektiv införts i smittskyddslagen. Bestämmelsen svarar mot innehållet i artikel 3 i FN:s barnkonvention.

Med anledning av de föreslagna tvångsåtgärderna bör bl.a. artikel 37 b i barnkonventionen beaktas. Enligt denna bestämmelse får inget barn olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Frihetsberövande av ett barn skall ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Ett barn som sätts i karantän berövas sin frihet. Ett karantänsbeslut motiveras av att allvarliga sjukdomar inte skall få spridning i samhället. För det fall att barnets vårdnadshavare och syskon har ett fullgott vaccinationsskydd mot sjukdomen ifråga, bör barnet kunna hållas i karantän i sitt hem. I motsatt fall kan det många gånger vara lämpligt att barnet får vistas på en vårdinrättning med utbildad personal som kan säkerställa barnets rätt till tillgång av hälso- och sjukvård (artikel 24). Det är viktigt att smittskyddsläkaren ser till omständigheterna i det enskilda fallet när denne skall besluta var barnet skall hållas i karantän. Karantänsvistelsen måste för barnet bli så skonsam som möjligt. Ett beslut om karantän är av begränsad varaktighet och skall enligt bestämmelsen i 3 kap. 11 § smittskyddslagen hävas så snart det inte längre finns skäl för beslutet. Regeringen anser därför att det är förenligt med FN:s barnkonvention att sätta barn i karantän om förutsättningarna härför enligt smittskyddslagen är uppfyllda.

Om barnet eller någon av barnets föräldrar sätts i karantän berövas barnet temporärt sin rätt till en eller båda sina föräldrar. Enligt artikel 9 får barnet inte skiljas från sina föräldrar om det inte är nödvändigt för barnets bästa. Att ett barn inte i onödan utsätts för risken att smittas av en dödlig sjukdom är enligt regeringen en åtgärd som i högsta grad vidtas med barnets bästa i åtanke. Vidare får det anses vara till barnets bästa på lite längre sikt att dess föräldrar inte utsätts för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, genom att barnet sätts i karantän. Om barnets föräldrar

insjuknar i en samhällsfarlig sjukdom kommer barnet sannolikt att skiljas från sina föräldrar under betydligt längre tid. Prop. 2003/04:158

Av betydelse i sammanhanget är också artiklarna i konventionen om barnets rätt till liv och överlevnad (art. 6), skydd, bistånd och omvårdnad (art. 28), utbildning (art. 28) samt lek och kreation (art. 31).

10 Tvångsbehandling, tvångsvaccinering och andra åtgärder

10.1 Tvångsbehandling och tvångsvaccinering

Regeringens bedömning: De möjligheter att ingripa som finns i lagen (1952:270) om skyddsympning vid krig eller krigsfara m.m. och lagen (1942:723) om skyddsympning inom försvarsväsendet är tillräckliga.

Utredningens bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig instämmer i utredningens bedömning.

Skälen för regeringens bedömning: I 8 § i 1968 års smittskyddslag (1968:231) föreskrevs att den som led av eller förde smitta av allmänfarlig sjukdom och intagits på sjukvårdsanstalt fick kvarhållas och ges nödvändig vård till dess han med hänsyn till faran att han skulle sprida smittan vidare kunde behandlas i öppen vård. I 12 och 16 §§ samma lag fanns dessutom bestämmelser om tvångsvård i samband med veneriska sjukdomar. Enligt 13 § gällande smittskyddslag (1988:1472) är den som har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom skyldig att låta sig undersökas av läkare. Om han inte gör detta utan dröjsmål kan smittskyddsläkaren enligt 36 § besluta om tvångsundersökning. Enligt 3 kap. 1 och 2 §§ i den nya smittskyddslagen (2004:168) kan länsrätten besluta om en sådan undersökning. Däremot innehåller varken den nya smittskyddslagen eller nu gällande smittskyddslag några regler om tvångsvård.

Reglerna om tvångsbehandling i 1968 års smittskyddslag utmönstrades genom tillkomsten av 1988 års lag. När det gäller dessa regler framhöll dåvarande departementschef i propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 1988/89:5 s. 83 ff.). bl.a. följande:

Som utredaren påpekar är medicinsk behandling i de allra flesta fall det utan jämförelse bästa sättet att få någon smittfri och därigenom hindra vidare smittspridning; vilket ju är det främsta syftet med smittskyddet. Ofta räcker det med en läkemedelsbehandling av t.ex. ett antibiotikum. Sådana behandlingar är okomplicerade och med ytterst få undantag helt ofarliga för patienten. Det finns emellertid också läkemedelsbehandlingar där effekten är tveksam eller som är förenade med betydande biverkningar för patienten. Som ett exempel kan jag nämna de försök med behandling med läkemedlet AZT vid infektion av HIV som pågår både i vårt land och på andra håll i världen.

Medicinsk behandling vid smittsamma sjukdomar är emellertid inte begränsad till läkemedelsbehandling utan kan också inrymma kirur-

giska ingrepp, som kan vara obehagliga och ibland riskfyllda för patienten.

En annan aspekt som måste beaktas är huruvida tvångsbehandling under dessa förutsättningar och för detta syfte står i överensstämmelse med den etiska uppfattning som finns i hälso- och sjukvården. En av grundprinciperna inom all hälso- och sjukvård innebär att det är patienten själv som avgör om han vill ta emot den vård och behandling som han erbjuds. Han har således rätt att acceptera eller avstå från en behandling, men i princip inte rätt att själv bestämma vilken behandling som skall väljas.

Avsteg från principen om patientens självbestämmande kan dock ske i vissa fall. Om patienten till följd av en psykisk sjukdom eller en jämställd psykisk abnormitet inte själv kan ta ställning till frågan huruvida han är i behov av vård och behandling, anses det allmänt etiskt försvarbart att vårda och behandla patienten utan att denne lämnat sitt samtycke till åtgärden eller kanske till och med motsatt sig den. Bestämmelser om vård och behandling i sådana fall finns i den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Däremot har från främst visst läkarhåll ifrågasatts om det kan anses etiskt försvarbart att tvångsvis vårda och behandla patienter som inte lider av psykisk sjukdom. Bl.a. har hävdats, att det skulle strida mot de etiska reglerna för läkaryrket att tvångsvis behandla en patient för en smittsam sjukdom.

Flera skäl kan anföras till stöd för att det bör finnas bestämmelser om tvångsbehandling i smittskyddslagen, i första hand effektivitets-skäl. Man kan också med fog hävda att normalt innebär en medicinsk behandling i dessa fall ett så begränsat intrång i den enskildes integritet att detta måste tålas med hänsyn till smittskyddsintresset.

I likhet med utredaren är jag dock tveksam till om det är nödvändigt för smittskyddet att kunna behandla smittade mot deras vilja. Såvitt jag känner till har man under de senaste årtiondena inte använt sig av denna tvångsåtgärd. Mot detta kan man dock göra gällande, att det kan vara befintligheten av tvångsbestämmelser som lett till att tvångsåtgärder inte behövt tillgripas. Hur det förhåller sig med detta torde vara svårt att få reda på. För egen del är jag övertygad om att andra skäl väger tyngre när den smittade söker läkare för behandling, än skyldigheten att göra det. Sjukdomssymptomen är ofta så obehagliga, att den smittade har ett starkt egenintresse av att bli behandlad. Härtill kommer att de flesta människor är angelägna om att inte föra smittan vidare till andra. Om man i smittskyddslagen tar in en bestämmelse som möjliggör tvångsbehandling, måste man rimligtvis också ange vilka former av behandling till smittfrihet som kan komma i fråga vid de olika sjukdomarna. En sådan precisering kan vara svår att göra. Det går inte heller att bortse från de etiska betänkligheter mot tvångsbehandling i dessa fall som finns främst hos hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vid en samlad bedömning har jag funnit att övervägande skäl talar för att en ny smittskyddslag inte bör innehålla några bestämmelser om tvångsbehandling.

Utredningen övervägde om det finns skäl att förorda lagändringar som gör det möjligt att av smittskyddsskäl ge medicinsk behandling oberoende av patientens samtycke. Utredningen stannade dock vid att det är mycket som talar för att gällande rätts ståndpunkt bör behållas. Regeringen ansluter till denna bedömning. De skäl som anfördes vid tillkomsten av 1988 års lag får fortfarande anses ha bärkraft.

Regler om tvångsvaccination finns för närvarande i lagen (1952:270) om skyddsympning vid krig eller krigsfara m.m. och lagen (1942:723) om skyddsympning inom försvarsväsendet. Enligt 1952 års lag kan regeringen när riket befinner sig i krig eller krigsfara eller när eljest utomordentliga förhållande påkallar det till förekommande av smittsam sjukdom förordna att envar som befinner sig i riket skall undergå

skyddsympning. 1942 års lag innehåller ett likartat bemyndigande med inriktning på personal inom försvarsmakten. Dessa båda lagar gäller fortfarande. Tidigare fanns också bestämmelser om obligatorisk vaccination i lagen (1958:428) om ympning mot smittkoppor. Dessa bestämmelser upphävdes emellertid i samband med att WHO år 1980 förklarade denna sjukdom utrotad.

Det kan här tilläggas att det i de övriga nordiska ländernas lagar finns regler som möjliggör tvångsbehandling och obligatorisk vaccination. Någon begränsning av dessa reglers tillämplighet till krig eller krigsförhållanden eller liknande gäller inte. Såvitt framkommit finns för närvarande inga planer på att ändra reglerna.

Frågan om obligatorisk vaccination är såvitt nu kan överblickas aktuell endast när det gäller smittkoppor. I fråga om den sjukdomen måste beaktas att vaccinet visserligen anses ge ett gott skydd i de flesta fall. Emellertid är vaccinet numera för många människor förknippat med mycket allvarliga biverkningar. Det anses i dag troligt att 10–25 procent av befolkningen i Sverige av det skälet inte bör vaccineras. Till detta kommer att erfarenheterna från andra länder visar att tvångsregler på detta område i regel inte visat sig särskilt effektiva.

Med hänvisning till det anförda gör regeringen bedömningen att det inte bör införas några nya regler om tvångsbehandling eller obligatorisk vaccination.

10.2 Andra åtgärder

Regeringens bedömning: De möjligheter att ingripa mot smittspridning som finns i livsmedelslagen (1971:511), arbetsmiljölagen (1977:1160), ordningslagen (1993:1617), luftfartslagen (1957:297), lagen (1975:88) med bemyndigande att meddela föreskrifter om trafik, transporter och kommunikationer och lagen (2003:778) om skydd mot olyckor är tillräckliga.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen kommenterade dock inte lagen om skydd mot olyckor.

Remissinstanserna: En klar majoritet av de remissinstanser som yttrat sig instämmer i utredningens bedömning om att de möjligheter att ingripa som finns i andra lagar är tillräckliga. *Arbetsmiljöverket* bedömer exempelvis att det i arbetsmiljölagstiftningen finns tillräckligt stöd för att kräva förebyggande åtgärder för att skydda personal mot smitta från annan person samt för att skydda personal som i sitt arbete kommer i kontakt med smittat material. *Gotlands kommun* konstaterar emellertid att det kan finnas behov av ytterligare materiella regler vid andra extraordinära situationer inom smittskyddet, t.ex. krig, pandemier eller massflykt. *Totalförsvarets forskningsinstitut* framhåller att det är nödvändigt att införa annan lagstiftning för att i extraordinära situationer i samband med bioterrorism ge möjligheter till tvångsåtgärder för smittutredning och för att spärra av geografiska områden.

Skälen för regeringens bedömning: I livsmedelslagen (1971:511) finns flera föreskrifter som gäller det personinriktade smittskyddet. Så-

lunda föreskrivs i 21 § att en person, som har eller kan antas ha en sjukdom eller smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda, inte får vara sysselsatt i livsmedelshandling. Vidare framgår av paragrafen bl.a. att regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om läkarundersökning eller annan hälsokontroll av personal som är sysselsatt i sådan handtering. Av intresse är också 25 § som föreskriver att tillsynsmyndigheterna får meddela de förelägganden eller förbud som behövs för att lagen och vissa andra föreskrifter på området skall efterlevas. Här ligger en möjlighet att förbjuda verksamheter som inte uppfyller föreskrivna krav.

Vid underhandskontakt med utredningen uppgav företrädare för Livsmedelsverket att det är svårt att nu se något behov av förstärkning av smittskyddet enligt de nu berörda bestämmelserna. Utredningen konstaterade att det inte fanns underlag för att göra en annan bedömning och föreslog därför inte några åtgärder på området.

Även i arbetsmiljölagen (1977:1160) finns bestämmelser som kan anses hänförliga till det personinriktade smittskyddet. Sålunda kan Arbetsmiljöverket meddela föreskrifter om skyldighet för arbetsgivare att föranstalta om läkarundersökning eller vaccinering eller annan förebyggande behandling mot smitta av dem som sysselsätts i arbete som innebär risk för ohälsa (4 kap. 5 §). Vidare gäller att verket kan meddela de förelägganden och förbud som behövs för att lagen och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen skall efterlevas. Detta innebär bl.a. att verket med omedelbar verkan kan bestämma att en arbetsplats skall stängas om det finns påtaglig risk för smitta just där och det behövs för att förebygga ohälsa eller olycksfall (7 kap. 7 §).

Enligt utredningens mening framstod det inte som sannolikt att det finns behov av att genom författningsändringar förstärka möjligheterna för Arbetsmiljöverket att ingripa med smittskyddsåtgärder på det nu berörda området. Vid underhandskontakter med verket framkom ingenting som föranledde utredningen att göra en annan bedömning. Utredningen lämnade därför inga förslag till ändringar i arbetsmiljölagstiftningen.

I ordningslagen (1993:1617) finns föreskrifter om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. Med allmänna sammankomster avses bl.a. sammankomster som utgör demonstrationer men också t.ex. teaterföreställningar, biografföreställningar och konserter (2 kap. 1 §). Med offentlig tillställning förstås bl.a. tävlingar och uppvisningar i sport och idrott, danstillställningar, marknader och mässor (2 kap. 3 §). Föreskrifterna innebär bl.a. att det i viss utsträckning krävs polismyndighets tillstånd för att få anordna sådana evenemang. Vidare framgår av reglerna att tillstånd får vägras endast om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet eller till trafiken eller för att motverka en epidemi (2 kap. 10 §). Enligt en särskild bestämmelse (2 kap. 15 §) får regeringen föreskriva att allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar inte får hållas inom ett visst område om det är nödvändigt för att motverka en epidemi. Även länsstyrelserna kan efter bemyndigande från regeringen förbjuda allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar om det är nödvändigt för att motverka en epidemi.

De nu nämnda bestämmelserna i ordningslagen ger uppenbarligen myndigheterna goda möjligheter att i krislägen förebygga att många

människor samlas och därigenom utsätts för smittrisk. Under utredningsarbetet framkom det inte något som gav anledning för utredningen att föreslå ändringar i bestämmelserna.

Av 1 kap. 1 § luftfartslagen (1957:297) framgår att luftfart i Sverige bara får äga rum på de villkor som anges i den lagen och i vissa andra författningar. Enligt 2 § får luftfart äga rum med svenska luftfartyg. Vidare framgår av paragrafen bl.a. att luftfart med luftfartyg som har nationalitet i en annan stat får äga rum endast om avtal med den andra staten har träffats. Sådana avtal har träffats med ett stort antal stater. Dessa avtal grundar sig som regel på 1944 års konvention angående civil luftfart (Chicagokonventionen). Inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet gäller dock särskilda regler. Enligt 3 § får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer av militära skäl föreskriva inskränkningar av eller förbud mot luftfart inom en viss del av riket. Sådana föreskrifter får också meddelas i samma ordning om det behövs av hänsyn till allmän ordning och säkerhet eller till natur- eller miljövård. Under utomordentliga förhållanden eller när det i övrigt krävs av hänsyn till allmän säkerhet får regeringen tillfälligt föreskriva inskränkningar eller förbud mot luftfartyg inom hela riket.

I förarbetena till dessa bestämmelser berörs inte frågan om de medger att inskränkningar av eller förbud mot luftfart meddelas av smittskyddsskäl. Varken avfattningen av bestämmelserna eller Sveriges åtaganden enligt Chicagokonventionen torde emellertid utgöra något hinder mot att sådana åtgärder beslutas. En förutsättning för restriktioner eller förbud är emellertid att smittskyddssituationen bedöms så allvarlig att sådana åtgärder behövs av hänsyn till allmän ordning och säkerhet. Att en sådan situation skulle inträffa kan inte helt uteslutas men förefaller inte särskilt sannolikt. Någon anledning att i detta sammanhang göra ändringar i de nu diskuterade bestämmelserna kan inte anses föreligga.

Enligt 1 § lagen (1975:88) med bemyndigande att meddela föreskrifter om trafik, transporter och kommunikationer kan regeringen meddela föreskrifter bl.a. om spårbunden trafik som är avsedd för allmänheten och om trafik på väg eller i terräng. Denna bestämmelse torde ge regeringen vissa möjligheter att föreskriva begränsningar i berörd trafik om detta påkallas av smittskyddsskäl. Liksom när det gäller luftfart kan det inte helt uteslutas att möjligheterna till inskränkningar i trafiken kan ha ett visst värde i en kritisk smittskyddssituation. Tillräcklig anledning att nu överväga ändringar i eller tillägg till 1975 års lag kan emellertid inte anses föreligga.

När det gäller skolor, daghem och andra institutioner som drivs i allmän regi kan det tänkas situationer där det från smittskyddssynpunkt framstår som angeläget att verksamheten tillfälligt begränsas eller stängs av. Som framgått kan visserligen tillsynsmyndigheterna enligt livsmedelslagen och arbetsmiljölagen i vissa fall besluta om inskränkningar. Dessa möjligheter täcker emellertid inte i alla situationer det behov som kan föreligga. Däremot har institutionerna möjlighet att själva besluta om inskränkningar av smittskyddsskäl. Detta torde följa av myndigheternas allmänna ansvar för den verksamhet de bedriver. Självfallet bör de i förekommande fall samråda med smittskyddsläkaren innan de fattar sådana beslut. Enligt regeringens mening finns inte skäl att införa en särskild författningsreglering för nu berörda fall.

Enligt 4 kap. 1 § i den norska lagen LOV 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer kan kommunstyrelsen besluta att stänga verksamheter som samlar flera människor, t.ex. barndaghem, skolor, simhallar, flygplatser, butiker, hotell och andra företag och arbetsplatser eller att begränsa aktiviteterna där. I vissa allvarigare fall kan även Sosial- og helsedirektoratet som är en central myndighet fatta beslut om åtgärder av detta slag. Utredningen har övervägt om det finns skäl att i den svenska lagstiftningen införa liknande bestämmelser. Utredningens slutsats var emellertid att några bestämmelser av detta slag inte bör införas. Beträffande skolor och daghem i det allmännas regi har regeringen för sin del redan konstaterat att det inte finns skäl att införa en särskild författningsreglering. Inte heller när det gäller friskolor och privata daghem kan det anses motiverat att införa särskilda bestämmelser. Det förefaller inte sannolikt att dessa institutioner skulle göra andra bedömningar än skolmyndigheterna. Vad beträffar andra företag som drivs i enskild regi torde det kunna förutsättas att allmänheten i en krissituation rättar sig efter rekommendationer från de myndigheter som har ansvar för smittskyddet om att undvika att besöka sådana företag.

Statens och kommunernas ansvar för räddningstjänst regleras i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Begreppet räddningstjänst definieras i 1 kap. 2 §. Med räddningstjänst avses de räddningsinsatser som staten eller kommunerna skall ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom eller miljön. Staten eller en kommun skall ansvara för en räddningsinsats endast om detta är motiverat med hänsyn till behovet av ett snabbt ingripande, det hotade intressets vikt, kostnaderna för insatsen och omständigheterna i övrigt. Således måste en olycka föreligga. Med olycka avses plötsligt inträffade händelser som har medfört eller kan befaras medföra skada. Dit räknas händelser som beror på företeelser i naturen, som inträffar utan människors handlande eller som beror på människors handlande eller underlåtenhet att handla. Exempel på olyckor i denna mening är bränder, explosioner, skred, ras, översvämningar, oväder och utflöden av skadliga ämnen. Räddningstjänst kan också föreligga när en olycka ännu inte inträffat, men det föreligger en överhängande fara för att den inträffar.

Dock förhåller det sig annorlunda om andra samhällsorgan har fått i uppdrag att avvärja händelser som kan leda till skador. Till polisens uppgifter hör enligt 2 § 1 polislagen (1984:387) att förebygga brott och andra störningar av den allmänna ordningen eller säkerheten. Om det befaras att ett brott, som innebär allvarlig fara för liv eller hälsa eller för omfattande förstörelse av egendom är omedelbart förestående, är det polisens uppgift att avvärja brottet och bereda skydd mot det. Räddningstjänstens uppgifter är då att ingripa om en olycka inträffar. I många sådana fall är det nödvändigt att den kommunala räddningstjänsten kommer till platsen för att förbereda ett ingripande. Den kan då ha möjlighet att biträda polisen i arbetet med att bereda skydd mot det befarade brottet (se vidare prop. 2002/03:119 s. 109 med hänvisning till prop. 1985/86:170 s. 65–66).

För att en insats med anledning av en olycka eller överhängande fara för en sådan skall företas måste det vara angeläget att så sker. Skyldighet att ingripa föreligger endast om det med hänsyn till behovet av ett snabbt ingripande, det hotade intressets vikt, kostnaderna för insatsen och om-

ständigheterna i övrigt är påkallat att staten eller kommun ansvarar för insatsen. Var och en av dessa förutsättningar måste föreligga för det allmänna skall vara skyldigt att ingripa.

För att förutsättningarna för en räddningsinsats skall anses föreligga måste således ett antal tämligen snäva kriterier vara uppfyllda. Vid en prövning av dessa kriterier torde man endast undantagsvis kunna komma fram till att lagen om skydd mot olyckor är tillämplig vid olika fall av smittspridning eller befarad sådan. En bedömning får givetvis göras från fall till fall om kriterierna för räddningstjänst är uppfyllda. Av lagen om skydd mot olyckor framgår även att lagen inte gäller hälso- och sjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Vid en räddningsinsats har den som leder denna, räddningsledaren, långtgående befogenheter. Bland annat kan han eller hon göra ingrepp i annans rätt med stöd av 6 kap. 2 § lagen om skydd mot olyckor. Med stöd av bestämmelsen kan räddningsledaren exempelvis under vissa förutsättningar spärra av eller utrymma ett område eller föra bort eller förstöra egendom.

Regeringen ansluter till utredningens bedömning enligt ovan. Sammantaget bedömer regeringen att de möjligheter att ingripa mot smittspridning som finns i livsmedelslagen, arbetsmiljölagen, ordningslagen, luftfartslagen, lagen med bemyndigande att meddela föreskrifter om trafik, transporter och kommunikationer och lagen om skydd mot olyckor är tillräckliga.

11 Straffbestämmelse

Regeringens bedömning: En ny straffbestämmelse för gärningar som innebär att man undandrar sig beslut om hälsokontroll eller överträder beslut om karantän eller avspärrning bör inte införas.

Utredningens förslag: Den som överträder beslut om avspärrning skall dömas till böter. I ringa fall skall inte dömas till ansvar.

Remissinstanserna: *Riksåklagaren* stödjer förslaget till straffbestämmelse och bestämmelsens utformning. *Uppsala läns landsting* stödjer förslaget till straffbestämmelse. *Svea hovrätt* ifrågasätter däremot om ett bötesstraff kommer att ha en avhållande effekt.

Skälen för regeringens bedömning: Förslagen i avsnitt 9 angående hälsokontroll, karantän och avspärrning ger anledning till frågan om dessa nya smittskyddsåtgärder för sin effektivitet är beroende av att de förses med en straffsanktion. Det har redan nämnts att 1968 års smittskyddslag innehöll regler både om avspärrning och om isolering av personer som misstänktes lida av någon allmänfarlig sjukdom. I lagen fanns emellertid inga bestämmelser om straff som riktade sig mot överträdelser av dessa regler. I de lagar som gäller i Danmark och Norge är däremot de bestämmelser som gäller karantän och avspärrning straffsanktionerade.

Beträffande alla de tre nämnda smittskyddsåtgärderna föreslår regeringen att polismyndigheten vid behov skall biträda med verkställigheten, se avsnitt 9.4. Frågan är sålunda om detta är tillräckligt för att garantera

att besluten om åtgärderna respekteras eller om det därutöver krävs något ytterligare påtryckningsmedel.

Såvitt gäller hälsokontroll och karantän utgick utredningen från att möjligheten till medverkan av polis i de allra flesta fall utgör en tillräcklig garanti för att åtgärderna kommer till stånd. Regeringen delar denna bedömning.

När det gäller beslut om avspärrning tedde sig däremot enligt utredningen situationen något annorlunda. Att ett sådant beslut respekteras måste typiskt sett vara betydligt svårare att kontrollera än vad som är fallet med beslut om hälsokontroll eller karantän. Dessutom kunde det enligt utredningen antas att åtminstone en del av dem som på grund av beslutet om avspärrning inte får lämna det berörda området kan känna en mer eller mindre stark oro med tanke på smittriskan. Utredningens slutsats var att det är tveksamt om avspärrningen kan bli en effektiv åtgärd om inte en överträdelse kan leda till någon påföljd.

I sammanhanget måste emellertid enligt regeringen beaktas att det redan idag finns bestämmelser som direkt, eller mer indirekt, kan aktualisera ett straffansvar när ett beslut om avspärrning inte följs. I 3 och 13 kap. brottsbalken finns ett antal bestämmelser som kan leda till straff för den som sprider smitta eller framkallar fara för smittspridning. När det gäller 3 kap. kan det bli fråga om tillämpning av bestämmelserna om mord (1 §), dråp (2 §), misshandel respektive grov misshandel (5 och 6 §§) eller försök till nu nämnda brott, vållande till annans död (7 §), vållande av sjukdom (8 §) och framkallande av fara för annan (9 §) och i 13 kap. kan bestämmelserna om spridande av smitta (7 §) och vårdslöshet med smittämne (9 §) aktualiseras. Enligt samtliga dessa bestämmelser gäller i och för sig att det för straffbarhet krävs att smitta överförs eller att fara för spridning av smitta uppkommit. Härtill kommer emellertid, som tidigare nämnts, att polismyndigheten vid behov skall biträda vid verkställigheten även av beslut om avspärrning.

En polisman får enligt 10 § polislagen (1984:387), i den mån andra medel är otillräckliga och det med hänsyn till omständigheterna är försvarligt, använda våld för att genomföra vissa tjänsteåtgärder, bl.a. i fall då polismannen har att biträda någon annan i myndighetsutövning som t.ex. innebär avspärrning av ett område. Straffansvar vid ohörsamhet mot polisman vid verkställande av sådant beslut, liksom vid verkställande av beslut om hälsokontroll och karantän, kan följa av bestämmelser i 17 kap. brottsbalken (våld eller hot mot tjänsteman – 1 § eller våldsamt motstånd – 4 §). Med hänsyn härtill finner regeringen vid en samlad bedömning att det saknas tillräckliga skäl för en ny straffbestämmelse för gärningar som innebär att man överträder beslut om avspärrning.

Regeringens förslag: Den som måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut om karantän har rätt till smittbärrpenning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare. En följdändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring görs.

Regeringens bedömning: Förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripande för att förhindra spridning av smittsam sjukdom behöver inte ändras. Följdändringar i vissa förordningar bör göras.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Ett flertal instanser instämmer med förslaget att den som måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut om karantän skall kunna få ersättning. En del instanser, däribland *Svea hovrätt*, *Vårdförbundet*, *Länsrätten i Stockholms län*, *Kammarrätten i Stockholm* och *Riksförsäkringsverket* konstaterar att avspärrning för den enskilde är en lika ingripande åtgärd som karantän och att ersättning bör utgå för förlorad arbetsinkomst även i sådana fall. *Riksdagens ombudsmän (JO)* framhåller att det i vissa fall kan finnas skäl att medge enskild rätt till ersättning vid avspärrning. Riksförsäkringsverket föreslår att smittbärrpenning även bör utges till den grupp som drabbas av inkomstförlust till följd av avspärrning. Vårdförbundet anser att rätt till ersättning skall gälla för den enskilde även vid hälsokontroll. JO anser att fråga om ersättning vid hälsokontroll vid inresa bör belysas ytterligare i det fortsatta arbetet. Länsrätten i Stockholms län anser att företag som drabbas av förlust på grund av avspärrning också bör vara berättigat till ersättning.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: Regeringen har i avsnitt 9 föreslagit bl.a. att personer som kan antas ha blivit utsatta för smitta av vissa särskilt svårartade sjukdomar skall kunna hållas i karantän, att smittade områden skall kunna avspärras samt att hälsokontroll skall kunna ske vid platsen för inresan. I samtliga dessa fall förutsätts att den beslutade åtgärden bedöms nödvändig för att förhindra spridning av den aktuella sjukdomen. Det är uppenbart att beslut om karantän, avspärrning eller hälsokontroll enligt dessa förslag i vissa fall kan leda till ekonomisk förlust för den eller dem som drabbas av åtgärden. Det finns därför anledning att överväga om det allmänna bör svara för förlusten och i så fall i vilken utsträckning och efter vilka normer.

I svensk rättsordning finns sedan lång tid tillbaka bestämmelser som innebär att det allmänna påtagit sig ett ansvar för enskilda personers förluster på grund av samhällsingripanden av smittskyddsskäl. De bestämmelser som främst är av intresse i detta sammanhang finns i dag i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare, förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom (ersättningsförordningen), epizootilagen (1999:657) och zoonosförordningen (1999:660). En närmare redogörelse för dessa författningar finns i avsnitt 4.

Enligt lagen om ersättning till smittbärare har den enskilde rätt till en s.k. smittbärrpenning som i allt väsentligt motsvarar sjukpenningen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och till viss resekostnads-

ersättning. Med smittbärare förstås enligt lagen den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen och den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. Förutsättningen för att ersättning skall kunna komma i fråga är enligt huvudregeln att den enskilde måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagstiftningen. Frågor om ersättning prövas av försäkringskassorna. Som argument för ersättningsrätten framhölls i lagens förarbeten bl.a. att det sedan den obligatoriska sjukförsäkringen genomförts tedde sig inkonsekvent att det inte förelåg rätt till ersättning vid isolering på grund av smittfara (prop. nr. 126 år 1956, s. 25). Vidare har i senare lagstiftningssammanhang framhållits att ingripande mot smittbärare sker i det allmännas intresse och att såväl preventiva skäl som skälighetsaspekter talar för att ersättning skall utges (se t.ex. prop. 1988:112, s. 20).

Ersättningsförordningen är främst inriktad på att ersätta kostnader och förluster för företagare. Den skiljer sig från lagen om ersättning till smittbärare bl.a. därigenom att den inte skapar en rätt till ersättning utan öppnar en möjlighet till ersättning i vissa fall. En grundläggande förutsättning för att ersättning skall kunna utges är att kostnaden eller förlusten förorsakats av ett myndighetsingripande enligt smittskyddslagen eller miljöbalken. Som regel kan endast kostnader eller förluster som är en direkt följd av myndighetens åtgärd ersättas. Ersättningsbeloppen är i viss utsträckning maximerade, bl.a. genom beloppsgränser. Handläggande myndighet beträffande ersättningsfrågor är Kammarkollegiet. Till stöd för att det skulle införas möjligheter för staten att utge ersättning anfördes vid förordningens tillkomst bl.a. att det många gånger kunde te sig obilligt att företagaren skulle få bära hela förlusten (prop. nr. 126 år 1956, s. 25).

Med stöd av epizootilagen kan Statens jordbruksverk för att förebygga eller bekämpa epizootiska sjukdomar (djursjukdomar) fatta beslut om slakt av djur, smittrening m.m. Den som till följd av ett sådant beslut drabbas av viss förlust eller kostnad har enligt lagen rätt till ersättning av staten. Huvudregeln är att full ersättning skall betalas utom när det gäller produktionsbortfall där ersättningsnivån i princip motsvarar 50 procent av förlusten. Ersättningsfrågor prövas av Jordbruksverket. Vid tillkomsten av lagen anfördes bl.a. att det är rimligt att sjukdomsbekämpningen till stor del finansieras med skattemedel eftersom konsumenterna har nytta av att Sverige har ett gott djurhälsoläge och därmed en hög kvalitet på livsmedlen (prop. 1998/99:88, s. 24).

Zoonoslagen (1999:658) och zoonosförordningen är för närvarande tillämpliga endast i fråga om salmonella. Enligt lagen kan Jordbruksverket eller länsstyrelserna fatta vissa beslut för att förebygga eller bekämpa denna sjukdom. Besluten kan avse slakt av djur, smittrening, djurhållning m.m. Den som drabbas av kostnad eller förlust på grund av ett sådant beslut kan få ersättning enligt förordningen. Ersättning lämnas i princip med högst 50 procent av kostnaden eller förlusten. Även här prövas ersättningsfrågor av Jordbruksverket. Avsikten med reglerna är enligt ett förarbetsuttalande endast att i skälighetsomfattning mildra de ekonomiska konsekvenser som en salmonellainfektion kan innebära för de enskilda djurägarna (prop. 1982/83:172, s. 8). Att man här valt en annan ordning än den som gäller enligt epizootilagen beror bl.a. på att salmo-

nella, till skillnad från de sjukdomar som regleras i epizootilagen, är något som den enskilde djurägaren måste ta hänsyn till som en beaktansvärd risk ingående i företagarrisken, eftersom salmonella alltid finns i den omgivande miljön (prop. 1998/99:88, s. 40).

När frågan om rätt till ersättning av allmänna medel för dem som drabbats av en tvångsåtgärd enligt regeringens förslag om extraordinära smittskyddsåtgärder övervägs finns det givetvis skäl att beakta vad som gäller enligt de nu redovisade författningsbestämmelserna. Även motiven till bestämmelserna är av intresse. Vad beträffar beslut om karantän är det tydligt att en sådan åtgärd i första hand meddelas i det allmännas intresse. Redan mot den bakgrunden kan det framstå som skäligt att det allmänna ikläder sig ett ansvar för eventuella förluster för den enskilde. I sammanhanget finns det också anledning att beakta att smittbärare enligt gällande lagstiftning har rätt till ersättning om de på grund av vissa myndighetsbeslut måste avstå från förvärvsarbete. De skäl som föranlett denna ordning kan enligt regeringens mening återopas även för en ersättningsrätt för personer som måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett beslut om karantän. Ett sådant beslut grundas ju på att den som beslutet avser kan antas ha blivit utsatt för smitta. Det kan tilläggas att det torde underlätta för smittskyddsläkaren att agera kraftfullt och konsekvent om han eller hon vet att den enskilde har rätt till ersättning. Vidare är det tydligt att den enskildes vilja att respektera beslutet påverkas positivt av en rätt till ersättning. Regeringens slutsats är att de som på grund av beslut om karantän enligt regeringens förslag drabbas av ekonomisk förlust bör ha rätt till ersättning av allmänna medel.

När det gäller frågan vad ersättningsrätten skall omfatta bör utgångspunkten enligt regeringens mening vara att den som hållits i karantän bör ha samma rätt till ersättning som en smittbärare har enligt lagen om ersättning till smittbärare. Ersättningsrätten bör alltså bero av om han eller hon på grund av karantänsbeslutet tvingats avstå från förvärvsarbete. En sådan ordning skulle i de allra flesta fall leda till att den isolerade enligt regeringens bedömning får en godtagbar ekonomisk kompensation. Enligt utredningens bedömning torde en sådan ordning knappast erbjuda några större praktiska tillämpningsproblem.

Den enskilde skulle sannolikt i en del fall kunna drabbas av andra kostnader än sådana som beror på att han eller hon avstått från förvärvsarbete. Sådana kostnader bör enligt regeringens mening inte bäras av det allmänna. I regel torde de bli av mindre betydelse för den enskilde och en rätt till ersättning skulle sannolikt komplicera handläggningen av ersättningsfrågorna.

Med hänvisning till det anförda föreslår regeringen att den som på grund av beslut om karantän måste avstå från förvärvsarbete skall ha en viss rätt till ersättning av allmänna medel. Ersättningen bör beräknas i enlighet med bestämmelserna om smittbärrpenning i lagen om ersättning till smittbärare. Frågor om ersättning bör handläggas av försäkringskassorna.

Även ett beslut om avspärrning skulle kunna leda till att personer som berörs av beslutet måste avstå från förvärvsarbete och därmed eller av någon annan anledning drabbas av ekonomiska skada. Det kan röra sig om personer som har bostad inom det avspärrade området och arbetsplats utanför men också om personer som bor utanför men har sin arbetsplats

inom området. Det är dock långt ifrån självklart att staten skall vara strikt ersättningsansvarig för skador som har uppkommit på detta sätt. Ett beslut om avspärrning är till skillnad från ett beslut om karantän inte riktat mot särskilt angivna personer och leder inte till samma kraftiga begränsning i den individuella rörelsefriheten. Mot den nu angivna bakgrunden ansåg utredningen inte tillräckligt starka skäl föreligga för att föreslå en rätt till ersättning för enskilda personer som drabbas av olägenheter på grund av beslut om avspärrning. Vid remissbehandlingen har en del instanser, däribland *Svea hovrätt*, *Vårdförbundet*, *Länsrätten i Stockholms län* och *Sundsvalls tingsrätt*, konstaterat att avspärrning för den enskilde är en lika ingripande åtgärd som karantän och att ersättning bör utgå för förlorad arbetsinkomst även i sådana fall.

I denna fråga kan anmärkas att beslut om avspärrning även behandlats av Kommittén för översyn av det allmännas skadeståndsansvar i betänkandet *Det allmännas skadeståndsansvar* (SOU 1993:55). Kommitténs övervägande tar framförallt sikte på avspärrningar som beslutats av polisen med stöd av polislagen (1984:387). I betänkandet anförs bl.a. att det inte torde föresväva någon att ersätta skador som träffar alla möjliga personer som på ena eller andra sättet blir lidande på avspärrningen, t.ex. kunder till en bank vars lokaler avstängts på grund av ett begånget bankrån (s. 231). En regel om kompensation till en sådan obegränsad krets skulle ha svåröverskådliga konsekvenser och för övrigt strida mot vår inställning till den allmänna frågan om vilken personkrets som bör vara berättigad till ersättning på grund av myndighetsingrepp. Vad som enligt kommittén kunde övervägas var däremot att ersättning skulle utgå till ägare eller innehavare av den egendom som avspärrats, inte till andra. Utredningen ansåg emellertid att invändningarna mot att man på detta sätt skulle särbehandla en del av ersättningsfrågorna vid lagliga rådhetsinskränkningar vägde så tungt att man borde avstå från en sådan lösning. Till detta kan enligt kommittén läggas att det förutom avspärrningar som har samband med utredning om brott förekommer att polisen och även andra myndigheter spärrar av t.ex. en viss gata, vilket komplicerar en tänkt regel.

Kommittén har alltså noga övervägt frågan att införa en rätt till ersättning för skador som uppkommit på grund av polisens avspärrningar men ansett att invändningarna mot en rätt till ersättning för sådana fall är så stora att man bör avstå från en sådan lösning. Någon annan bedömning har inte gjorts vid ärendets fortsatta behandling hos regering och riksdag (prop. 1997/98:105, bet. 1997/98:LU27, rskr. 1997/98:277).

De avspärrningar som det nu är fråga om kan, när det gäller effekterna för den enskilde, i allt väsentligt jämföras med dem som beslutats av polisen och för vilket det alltså inte finns något strikt ersättningsansvar för det allmänna. En utgångspunkt måste därför vara att en rätt till ersättning för nu aktuella fall kan komma i fråga endast om det kan motiveras av särskilda skäl. Här kan inledningsvis nämnas att sådana beslut inte leder till samma kraftiga begränsning i den individuella rörelsefriheten som beslut om karantän. Dessutom kan beslut om karantän komma att fattas i ett relativt tidigt stadium av en epidemi då Sverige drabbats av enstaka sjukdomsfall. Ett beslut om avspärrning fattas däremot inte förrän i ett senare skede av en epidemi och då enbart i situationer då samhället inte med andra medel kan kontrollera spridningen av sjukdomen.

En sådan situation är närmast att jämställa med förhållanden i ofred och enskilda får därmed räkna med att tåla betydligt större ingrepp än vid mer normala förhållanden. Enligt regeringens bedömning är sammantaget omständigheterna inte sådana att det inom detta område finns skäl att införa en särskild rätt till ersättning för avspärningar. Detta innebär dock inte att ersättning aldrig kan komma i fråga. Här, som för övriga fall, gäller den generella bestämmelsen i skadeståndslagen (1972:207) om det allmännas skadeståndsansvar för skador som vållas genom fel eller försummelse vid myndighetsutövning (3 kap. 2 §).

Som tidigare nämnts finns det i 1956 års ersättningsförordning bestämmelser som gör det möjligt att betala ersättning av allmänna medel till den som drabbats av kostnader eller förluster på grund av ett myndighetsingripande enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagstiftningen. Bestämmelserna är väsentligen inriktade på att ersätta företag för kostnader och förluster i rörelsen. Vid remissbehandlingen framhöll *Länsrätten i Stockholms län* att företag som går i förlust på grund av avspärning också bör vara berättigat till ersättning. Utredningen övervägde om det finns anledning att införa en möjlighet för företag att få ersättning för kostnader eller förluster som kan uppkomma på grund av tvångsåtgärd men fastnade vid att de ekonomiska konsekvenserna av ett sådant beslut inte blir så betungande för företaget att ersättning på den grunden bör kunna komma i fråga. Regeringen ansluter till denna bedömning.

Ett beslut om karantän som drabbar en anställd i ett företag kan givetvis vålla olägenhet för företaget genom att den anställde uteblir från sin arbetsplats under karantänstiden. Enligt regeringens mening kan emellertid de ekonomiska konsekvenserna av ett sådant beslut inte bli så betungande för företaget att ersättning på den grunden bör kunna komma i fråga. Ett beslut om avspärning skulle i och för sig kunna leda till inte bara att anställda uteblir från sina arbetsplatser utan också att ett företags kontakter med kunder försvåras eller förhindras. Även i detta sammanhang bör emellertid beaktas att avspärningsbesluten – till skillnad från besluten enligt ersättningsförordningen – inte har någon individuell adressat. De drabbar en obestämd krets av personer och företag. Såvitt gäller företagen kan det hävdas att sådana beslut utgör en företagarrisk bland andra. På grund av det anförda anser regeringen inte heller här att tillräckliga skäl för en rätt till ersättning föreligger.

Ett par instanser har även förordat att rätt till ersättning skall gälla för den enskilde även vid hälsokontroll vid platsen för inresan. Ett beslut om hälsokontroll kan möjligen någon gång vålla ekonomisk förlust för den som omfattas av ett sådant beslut. Det kan emellertid antas att förlusten i så fall inte blir större än att den skäligen kan bäras av den enskilde. Vid remissbehandlingen har *Luftfartsverket* påpekat att genomförandet av hälsokontroller på flygplatser kan leda till avsevärda kostnadsökningar för flygbolag och flygplatser. Även i detta sammanhang bör emellertid beaktas att besluten om hälsokontroll drabbar en obestämd krets av företag och därför kan betraktas som en företagarrisk bland andra. Mot denna bakgrund anser regeringen inte heller att det beträffande hälsokontroll vid inresa finns tillräckliga skäl för en rätt till ersättning.

Till följd av regeringens förslag om rätt till ersättning vid beslut om karantän behöver emellertid vissa följändringar i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring, studiestödsförordningen (2000:655), förord-

ningen (1995:938), om utbildningsbidrag till doktorander, förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd samt förordningen (2002:744) om rekryteringsbidrag för vuxenstuderande göras.

Prop. 2003/04:158

13 Ansvaret för smittskyddsåtgärder samt planering, samordning och samverkan, m.m.

Regeringens bedömning: Bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om ansvar för att vidta smittskyddsåtgärder, planering, samordning och samverkan, m.m. är tillräckliga.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samverkan med berörda myndigheter se till att det finns en nationell planering för att förebygga och kontrollera epidemier som kan få allvarliga samhällskonsekvenser.

Utredningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Utredningen föreslog att vissa av smittskyddslagens bestämmelser skulle föras in i den nya lagen, t.ex. möjlighet för smittskyddsläkare att delegera uppgifter.

Remissinstanser: Flertalet av de remissinstanser som yttrat sig instämmer i utredningens bedömning. Flera instanser, t.ex. *Arbetsmiljöverket*, *Statens veterinärmedicinska anstalt*, *Sjöfartsverket*, *Länsstyrelsen i Uppsala län* och *Värnamo kommun*, framhåller behovet av samordning och samverkan på nationell, regional och lokal nivå. Statens veterinärmedicinska anstalt konstaterar exempelvis att det bör klarläggas vilken instans som har det övergripande ansvaret för att olika myndigheters smittskyddsåtgärder, både personriktade och objektrinriktade, samordnas på ett optimalt sätt vid krissituationer. Arbetsmiljöverket framhåller även att det är nödvändigt att klarlägga ansvarsförhållanden mellan myndigheter om inte objektsinriktade åtgärder längre är med i smittskyddslagen. Flera instanser, bl.a. *Rikspolisstyrelsen* samt vissa kommuner och landsting, framhåller att ansvariga myndigheter måste ges möjlighet att vidta nödvändiga förberedelser i fråga om bl.a. samverkan och utbildning. *Statens folkhälsoinstitut* framhåller att informationsinsatser till allmänheten är en viktig komponent i smittskyddsarbetet i händelse av epidemier av extremt farliga sjukdomar och att ansvaret för dessa insatser bör tydliggöras. *Krisberedskapsmyndigheten* konstaterar att förslagen överensstämmer väl med de prioriteringar som görs i planeringsinriktningen för samhällets krisberedskap samt med den verksamhet som bedrivs inom samverkansområdet spridning av allvarliga smittämnen, giftiga kemikalier och radioaktiva ämnen. Statens folkhälsoinstitut anser att de av riksdagen antagna folkhälsopolitiska målen bör omnämnas eftersom en effektiv lagstiftning med syfte att begränsa förekomsten av smittämnen i befolkningen är en viktig folkhälsopolitisk åtgärd.

Ansvar för smittskyddsåtgärder

Varje landsting ansvarar enligt den nya smittskyddslagen (2004:168) för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Undantag gäller för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka kommunerna och vissa nationella myndigheter har ansvaret. Ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas omfattar ett mycket brett spektra av sjukdomar; allt från mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet till mera ordinära sjukdomar. Följaktligen omfattar landstingets ansvar för att vidta behövliga smittskyddsåtgärder redan i dag de situationer som enligt denna proposition skulle kunna föranleda extraordinära smittskyddsåtgärder. Om smittkoppor eller svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) i dag skulle få spridning i landet faller det inom landstingets ansvar att vidta de smittskyddsåtgärder som behövs för att i möjligaste mån förebygga och kontrollera ett sådant utbrott. Ansvaret för att vidta smittskyddsåtgärder behöver således inte förtydligas för att det skall vara tillämpligt vid de situationer som diskuteras i denna proposition.

I varje landsting skall det enligt den nya smittskyddslagen finnas en smittskyddsläkare. Smittskyddsläkaren skall ha det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Vidare skall smittskyddsläkaren planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. I smittskyddsläkarens uppgifter ingår vissa uppgifter av allmän karaktär och av myndighetskaraktär. I de allmänna uppgifterna ingår bl.a. att se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar. Smittskyddsläkaren skall vidare stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder. Härutöver skall smittskyddsläkaren se till att förebyggande åtgärder vidtas. Ett exempel på förebyggande åtgärder är arbetet kring vaccinationer. Till förebyggande åtgärder hör också upprättandet av epidemiplaner. Till de uppgifter av myndighetskaraktär som ligger på smittskyddsläkaren hör bl.a. att pröva och ändra meddelade förhållningsregler och besluta om vissa tvångsåtgärder.

Det är uppenbart att de uppgifter som främst skulle kunna bli aktuella i de situationer som diskuteras i denna proposition ingår i smittskyddsläkarens nuvarande ansvarsområden. Av särskild betydelse i detta sammanhang är smittskyddsläkarens samlade ansvar för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar samt uppgift att planera, organisera och leda smittskyddet. Vidare är arbetet med att upprätta pandemiplaner och planer för andra utbrott av allvarliga sjukdomar som kräver en särskild beredskap av stor vikt i detta sammanhang.

I den nya smittskyddslagen har en uttrycklig möjlighet för smittskyddsläkaren att uppdra åt erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter förts in. Denna möjlighet till delegation bör som framhållits i avsnitt 9.1 och 9.2 vara tillämplig även i fråga om extraordinära smittskyddsåtgärder.

Även läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal åläggs enligt den nya smittskyddslagen en rad skyldigheter inom smittskyddet, bl.a. att genomföra hälsoundersökningar och smittspårning samt att meddela förhållningsregler. Liksom för övriga bestämmelser enligt smittskyddslagen bör dessa skyldigheter även vara tillämpliga för extraordinära smittskyddsåtgärder.

Vid remissbehandlingen har *Statens folkhälsoinstitut* framhållit att informationsinsatser till allmänheten är en viktig komponent i smittskyddsarbetet i händelse av epidemier av extremt farliga sjukdomar och att ansvaret för dessa insatser bör tydliggöras. I propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30) föreslog regeringen att ansvaret för att förebyggande åtgärder vidtas skall anges i den nya smittskyddslagen. I propositionen föreslås att en uttrycklig bestämmelse om att landstinget och under landstinget smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smitta skall införas (2 kap. 3 §). På motsvarande sätt framgår det att smittskyddsläkaren skall se till att förebyggande åtgärder vidtas (6 kap. 2 §) samt att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov skall upplysa patienterna om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar (2 kap. 3 §). På det nationella planet har Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen och andra berörda nationella myndigheter viktiga roller i fråga om att informera allmänheten i händelse av epidemier av extremt farliga sjukdomar. Regeringen bedömer att ansvaret för att informera allmänheten inte behöver förtydligas ytterligare.

Enligt karantänslagen (1989:290) ansvarar berörda landsting och kommuner för att det vid karantänshamnar och karantänsflygplatser finns tillgång till den personal och den utrustning som behövs för kontroll av trafiken så att karantänssjukdomar inte förs in i landet eller sprids till utlandet (5 §). Av karantänslagen framgår även att smittskyddsläkaren har till uppgift att samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser (6 §) samt att svara för smittskyddsåtgärder som inte riktar sig mot laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur (3 §).

Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det inte är nödvändigt att förtydliga det ansvar som landsting, smittskyddsläkare, behandlande läkare och hälso- och sjukvårdspersonal i dag har enligt den nya smittskyddslagen eller karantänslagen för att det skall vara fullt tillämpligt i situationer som kan föranleda extraordinära smittskyddsåtgärder.

Samordning och samverkan

Smittskyddsverksamheten omfattar ett stort antal olika huvudmän på central, regional och lokal nivå. Eftersom ansvaret för det samlade smittskyddet i samhället är uppdelat på många aktörer och huvudmän och att dessa i förhållande till varandra har ett självständigt ansvar krävs väl utvecklad samverkan och samarbete mellan dessa. Detta är naturligtvis särskilt angeläget beträffande sjukdomar som kan få sådan spridning i samhället att de kan medföra allvarliga störningar eller överhängande risk för allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner. Vid remissbehandlingen har flera instanser framhållit behovet av samordning och

samverkan på nationell och lokal nivå och då särskilt behovet av samordning mellan det personinriktade och objektinriktade smittskyddet. *Statens veterinärmedicinska anstalt* konstaterar exempelvis att det bör klarläggas vilken instans som har det övergripande ansvaret för att olika myndigheters smittskyddsåtgärder, både personinriktade och objektinriktade, samordnas på ett optimalt sätt vid krissituationer.

I propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30) uppmärksammas behovet av samordning mellan olika landsting och kommuner samt mellan det personinriktade och det objektinriktade smittskyddet. Med tanke på behovet av en effektiv samordning och samverkan mellan olika huvudmän föreslog regeringen att särskilda bestämmelser om samverkan och samarbete skall föras in i den nya smittskyddslagen. Enligt 1 kap. 10 § den nya smittskyddslagen skall myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Vidare konstateras i propositionen att det i smittskyddsläkarens ansvar för det regionala smittskyddet bl.a. ligger en skyldighet att verka för samordning av smittskyddsåtgärderna oberoende av om dessa är personinriktade eller objektinriktade. Det är härvid av stor vikt att han eller hon samverkar med andra aktörer inom smittskyddet, t.ex. andra smittskyddsläkare och ansvariga kommunala nämnder. Ofta behövs också samverkan och samarbete med myndigheter som ansvarar för åtgärder mot smittsamma sjukdomar som rör djur. I propositionen återfinns vidare förslag på att ytterligare stärka den skyldigheten för smittskyddsläkaren, andra berörda myndigheter och kommunen att informera och samråda med varandra genom att införa en särskild bestämmelse i den nya smittskyddslagen (6 kap. 7 §). På motsvarande sätt föreslog regeringen att en liknande skyldighet för andra myndigheter och kommuner skall föras in i de lagar och förordningar där en sådan skyldighet inte redan finns.

För att förbättra förutsättningarna för en nationell samordning föreslog regeringen i propositionen att Socialstyrelsen skall ha det övergripande nationella ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar (1 kap. 7 §). Genom att ansvaret regleras i lagen ges Socialstyrelsen ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att Socialstyrelsen skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. I detta ligger även att styrelsen skall initiera utvecklings- och planeringsinsatser i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän.

Även Smittskyddsinstitutet har en central roll i det nationella smittskyddsarbetet i egenskap av nationellt expertorgan. Enligt 1 kap. 7 § den nya smittskyddslagen skall institutet som expertmyndighet på smittskyddsområdet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt. Ett viktigt led i detta arbete bör vara att stödja landsting och kommuner vid större eller ovanliga smittutbrott och att bistå Socialstyrelsen med kunskapsunderlag av betydelse för samordningen av smittskyddet i landet.

I propositionen konstaterade regeringen vidare att det kan ifrågasättas om statens möjligheter till nationell samordning och styrning i nuläget är tillräckliga, särskilt med hänsyn till att en hotande allvarlig epidemi kan tänkas uppkomma som kräver snabba samordnade åtgärder. Mot denna bakgrund föreslog regeringen att rätten för regeringen att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet vid krig eller krigsfara skall utvidgas till att även gälla vid kriser i fredstid. Härigenom kan regeringen besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Regeringen bedömer att dessa bestämmelser om samordning och samverkan för de myndigheter som har ansvar för att personinriktade och objektinriktade smittskyddsåtgärder är fullt tillräckliga även med tanke på de situationer som berörs i denna proposition.

Planering, utbildning och övning

Mot bakgrund av att utbrott av smittkoppor och SARS är händelser med låg sannolikhet finns det av naturliga skäl en begränsad erfarenhet av att genomföra sådana insatser. Vid remissbehandlingen har flera instanser, bl.a. *Rikspolisstyrelsen* och flera kommuner och landsting, framhållit att ansvariga myndigheter måste ges möjlighet att vidta nödvändiga förberedelser i fråga om bl.a. samverkan och utbildning. De åtgärder som föreslås i propositionen är i stor utsträckning en förutsättning för att det i Sverige skall kunna gå att på ett effektivt sätt kontrollera ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom. Utan en fungerande planering på såväl nationell som regional och lokal nivå finns det en betydande risk för att ett allvarligt smittutbrott inte kommer att kunna hanteras på ett samordnat och effektivt sätt. Dessutom ställs krav på att bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal, polis, räddningstjänst och socialtjänst har tillräcklig kunskap samt har givits möjlighet att gemensamt öva sådana insatser. I det ansvar för att vidta åtgärder vid utbrott av allvarlig smitta som vilar på respektive huvudmän ligger självfallet även ett ansvar för att se till att det finns en planering för en sådan händelse och att berörd personal har fått den utbildning som behövs, getts möjlighet till övning samt har tillgång till den utrustning som behövs. Kostnaderna för sådana förberedelser bärs av respektive huvudman.

I händelse av utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar som har en spridningsbenägenhet som medför att de kan leda till allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner finns det enligt regeringens bedömning ett särskilt behov av att det finns en planering på nationell nivå. I fråga om smittkoppor har Socialstyrelsen redan tagit initiativ till att i samarbete med berörda myndigheter och smittskyddsläkarna utarbeta en nationell plan. Emellertid saknas i nuläget nationella planer för andra allvarliga smittutbrott, t.ex. en influensapandemi. Ett ansvar för att en sådan planering kommer till stånd ligger redan i Socialstyrelsens ansvar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå. Regeringen anser emellertid att det är ytterst angeläget att en sådan nationell planering kommer till stånd. Följaktligen avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med berörda nationella myndigheter och smittskyddsläkarna säkerställa att det finns nödvändig nationell planering för att kunna förebygga och kontrollera epidemier som kan få allvarliga

samhällskonsekvenser. Denna planering bör naturligtvis inriktas på sådana utbrott där extraordinära smittskyddsåtgärder kan behöva vidtas. Planeringen bör emellertid även avse andra utbrott som kan få allvarliga samhällskonsekvenser men för vilka extraordinära smittskyddsåtgärder inte är fullt lika verkningsfulla, t.ex. influensapandemier.

På motsvarande sätt ligger det i smittskyddsläkarens samlade ansvar för smittskyddet inom landstingsområdet att se till att det finns en planering på regional nivå för denna typ av händelser samt att verka för att nödvändig utbildning och övning kommer till stånd.

Samhällets krisberedskap och extraordinära händelser i kommuner och landsting i fred

I propositionen Samhällets säkerhet och beredskap (prop. 2001/02:158) redovisade regeringen ett nytt planeringssystem för beredskap vid svåra påfrestningar på samhället i fred samt vid höjd beredskap. Vidare lämnas en redogörelse för hur strukturen för krishantering skall förstärkas. I propositionen preciseras ansvarsförhållanden gällande krishantering, planering och vidtagande av åtgärder för att möta svåra påfrestningar på samhället i fred och inför höjd beredskap. Vidare beskriver regeringen ett förändrat finansieringssystem för svåra påfrestningar på samhället i fred och vid höjd beredskap. Investeringar inom det civila försvaret bör enligt propositionen finansieras över utgiftsområde 6 Försvaret samt beredskap mot sårbarhet. Åtgärder för att motstå svåra påfrestningar på samhället i fred bör i huvudsak finansieras över andra utgiftsområden.

Ofta innebär åtgärder för att förbättra förmågan vid höjd beredskap samtidigt en förbättring vid en svår påfrestning på samhället i fred. Så är t.ex. fallet vid smittämnen som kan spridas naturligt men som också skulle kunna komma till användning som ett biologiskt stridsmedel. I propositionen framhåller regeringen att utgiftsområde 6 Försvaret samt beredskap mot sårbarhet bör finansiera bl.a. investeringar avseende svåra påfrestningar på samhället i fred som samtidigt i hög grad stärker förmågan vid höjd beredskap samt övnings- och utbildningsverksamhet som syftar till att ge samhället tillräcklig krishanteringsförmåga på lokal, regional och nationell nivå för såväl på svåra påfrestningar på samhället i fred som höjd beredskap. Riksdagen beslutade i maj 2002 att anta regeringens förslag (bet. 2001/02:Fö10, rskr. 2001/02:261).

Huruvida vissa av de investeringar och utbildnings- och övningsinsatser som kan föranledas av denna proposition faller inom de finansieringsmöjligheter som beskrivits ovan beror på om de överensstämmer med ovan angivna kriterier och i vad mån det finns utrymme för att finansiera dem inom denna ram. Detta får bedömas av Krisberedskapsmyndigheten inom ramen för den sedvanliga planeringsprocessen inom detta område. I sammanhanget kan nämnas att chefen för Försvarsdepartementet den 14 november 2003 beslutade att det inom Försvarsdepartementet skulle tillsättas en arbetsgrupp med uppgift att inför 2004 års försvarsbeslutsproposition och den särskilda propositionen om sårbarhets- och krishanteringsfrågor år 2005 utarbeta ett underlag om hanteringen av vissa finansiella frågor inom beredskapen mot svåra påfrestningar på samhället i fred och det civila försvaret.

I propositionen Extraordinära händelser i kommuner och landsting (prop. 2001/02:184) föreslog regeringen bl.a. en ny lag om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting. Med extraordinär händelse avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig samhällsstörning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser i en kommun eller ett landsting. I propositionen föreslogs att det i kommuner och landsting skall finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser. Denna nämnd ges rätt att överta verksamhetsområden från andra nämnder. Kommuner och landsting föreslås vidare bli skyldiga att en gång per mandatperiod anta en plan för hur extraordinära händelser skall hanteras. I propositionen lämnades även förslag som ger kommuner och landsting vidgade möjligheter att biträda varandra vid en extraordinär händelse. Riksdagen beslutade i november 2002 att anta regeringens förslag (bet. 2002/03:KU11, rskr. 2002/03:10). Lagen (2002:833) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting trädde i kraft den 1 januari 2003.

Uppföljning av de nationella folkhälsomålen och insatser inom smittskyddet

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) presenterade regeringen grunderna för mål och uppföljning av den samlade folkhälspolitik. I propositionen föreslog regeringen att det övergripande nationella folkhälsomålet skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. I syfte att följa upp insatserna inom folkhälspolitik presenterades elva målområden för den samlade folkhälspolitik. I propositionen framhölls att insatser för att förebygga smittspridning är en viktig del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Gott skydd mot spridning skall därför utgöra ett särskilt målområde inom folkhälspolitik. Liksom *Statens folkhälsoinstitut* framhållit vid remissbehandlingen bedömer regeringen att en effektiv lagstiftning med syfte att begränsa förekomsten av smittämnen i befolkningen är en viktig folkhälspolitisk åtgärd. Det är därför angeläget att insatserna inom detta område integreras i den samlade uppföljningen av det nationella folkhälsomålet.

I propositionen Mål för folkhälsan konstaterar regeringen att uppföljningen och utvärderingen av insatserna för en bättre folkhälsa bör bedrivas inom ramen för den befintliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Statens folkhälsoinstitut skall ha till uppgift att stödja och samordna arbetet. Samtidigt konstaterar regeringen i propositionen Ny smittskyddslag m.m. att den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet syftar till att ge en övergripande bild av utvecklingen på folkhälsoområdet. Den uppföljningen har därför inte förutsättningar att i egentlig mening ge något samlad underlag för beslut om smittskyddsverksamheten. Det är enligt regeringens bedömning angeläget att vid sidan av den mer övergripande uppföljningen av den samlade folkhälspolitik få till stånd en fördjupad uppföljning av smittskyddsverksamheten i syfte att åstadkomma ett samlat underlag för beslut om lagstiftning och verksamhet inom smittskyddsområdet. I Socialstyrelsens ansvar

för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att därför att styrelsen i samråd med berörda myndigheter, kommuner och landstingen har ett ansvar att initiera ett utvecklingsarbete i syfte att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering av landets smittskydd.

14 Ekonomiska konsekvenser

Regeringens förslag innebär bl.a. att det blir möjligt att vidta vissa smittskyddsåtgärder som inte kan komma i fråga i dag. Om det finns risk för spridning av smittkoppor eller svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) kan smittskyddsläkaren sålunda besluta att viss hälsokontroll skall genomföras. Vidare ges Socialstyrelsen möjlighet att besluta om personer som anländer till Sverige från ett geografiskt område där det förekommer smitta av samhällsfarlig sjukdom samt personer som anländer till Sverige med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroller på platsen för inresan. Smittskyddsläkaren kan också under närmare angivna förutsättningar besluta att personer som kan antas ha varit utsatta för smitta av någon av dessa sjukdomar skall hållas i karantän. En annan nyhet är att Socialstyrelsen skall kunna avspärra vissa områden av smittskyddsskäl. Förslaget innehåller också bestämmelser om rätt att överklaga och om rätt till ersättning i form av smittbärrarpenning för personer som hållits i karantän.

Det är i regel svårt att göra samhällsekonomiska beräkningar på smittskyddsområdet. De beräkningar som tidigare gjorts i olika sammanhang avseende kostnader för att förebygga smittsamma sjukdomar och kostnader för dem som blivit smittade, t.ex. kostnader för vård och behandling, sjukskrivning och produktionsbortfall, anses mycket osäkra (se exempelvis betänkandet (SOU 1999:51) Smittskydd, samhälle och individ, Del A s. 295 ff). När det gäller att beräkna ekonomiska konsekvenser av de regler om extraordinära smittskyddsåtgärder som regeringen föreslår tillkommer den svårigheten att det är osäkert om den situation som förutsätts för reglernas tillämpning kommer att uppstå. Regeringen anser alltså att det är förenat med stora svårigheter att presentera någon egentlig kostnadsberäkning. Regeringen vill emellertid här något beröra vilka kostnader som kan antas uppstå.

Vad beträffar den beredskap som krävs för att föreslagna smittskyddsåtgärder vid behov skall kunna tillgripas torde den knappast föranleda några nya kostnader. Den epidemiberedskap som landstingen redan enligt gällande ordning skall ha torde i huvudsak täcka de krav som den nya ordningen ställer.

Inte heller torde genomförandet av enstaka hälsokontroller kunna leda till annat än försumbara kostnadsökningar. Detta arbete bör kunna skötas med hjälp av personal som också under normala förhållanden deltar i smittskyddsarbetet. Några kostnader för de lokaler som kan komma att behövas kan knappast antas uppstå. Sådana lokaler torde i regel finnas tillgängliga på de flygplatser eller de hamnar där åtgärden i första hand kan aktualiseras. Om situationen däremot blir sådan att många hälsokontroller måste utföras under en längre tid kan särskilda personalkost-

nader troligen uppstå. Såväl omfördelning som förstärkning av personalen kan då komma att behövas. Om det inte blir fråga om en mycket lång tid bör emellertid kostnadsökningen kunna bli begränsad.

Vad beträffar kostnader som kan antas uppstå med anledning av ett beslut om karantän är det i första hand kostnader för lokaler, personal och måltider som kan komma i fråga. Alla dessa poster är svåra att beräkna. När det gäller karantänlokaler har såväl utredningen som regeringen förordat i första hand användning av mindre hotell, pensionat eller kursgårdar. Beträffande den möjligheten kan anmärkas att kostnaden kan bli beroende av i vilken utsträckning hotell- eller kursverksamhet kan bedrivas i den akuta situationen och vilken ersättning som landstinget och näringsidkaren kommer överens om. Det kan tilläggas att kostnaderna också kan påverkas av om det blir möjligt att utan kostnad ta i anspråk militära förläggningar. Efter ett beslut om karantän aktualiseras också kostnader för den ersättning som enligt regeringens förslag skall utgå till den som på grund av karantänbeslutet måste avstå från förvärvsarbete. Osäkerhetsfaktorerna är givetvis många även vid en beräkning av dessa kostnader. Givetvis kan också samhället drabbas av ett produktionsbortfall på grund av att en del av dem som hålls i karantän genom frihetsberövandet hindras att utföra förvärvsarbete som de annars skulle ha utfört.

Beslut om avspärrning kan föranleda ett antal olika kostnader som blir i hög grad beroende av det avspärrade områdets storlek och beskaffenhet i övrigt. Sålunda finns det till att börja med anledning att räkna med kostnader för att åstadkomma fysiska hinder för trafik till och från området och för polisbevakning. Det kan också uppstå kostnader för olika specialarrangemang för att tillgodose skilda slag av service till dem som vistas inom området, t.ex. livsmedelsleveranser. Liksom när det gäller beslut om karantän kan vidare en samhällskostnad i form av produktionsbortfall uppstå på grund av att en del av dem som får sin rörelsefrihet begränsad inte kan utföra något förvärvsarbete.

Regeringens förslag innebär bl.a. att polismyndigheten skall lämna biträde vid verkställighet, förutom vid beslut om avspärrning, även vid beslut om hälsokontroll och karantän. När det gäller dessa beslut får emellertid kostnaderna antas bli försumbara. Detsamma torde gälla regeringens förslag till överklagandebestämmelser. Antalet överklaganden kan inte antas bli så stort att domstolarnas arbetsbelastning påverkas i någon nämnvärd grad.

Vidare innebär regeringens förslag att Socialstyrelsen ges i uppgift att se till att det finns en nationell planering för situationer då extraordinära smittskyddsåtgärder kan behöva vidtas samt att styrelsen skall fatta beslut om avspärrning av geografiska områden samt i vissa fall om att hälsokontroll skall genomföras vid platsen vid inresan. Dessa förslag är emellertid nära sammankopplade med det ansvar för nationell samordning av smittskyddet i landet som styrelsen ges enligt den nya smittskyddslagen och kan därför inte antas leda till några betydande kostnader.

Regeringen har också föreslagit ändringar i smittskyddslagen av innebörd att denna lag skall bli tillämplig på smittkoppor och dessutom en ändring i karantänslagen som innebär att de samhällsfarliga sjukdomarna

skall anses som karantänssjukdomar. Dessa förslag kan inte antas leda till några nämnvärda kostnader som inte redan berörts.

Det är tydligt att en tillämpning av de föreslagna bestämmelserna i ett krisläge skulle kunna leda till en betydande ökning av kostnaderna för smittskyddet. Mot en tänkbar kostnadsökning skall emellertid ställas de kostnader för samhället som skulle kunna uppstå vid en epidemisk spridning av någon av de aktuella sjukdomarna. Det finns en uppenbar risk att dessa kostnader skulle kunna bli mycket stora.

Sammantaget gör regeringen bedömningen att förslagen ryms inom nuvarande finansiella ramar för smittskyddsarbetet för såväl stat som kommun och landsting.

15 Författningskommentarer

15.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

1 kap.

3 §

Förslaget har behandlats i avsnitt 8. Ett nytt *tredje stycke* införs i paragrafen. I detta ges en definition av begreppet samhällsfarliga sjukdomar. Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

Allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner kan uppkomma vid utbredd spridning av en samhällsfarlig sjukdom genom att merparten av sjukhusens vårdplatser behöver erbjudas personer som insjuknat i denna sjukdom. Hela sjukvårdssystemet utsätts härigenom för en stor påfrestning vilket får till följd att personer som insjuknar i andra allvarliga sjukdomar eller som skadas i trafiken riskerar att bli utan vårdplats. Eftersom smittgraden för de samhällsfarliga sjukdomarna är hög, kan även andra viktiga samhällsfunktioner störas på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.

De samhällsfarliga sjukdomarna skall kräva extraordinära smittskyddsåtgärder. Det innebär att smittsamma sjukdomar som i det enskilda fallet har hög dödlighet eller andra allvarliga konsekvenser men som har en begränsad spridningsförmåga inte bör kunna komma att definieras som samhällsfarliga. Inte heller bör smittsamma sjukdomar som effektivt kan förebyggas genom andra smittskyddsåtgärder omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder.

Vidare görs ett tillägg i det *femte stycket*. I detta införs en upplysning om att de samhällsfarliga sjukdomarna anges i *bilaga 2*. De sjukdomar som anges i bilagan är smittkoppor och SARS. För att lagen skall kunna tillämpas på någon annan allmänfarlig sjukdom krävs i princip att bilaga 2 ändras genom lag. I 9 kap. 2 § stadgas emellertid att för det fall riksdagens beslut inte kan avvaktas får regeringen föreskriva att lagens bestämmelser skall tillämpas även på annan allmänfarlig sjukdom eller på

sjukdom som anges i föreskrift som regeringen meddelat med stöd av bestämmelsen.

Till skydd mot de samhällsfarliga sjukdomarna får smittskyddsläkaren eller Socialstyrelsen vidta extraordinära smittskyddsåtgärder, såsom hälsokontroll, karantän och avspärrning, se 3 kap. 8–10 §§.

2 kap.

5 §

Bakgrunden till tillägget i paragrafen framgår av avsnitt 8. Den anmälningsskyldighet som föreskrivs i vissa fall även för andra sjukdomar än anmälningsskyldiga sjukdomar överensstämmer med vad som gäller enligt nu gällande smittskyddslag (1988:1472).

3 kap.

8 §

Enligt denna paragraf får smittskyddsläkaren eller Socialstyrelsen besluta att den som anländer till Sverige från utlandet skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Förutsättningen är att det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Förslaget har behandlats i avsnitt 9.1. Att bestämmelsen är tillämplig på personer som anländer till Sverige innebär att även personer som passerar gränsen till Sverige till fots omfattas då övriga förutsättningar är uppfyllda. Det bör understrykas att möjligheten att besluta om hälsokontroll inte är avsedd att användas i något större antal fall. Även en begränsad hälsokontroll kan visa sig både tids- och resurskrävande. Beslut att utföra hälsokontroll bör därför meddelas bara när det finns särskild anledning att räkna med att det bland de inresande finns någon som bär på en samhällsfarlig sjukdom. Såsom anförts i den allmänna motiveringen skall hälsokontrollen i första hand bestå av att läkare eller annan sjukvårdspersonal intervjuar passagerarna och i samband härmed gör iakttagelser. På *Lagrådets* inrådan har i bestämmelsens tredje stycke fastslagits att en hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Om den som utför hälsokontrollen anser att en mer ingripande undersökning bör genomföras och detta inte kan genomföras på frivillig väg, kan smittskyddsläkaren, om förutsättningarna i 3 kap. 9 §, 5 kap. 3 § eller 3 kap. 2 § är uppfyllda, besluta om karantän eller tillfällig isolering eller hos länsrätten ansöka om tvångsundersökning.

Ett beslut om hälsokontroll får omfatta såväl den som misstänks ha smittats av en samhällsfarlig sjukdom som andra personer som anländer med samma transportmedel som denne. Smittskyddsläkaren har befogenhet att fatta beslut då iakttagelser gjorts eller upplysningar erhållits i ett konkret fall. Enligt karantänslagen (1989:290) har befälhavare på fartyg och luftfartyg skyldighet att rapportera till Tullverket om befälhavaren har anledning att anta att smitta av en karantänssjukdom kan finnas ombord, om fartyget kommer från en hamn i ett område som har förklarats smittat av en karantänssjukdom och ankomsten sker inom inkubationstiden samt om det ombord på fartyget finns en person som har vistats inom ett smittförklarat område under sådan tid att inkubationstiden för sjukdomen inte har gått ut vid fartygets ankomst till svensk hamn (se 9 och 12 §§ karantänslagen). Tullverket skall därefter omedel-

bart underrätta smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren kan även på frivillig basis få information om misstänkt fall av en samhällsfarlig sjukdom från ledningen på andra transportmedel såsom t.ex. tåg och bussar. Denna information bör ligga till grund för smittskyddsläkarens beslut.

Enligt 1 kap 10 § skall myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Det är landstingen som enligt huvudregeln har det yttersta ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom varje landstingsområde, se 1 kap. 8 §.

Av bestämmelsens *andra stycke* framgår att om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Socialstyrelsen besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Enligt *fjärde stycket* skall smittskyddsläkaren verkställa Socialstyrelsens beslut om hälsokontroll. Stadgandet innebär inte att smittskyddsläkaren personligen behöver genomföra hälsokontrollen. Snarare förutsätts det att smittskyddsläkaren, eventuellt med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter, ansvarar för att berörd sjukvårdshuvudman har beredskap att vid behov anvisa läkare och annan sjukvårdspersonal som kan genomföra hälsokontrollen. Smittskyddsläkaren ansvarar dessutom för att hälsokontrollen och andra åtgärder i anslutning till denna i praktiken också kommer till stånd i enlighet med Socialstyrelsens beslut.

9 §

Motiven till bestämmelserna finns i avsnitt 9.2. I paragrafen finns grundläggande bestämmelser om karantän. I första meningen i första stycket föreskrivs att om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad, en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. I andra meningen klargörs att beslutet innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt att där ta emot besök. Som framgår av den allmänna motiveringen är det avsett att paragrafen skall möjliggöra isolering av personer som inte är sjuka men kan antas ha varit utsatta för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Den är däremot inte avsedd för fall då någon företer sjukdomssymptom som ger anledning till misstanke om att han smittats. I sådana fall kan i stället bestämmelsen om tillfällig isolering i 5 kap. 3 § bli tillämplig. Ett särskilt fall som kan uppkomma är att någon sätts i karantän med stöd av förevarande paragraf. Efter någon eller några dagar visar det sig dock att han insjuknat i en samhällsfarlig sjukdom. Han bör då inte längre hållas i karantän utan omgående isoleras på sjukhus. För det fall den insjuknade personen inte frivilligt låter sig isoleras, får isoleringen ske med stöd av bestämmelserna i 5 kap.

I den allmänna motiveringen har framhållits att karantänsvistelsen normalt bör kunna äga rum i andra lokaler än vårdinrättningar. I fall då flera personer sätts i karantän samtidigt bör man i görligaste mån undvika att anvisa dem att vistas tillsammans. Isoleras de var för sig kan smittorisken helt elimineras för det fall att någon av dem skulle insjukna under karantänsvistelsen. *Lagrådet* har anfört att med beaktande av att karantän

avses som en åtgärd för att förebygga eller begränsa sjukdomar med mycket stor spridningsrisk kan ifrågasättas om inte ett karantänsbeslut ibland skulle behöva bestämmas att avse endast ett mindre utrymme, t.ex. ett rum eller annan avgränsad del av en byggnad. För att klargöra att en person kan hållas i karantän i en avgränsad del av en byggnad, bör en komplettering av lagtexten övervägas. Regeringen delar Lagrådets synpunkter i frågan. I lagtexten har därför gjorts ett tillägg med innebörd att en person kan hållas i karantän i en avgränsad del av en byggnad.

Regeringen föreslår inte någon särskild bestämmelse för det fall att den som enligt beslutet om karantän skall vistas i den egna bostaden inte respekterar beslutet eller underlåter att på begäran av smittskyddsläkaren lämna erforderlig information om sitt hälsotillstånd. Smittskyddsläkaren kan då istället meddela ett nytt beslut om karantän där vederbörande åläggs att vistas i en för karantänsvistelsen lämpligare byggnad.

Med begreppet besök i bestämmelsen avses besök av privat karaktär. Besök i tjänsten av personal från hälso- och sjukvården, hemtjänsten m.m. omfattas inte. Naturligtvis är det av största vikt att arbetstagare inom vården och socialtjänsten följer de riktlinjer som finns för de aktuella sjukdomarna så att de inte riskerar att smittas. Misstänkt smittade personer med ett stort vårdbehov bör hållas i karantän på en vårdinrättning, där möjligheterna generellt är bättre att förhindra att personal smittas.

I bestämmelsens *andra stycke* ges möjlighet att göra undantag från besöksförbudet. En förutsättning för att smittskyddsläkaren skall kunna medge undantag är att besökaren inte riskerar att smittas av den aktuella sjukdomen och att det inte heller finns risk att besökaren sprider sjukdomen vidare. I dag är det t.ex. möjligt att vaccinera sig mot smittkoppor. Det kan därför finnas skäl att bevilja en smittkoppsvaccinerad person att besöka en svårt sjuk nära anhörig som kan antas ha varit utsatt för smitta av smittkoppor. Smittskyddsläkaren skall i samband med beslutet informera besökaren om hur denne skall agera för att inte sprida smitta vidare.

10 §

I paragrafen regleras möjligheten att besluta om avspärning av områden där en samhällsfarlig sjukdom förekommer eller misstänks förekomma. Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. I fråga om de allmänna överväganden som ligger till grund för bestämmelserna hänvisas till avsnitt 9.3.

Enligt andra meningen i *första stycket* innebär ett beslut om avspärning förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

I *andra stycket* föreskrivs att Socialstyrelsen får medge undantag från beslutet om avspärning om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen. Bestämmelsen om möjlighet till undantag ger utrymme för att Socialstyrelsen redan i beslutet om avspärning medger de undantag som då kan förutses bli nödvändiga. Dessa undantag kan avse främst personer som ombesörjer särskilt viktig service för dem som vistas i området, t.ex. sjukvårdspersonal och personer som sköter livsmedelsförsörjningen eller

renhållningen. Bestämmelserna möjliggör också undantag på andra grunder, t.ex. när starka personliga skäl kan åberopas. Ett beslut om avspärrning utgör naturligtvis inte hinder för samhällets räddningstjänst, sjuktransporter, polisstyrkor och liknande utryckningsstyrkor att utföra akuta insatser inom det avspärrade området när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse.

11 §

Enligt *första stycket* är beslutsmyndigheterna skyldiga att utan dröjsmål pröva vissa framställningar. Detta gäller när någon som skall hållas i karantän begär att beslutet inte längre skall gälla, när någon ansöker om undantag från förbudet att besöka den som hålls i karantän eller när någon ansöker om undantag från beslut om avspärrning.

I regel bör beslut meddelas senast dagen efter det framställningen nått myndigheten. I paragrafens andra stycke föreskrivs att beslutsmyndigheten omedelbart skall häva beslut om karantän eller avspärrning om det inte längre finns skäl för beslutet. Här är det tydligt att beslutet i regel måste meddelas samma dag som det kan konstateras att skälen för beslutet upphört att gälla.

8 kap.

1 §

Paragrafen reglerar rätten att överklaga de beslut som enligt smittskyddslagen fattats av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Socialstyrelsen. I bestämmelsens *första stycke* införs tre nya punkter (punkterna 6–8). Vidare införs ett nytt *tredje stycke*. Slutligen görs en viss följdändring i *sista stycket*.

I punkterna 6-8 föreskrivs att smittskyddsläkarens beslut enligt lagen får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller karantän, upphörande av karantän eller avslag på ansökan om undantag från förbudet att besöka den som hålls i karantän. Det är den som vill besöka någon som hålls i karantän som har talerätt i frågan.

Som framhålls i avsnitt 9.3 är det inte avsett att beslut om avspärrning skall kunna överklagas. Emellertid framgår av 3 kap. 10 § att Socialstyrelsen på ansökan av någon som berörs av ett sådant beslut skall kunna medge undantag från beslutet.

I bestämmelsen nämns inte beslut om hälsokontroll. Sådana beslut kan alltså inte överklagas. Hänvisningen till allmän förvaltningsdomstol innebär enligt 14 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar att överklagandet skall ske hos länsrätten.

2 §

Bestämmelsen behandlar vilka mål som kräver prövningstillstånd i kammarrätten. En redaktionell ändring görs av paragrafen för att öka läsbarheten. De måltyper som inte kräver prövningstillstånd i kammarrätten anges nu i punktform. Vidare görs ett tillägg i bestämmelsen genom tre punkter med innebörd att det inte heller krävs prövningstillstånd i kammarrätten för mål som avser beslut om karantän, upphörande av karantän eller undantag från beslut om avspärrning. Det krävs däremot prövningstillstånd i mål som avser undantag från besöksförbudet enligt 3 kap. 9 § andra stycket.

5 §

I paragrafen finns bestämmelser som rör förfarandet vid domstol. En redaktionell ändring görs i bestämmelsens *första stycke*. De måltyper för vilka länsrätten skall ta upp en ansökan eller ett överklagande till avgörande inom en vecka anges genom ändringen i punktform. Vidare görs ett tillägg med innebörd att länsrätten även skall ta upp mål om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in. Detta tillägg framgår av punkt 6.

Av *andra stycket* framgår möjligheten för länsrätten att förlänga tidsfristen om det finns särskilda skäl. Denna möjlighet framgick tidigare av bestämmelsens första stycke.

Ett nytt *fjärde stycke* införs i paragrafen. Av detta framgår att länsrätten skall ta upp mål om karantän, upphörande av karantän eller undantag från beslut om avspärrning till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in. Att särskild skyndsamhet är påkallad vid länsrättens handläggning av berörda målgrupper beror i första hand på att de överklagade besluten rör viktiga begränsningar i grundlagsskyddade rättigheter. Härtill kommer att överklagandena rör åtgärder som har mycket kort varaktighet. En prövning först efter det att åtgärderna upphört skulle i regel inte vara meningsfull.

9 §

Bestämmelsen ändras redaktionellt så att de mål i vilka offentligt biträde skall förordnas anges i punktform. I paragrafen görs vidare ett tillägg med innebörd att även den som vill överklaga smittskyddsläkarens beslut om karantän eller upphörande av karantän skall ha rätt till offentligt biträde. Denna rätt gäller dock inte för den som vill överklaga ett beslut om begäran att få besöka en person som hålls i karantän. Även den som vill överklaga smittskyddsläkarens beslut att inte medge undantag från avspärrning har rätt till offentligt biträde.

12 §

I paragrafen föreskrivs att polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren vid verkställighet av beslut om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap 8 § eller karantän enligt 3 kap 9 § och på begäran av Socialstyrelsen vid verkställighet av beslut om avspärrning enligt 3 kap 10 §. I fråga om beslut om karantän kan biträdet i första hand bestå av hjälp med att föra den som skall hållas i karantän till den plats där karantänsvistelsen skall äga rum eller med att återföra honom dit om han avvikit. När det gäller hälsokontroll kan det någon gång bli fråga om att bistå sjukvårdspersonalen med att upprätthålla ordningen. Vid beslut om avspärrning kan det främst bli aktuellt med att avspärra områden, upprätthålla avspärrningar samt hålla vakt i anslutning till det avspärrade området och därvid förhindra att personer innanför avspärrningarna tar sig ut ur området och förhindra att personer utanför avspärrningarna tar sig in i det avspärrade området.

9 kap.**2 §**

I bestämmelsen görs vissa tillägg i *första* och *andra stycket*. För att lagen skall kunna tillämpas på någon annan allmänfarlig sjukdom krävs som huvudregel att bilaga 1 och/eller bilaga 2 ändras genom lag. Regeringen får dock genom denna bestämmelse ett bemyndigande att även meddela föreskrifter om att en allmänfarlig sjukdom som anges i *bilaga 1* nu också skall definieras som en samhällsfarlig sjukdom och därför tas upp i *bilaga 2*. Vidare får regeringen föreskriva att en sjukdom som tidigare inte har definierats som en allmänfarlig sjukdom skall tas upp i bilaga 1 alternativt i såväl bilaga 1 som bilaga 2.

Förutsättningen för att regeringen skall ha rätt att föreskriva att lagens bestämmelser skall tillämpas även på annan allmänfarlig sjukdom eller på sjukdom som anges i föreskrift som regeringen meddelat, är att riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas. Bestämmelserna om regeringens rätt att meddela föreskrifter är avsedda att tillämpas endast när smittriskerna är förhållandevis höga. En sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning.

Bilagorna till smittskyddslagen (2004:168)

Nuvarande bilaga benämns *bilaga 1*. Smittkoppor förs in som allmänfarlig sjukdom. Den nya *bilaga 2* innehåller de samhällsfarliga sjukdomarna, se avsnitt 8.

15.2 Förslaget till lag om ändring i karantänslagen (1989:290)

2 §

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.

Ändringen innebär att de samhällsfarliga sjukdomarna enligt smittskyddslagen (2004:168) förs in i uppräknningen av karantänssjukdomar.

14 §

I denna paragraf föreskrivs bl.a. att den som på grund av karantänssjukdom tvångsisolerats enligt smittskyddslagen inte får resa ut ur landet. Två punkter har lagts till i bestämmelsens första stycke med innebörd att samma regel skall gälla för den som skall hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § smittskyddslagen och för den som genom beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen har förbjudits att lämna avspärrat område.

15.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

1 §

I bestämmelsen regleras den enskildes rätt till ersättning av statliga medel då han eller hon tvingats avstå från förvärvsarbete på grund av

beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder. Förslaget har behandlats i avsnitt 11.

I paragrafens *första stycke* konstateras att lagen innehåller föreskrifter om ersättning av allmänna medel till smittbärare. I andra stycket definieras begreppet smittbärare. Det föreskrivs där att med en smittbärare förstås i lagen dels den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen, dels den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. En grundläggande förutsättning för att någon skall ha rätt till ersättning är sålunda att han eller hon skall anses vara smittbärare.

En ny tredje punkt införs i *andra stycket*. Härigenom utvidgas definitionen av begreppet smittbärare. Med smittbärare förstås i lagen även den som, utan att tillhöra någon av de kategorier som i dag anses som smittbärare, har eller kan antas ha varit utsatta för smitta av en samhällsfarlig sjukdom utan att vara sjuk i en sådan sjukdom. De sjukdomar som enligt utredningens förslag har omedelbar aktualitet är som framgått av tidigare avsnitt smittkoppor och SARS. Bestämmelsen har utformats enligt *Lagrådets* förslag.

3 §

Av 2 § i lagen framgår att ersättning utges i form av smittbärrpenning och resekostnadsersättning. Enligt 3 § har en smittbärare rätt till smittbärrpenning om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av antingen beslut enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag (punkt 1) eller vissa typer av läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan att beslut enligt punkt 1 har fattats (punkt 2).

Ett nytt *andra stycke* införs i paragrafen. Enligt detta undantas den som omfattas av beslut om hälsokontroll enligt 3 kap. 8 § smittskyddslagen eller beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen från rätten till smittbärrpenning.

8 §

I denna paragraf föreskrivs att smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren inte följer förhållningsregler som har getts med stöd av smittskyddslagen eller särskilda villkor i samband med beslut enligt livsmedelslagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Genom ett tillägg i bestämmelsen får smittbärrpenningen även sättas ned om smittbäraren överträder förbud om karantän enligt 3 kap 9 § smittskyddslagen. Vidare har paragrafen undergått en redaktionell förändring. Ett fall som kan föranleda tillämpning av paragrafen i karantänfallen är att den som beslutet avser håller sig undan så att verkställigheten inte kan påbörjas utan dröjsmål. Ett annat är att han genom att avlägsna sig från anvisad vistelseplats fördröjer eller förhindrar verkställigheten.

16 §

Enligt 12 § i denna lag gäller bl.a. som förutsättning för rätt till ersättning vid arbetslöshet att sökanden under en ramtid av tolv månader omedelbart före arbetslöshetens inträde haft förvärvsarbete i viss angiven omfattning. I 16 § finns en bestämmelse om vad som gäller när ramtid skall bestämmas enligt 12 §. Enligt punkt 6 i bestämmelsen gäller bl.a. att den tid då den sökande varit förhindrad att arbeta på grund av beslut enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen inte skall räknas.

Ett nytt *andra stycke* införs i paragrafen, varigenom den tid då en arbetssökande varit förhindrad att arbeta på grund av beslut om hälsoundersökning eller avspärrning enligt smittskyddslagen, dock inte undantas vid beräkningen av ramtiden.

Sammanfattning av betänkandet Extraordinärt smittskydd (SOU 2003:83)

Prop. 2003/04:158
Bilaga 1

I mars 1999 lade 1996 års Smittskyddskommitté fram betänkandet (SOU 1999:51) Smittskydd, samhälle och individ. Betänkandet innehåller bl.a. ett antal lagförslag på smittskyddsområdet. Efter ytterligare utredningsarbete beslöt regeringen i april innevarande år att begära Lagrådets yttrande över bl.a. ett förslag till ny smittskyddslag. Lagrådet avgav sitt yttrande i juni månad. Utlåtandet innebar bl.a. att Lagrådet inte hade några invändningar beträffande lagens uppläggning och systematik. Det kan antas att regeringen inom kort i en proposition föreslår riksdagen att med vissa jämkningar i fråga om detaljer anta det granskade förslaget och att de nya reglerna skall träda i kraft den 1 juli 2004.

I januari innevarande år beslöt regeringen att ytterligare komplettera utredningsarbetet genom att tillsätta en enmansutredning. I direktiven för utredningen hänvisades bl.a. till att infektionssjukdomar som blossar upp i en del av världen i dag har en mycket större spridningspotential än tidigare. Vidare betonades risken för terrorhandlingar i form av avsiktlig spridning av biologisk smitta. Det framhölls också att ett utbrott av en allvarlig smittsam sjukdom i Sverige eller i Sveriges omvärld kunde vara så allvarligt eller så omfattande att det inte kunde hanteras inom samhällets normala smittskydd. I en sådan extrem situation kunde samhället vara i behov av ett snabbt ingripande med extraordinära smittskyddsåtgärder.

Utredningen har i enlighet med sina direktiv koncentrerat sitt arbete på det personriktade smittskyddet, dvs. på smittskyddsåtgärder som syftar till att förhindra spridning av smitta från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. Det objektinriktade smittskyddet, dvs. det som rör åtgärder som riktar sig mot objekt eller djur, har inte ingått i utredningsuppdraget.

För att få underlag för utredningsarbetet har utredningen inhämtat upplysningar och synpunkter från myndigheter som har centrala uppgifter på smittskyddsområdet. Sålunda har vid sammanträden med företrädare för Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet (SMI) och Smittskyddsläkaren i Stockholm diskuterats bl.a. behovet av ökade möjligheter att vidta tvångsåtgärder mot enskilda. Vid kontakter med Riksförsäkringsverket och Kammarkollegiet har uppgifter erhållits bl.a. om tillämpningen i praxis av gällande regler om ersättning av allmänna medel till enskilda som drabbats av smittskyddsåtgärder. Livsmedelsverket, Arbetsmiljöverket, Krisberedskapsmyndigheten och Landstingsförbundet har lämnat upplysningar angående smittskyddsarbetet inom sina respektive områden.

De sjukdomar som stått i förgrunden under utredningsarbetet är smittkoppor och SARS. När det gäller smittkoppor har sjukdomen visserligen ansetts utrotad alltsedan 1970-talet. Det har emellertid framkommit farhågor att sjukdomen kan komma att spridas på nytt genom smittkoppsvirus som utvecklas till ett biologiskt stridsmedel. I fråga om både smittkoppor och SARS har utredningen gjort den bedömningen att dessa sjukdomar f.n. utgör de allvarligaste hoten såvitt gäller epidemisk spridning av extremt farliga sjukdomar.

Både enligt gällande smittskyddslag (1988:1472) och enligt den föreslagna nya smittskyddslagen har de myndigheter som ansvarar för smittskyddet möjlighet att i vissa situationer genomföra smittskyddsåtgärder mot den enskildes vilja. Vid ett antal särskilt svåra smittsamma sjukdomar kan sålunda myndigheterna på vissa villkor besluta om bl.a. tvångsundersökning och isolering av personer som kan antas vara smittade. I karantänslagen (1989:290) finns kompletterande bestämmelser som är avsedda att bl.a. ge skydd mot att vissa sjukdomar förs in i landet genom land-, luft- eller sjötrafik. I dag är smittskyddslagen tillämplig på SARS men inte på smittkoppor. Karantänslagen omfattar f.n. inte någon av dessa sjukdomar. Utredningen föreslår nu lagändringar som innebär att smittskyddslagen skall vara tillämplig även på smittkoppor och att karantänslagen skall omfatta både smittkoppor och SARS. Vidare föreslår utredningen vidgade möjligheter till tvångsingripanden när det gäller smittkoppor och SARS.

I dag och enligt den nya smittskyddslagen gäller som förutsättning för att en tvångsundersökning skall få genomföras att den enskilde har anledning att misstänka att han bär på någon av de allvarliga sjukdomar som anges särskilt i lagen. Utredningen föreslår nu för det fallet att det finns risk för spridning av smittkoppor eller SARS att smittskyddsläkaren skall få besluta att den som anländer till Sverige från utlandet skall genomgå en hälsokontroll på platsen för inresan. För ett sådant beslut krävs inte att var och en av dem som skall kontrolleras kan misstänkas vara sjuk. Det är avsett att hälsokontroller av detta slag skall kunna genomföras i första hand på flygplatser och i hamnar som har utrikes trafik. De skall vara av summarisk natur. I regel skall de begränsas till att sjukvårdspersonal samtalar med envar av passagerarna och under samtalen gör iakttagelser beträffande förekomsten av eventuella sjukdomssymptom. Om det vid en hälsokontroll påträffas någon som kan antas vara sjuk i någon av de nämnda sjukdomarna blir det möjligt att förebygga att smittan sprids. Detta kan ske bl.a. genom att vederbörande omgående tas om hand och isoleras antingen frivilligt eller enligt smittskyddslagens regler.

Enligt både gällande lag och den föreslagna nya smittskyddslagen finns det möjlighet att på sjukhus omhänderta den som kan antas ha blivit smittad av en av ett antal i lagen uppräknade sjukdomar. I regel förutsätts att vederbörande företer tecken på sjukdom. Vidare gäller vissa maximitider för omhändertagandet, enligt gällande lag sju dagar och enligt den nya lagen två veckor. Utredningen föreslår nu en vidgning av möjligheterna till tillfälligt omhändertagande genom en särskild bestämmelse om karantän. Om det behövs för att förhindra spridning av smittkoppor eller SARS skall smittskyddsläkaren kunna besluta att hålla personer i karantän (isolering) redan på den grunden att de kan antas ha varit utsatta för smitta av någon av dessa sjukdomar. Några formella maximitider föreslås inte. I stället skall isoleringen upphöra så snart som det inte längre finns skäl för åtgärden, dvs. i regel när inkubationstiden för sjukdomen gått till ända. Inkubationstiden för smittkoppor anses f.n. vara högst 17 dagar och för SARS högst 10 dagar. Isoleringen skall ske i av landstinget anvisade lokaler, t.ex. i hotell, pensionat eller kursgårdar eller undantagsvis i den isolerades egen bostad.

Utredningen föreslår vidare en bestämmelse om avspärrning av begränsade områden, t.ex. ett bostadskvarter, av smittskyddsskäl. Någon sådan bestämmelse finns f.n. inte vare sig i gällande smittskyddslag eller i regeringens lagförslag. Även när det gäller avspärrning är förutsättningen för åtgärden att den behövs för att förhindra spridning av någon av de båda aktuella sjukdomarna. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Det föreslås att Socialstyrelsen skall fatta beslut om avspärrning. Styrelsen skall också kunna medge undantag från sådana beslut.

Enligt utredningens förslag skall det bli möjligt att överklaga beslut om karantän och beslut att inte medge undantag från avspärrning. I båda fallen skall överklagandet ske hos länsrätten. För handläggningen i länsrätten gäller ett särskilt krav på skyndsamhet. Målet skall tas upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

Det föreslås bli en uppgift för polismyndigheten att på begäran lämna biträde när beslut om hälsokontroll, karantän eller avspärrning skall verkställas. Vidare föreslås en straffbestämmelse för den som handlar i strid med ett beslut om avspärrning. Enligt bestämmelsen straffas överträdelsen med böter.

I utredningens förslag har de nya bestämmelserna samlats i en särskild lag som skall komplettera smittskyddslagen. Den särskilda lagen skall benämnas lagen om extraordinära smittskyddsåtgärder. Den skall tillämpas endast på sjukdomar som anges i en bilaga till lagen. Utredningen föreslår att bilagan vid ikraftträdandet skall omfatta smittkoppor och SARS. Det förutsätts emellertid att riksdagen skall kunna besluta att i bilagan ta upp ytterligare sjukdomar. I brådskande fall skall regeringen kunna fatta beslut att någon ytterligare sjukdom skall omfattas av lagens bestämmelser. I sådana fall skall emellertid regeringens beslut snarast underställas riksdagens prövning.

Utredningen har också övervägt om och i vilken utsträckning de som drabbas ekonomiskt av beslut enligt den föreslagna lagen skall ha rätt till ersättning av allmänna medel. Enligt utredningen finns det skäl att det allmänna tar på sig ett ekonomiskt ansvar för dem som på grund av beslut enligt den föreslagna lagen har hållits i karantän och därför tvingats att avstå från att förvärvsarbeta. Det föreslås därför att de som drabbats på det sättet skall vara berättigade till ersättning enligt den särskilda lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare. För andra kategorier föreslås däremot ingen rätt till ersättning av allmänna medel. Grundläggande regler om rätten till ersättning tas in i lagen om ersättning till smittbärare. Därutöver föreslås vissa mindre följdändringar i ett antal andra författningar.

Utredningen föreslår att lagen om extraordinära smittskyddsåtgärder och samtliga författningsändringar skall träda i kraft samtidigt med den nya smittskyddslag som regeringen väntas föreslå, dvs. den 1 juli 2004.

1 Förslag till lag om extraordinära smittskyddsåtgärder

Härigenom föreskrivs följande.

1 §

I denna lag ges som komplettering till smittskyddslagen (2003:000)¹ särskilda bestämmelser till skydd mot spridning av vissa allmänfarliga sjukdomar. De sjukdomar som avses anges i en bilaga till lagen.

Om riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att lagens bestämmelser skall tillämpas från den tidpunkt regeringen bestämmer även på annan allmänfarlig sjukdom eller på sjukdom som anges i föreskrift som meddelats med stöd av 9 ap. 3 § smittskyddslagen.

En föreskrift som meddelats med stöd av andra stycket skall snarast underställas riksdagens prövning.

2 §

Om det finns risk för spridning av sjukdom som avses i 1 § får smittskyddsläkaren besluta att den som anländer till Sverige från utlandet skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

3 §

Om det behövs för att förhindra spridning av sjukdom som avses i 1 § får smittskyddsläkaren besluta att den som kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden eller området samt att där ta emot besök.

4 §

Om det behövs för att förhindra spridning av sjukdom som avses i 1 § får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Socialstyrelsen medge undantag från beslutet om avspärrning.

5 §

Begär den som på grund av beslut enligt 3 § skall hållas i karantän att beslutet inte längre skall gälla eller ansöker någon om undantag från beslut enligt 4 § om avspärrning är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 3 eller 4 § skall beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

¹ Lagens beteckning enligt lagrådsremissen.

6 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller karantän enligt 3 § eller upphörande av karantän enligt 5 §.

Socialstyrelsens beslut att avslå en begäran om undantag från beslut enligt 4 § om avspärning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

7 §

Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets den som har beslutat i frågan har sin verksamhet.

Länsrätten skall ta upp mål om karantän, upphörande av karantän eller undantag från beslut om avspärning till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

Vid delgivning med enskild i mål enligt denna lag gäller inte 12 och 15 §§ delgivningslagen (1970:428).

8 §

Beslut enligt denna lag gäller omedelbart.

9 §

Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren vid verkställighet av beslut om hälsokontroll enligt 2 § eller karantän enligt 3 § och på begäran av Socialstyrelsen vid verkställighet av beslut om avspärning enligt 4 §.

10 §

Den som överträder förbud som avses i 4 § straffas med böter. Vid ringa brott skall dock ej dömas till ansvar.

11 §

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

12 §

Om rätt till ersättning för den som på grund av beslut enligt 3 § måste avstå från förvärvsarbete finns bestämmelser i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2004.

Bilaga

Sjukdomar som avses i 1 §

- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)

1 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)

dels att nuvarande bilagan till lagen skall betecknas bilaga 1,

dels att 1 kap. 3 §, 8 kap. 1, 2, 5, 9 och 12 §§, 9 kap. 2 § samt den nya bilaga 1 skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas fyra nya paragrafer, 3 kap. 8–11 §§, och närmast före den nya 3 kap. 8 § en ny rubrik, samt en ny bilaga, bilaga 2, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

Med *smittsamma sjukdomar* avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med *allmänfarliga sjukdomar* avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns *anmälningspliktiga sjukdomar* respektive *smittspårningspliktiga sjukdomar*.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga till denna lag.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag.

Extraordinära smittskyddsåtgärder

8 §

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som färdats med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Socialstyrelsen besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Smittskyddsläkaren skall verkställa Socialstyrelsens beslut enligt andra stycket.

9 §

Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får smittskyddsläkaren i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

10 §

Vid konstaterad eller misstänkt spridning av en samhällsfarlig sjukdom inom ett avgränsat område och där smittkällan eller smittspridningen inte är fullstän-

digt klarlagd får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Socialstyrelsen i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning.

11 §

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket skall hållas i karantän att beslutet inte längre skall gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker enligt 9 § andra stycket om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän eller om undantag enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärrning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket eller 10 § första stycket skall beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

8 kap.

1 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §, *eller*
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 §
7. avslag på ansökan om att beslut om karantän skall upphöra enligt 3 kap. 11 §, *eller*
8. avslag på ansökan om undantag

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Andra beslut av smittskyddsläkare eller chefsöverläkare enligt denna lag får inte överklagas.

från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Socialstyrelsen enligt denna lag får inte överklagas.

2 §

I andra mål än sådana som avser tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

- 1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,*
- 2. isolering enligt 5 kap. 1 §,*
- 3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,*
- 4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,*
- 5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,*
- 6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,*
- 7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller*
- 8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.*

5 §

Länsrätten skall ta upp mål om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §, isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § och upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in. Länsrätten får dock förlänga denna tid om det finns särskilda skäl.

Länsrätten skall inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

- 1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,*
- 2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,*
- 3. isolering enligt 5 kap. 1 §,*
- 4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,*
- 5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller*
- 6. undantag från förbud att besöka*

den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 §.

Länsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts länsrätten skall tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § skall länsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får länsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

9 §

I mål i allmän förvaltningsdomstol om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

Offentligt biträde skall förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

- 1. isolering enligt 5 kap. 1 §,*
- 2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,*
- 3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,*
- 4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,*
- 5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,*
- 6. beslut att inte meddela undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller*
- 7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.*

Offentligt biträde behöver dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

12 §

Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

- 1. för att genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,*
- 2. för att föra den som skall isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen, eller*
- 2. för att föra den som skall isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,*

3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut skall vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats.

3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut skall vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,

4. för att genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och därvid upprätthålla ordningen,

5. för att föra den som skall hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen skall äga rum, eller

6. för att återföra den som olovligt har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten skall lämna bistående på begäran av Socialstyrelsen för att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och för att upprätthålla dessa avspärrningar.

9 kap.

2 §

Om riksdagens beslut om ändring i *bilagan* inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

– att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra stycket, eller

– att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Om riksdagens beslut om ändring i *bilaga 1* eller *bilaga 2* inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

– att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller

– att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Föreskrifter som meddelas med stöd av denna paragraf skall snarast underställas riksdagens prövning.

Prop. 2003/04:158
Bilaga 3

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

Allmänfarliga sjukdomar
 campylobacterinfektion
 difteri
 infektion med enterohemorra-
 gisk E.coli (EHEC)
 giardiainfektion
 gonorré
 hepatit A-E
 hivinfektion
 infektion med HTLV I eller II
 klamydiainfektion
 kolera
 infektion med meticillinresis-
 tenta gula stafylokocker (MRSA)
 mjältbrand
 paratyfoidfeber
 pest
 infektion med pneumokocker
 med nedsatt känslighet för
 penicillin G
 polio
 rabies
 salmonellainfektion
 shigellainfektion
 svår akut respiratorisk sjukdom
 (SARS)
 syfilis
 tuberkulos
 tyfoidfeber
 virala hemorragiska febrar exkl.
 denguefeber och sorkfeber
 (nefropathia epidemica)

Allmänfarliga sjukdomar
 campylobacterinfektion
 difteri
 infektion med enterohemorra-
 gisk E.coli (EHEC)
 giardiainfektion
 gonorré
 hepatit A-E
 hivinfektion
 infektion med HTLV I eller II
 klamydiainfektion
 kolera
 infektion med meticillinresis-
 tenta gula stafylokocker (MRSA)
 mjältbrand
 paratyfoidfeber
 pest
 infektion med pneumokocker
 med nedsatt känslighet för
 penicillin G
 polio
 rabies
 salmonellainfektion
 shigellainfektion
smittkoppor
 svår akut respiratorisk sjukdom
 (SARS)
 syfilis
 tuberkulos
 tyfoidfeber
 virala hemorragiska febrar exkl.
 denguefeber och sorkfeber
 (nefropathia epidemica)

Samhällsfarliga sjukdomar
smittkoppor
svår akut respiratorisk sjukdom
(SARS)

1.2 Förslag till lag om ändring i karantänslagen
(1989:290)

Prop. 2003/04:158
Bilaga 3

Härigenom föreskrivs att 2 och 14 §§, karantänslagen (1989:290) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Med karantänssjukdom avses i denna lag gula febern, kolera och pest.

Med karantänssjukdom avses i denna lag gula febern, kolera, pest samt de sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen (2004:168) är tillämpliga.

14 §

Den som på grund av en karantänssjukdom *har*

1. tagits in på sjukhus,
2. isolerats enligt 5 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168), eller
3. tillfälligt isolerats enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen *får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att hindra den smittade från att lämna landet.*

Den som på grund av en karantänssjukdom

1. *har* tagits in på sjukhus,
2. *har* isolerats enligt 5 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168),
3. *har* tillfälligt isolerats enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen,
4. *skall hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § smittskyddslagen eller*
5. *har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att hindra den smittade från att lämna landet.*

I andra fall än som avses i första stycket får den som för smitta av en karantänssjukdom inte vägras att lämna landet. Han skall dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet enligt smittskyddslagen om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren skall underrätta hälsovårdsmyndigheten på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Prop. 2003/04:158
Bilaga 3

Härigenom föreskrivs att 1, 3 och 8 §§ lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Denna lag innehåller föreskrifter om ersättning av allmänna medel till smittbärare.

Med en smittbärare förstås i lagen

1. den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen,
2. den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom.

2. den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, *och*

3. *den som i annat fall än som avses i 1 eller 2 kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168).*

3 §

En smittbärare har rätt till smittbärrpenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, eller
2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan att beslut enligt 1 har fattats men som syftar till att klarlägga om han är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda.

Första stycket gäller inte när fråga är om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § smittskyddslagen eller beslut som avser avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

8 §

Smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren *inte* följer förhållningsregler som har beslutats med stöd av smittskyddslagen (2004:168) eller särskilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sist-

Smittbärrpenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren

1. *inte* följer förhållningsregler som har getts med stöd av smittskyddslagen (2004:168) eller överträder förbud enligt 3 kap. 9 § denna lag eller,
2. *åsidosätter* särskilda villkor i samband med ett beslut enligt

nämnda lag.

*livsmedelslagen (1971:511) eller Prop. 2003/04:158
föreskrifter som har meddelats Bilaga 3
med stöd av sistnämnda lag.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

1.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

Prop. 2003/04:158
Bilaga 3

Härigenom föreskrivs att 16 § lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 §

När ramtid skall bestämmas enligt 12 § räknas inte den tid då den sökande varit hindrad att arbeta på grund av

1. styrkt sjukdom,
2. avslutad heltidsutbildning som den sökande har avslutat efter fyllda 25 år eller som har föregåtts av sammanhängande förvärvsarbete på heltid i minst 5 månader,
3. tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
4. frihetsberövande på kriminalvårdens område,
5. vård av eget barn som inte har fyllt 2 år eller vård av adoptivbarn i 2 år efter barnets ankomst i familjen,
6. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen,
7. utlandsvistelse till följd av att den sökande följt med sin make eller maka vid dennes arbete i utlandet under förutsättning att makens eller makans arbetsgivare har sitt säte i Sverige och att lönen utbetalas från Sverige, varvid med make eller maka jämställs person med vilken den sökande sammanbor under förhållanden som liknar makars, eller
8. vård av närstående när hel ersättning lämnats enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård.

Första stycket 6 gäller dock inte när fråga är om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § eller avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2004-05-10

Närvarande: f.d. regeringsrådet Karl-Ingvar Rundqvist, justitierådet Torgny Håstad och regeringsrådet Göran Schäder.

Enligt en lagrådsremiss den 22 april 2004 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168),
2. lag om ändring i karantänslagen (1989:290),
3. lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare,
4. lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av ämnessakkunniga Helena Rosén.

Förslagen föranleder följande yttrande av *Lagrådet*:

Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen

3 kap. 8 §

Som extraordinär smittskyddsåtgärd föreslås enligt första stycket att smittskyddsläkaren ges möjlighet att besluta om hälsokontroll av dem som anländer till Sverige med visst transportmedel. En förutsättning är att det finns skäl att misstänka att någon av de ankommande har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Hälsokontroll skall företas på platsen för inresan. Beslut om hälsokontroll avses gälla med omedelbar verkan och skall inte kunna överklagas.

I motiveringen framhålls att hälsokontrollen är av summarisk karaktär och i regel bör kunna begränsas till att sjukvårdspersonal samtalar med varje passagerare och därvid gör iakttagelser beträffande förekomsten av eventuella sjukdomssymtom. Om iakttagelserna ger anledning till det bör vissa resenärer kunna bli föremål för en något närmare undersökning, i första hand feberkontroll, besiktning av hud och munhåla samt kontroll av hjärt- och lungstatus. Vidare påpekas att kontrollen svårligen kan genomföras tvångsvis. En viktig skillnad sägs föreligga mellan hälsokontrollen, som inte utgör tvångsundersökning i egentlig mening, och en påtvingad blodprovstagning, som av dåvarande Europakommissionen bedömts innebära ett frihetsberövande. Situationen vid hälsokontroll påminner om den när Tullverket beslutar om kroppsvisitation enligt 28 § lagen om straff för smuggling. Resonemanget utmynnar i att möjlighet att överklaga till domstol inte av hänsyn till bestämmelser i Europakonventionen eller regeringsformen behöver införas i anslutning till beslut om hälsokontroll.

Förslaget väcker frågan om begreppet hälsokontroll är tillräckligt väl avgränsat för att en skiljelinje, så som motiveringen antyder, skall kunna dras mot undersökningsförfaranden som brukar uppfattas som mera ingripande för den enskilde. De kontrollåtgärder som enligt remissen skall kunna vidtas på platsen för inresan förekommer naturligt också inom

ramen för läkarundersökningar. I vissa författningssammanhang ses läkarundersökning som en form av hälsokontroll (se t.ex. 21 § livsmedelslagen, formuleringen ”läkarundersökning eller annan hälsokontroll”). Det kan oaktat motivuttalandena i remissen hävdas att den föreslagna lagtexten alls inte utesluter att det som ett led i hälsokontrollen utförs t.ex. kroppsliga ingrepp i provtagnings syfte med vissa tvångsinslag. Den begränsning som ligger i att kontrollen skall genomföras på platsen för inresan synes inte vara tillräcklig. För att tvekan inte skall råda om förslaget förenlighet med Europakonventionen och regeringsformen när rätt till överklagande och domstolsprövning saknas kan en komplettering behöva ske av lagtexten så att innebörden i förevarande sammanhang av hälsokontroll ges ökad precision. En möjlighet skulle då kunna vara att föreskriva att hälsokontroll inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan undersökningsåtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. För Lagrådet finns dock inte underlag för att närmare ange hur en kompletterande bestämmelse lämpligast utformas.

Enligt det föreslagna andra stycket bemyndigas Socialstyrelsen att besluta att personer som anländer till Sverige från ett visst geografiskt område i vilket det skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

De beslut som regleras av det första respektive det andra stycket är av olika karaktär. Smittskyddsläkarens beslut tar sikte på ett konkret fall där en enskild individ som anländer till Sverige kan misstänkas vara smittad. Socialstyrelsens beslut däremot har generell tillämplighet och tar sikte på alla som anländer hit från ett visst område.

Distinktionen mellan generella föreskrifter och beslut i enskilda fall har avgörande betydelse för riksdagens möjligheter att i lag peka ut den beslutande myndigheten. Ingenting hindrar att den myndighet, som beslutar i enskilda fall, anges i lagen. Reglerna i 8 kap. regeringsformen om normgivningsmaktens fördelning förbjuder däremot riksdagen att med förbigående av regeringen direktdelegera normgivningsmakt till en förvaltningsmyndighet under regeringen, se 8 kap. 7 och 11 §§.

Mottagaren av den enligt andra stycket delegerade normgivningsmakten bör därför anges vara ”regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer” eller ”regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen”.

3 kap. 9 §

I paragrafen föreslås regler som möjliggör beslut om karantän ”i en viss byggnad eller inom ett visst område”. Med beaktande av att karantän avses som en åtgärd för att förebygga eller begränsa sjukdomar med mycket stor spridningsrisk kan ifrågasättas om inte ett karantänsbeslut ibland skulle behöva bestämmas att avse endast ett mindre utrymme, t.ex. ett rum eller annan avgränsad del av en byggnad. Som lagtexten föreslagits utformad står det inte klart att detta skulle vara möjligt. En komplettering kan därför behöva övervägas.

Enligt det föreslagna första stycket skall Socialstyrelsen få besluta att avspärra ett avgränsat område vid konstaterad eller misstänkt spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Regeringen gör i författningskommentaren till paragrafen själv bedömningen att ett beslut om avspärrning torde vara att anse som en författning. Lagrådet har inget att invända mot den bedömningen. Vad Lagrådet anfört om normgivningsmakten under 8 § leder då till motsvarande förslag till förändrad lydelse av förevarande paragraf.

Förslaget till lag om ändring i lagen om ersättning till smittbärare

1 §

I remissen föreslås, som en följd av ändringarna i smittskyddslagen, att definitionen av smittbärare i andra stycket byggs ut. Enligt gällande lydelse omfattas (punkterna 1 och 2) dels den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen, dels den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. Ett tillägg föreslås nu (i en ny punkt 3) om att begreppet smittbärare skall omfatta också ”den som i annat fall än som avses i 1 eller 2 kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom”.

Som nuvarande bestämmelser är utformade görs undantag från lagens smittbärbegrepp, enligt punkt 1 för det fall arbetsförmågan har förlorats till följd av sjukdomen och enligt punkt 2 för det fall den smittförande är sjuk i en smittsam sjukdom. Dessa undantag beaktas inte med föreslagen utformning av den nya bestämmelsen i punkt 3, vilket medför att undantagen inte kommer att få genomslag när någon utsatts för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Detta torde inte vara avsikten med förslaget. Lagtexten behöver således förtydligas i berört hänseende. Vidare bör övervägas en komplettering så att punkt 3 i kongruens med uttryckssättet i punkterna 1 och 2 får avse även den som faktiskt har varit utsatt för smitta (jfr även 3 kap. 9 § förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen). Förslagsvis kan punkt 3 utformas enligt följande.

”3. den som i annat fall än som avses i 1 eller 2 har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom.”

Övriga lagförslag

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 27 maj 2004

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Sahlin, Pagrotsky, Östros, Messing, Engqvist, Lövdén, Ringholm, Bodström, Sommestad, Karlsson, Nykvist, Andnor, Nuder, Johansson, Björklund, Holmberg, Jämtin

Föredragande: statsrådet Johansson

Regeringen beslutar proposition 2003/04:158 Extraordinära smittskydds-åtgärder.

From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 23-11-2020 12:08:56 (UTC +01)
To: Annette Baun Knudsen <ANBK@sum.dk>
Cc: Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Jacob Tornø Iversen <JTIV@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Subject: VS: Anmodning om supplerende bemærkninger på baggrund af faglige bemærkninger til lov om epidemier: Frist torsdag den 19. november

Kære Annette

Beklager det sene svar!

Hermed lidt uddybning ift. IHR – International Health Regulation - <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496> .

Af IHR artikel 23 – 46 fremgår rammerne for sundhedsmæssigt begrundede restriktioner for international rejse og handel. Derudover er det en lang række øvrige forhold, som IHR dækker.

Konkret ift. eksemplet om, at stater ved indførelse af indrejserestriktioner skal give oplysning til WHO om det sundhedsfaglige grundlag, fremgår det af Art. 43, §§ 1-5:

- 1. These Regulations shall not preclude States Parties from implementing health measures, in accordance with their relevant national law and obligations under international law, in response to specific public health risks or public health emergencies of international concern, which:

*(a) achieve the same or greater level of health protection than WHO recommendations; or
(b) are otherwise prohibited under Article 25, Article 26, paragraphs 1 and 2 of Article 28, Article 30, paragraph 1(c) of Article 31 and Article 33, provided such measures are otherwise consistent with these Regulations.*

Such measures shall not be more restrictive of international traffic and not more invasive or intrusive to persons than reasonably available alternatives that would achieve the appropriate level of health protection.

2. In determining whether to implement the health measures referred to in paragraph 1 of this Article or additional health measures under paragraph 2 of Article 23, paragraph 1 of Article 27, paragraph 2 of Article 28 and paragraph 2(c) of Article 31, States Parties shall base their determinations upon:

*(a) scientific principles;
(b) available scientific evidence of a risk to human health, or where such evidence is insufficient, the available information including from WHO and other relevant intergovernmental organizations and international bodies; and
(c) any available specific guidance or advice from WHO.*

3. A State Party implementing additional health measures referred to in paragraph 1 of this Article which significantly interfere with international traffic shall provide to WHO the public health rationale and relevant scientific information for it. WHO shall share this information with other States Parties and shall share information regarding the health measures implemented. For the purpose of this Article, significant interference generally means refusal of entry or departure of international travellers, baggage, cargo, containers, conveyances, goods, and the like, or their delay, for more than 24 hours.

4. After assessing information provided pursuant to paragraph 3 and 5 of this Article and other relevant information, WHO may request that the State Party concerned reconsider the application of the measures.

5. A State Party implementing additional health measures referred to in paragraphs 1 and 2 of this Article that significantly interfere with international traffic shall inform WHO, within 48 hours of implementation, of such measures and their health rationale unless these are covered by a temporary or standing recommendation.

Art. 43, § 6 fastsætter endvidere pligt til at revidere beslutningen indenfor 3 mdr.:

6. A State Party implementing a health measure pursuant to paragraph 1 or 2 of this Article shall within three months review such a measure taking into account the advice of WHO and the criteria in paragraph 2 of this Article.

Håber det afklarer lidt og kan bruges.

Bh
Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent

T (dir) +45 30 71 73 65

sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Beredskab og Smitsomme sygdomme

T +45 72 22 74 00

sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Annette Baun Knudsen <ANBK@sum.dk>

Sendt: 17. november 2020 07:44

Til: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>

Emne: Anmodning om supplerende bemærkninger på baggrund af faglige bemærkninger til lov om epidemier: Frist torsdag den 19. november

Prioritet: Høj

Kære Simon

Jeg skriver vedr. jeres punkt 14 i høringsvaret:

"14. Kriterier for restriktioner for indrejse og frit samvær fra skibe og fly (§§ 34-35)

Lovforslaget bemyndiger sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om restriktioner for indrejse og frit samvær fra skibe og fly fra områder hvor der er risiko for indførelse af alment farlige sygdomme. Det fremgår ikke nærmere, hvornår dette vil være relevant. Det skal bemærkes, at dette område er reguleret ved internationale aftaler, herunder det internationale sundhedsregulativ (IHR). Eventuelle restriktioner skal således tage hensyn til IHR, hvor det bl.a. fastsættes, at stater ved indførelse af indrejserestriktioner skal give oplysninger til WHO om det sundhedsfaglige grundlag.

I den nugældende bekendtgørelse om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme ([BEK nr 220 af 17/03/2020](#)) fremgår, at der kan nægtes frit samkvem fra skibe og fly, når disse ankommer fra et område, der ifølge meddelelse fra Sundhedsstyrelsen må anses for smittet af en sygdom, omfattet af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Det kan foreslås, at det på lignende vis indføres, at regler for restriktioner mod indrejse sker på baggrund af vurdering/indstilling fra Sundhedsstyrelsen."

- Jeg vil høre, om du har mulighed for at sende mere præcise henvisninger til de internationale regler, som skal overholdes i den forbindelse med henblik på, at vi kan få skrevet det ind i lovbemærkningerne. Frist er torsdag i denne uge.

I forhold til forslaget om indstilling fra SST, så vil det – vil jeg vurdere – allerede med den nuværende formulering være en mulighed at følge samme model i en bekendtgørelse, såfremt der i det konkrete tilfælde er behov herfor. Men vi vender lige tilbage vedr. denne.

Venlig hilsen

Annette Baun Knudsen
Chefkonsulent
Sundheds- og Ældreministeriet
Tlf. 24786658

Fra: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>

Sendt: 13. november 2020 13:06

Til: Signe Lauge Bach <SLBA@SUM.DK>; Line Gravesen <LIGR@SUM.DK>

Emne: VS: Faglige bemærkninger til lov om epidemier

Fra: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>

Sendt: 13. november 2020 10:49

Til: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>

Cc: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>;

Line Raahauge Hvass <LRM@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Jacob Tornø Iversen

<JTIV@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>

Emne: Faglige bemærkninger til lov om epidemier

Kære Frederik

Hermed fremsendes supplerende faglige bemærkninger til lov om epidemier.

Med venlig hilsen

Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent

T (dir) +45 30 71 73 65

sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Beredskab og Smitsomme sygdomme

T +45 72 22 74 00

sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 30-09-2020 12:31:56 (UTC +01)
To: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>
Cc: covidsundhed <covidsundhed@SST.DK>; Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Marlene Øhrberg Krag <mahk@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>; Annette Baun Knudsen <ANBK@sum.dk>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>
Subject: SV: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Kære Frederik / SUM

Hermed Sundhedsstyrelsens bemærkninger til udkast til ny epidemilov.

Beklager det forsinkede bidrag.

Bh
Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent
T (dir) +45 30 71 73 65
sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Frederik Rechenback Enelund

Sendt: 29. september 2020 03:24

Til: STPS ; Helle Borg Larsen ; Suzanne Camilla Lund Hansen ; Anette Lykke Petri ; stpk@stpk.dk; Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse ; covidsundhed ; Søren Brostrøm ; Simon Feldbæk Peitersen ; Helene Bilsted Probst ; Marlene Øhrberg Krag ; Dan Brun Petersen ; Sigrid Paulsen ; Bolette Søborg ; Stine Ulendorf Jacobsen ; Hanne Vibjerg ; tgv@ssi.dk; Lizzi Krarup Jakobsen ; serum@ssi.dk

Emne: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Prioritet: Høj

Kære alle

Hermed version af vores udkast til en ny epidemilov, som netop er sendt i præhøring i andre ministerier, og som vi skal anmode om jeres bemærkninger til.

Frist: tirsdag den 29/9 kl. 18. Beklager den ualmindeligt korte frist.

Med venlig hilsen

Frederik Rechenback Enelund

Specialkonsulent

Sundhedsjura

Mobil: 20 22 03 91

Mail: fre@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



Fra: Frederik Rechenback Enelund

Sendt: 29. september 2020 03:15

Til: 'anlau@fm.dk' <anlau@fm.dk>; 'lnb@em.dk' <lnb@em.dk>; 'briwes@fm.dk' <briwes@fm.dk>; 'mfvm@mfvm.dk' <mfvm@mfvm.dk>; 'tebi@mfvm.dk' <tebi@mfvm.dk>; 'kum@kum.dk' <kum@kum.dk>; 'slu@kum.dk' <slu@kum.dk>; 'uvm@uvm.dk' <uvm@uvm.dk>; 'cecilie.brokner@uvm.dk' <cecilie.brokner@uvm.dk>; 'uim@uim.dk' <uim@uim.dk>; 'hsa@uim.dk' <hsa@uim.dk>; 'bm@bm.dk' <bm@bm.dk>; 'snr@bm.dk' <snr@bm.dk>; 'trm@trm.dk' <trm@trm.dk>; 'tjo@trm.dk' <tjo@trm.dk>; 'ufm@ufm.dk' <ufm@ufm.dk>; 'jzs@ufm.dk' <jzs@ufm.dk>; 'km@km.dk' <km@km.dk>; 'Pernille Esdahl' <PE@KM.DK>; 'mdr@sim.dk' <mdr@sim.dk>; 'mve@sim.dk' <mve@sim.dk>; 'hbt@sim.dk' <hbt@sim.dk>; 'Camilla Marta Giordano' <cmg@jm.dk>; 'Mads Møller Langtved' <mml@jm.dk>; 'alj@jm.dk' <alj@jm.dk>; 'Julie Kiilerich (DEP) (EM-DEP)' <jlk@em.dk>; 'Anders Thusgaard (EM-DEP)' <ath@em.dk>; 'bgn@sim.dk' <bgn@sim.dk>; 'Lea Torpegaard Kvistgaard (EM-DEP)' <leakvi@em.dk>; Rikke Regitze Nielsen <riren@fm.dk>; 'arp@trm.dk' <arp@trm.dk>

Cc: Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Charlotte Beierholm Olsen <cbo@sum.dk>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>; Annette Baun Knudsen <anbk@sum.dk>; Katrine Bisballe <katb@sum.dk>; Sven Erik Bukholt <seb@sum.dk>; Camilla Rosengaard Villumsen <crv@sum.dk>

Emne: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Prioritet: Høj

Kære alle

Jeg fremsender hermed vedhæftet foreløbigt udkast til forslag til en ny epidemilov, som vi skal bede om jeres kommentarer og bemærkninger til.

Jeg skal på forhånd beklage, at der fortsat i udkastet er en række udeståender, herunder afsnit, der endnu ikke er færdige, ligesom der flere steder forekommer henvisninger m.v., der afventer at blive opdateret.

Vi har i udkastet forsøgt med kommentarbobse at udpege, hvilke bestemmelser de enkelte ministerier efter vores umiddelbare opfattelse bør fokusere på.

I er naturligvis velkomne til at ringe, hvis I har spørgsmål.

Udkastet skal i offentlig høring allerede på onsdag den 30. september, hvorfor Sundheds- og Ældreministeriet allerede skal anmode om jeres bemærkninger inden **tirsdag den 29/9 kl. 18.**

Beklager den ualmindeligt korte frist.

Med venlig hilsen

Frederik Rechenback Enelund

Specialkonsulent

Sundhedsjura

Mobil: 20 22 03 91

Mail: fre@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



Til Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsens bidrag til præhøring af udkast til ny epidemilov

30-09-2020

Sundheds- og ældreministeriet har pr. mail af g.d. fremsendt udkast til lovtekst og lovebemærkninger mhp. styrelsens bidrag til præhøring. Vi skal beklage, at vi ikke har kunnet overholde fristen som var sat til kl. 18 g.d. Men der er tale om en meget kort tidsfrist til at besvare et meget omfattende lovforslag, hvorfor vi også må tage forbehold for, at vi ikke har haft tilstrækkelig tid til at gennemarbejdede nærværende bidrag.

Sagsnr. 05-0601-342

Reference SIFP

Vi skal samtidigt henvise til tidligere fremsendte bemærkninger til udkast til dele af epidemiloven:

- Vedr. sygdomsbegreber og national rådgivende epidemikommission fremsendt d. 1. juli 2020
- Vedr. bestemmelser om omfattede sygdomme fremsendt d. 23. sept. 2020
- Vedr. bestemmelser i epidemilov vedr. restriktioner over for transportmidler og smitteforebyggende midler i det offentlige rum fremsendt d. 23. sept. 2020
- Vedr. WHO's karantæneregulativ og epidemilovens § 15, stk. 3 fremsendt d. 23. sept. 2020
- Vedr. anmodning om bemærkninger til epidemilovens del om foranstaltninger mod enkeltpersoner fremsendt d. 23. sept. 2020
- Bemærkninger til udkast til bestemmelse om obduktion, håndtering af smitstof og rensning for biologisk kampstof (F 28/9) fremsendt d. 29. sept. 2020
- Bemærkninger til ændring af lægemiddelloven fremsendt d. 29. sept. 2020

Vi bemærker samtidigt, at en række af vores tidligere fremsendte bemærkninger ikke synes at være inddraget eller medtaget i det fremsendte reviderede lovdokument, og måske kan være overset i processen, hvorfor vi tillader os at gentage en række bemærkninger.

Vi har på den baggrund følgende yderligere kommentarer til det fremsendte samlede udkast til ny epidemilov:

Vedr. lovens titel

Da den nye lov udvides til at omfatte alle smitsomme sygdomme, og ikke

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

kun epidemisk forekommende sygdomme, skal vi foreslå at lovens titel sættes til f.eks. 'Lov om bekæmpelse af smitsomme sygdomme', men at man fastholder kortformen "Epidemiloven".

Vedr. § 3.

Vi vil foreslå, at det præciseres, at regionerne har ansvaret for varetagelse af kliniske undersøgelser (f.eks. halspodninger, blodprøver m.v.) for alment farlige sygdomme, mens Statens Serum Institut – og øvrige laboratorier, herunder også regionale laboratorier – kan udføre de nødvendige laboratorieanalyser. Man kan desuden i lovbemærkningerne henvise til, at Varetagelsen af disse ydelser, både klinisk og laboratoriemæssige, skal følge Sundhedsstyrelsens gælden specialeplan jfr. Sundhedslovens §209.

Vedr. § 6

Vi finder ikke, at bestemmelserne i denne nye paragraf er tilstrækkeligt præcise og bindende ift. at sikre en høj kvalitet og standard i de smitteforebyggende indsatser.

I Sundhedslovens bestemmelser er der allerede anført en række paragraffer, som skal bidrage til smitteforebyggende tiltag, fx

- Vedr. hygiejneindsatser - Hygiejneindsatsen bør indgå i kommunens forebyggelsesindsats, som er beskrevet i Sundhedslovens § 119. - <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>
- § 124 om Kommunalbestyrelsens pligt til at bistå skoler, dagtilbud og den kommunalt formidlede dagpleje med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger. Sndhedsloven: (LBK nr. 191 af 28/02/2018)
- Bek om planlægning af sundhedsberedskabet - <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/971>

Disse vurderes anvendelige i det daglige, men Sundhedsstyrelsen vurderer samtidigt, at disse bestemmelse ikke i tilstrækkelig grad muliggør, at der nationalt fastsættes bindende standarder og krav til det smitteforebyggende arbejde i regioner, kommuner m.v.

På baggrund af ovenstående foreslår Sundhedsstyrelsen derfor, at §6 udvides og udfoldes, særligt med fokus på hjemmel til, at Sundhedsstyrelsen kan angive bindende standarder for de smitteforebyggende indsatser, ikke blot for kommuner og regioner, men også øvrige offentlige og private institutioner m.v., som vel er omfattet af stk. 2.

Vedr. §10

Vi vil foreslå, at både "isolation" og "lader sig isolere" bliver yderligere defineret. Betydningen er endvidere ikke tydeligt af de specifikke lovbemærkninger side 122-124.

Det foreslås på den baggrund, at Sundhedsstyrelsen fremkommer med forslag til definition af bl.a. isolation og karantæne.

Sundhedsstyrelsen har fx tidligere noteret følgende omkring isolation og karantæne i forbindelse med pandemisk influenza:

- *Isolation: I relation til smitsomme sygdomme forstås isolation, at patienter holdes isoleret fra andre enten på enestue, på slusestue eller lignende for at forebygge smittespredning.*
- *Karantæne: For at hindre mulig smittespredning fra personer som har været udsat for smitte –men endnu ikke er blevet syge – kan fx udsatte personer holdes samlet og afsondret fra den øvrige befolkning, indtil det viser sig, om de bliver syge. Herom anvendes udtrykket karantæne.¹*

WHO definerer bl.a. ”quarantine”:

- *the restriction of activities and/or separation from others of suspect persons (...) who are not ill in such a manner as to prevent the possible spread of infection or contamination²*

Vi skal i den forbindelse fremhæve, at brugen af begrebet ’isolation’ kan udvides til mere end isolation på sygehus, og at man med fordel samtidigt kan forlade brugen af begrebet ’karantæne’.

Vedr. §9, 10 of 13

Vi forudsætter, at de påbud som Styrelsen for Patientsikkerhed giver, ikke begrænser det konkrete indhold i udredning, behandling m.v. som skal fastlægges af behandlingssansvarlig læge på sygehus, og at denne læge samtidigt løbende tager stilling til om patienten kan ophøre behandling, skal udskrives osv.

Det bør derfor præciseres i lovteksten og ikke kun i de tilhørende lovbetænkninger, at såfremt patienten ud fra en konkret lægevurdering (som evt. kan kræves varetaget på speciallægeniveau), erklæres rask og findes smittefri, så må det forudsættes at betingelserne for indlæggelse umiddelbart er bortfaldet, og at pålægget fra Styrelsen for Patientsikkerhed dermed også, ud fra sagens stilling, umiddelbart må bortfalde.

Det følger heraf, at man må tydeliggøre bestemmelserne således, at der ikke er indeholdt krav om at Styrelsen for Patientsikkerhed først skal ophæve forbuddet før patienten kan udskrives eller ophøre med et undersøgelsesprogram eller behandling.

¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2013/Publ2013/Beredskab-for-pandemisk-influenza-del-1,-d-, -National-strategi-og-fagligt-grundlag.ashx?la=da&hash=2305CBE480C05DB1D70BA82E5C9E33C0945CA3AC>

² [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

Vedr. §14

Idet vi kan henvise til vores tidligere fremsendte høringssvar af 23. september, vil vi gerne fremhæve følgende ift. bestemmelser om vaccination:

Vi finder at det kun er i helt særlige tilfælde, med meget skærpede omstændigheder og overhængende fare for enten enkeltpersoner eller folkesundheden, at der kan være behov for at iværksætte foranstaltninger over for enkeltpersoner, så som tvangsvaccination. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at bestemmelse om tvangsvaccination fastholdes i epidemiloven,

Vi finder samtidigt, at da de ganske skærpede omstændigheder forudsætter en konkret sundhedsfaglig vurdering, bør beslutning om iværksættelse af individuelle foranstaltninger, herunder tvangsvaccination, ske på baggrund af faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

Vi skal på den baggrund foreslå, at bestemmelsen i §14 stk. 2 affattes som følger:

Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at inddæmme eller udrydde en alment farlig sygdom her i landet, og der er tale om særligt skærpende omstændigheder med overhængende fare eller trussel af folkesundheden, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om, at der skal iværksættes tvangsmæssig vaccination af nærmere bestemte risikogrupper.

Vi kan i øvrigt henvise til vores tidligere fremsendte bemærkninger af 23. september, med bidrag til lovbemærkning, hvoraf det fremgår, at det med fordel præciseres, at der skal anvendes et mindstemiddels princip, hvor øvrige tiltag er forsøgt eller vurderet uegnede. I det tidligere fremsendte bidrag har vi samtidigt givet en række eksempler på situationer, hvor vaccinationspåbud kan være relevant, og vi kan foreslå at disse eksempler fremgår af lovebemærkningerne.

Vedr. §21

Vi finder det bør overvejes om bestemmelserne kan gøres gældende, når det gælder egen bolig med direkte adgang fra terræn (f.eks. en plejebolig), hvor f.eks. en ægtefælle jo kan gå ind ad hoveddøren til sin ægtefælle, uden at bevæge sig igennem fællesarealer m.v.

I den sammenhæng bør det overvejes om bestemmelserne i Grundlovens §72 om boligens ukrænkelighed er relevante.

Ud fra et sundhedsfagligt perspektiv afspejler ovenstående en situation, som kan ligestilles med at bo i samme husstand, hvor man jo heller ikke vil begrænse adgang for f.eks. ægtefæller.

Vedr. § 35

Det fremgår af noter til §35 stk. 2., at man afventer Sundhedsstyrelsen ift. afklaring ift. IHR. Vi bidrager gerne, men vi har behov for præcisering af, hvad vi skal bidrage med.

Vedr. §49, §51 og §53

Vi har g.d. fremsendt separate bemærkninger til lovbemærkningerne vedr. disse tre paragraffer.

Øvrige kommentarer

I de almene lovbemærkninger er der en række steder hvor vi finder at man med fordel kan præcisere tekst og eksempler.

Vi kan i den forbindelse henvise til vores tidligere fremsendte bidrag af 23. september 2020, f.eks. ift. de almen lovbemærkninger side 21 vedr. eksempler på både 'smitsomme', 'alment farlige' og 'samfundskritiske'. Disse kan med fordel nævnes, således loven ikke alene medtager 'COVID-19'-relaterede beskrivelser, da loven i øvrigt skal være relevant for kommende udbrud og epidemier.

Vi vil samtidigt gerne henvise til det tidligere fremsendte bidrag af 1. juli 2020 vedr. mulige rammer for national rådgivning og styring. Vi kan i den forbindelse foreslå, at der i loven fastsættes rammer for den faglige rådgivning på nationalt niveau ved etablering af en national struktur med involvering af de rette aktører og organisationer og med relevant samarbejde med decentrale myndigheder. I den forbindelse vil de fem regionale epidemikommissioner kunne nedlægges.

For at sikre både bred faglig rådgivning og bredt tværsektorielt samarbejde i indsatserne vil vi således foreslå, at loven foreskriver en nedsættelse af et nationalt fagligt rådgivende udvalg, som Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariat for.

Efter gældende lovs § 3 stk. 3 har Sundhedsstyrelsen i dag nedsat en 'Epidemigruppe'. Sammensætningen af den nuværende Epidemigruppe vurderes imidlertid for bred og ikke tilstrækkelig-fokuseret til at kunne udfylde en rådgivende rolle. Derudover ligger en række koordinerende opgaver (f.eks. i relation til Told, Forsvar, Politi m.v.) i dag i regi af NOST.

Der foreslås derfor en national rådgivende struktur, der f.eks. kan benævnes 'Rådgivende udvalg for håndtering af smitsomme sygdomme' eller evt. 'National epidemikommission' og som hjemles i ny epidemilov på samme vis som f.eks. de råd og udvalg, der fremgår af Sundhedslovens § 207 eller Autorisationslovens § 33. Det foreslås samtidig, at rammerne for dette udvalg fastlægges i en bekendtgørelse, herunder pligt til at myndighederne indhenter rådgivning i særlige situationer, f.eks. ved indplacering af ny sygdom osv. Det bør dog understreges, at udvalget ikke tillægges selvstændige myndighedsbeføjelser, men at udvalget udøver sin rådgivning via Sundhedsstyrelsen.

Sammensætningen af det foreslåede rådgivende udvalg bør i lovteksten beskrives lidt mere generelt end i gældende lovs § 3 stk. 3. Dette kunne f.eks. være, at udvalget skal bestå af sundhedsfaglig sagkundskab med ekspertise inden for smitsomme sygdomme, herunder epidemiologi, mikrobiologi, diagnose, behandling, pleje m.v. samt af beredskabsmyndigheder m.v.

Konkret kunne et udvalg bestå af repræsentanter for:

- Sundhedsstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Statens Serum Institut
- Lægemiddelstyrelsen
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Faglige repræsentanter udpeget af faglige selskaber for hhv. mikrobiologi, infektionsmedicin, pædiatri, almen medicin, hygiejnesygepleje, anæstesiologi og akutmedicin.
- Fødevarestyrelsen
- De fem regioner
- Danske Regioner
- KL
- Særlige sagkyndige udpeget af Sundhedsstyrelsen m.v.

From: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Sent: 02-10-2020 15:07:41 (UTC +01)
To: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>
Cc: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>
Subject: SV: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Kære Frederik

Hermed bidrag til dit spørgsmål.

Det vores vurdering, at sygdomme, som alene smitter fra mennesker, også bør fremgå, jf. beskrivelsen - *smitsom sygdom forstås en sygdom eller en tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.*

Zoonoser smitter ofte begge veje, men der kan være situationer, hvor sygdommen alene smitter den ene vej, - fx fra mennesker. En sådan "envejs"-zoonose vil ikke kunne blive "alment farlig", da definitionen herfor er baseret på en række øvrige kriterier, fx trussel mod folkesundheden mv., jf. §2. stk.3.

God weekend, når du kommer så langt.

Bh
Simon

Fra: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>
Sendt: 1. oktober 2020 17:33
Til: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>
Cc: covidsundhed <covidsundhed@SST.DK>
Emne: SV: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Kære Simon

I lovforslaget har vi på baggrund af jeres notat skrevet, at der ved en smitsom sygdom forstås en sygdom eller en tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.

Vi er nu blevet spurgt, om det også gælder sygdomme, som kun smitter fra, men ikke til mennesker?

Vil du undersøge det nærmere? Gerne et svar så hurtigt som muligt.

Med venlig hilsen

Frederik Rechenback Enelund
Specialkonsulent

Sundhedsjura

Mobil: 20 22 03 91

Mail: fre@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



Fra: Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>

Sendt: 30. september 2020 12:32

Til: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>

Cc: covid sundhed <covidsundhed@SST.DK>; Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Marlene Øhrberg Krag <mahk@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Charlotte Beierholm Olsen <CBO@SUM.DK>; Annette Baun Knudsen <ANBK@sum.dk>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>

Emne: SV: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Kære Frederik / SUM

Hermed Sundhedsstyrelsens bemærkninger til udkast til ny epidemilov.

Beklager det forsinkede bidrag.

Bh
Simon

Simon Feldbæk Peitersen

Chefkonsulent

T (dir) +45 30 71 73 65

sifp@sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Evidens, uddannelse og beredskab

T +45 72 22 74 00

sst@sst.dk



Fra: Frederik Rechenback Enelund <fre@sum.dk>

Sendt: 29. september 2020 03:24

Til: STPS <stps@stps.dk>; Helle Borg Larsen <hbr@stps.dk>; Suzanne Camilla Lund Hansen <suha@stps.dk>; Anette Lykke Petri <alp@stps.dk>; stpk@stpk.dk; Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse <SST@SST.DK>; covid sundhed <covidsundhed@SST.DK>; Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Simon Feldbæk Peitersen <SIFP@SST.DK>; Helene Bilsted Probst <hpr@SST.DK>; Marlene Øhrberg Krag <mahk@SST.DK>; Dan Brun Petersen <dabp@SST.DK>; Sigrid Paulsen <SPA@SST.DK>; Bolette Søborg <boso@SST.DK>; Stine Ulendorf Jacobsen <suja@SST.DK>; Hanne Vibjerg <havi@SST.DK>; tg@ssi.dk; Lizzi Krarup Jakobsen <LIKJ@stpk.dk>; serum@ssi.dk

Emne: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Prioritet: Høj

Kære alle

Hermed version af vores udkast til en ny epidemilov, som netop er sendt i præhøring i andre ministerier, og som vi skal anmode om jeres bemærkninger til.

Frist: tirsdag den 29/9 kl. 18. Beklager den ualmindeligt korte frist.

Med venlig hilsen

Frederik Rechenback Enelund

Specialkonsulent

Sundhedsjura

Mobil: 20 22 03 91

Mail: fre@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk



Fra: Frederik Rechenback Enelund

Sendt: 29. september 2020 03:15

Til: 'anlau@fm.dk' <anlau@fm.dk>; 'lnb@em.dk' <lnb@em.dk>; 'briwes@fm.dk' <briwes@fm.dk>; 'mfvm@mfvm.dk' <mfvm@mfvm.dk>; 'tebi@mfvm.dk' <tebi@mfvm.dk>; 'kum@kum.dk' <kum@kum.dk>; 'slu@kum.dk' <slu@kum.dk>; 'uvm@uvm.dk' <uvm@uvm.dk>; 'cecilie.brokner@uvm.dk' <cecilie.brokner@uvm.dk>; 'uim@uim.dk' <uim@uim.dk>; 'hsa@uim.dk' <hsa@uim.dk>; 'bm@bm.dk' <bm@bm.dk>; 'snr@bm.dk' <snr@bm.dk>; 'trm@trm.dk' <trm@trm.dk>; 'tjo@trm.dk' <tjo@trm.dk>; 'ufm@ufm.dk' <ufm@ufm.dk>; 'jzs@ufm.dk' <jzs@ufm.dk>; 'km@km.dk' <km@km.dk>; 'Pernille Esdahl' <PE@KM.DK>; 'mdr@sim.dk' <mdr@sim.dk>; 'mve@sim.dk' <mve@sim.dk>; 'hbt@sim.dk' <hbt@sim.dk>; 'Camilla Marta Giordano' <cmg@jm.dk>; 'Mads Møller Langtved' <mml@jm.dk>; 'alj@jm.dk' <alj@jm.dk>;

'Julie Kiilerich (DEP) (EM-DEP)' <jlk@em.dk>; 'Anders Thusgaard (EM-DEP)' <ath@em.dk>; 'bgn@sim.dk' <bgn@sim.dk>; 'Lea Torpegaard Kvistgaard (EM-DEP)' <leakvi@em.dk>; Rikke Regitze Nielsen <riren@fm.dk>; 'arp@trm.dk' <arp@trm.dk>

Cc: Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Charlotte Beierholm Olsen <cbo@sum.dk>; Kirstine F. Hindsberger <kfh@sum.dk>; Annette Baun Knudsen <anbk@sum.dk>; Katrine Bisballe <katb@sum.dk>; Sven Erik Bukholt <seb@sum.dk>; Camilla Rosengard Villumsen <crv@sum.dk>

Emne: Udkast til ny epidemilov - frist tirsdag den 29/9 kl. 18.

Prioritet: Høj

Kære alle

Jeg fremsender hermed vedhæftet foreløbigt udkast til forslag til en ny epidemilov, som vi skal bede om jeres kommentarer og bemærkninger til.

Jeg skal på forhånd beklage, at der fortsat i udkastet er en række udeståender, herunder afsnit, der endnu ikke er færdige, ligesom der flere steder forekommer henvisninger m.v., der afventer at blive opdateret.

Vi har i udkastet forsøgt med kommentarbobse at udpege, hvilke bestemmelser de enkelte ministerier efter vores umiddelbare opfattelse bør fokusere på.

I er naturligvis velkomne til at ringe, hvis I har spørgsmål.

Udkastet skal i offentlig høring allerede på onsdag den 30. september, hvorfor Sundheds- og Ældreministeriet allerede skal anmode om jeres bemærkninger inden **tirsdag den 29/9 kl. 18.**

Beklager den ualmindeligt korte frist.

Med venlig hilsen

Frederik Rechenback Enelund

Specialkonsulent

Sundhedsjura

Mobil: 20 22 03 91

Mail: fre@sum.dk

Sundheds- og Ældreministeriet • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk

