

2026-08-31

Dnr Komm2026/00264

Er referens: S2026/00764
Socialdepartementet
103 33 Stockholm**Remissvar Ett smittskydd för framtiden (SOU 2026:25)**

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Rådet kommenterar förslag av särskild betydelse utifrån detta perspektiv.

Sammanfattning

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) tillstyrker i huvudsak de förslag som läggs fram i slutbetänkandet Ett smittskydd för framtiden (SOU 2026:25). Rådet ser positivt på att flera av förslagen innebär en tydligare utgångspunkt i frivillighet och respekt för den enskildes integritet och att rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler stärks, bland annat förslaget att informationsplikten vid hiv i samband med sex tas bort.

Smer vill samtidigt, i linje med rådets remissvar över utredningens delbetänkande *Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48)*, betona att förslaget om att Folkhälsomyndigheten i undantagsfall ska kunna besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens beslut aktualiserar samma behov av etisk beredskap och etisk kompetens som rådet tidigare lyft. Sådana beslut kommer alltid att behöva fattas under tidspress och med ett ofullständigt faktaunderlag, vilket ställer krav på en förstärkt etisk beredskap på alla nivåer i samhällsorganisationen.

Smer håller fast vid sin rekommendation att regeringen vidtar åtgärder för att säkerställa den etiska beredskapen, och att detta beaktas i den fortsatta beredningen av smittskyddslagstiftningen.

Inledning

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har beretts möjlighet att lämna synpunkter på betänkandet Ett smittskydd för framtiden (SOU 2026:25). Rådet välkomnar betänkandet och de förslag som läggs fram. Utredningen har gjort ett gediget arbete och välavvägda bedömningar, i linje med det arbete som redovisades i utredningens delbetänkande.

Smer yttrade sig den 1 september 2025 över utredningens delbetänkande Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48, Dnr Komm2025/00501). Rådet framhöll då att svåra avvägningar mellan olika värden alltid kommer att behöva göras vid framtida pandemier och annan omfattande smittspridning, i många fall under tidspress och med ett ofullständigt faktaunderlag, och att detta kräver en förstärkt etisk beredskap på alla nivåer i samhällsorganisationen för att besluten ska vara legitima och välgrundade. De synpunkter som lämnas nedan ska läsas mot denna bakgrund.

Smer framför synpunkter på delar av betänkandet nedan.

Kap. 3 En flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar och 3.1 Kostnadsfrihet, subventioner och patientavgifter

Smer ser positivt på att kostnadsfrihet ska kunna omfatta fler sjukdomar än de allmänfarliga, då detta kan bidra till en mer jämlik tillgång till testning, vård och behandling oavsett diagnos. Rådet vill samtidigt understryka att tröskeln för att söka vård vid misstänkt smittsam sjukdom bör vara låg, och att detta i sig är ett starkt skäl för att pröva en utvidgad kostnadsfrihet.

En sådan utvidgning väcker dock frågor som utredningen inte fullt ut behandlar. Så snart kostnadsfrihet föreslås omfatta sjukdomar utöver de allmänfarliga aktualiseras frågan om hur subventioner för smittsamma sjukdomar förhåller sig till andra sjukdomsgrupper som är minst lika angelägna för folkhälsan eller den enskilda individen. Ett sådant förslag måste därför vägas mot de etablerade principerna för prioritering inom hälso- och sjukvården, och inte bedömas isolerat inom ramen för smittskyddet. Smer anser att denna avvägning inte är tillräckligt utvecklad i betänkandet, vilket möjligen ligger utanför utredningens uppdrag men som enligt rådets mening bör belysas närmare innan en sådan utvidgning genomförs. Om kostnadsfriheten ska omfatta fler sjukdomar än de allmänfarliga bör detta därför föregås av en bredare analys som inte

begränsas till smittsamma sjukdomar, utan sätter förslaget i relation till prioriteringsprinciperna i stort.

Rådet vill vidare, i linje med de synpunkter Smer förde fram i sitt remissvar över delbetänkandet om proportionalitetsprincipens tillämpning, framhålla att en bedömning som är proportionerlig på samhällsnivå inte med nödvändighet är rättvis i sin fördelning mellan olika grupper. Den föreslagna årliga översynen bör därför uttryckligen omfatta en analys av vilka grupper som gynnas respektive missgynnas av en viss klassificering, och inte förutsätta att en aggregerad proportionalitetsbedömning automatiskt fångar sådana fördelningseffekter.

Kap. 4 Utredningens överväganden om informationsplikt vid hiv

Smer tillstyrker utredningens förslag att informationsplikten vid hiv inte längre ska gälla i samband med sex. Rådet delar bedömningen att lagstiftningen bör spegla den faktiska smittrisen och den medicinska utvecklingen, och att en skyldighet att röja privata uppgifter om sin hälsa utgör ett långtgående ingrepp i den personliga integriteten som förutsätter att åtgärden faktiskt fyller sitt syfte. Att endast en mindre andel av de som lever med känd hivdiagnos i dag bedöms kunna överföra smitta vid sex, och att utredningen inte kan visa att informationsplikten haft en påtaglig effekt på smittspridningen, talar för att kravet på handling bör riktas mot råd, stöd och behandling snarare än mot en generell upplysningsskyldighet.

Rådet vill samtidigt framhålla att förslaget bör åtföljas av tydlig information till berörda patientgrupper och hälso- och sjukvårdspersonal om skälen till förändringen, så att avskaffandet av informationsplikten inte felaktigt uppfattas som att smittskyddsfrågan har blivit mindre angelägen. Att informationsskyldigheten tas bort innebär inte att den enskildes skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra från smittrisk upphör. Att motverka den stigmatisering som beskrivs i betänkandets inledning bör vara en uttalad del av genomförandet.

Smer har i flera olika publikationer skrivit om behandling av känsliga hälsouppgifter. Till exempel i skriften *Kort om Hälso- och sjukvårdspersonal* (Smer 2022:4), lyfts hiv fram som exempel på en särskilt känslig kategori av hälsouppgifter. Rådet konstaterade där att spridning av sådana uppgifter kan medföra allt från omgivningens missaktning till stigmatisering, diskriminering och utstötning, och personlig integritet kan ses som en rätt att kontrollera vem

som får tillgång till information om sig själv, vilket inkluderar rätten att kunna undanhålla information om sig själv från andra. Att avskaffa en lagstadgad skyldighet att röja denna typ av uppgifter för sexpartners ligger väl i linje med detta synsätt, och med den etiska vikt Smer sedan tidigare tillmäter skyddet för känslig hälsoinformation.

Kap. 5 Ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda

Smer tillstyrker den övergripande inriktningen i kapitel 5, som innebär att smittskyddslagens utgångspunkt i frivillighet förtydligas och att tvingande förhållningsregler ska vara en sistahandsåtgärd som endast används när medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde. Denna inriktning ligger väl i linje med den etiska princip om respekt för autonomi som Smer återkommande betonat, och med proportionalitetsprincipen i dess grundläggande betydelse: att en ingripande åtgärd endast bör användas när en mindre ingripande åtgärd inte räcker.

Rådet ser även positivt på att rättssäkerheten stärks genomgående i kapitlet, genom krav på individuell utformning, motivering, dokumentation och regelbunden omprövning av beslutade förhållningsregler. Smer tillstyrker utredningens delförslag i kapitlet.

5.4 En möjlighet för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler bör inte tas bort. Smer tillstyrker bedömningen. Att behålla möjligheten att meddela förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom är rimligt av smittskyddsskäl, samtidigt som kravet på att råd i samförstånd ska prövas först säkerställer att autonomiprincipen och proportionalitetsprincipen får genomslag i den praktiska tillämpningen.

5.5 Rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler behöver stärkas. Smer tillstyrker bedömningen. Rättssäkerhet är en förutsättning för att beslut som inskränker den enskildes frihet ska vara legitima, och de brister i tillämpningen som utredningen redovisar visar att ett förtydligande behövs.

5.6 Förhållningsregler ska endast ges när råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde. Smer tillstyrker förslaget. Det konkretiserar principen om den minst ingripande åtgärden och innebär att tvingande inslag i smittskyddsarbetet förbehålls de fall där de faktiskt behövs.

5.7 Förhållningsregler ska vara individuellt utformade. Smer tillstyrker förslaget. Ett krav på individuell utformning motverkar schablonmässig tillämpning och säkerställer att ingreppet i den enskildes liv inte blir mer omfattande än vad som är motiverat i just hans situation.

5.8 Förhållningsregler kan vara tidsbegränsade eller gälla tills vidare. Smer tillstyrker förslaget. Att giltighetstiden ska bedömas i varje enskilt fall säkerställer att en inskränkning inte varar längre än vad som är nödvändigt, i linje med kapitlets grundläggande avvägning mellan smittskyddsintresset och ingripandegraden i den enskildes liv.

5.9 Särskilda bestämmelser om regelbundna överväganden och omprövning av förhållningsregler. Smer tillstyrker förslaget, och vill särskilt lyfta fram det som ett av kapitlets viktigaste rättssäkerhetsförslag. Kravet på att den behandlande läkaren minst årligen ska pröva om förhållningsreglerna fortfarande behövs, tillsammans med patientens rätt att begära omprövning hos smittskyddsläkaren, säkerställer att integritetsintrånget inte består längre än vad smittskyddsintresset motiverar.

5.10 Förhållningsregler ska ges såväl muntligt som skriftligt och journalföras. Smer tillstyrker förslaget. Krav på skriftlighet, motivering och information om möjligheten till omprövning och överklagande är grundläggande förutsättningar för att den enskilde ska kunna förstå och vid behov ifrågasätta ett beslut som begränsar hans eller hennes frihet.

5.11 Informationsplikten ska tas bort men en skyldighet att informera kan ges som en förhållningsregel i vissa fall. Smer tillstyrker förslaget. Att gå från en generell, lagstadgad skyldighet till en möjlighet som förutsätter en individuell prövning av behovet minskar risken för att skyldigheten tillämpas mer ingripande än vad smittskyddet kräver.

5.12 Justeringar bör göras av de moment som kan ges som förhållningsregler. Smer tillstyrker förslaget, och ser särskilt positivt på att en skyldighet att informera andra endast ska kunna ges när ett anpassat beteende inte bedöms tillräckligt. Rådet välkomnar också att en sådan informationsskyldighet inte ska kunna avse sexuella kontakter vid sexuellt överförbara sjukdomar: en skyldighet att röja sin diagnos i en sexuell relation är ett särskilt långtgående ingrepp i den personliga integriteten, riktat mot ett redan starkt stigmatiserat sjukdomsområde, och riskerar dessutom att avskräcka från testning och öppenhet snarare än att bidra till minskad

smittspridning. Att informationsskyldigheten tas bort innebär inte att den enskildes skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk upphör. Smer bedömer att skyddet för den potentiellt exponerade personen i första hand bör tillgodoses genom åtgärder som direkt minskar risken för smittöverföring, snarare än genom en skyldighet att röja uppgifter om den egna hälsan. Rådet bedömer sammantaget att den föreslagna regleringen innebär en rimlig avvägning mellan smittskyddsintresset och den enskildes integritet.

5.13 Bestämmelserna om efterlevnaden av förhållningsregler ska vara kvar. Smer tillstyrker bedömningen och förslaget. Att den behandlande läkarens anmälningsskyldighet förtydligas till att inte gälla när läkaren själv kan ge patienten det stöd som krävs innebär en rimlig avvägning mellan smittskyddets krav och en vård- och stödinriktad, snarare än bestraffande, hållning gentemot patienten.

5.14 Det ska framgå av smittskyddslagen att den enskilde har rätt till råd och stöd. Smer tillstyrker förslaget och vill särskilt understryka dess betydelse. Att uttryckligen formulera detta som en rättighet för den enskilde, snarare än enbart en skyldighet för läkaren, flyttar tyngdpunkten mot stöd och samförstånd och är väl förenligt med den humanistiska människosyn som ska bära upp smittskyddslagstiftningen.

5.16 Bestämmelsen om smittbärarersättning behöver justeras. Smer tillstyrker förslaget och vill betona att det är ett viktigt rättvisekrav. Om även den som följer medicinska och praktiska råd, och inte enbart den som meddelas formella förhållningsregler, kan avstå från förvärvsarbete utan att förlora sin ersättning, motverkas en situation där reformens inriktning mot frivillighet annars riskerat att straffa den som frivilligt anpassar sitt beteende.

5.17 Några förändringar av den enskildes medverkan vid läkarundersökning och smittspårning föreslås inte. Smer tillstyrker bedömningen. Denna skyldighet syftar till att fastställa smittsamhet snarare än att bestraffa den enskilde, och en fortsatt reglering på denna punkt är proportionerlig och motiverad av smittskyddsintresset.

Kap. 6 Rikskod och den samlade integritetsskyddsanalysen

Smer har ingen invändning mot bedömningen att rikskod inte längre är en ändamålsenlig ordning, och delar uppfattningen att frågan bör hanteras i

samband med den kommande översynen av personuppgiftsbehandlingen i Sminet.

Kap. 7.1.8 Folkhälsomyndighetens extraordinära beslutsbefogenheter

Smer tillstyrker förslaget att Folkhälsomyndigheten i undantagsfall ska kunna besluta om hälsokontroll, karantän och avspärrning i avvaktan på regeringens beslut, som ett nödvändigt komplement till den författningsberedskap rådet redan kommenterat i sitt remissvar över delbetänkandet. Rådet vill dock på nytt understryka att just den här typen av beslut – frihetsinskränkande åtgärder som måste fattas skyndsamt, under osäkert kunskapsläge och innan den ordinarie demokratiska prövningen hunnit ske – är precisa exempel på de situationer där en förstärkt etisk beredskap gör störst skillnad.

Smer vidhåller därför sin rekommendation från remissvaret över delbetänkandet: att etisk beredskap integreras i den nationella pandemistrategin, att den etiska kompetensen stärks på nationell, regional och lokal nivå, och att en lämplig instans får i uppdrag att ta fram etisk vägledning eller ett verktyg för etisk analys som kan användas vid den typ av snabba, proportionalitetskänsliga beslut som nu föreslås kunna fattas av Folkhälsomyndigheten. Ett sådant stöd bör även omfatta hur grunderna för besluten kommuniceras till allmänheten på ett transparent och förtroendeskapande sätt.

Kap. 8 Förslagets förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter och barns rättigheter

Smer delar utredningens samlade bedömning att förslagen är förenliga med grundläggande fri- och rättigheter. Rådet vill särskilt lyfta fram och välkomna den genomarbetade barnrättighetsanalysen i avsnitt 8.3 och 8.5. Att utredningen redovisar hur många barn som årligen berörs, tydliggör vårdnadshavarens ansvar, understryker att förhållningsregler mot barn ska användas med särskild försiktighet och alltid anpassas efter barnets ålder och mognad, samt bedömer att detta säkerställs genom smittskyddslagens bestämmelse om barnets bästa, ger enligt Smers uppfattning ett gott stöd för att barnperspektivet kommer att kunna tillgodoses vid tillämpningen av de förslag som lämnas i kapitel 5.

Rådet vill dock, mot bakgrund av synpunkterna i kap. 5 och 7.1.8 ovan, framhålla att en rättslig förenlighetsbedömning behöver kompletteras med

en etisk analys av de värdekonflikter som uppstår i den praktiska tillämpningen, särskilt vid proportionalitetsbedömningar som görs under tidspress. Detta var kärnan i den rekommendation Smer lämnade i sitt remissvar över delbetänkandet och som rådet menar alltså är giltig.

Avslutande kommentar

En stark etisk beredskap är lika central som materiell och organisatorisk beredskap. De förslag som nu läggs fram i slutbetänkandet innebär flera välkomna steg mot ett smittskydd som i högre grad utgår från frivillighet, proportionalitet och respekt för den enskildes integritet. Samtidigt kvarstår, precis som Smer framhöll i sitt remissvar över delbetänkandet, att svåra värdekonflikter alltid kommer att behöva hanteras i praktiken – inte minst vid de skyndsamma beslut som nu föreslås kunna fattas av Folkhälsomyndigheten. Genom att systematiskt förbereda för sådana avvägningar kan samhället fatta mer legitima, rättvisa och välgrundade beslut vid nästa kris.

Remissvaret har beslutats per capsulam i augusti 2026. I beslutet har deltagit Sven-Eric Söder (ordförande), Yasmine Bladelius, Åsa Gyberg-Karlsson, Christer Jonsson, Anton Nordqvist, Thomas Ragnarsson och Malin Sjöberg Högrell, samtliga ledamöter i rådet. Rådets sakkunniga Lilas Ali, Anders Castor, Göran Collste, Niklas Juth, Kerstin Nilsson, Mikael Sandlund, Anna Tunlid, Lena Wahlberg och Kavot Zillén står bakom remissvaret. Per Landgren har reserverat sig mot remissvaret, se reservation i bilagan. Clara Aranda har reserverat sig mot de delar av remissvaret som rör att ta bort informationsplikten vid hiv.

En arbetsgrupp inom Smer bestående av Yasmine Bladelius, Niklas Juth, Åsa Gyberg-Karlsson, Kerstin Nilsson och Mikael Sandlund har bistått sekretariatet i beredningen av ärendet. Lotta Eriksson, huvudsekreterare, har varit föredragande.

För rådet,

Sven-Eric Söder
Ordförande
Statens medicinsk-etiska råd

Bilaga

Reservation

Statens medicinskt etiska råd (Smers) har i augusti 2026 beslutat om ett remissvar till den offentliga utredningen *Ett smittskydd för framtiden* (SOU 2026:25). Följande text utgör min, dvs. Per Landgrens, reservation mot Smers remissvar.

Sammanfattande inledning

Jag delar utredningens och Smers uppfattning att smittskyddet så långt möjligt bör bygga på frivillig medverkan, råd och stöd och att ingripanden mot den enskilde inte ska vara mer långtgående än vad som är nödvändigt med hänsyn till den konkreta smittrisen. Jag välkomnar också förslagen om stärkt rättssäkerhet, individuellt utformade förhållningsregler och regelbunden omprövning av sådana regler.

Jag kan däremot inte ställa mig bakom Smers tillstyrkande av den föreslagna omläggningen av informationsskyldigheten, eftersom den kategoriskt skulle utesluta möjligheten att meddela informationsskyldighet vid sexuella kontakter för sexuellt överförbara sjukdomar även när en konkret och beaktansvärd smittrisk föreligger. Min invändning gäller såväl den etiska analysen som vissa av de empiriska och normativa premisser som läggs till grund för slutsatsen.

Utredningens och Smers bristfälliga etiska analyser

Min huvudsakliga invändning gäller en grundläggande asymmetri i såväl utredningens som Smers etiska analys. Den redan smittade personens autonomi, personliga integritet, intresse av frivillighet och risk för stigmatisering ges betydande utrymme, medan den person som kan utsättas för smitta inte ges en motsvarande plats i analysen.

Vid en konkret sexuell smittrisk finns minst två moraliska subjekt, inte ett. Den potentiellt exponerade personen har samma människovärde och legitima anspråk på autonomi och kroppslig integritet som den smittade. Därtill kommer intresset av att skyddas mot skada som kan undvikas. Om en person saknar kännedom om en konkret och beaktansvärd smittrisk saknar

han eller hon också möjlighet att självständigt ta ställning till om risken ska accepteras och vilka försiktighetsåtgärder som bör vidtas.

Det är därför enligt min mening otillräckligt när Smer beskriver frågan som en avvägning mellan ”smittskyddsintresset och den enskildes integritet”. På den andra sidan står inte endast ett abstrakt samhälleligt smittskyddsintresse. Där kan finnas en konkret människa som kan utsättas för risker som bara en part känner till. Den etiska konflikten gäller således också autonomi visavi autonomi och personlig integritet visavi personlig integritet.

En skyldighet att informera en sexpartner om en känslig diagnos är otvivelaktigt ett betydande ingrepp i den smittades personliga integritet. Att rättsligt begränsa en människas handlingsfrihet för att skydda någon annan kräver starka skäl, och proportionalitetsprincipen måste därför upprätthållas. Men detta konstaterande kan inte ensamt avgöra proportionalitetsbedömningen. Ingreppet måste vägas mot den potentiellt exponerade personens hälsa, kroppsliga integritet och möjlighet att fatta ett informerat beslut om sitt eget risktagande. Utan en sådan tvåsidig analys kan avvägningen enligt min mening inte betraktas som en fullständig medicinsk-etisk proportionalitetsbedömning.

Jag noterar att det även i Smers diskussion inför ställningstagandet, med anledning av de synpunkter jag framfört på remissförslaget, har medgetts att utredningens etiska resonemang om ”den andre” hade kunnat vara tydligare och att den potentiellt exponerade personens möjlighet att själv välja vilka risker han eller hon vill utsätta sig för är en relevant aspekt. För mig är detta emellertid inte endast en fråga om hur utförligt argumentationen redovisas. Om en av de båda berörda personernas autonomi, kroppsliga integritet och möjlighet att fatta informerade beslut inte ges motsvarande plats i analysen påverkar det själva proportionalitetsbedömningen. Man kan enligt min mening inte konstatera att en väsentlig sida av den etiska avvägningen är otillräckligt analyserad och därefter utan ytterligare analys förutsätta att avvägningen ändå leder till rätt slutsats. Under rådets beredning har denna brist också uppmärksamrats, utan att det har föranlett någon kompletterad etisk analys eller förändring av rådets ställningstagande.

Det är också betydelsefullt att den potentiellt exponerade personens möjlighet att själv ta ställning till smittrisker uttryckligen hörde till motiven bakom den nuvarande regleringen. Utredningen redovisar denna

utgångspunkt när den refererar till den tidigare utredningen SOU 1999:51: ”För att även den osmittade personen ska kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i vilka förhållandena som råder” (s. 160). Samma perspektiv lyfts också fram i regeringens tilläggsdirektiv till den nu aktuella utredningen. Där konstaterar regeringen att ”bestämmelser om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen tillkom bl.a. för att säkerställa likabehandling och rättssäkerhet”. Vidare framhålls särskilt att informationsplikten har inneburit att ”sexualpartner har fått möjlighet att ta ställning till risken för smittspridning” (dir. 2024:88, s. 2).

Sårbarhet, kunskapsasymmetri och skyddet för den svagare

Den föreslagna ansvarsfördelningen behöver enligt min mening dessutom analyseras ur ett rättvise- och sårbarhetsperspektiv.

Föreställningen att ”var och en får ta ansvar för sig själv” kan framstå som autonomiframjande, men förutsätter i praktiken att de berörda har tillräcklig och någorlunda likvärdig kunskap och faktisk möjlighet att skydda sig. Så behöver inte vara fallet. Redan den omständigheten att den ena personen känner till sin infektion och en möjlig smittrisk medan den andra inte gör det skapar en kunskapsasymmetri.

Därtill kan sexuella relationer präglas av olika former av beroende, utsatthet och maktasymmetri. Människor har olika möjligheter att kräva skydd, avstå från en sexuell relation eller på annat sätt värna sina intressen. Ett ökat krav på att var och en ska skydda sig själv kan därför få särskilda konsekvenser för den svagare parten.

Smittskyddslagstiftningen har inte endast betydelse för den person som bär på en infektion utan också en skyddsfunktion för andra människor. Ett medicinskt-etiskt råd som Smer bör därför enligt min mening analysera inte bara hur den smittades frihet kan ökas utan också hur en förändrad ansvarsfördelning påverkar personer som är särskilt sårbara.

Det är inte tillräckligt att hänvisa till att livet i ett samhälle alltid innebär risker för andra människors hälsa. Det avgörande här är en mer specifik situation: den ena personen kan känna till en konkret smittrisk som den andra personen saknar kännedom om och därför inte fullt informerat kan ta ställning till. Denna kunskapsasymmetri är i sig etiskt relevant eftersom den påverkar parternas faktiska möjligheter att fatta autonoma beslut.

Hiv och andra sexuellt överförbara infektioner måste hållas isär

Den medicinska utvecklingen beträffande hiv har på ett grundläggande sätt förändrat proportionalitetsbedömningen. Vid verifierad och bibehållen välinställd behandling föreligger inte någon risk för sexuell överföring. När någon inte kan överföra hiv sexuellt finns därför mycket starka skäl mot en informationsskyldighet som enbart innebär att en känslig diagnos måste röjas.

Detta bör sägas tydligt. Min reservation innebär inte något ifrågasättande av den väl belagda principen $U = U$ (*undetectable = untransmittable*).

Den medicinska situationen behöver emellertid beskrivas med precision. Utredningen skriver själv i sammanfattningen att personer som diagnostiseras ”efter några månader med effektiv sådan behandling inte längre [kan] överföra viruset vid sex”. Behandlingens insättande är alltså inte detsamma som att sexuell smittrisk omedelbart har upphört. Den relevanta gränsen går vid att tillräcklig virussuppression har uppnåtts och verifierats.

Förutsättningarna för en välinställd behandling måste dessutom bestå. Virussuppression förutsätter behandlingsfölsamhet och medicinsk uppföljning. Behandlingsavbrott eller bristande fölsamhet kan medföra att virusnivån åter stiger; behandlingssvikt och resistens kan också medföra att avsedd virussuppression inte föreligger. Det är därför viktigt att skilja mellan att behandling har ordinerats eller påbörjats och att patienten faktiskt och fortlöpande uppfyller de medicinska förutsättningarna för att sexuell överföring inte kan ske.

Utredningen uppskattar själv att drygt två procent av dem i Sverige som känner till sin hivdiagnos kan vara smittsamma vid sex. Att denna grupp är liten är ett starkt argument mot en generell informationsskyldighet för personer med hiv. Men det besvarar inte frågan hur just den mindre grupp för vilken en faktisk smittrisk kvarstår ska hanteras.

Man måste således hålla isär två situationer. För den stora majoriteten av personer med känd hivinfektion som genom välinställd behandling inte kan överföra viruset sexuellt saknas smittskyddsskäl för informationsskyldighet vid sex. För den mindre grupp som ännu inte uppnått verifierad virussuppression, eller av något skäl inte längre uppfyller förutsättningarna för en välinställd behandling, kan en faktisk smittrisk däremot föreligga.

Den etiska och rättsliga kärnfrågan är därför inte om personer med välinställd hivbehandling utan sexuell smittrisk enligt smittskyddslagstiftningen ska vara skyldiga att informera en sexpartner. Det starka medicinska underlaget talar mot en sådan skyldighet. Frågan är varför möjligheten till informationsskyldighet kategoriskt ska uteslutas också i situationer där personen känner till sin hivinfektion och en faktisk och beaktansvärd risk för sexuell smittoöverföring fortfarande föreligger.

Än mindre följer det av utvecklingen beträffande hiv att samma slutsats utan vidare kan generaliseras till andra sexuellt överförbara allmänfarliga infektioner, exempelvis syfilis och gonorré.

Utredningen vill behålla möjligheten att meddela förhållningsregler om beteenden som minimerar smittrisen, även beträffande sexuella kontakter. Det aktualiserar emellertid en etiskt avgörande distinktion: att minimera en risk är inte nödvändigtvis detsamma som att eliminera den. Om en beaktansvärd smittrisk kvarstår aktualiseras därför frågan vem som ska få avgöra om denna risk är acceptabel. En etiskt symmetrisk analys måste också beakta den potentiellt exponerade personens anspråk på att själv kunna ta ställning till den risk som han eller hon utsätts för.

Frånvaro av visad effekt är inte visad frånvaro av effekt

Jag finner också det empiriska resonemanget om informationsplikens preventiva betydelse otillräckligt för den kategoriska slutsats som dras.

Att det inte har kunnat visas att informationsplikten haft en påtaglig effekt på smittspridningen är inte detsamma som att det har visats att informationsplikten saknar sådan effekt. Informationsplikens självständiga kausala effekt är dessutom synnerligen svår att isolera från effekterna av behandling, testning, smittspårning, sexualvanor och andra preventiva åtgärder. Utredningen uppmärksammar själv denna metodologiska svårighet när internationella jämförelser diskuteras.

Problemet blir särskilt tydligt beträffande hiv. Om omkring 98 procent av personer med känd hivinfektion inte kan överföra infektionen sexuellt och flertalet av de återstående frivilligt handlar ansvarsfullt, återstår en mycket liten grupp där den rättsliga informationsskyldigheten över huvud taget skulle kunna göra en självständig skillnad. Även om informationsplikten

skulle förhindra smittöverföring i några sådana fall kan effekten vara alltför liten för att kunna identifieras i den nationella incidensen.

Frånvaro av påvisad effekt kan därför återspegla svårigheten att mäta effekten lika väl som frånvaro av effekt. Man bör naturligtvis inte sammanblanda “absence of evidence” med “evidence of absence”.

Samma krav på evidens måste emellertid tillämpas symmetriskt. Utredningen och Smers yttrande åberopar att informationsskyldigheten kan avskräcka från testning och öppenhet. Det är en relevant möjlighet och bör undersökas. Men utredningens egen enkät ger endast ett begränsat stöd för hur stor denna effekt är: två av 46 redovisade svar om varför hivtestning inte skett tidigare hänvisade till smittskyddslagens förhållningsregler och informationsplikt. Detta visar att faktorn kan förekomma men ger inte i sig underlag för att bestämma dess betydelse på populationsnivå.

Det vore en evidentiell asymmetri om en möjlig negativ effekt av informationsplikten tillmäts betydande vikt trots begränsat empiriskt stöd, samtidigt som en möjlig preventiv effekt av samma plikt avvisas därför att den inte har kunnat beläggas epidemiologiskt.

Detsamma gäller antagandet att betydligt färre bindande förhållningsregler kan användas utan att skyddet mot smittspridning försämras. Om evidens med rätta krävs för ett ingrepp i den smittades autonomi bör motsvarande krav på empiriskt underlag ställas när man bedömer att ett minskat rättsligt skydd inte medför någon relevant riskökning för andra.

Frivillighet och rättsliga skyldigheter är inte motsatser

Jag delar utredningens humanistiska utgångspunkt att människor i allmänhet vill undvika att smitta andra och att smittskyddet så långt möjligt ska bedrivas i samförstånd med den enskilde. Jag ifrågasätter däremot vilken normativ slutsats som kan dras av denna människosyn.

Att någon rättslig informationsskyldighet inte föreligger hindrar naturligtvis inte att den behandlande läkaren, när det är relevant, kan ge råd om frivillig information till en partner. Sådan rådgivning bör hållas isär från frågan om när information kan göras till en rättsligt bindande förhållningsregel.

Rättsordningen behöver inte göra varje mellanmänniskt ansvar till en särskild rättslig skyldighet för att erkänna och stödja det ansvar människor

har för varandra. Ett sådant generellt ansvar kommer redan till uttryck i 2 kap. 1 § smittskyddslagen, enligt vilken var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Utredningen föreslår dessutom att bestämmelsen ska formuleras så att var och en genom sådana åtgärder ska ”förhindra spridning av smittsamma sjukdomar”. Lagstiftningen uttrycker därmed ett generellt ansvar utan att för den skull göra varje tänkbar handling som kan följa av detta ansvar till en särskild rättsligt bindande skyldighet.

Samma distinktion är relevant när det gäller information. Att någon bindande informationsskyldighet inte föreligger i en viss situation innebär inte att information mellan människor saknar etisk betydelse. I nära relationer kan öppenhet om en smittsam sjukdom vara motiverad av hänsyn, ansvar och respekt för den andres autonomi även när någon beaktansvärd smittrisk inte föreligger och någon rättslig informationsskyldighet därför inte bör kunna meddelas. Den behandlande läkaren kan därför, när det är relevant, ge individuellt anpassade råd om frivillig information utan att ett sådant råd blir en rättsligt bindande informationsskyldighet.

Detta möjliggör en tydlig normativ gradering. Det generella ansvaret utgör utgångspunkten. Individuellt anpassade råd kan konkretisera hur patienten frivilligt kan ta ansvar i sin situation. En rättsligt bindande informationsskyldighet bör däremot förutsätta den högre tröskeln att en konkret och beaktansvärd smittrisk föreligger och att behandling, anpassat beteende eller andra mindre ingripande åtgärder inte ger tillräckligt skydd. Lagstiftningen kan därmed främja ansvarstagande och frivillighet utan att varje etiskt motiverat handlande görs till en rättslig plikt, samtidigt som möjligheten till en bindande förhållningsregel finns kvar som en subsidiär skyddsåtgärd när den verkligen behövs.

Frivillighet och rättslig reglering är inte motsatser. De allra flesta rättsliga skyldigheter efterlevs frivilligt. Att människor i allmänhet frivilligt vill undvika att skada andra är därför ett starkt argument för återhållsamhet med tvång och andra ingripande åtgärder. Det är däremot inte i sig ett argument för att avskaffa eller begränsa rättsliga skyldigheter som kan ha betydelse just i de undantagsfall där frivilligheten brister.

Smittskyddslagstiftningen behövs inte primärt för de människor som ändå gör allt som krävs för att skydda andra. Dess bindande normer får sin

särskilda betydelse i de situationer där frivillighet, förmåga eller ansvarstagande inte räcker.

Med en realistisk människosyn behöver vi kunna hålla två tankar samtidigt: människor ska bemötas som ansvarstagande moraliska subjekt med förmåga att handla frivilligt och rationellt, men människor kan också av olika skäl handla oaktsamt, impulsivt eller ansvarslöst eller sakna full förmåga att överblicka och styra sitt handlande. Att rättsordningen tar höjd för sådana situationer innebär inte i sig en negativ människosyn. Snarare är erkännandet av både människans förmåga till rationellt och ansvarigt handlande och hennes faktiska sårbarhet och ofullkomlighet förenligt med en humanistisk människosyn, som innebär en tro på människors förmåga att ta ansvar.

Läkarens bedömning måste göras innan risken realiserar

Den föreslagna ordningen innebär vidare att den behandlande läkaren ska avgöra om råd i samförstånd är tillräckliga eller om bindande förhållningsregler behövs. Utredningen anger uttryckligen att förhållningsregler endast ska åläggas den som läkaren bedömer inte frivilligt kommer att anpassa sitt beteende eller vidta de åtgärder som krävs för att minimera smittrisen.

Det innebär att läkaren inte enbart gör en medicinsk bedömning av vilka beteenden som reducerar smittrisen. Läkaren måste också göra en prospektiv bedömning av patientens framtida beteende och följsamhet.

Utredningen är medveten om delar av detta problem. Den anger att tidigare bristande följsamhet, beteende och personliga förhållanden kan vägas in och nämner bland annat psykisk ohälsa och pågående missbruk som omständigheter som kan påverka personens förmåga att vidta behövliga åtgärder.

Problemet försvinner emellertid inte därmed. En professionell prognos som visar sig vara felaktig kan i denna situation upptäckas först sedan en annan människa redan har utsatts för smittrisk. Det är alltså inte bara fråga om huruvida läkaren *kan* göra bedömningen utan också om vilken osäkerhet bedömningen innehåller och vem som bär konsekvenserna om den skulle visa sig felaktig.

Detta aktualiserar skydds-, rättssäkerhets- och likabehandlingsfrågor. Två personer med samma infektion och samma medicinska smittsamhet kan

komma att omfattas av olika rättsliga skyldigheter beroende på läkarens prognos av deras framtida följsamhet. Det kan också bli otydligt för den behandlande läkaren när tröskeln från råd och samförstånd till bindande förhållningsregler har passerats.

Smittskydd, autonomi och rättssystemets skydd för andra

Att rättsligt begränsa en persons autonomi i syfte att skydda en annan person kräver starka skäl, proportionalitet och ett tillräckligt empiriskt underlag. Den principiella utgångspunkten delar jag. Den leder emellertid inte till slutsatsen att informationsskyldighet vid sexuell smittrisk bör vara rättsligt utesluten.

Smittskyddslagen är själv en del av rättsordningen och dess skyddsintresse omfattar andra människor än den smittade. Frågan är därför inte om hälso- och sjukvården utan rättsligt stöd ska inskränka en patients autonomi för tredje mans skull, utan vilka lagreglerade skyldigheter som är proportionerliga när en person känner till en konkret och beaktansvärd risk att genom sitt handlande smitta en annan människa.

Just därför är evidenskravet viktigt. Men det måste, som ovan framhållits, tillämpas symmetriskt. Det räcker inte att kräva evidens för informationsskyldighetens preventiva nytta. Man måste också pröva underlaget för antagandena att informationsskyldigheten medför betydande negativa konsekvenser och att dess avskaffande inte försämrar skyddet för tredje man.

Det finns dessutom en principiell skillnad mellan de allmänna risker för andras hälsa som ofrånkomligen följer av att människor lever tillsammans och en situation där en person har särskild kunskap om en konkret risk som den andre saknar. Det är just denna asymmetri i kunskap, risk och möjlighet att fatta informerade beslut som gör smittskyddssituationen etiskt speciell.

Ett kategoriskt undantag följer inte av argumenten

Jag delar således flera av de premisser som utredningen och Smer åberopar. Informationsskyldighet innebär ett integritetsintrång. Stigmatisering ska motverkas. Frivilliga och mindre ingripande åtgärder ska väljas när de ger ett tillräckligt skydd. Ingen bör vara skyldig att informera om en hivinfektion när verifierad och bibehållen behandling innebär att sexuell överföringsrisk saknas.

Men dessa premisser motiverar enligt min mening restriktivitet, individualisering och proportionalitet. De motiverar inte den kategoriska slutsatsen att informationsskyldighet inte under några omständigheter ska kunna meddelas vid sexuella kontakter för sexuellt överförbara sjukdomar.

Jag finner emellertid att Smers ställningstagande inte fullt ut kan förenas med subsidiaritetsprincipen. Rådet ser särskilt positivt på att informationsskyldighet endast ska kunna meddelas när ett anpassat beteende inte bedöms tillräckligt, men välkomnar samtidigt att informationsskyldighet inte alls ska kunna avse sexuella kontakter vid sexuellt överförbara sjukdomar. Subsidiaritetsprincipen innebär att en mer ingripande åtgärd ska användas först när mindre ingripande åtgärder inte är tillräckliga. Den motiverar därför att informationsskyldigheten görs subsidiär, men inte att den kategoriskt utesluts. Om informationsskyldighet inte får meddelas ens när en konkret och beaktansvärd smittrisk föreligger och ett anpassat beteende eller andra mindre ingripande åtgärder inte ger tillräckligt skydd, har informationsskyldigheten inte reserverats som en sista åtgärd utan utesluts som rättsligt handlingsalternativ.

Utkast till lagtext

4 a kap. 2 § (alternativ lydelse – tillägg)

För den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom får som förhållningsregel meddelas skyldighet att informera en person som riskerar att utsättas för smitta, om den konkreta kontakten innebär en beaktansvärd risk för smittoöverföring.

En sådan skyldighet får meddelas endast om risken inte genom behandling, anpassat beteende eller andra mindre ingripande åtgärder kan nedbringas så att någon beaktansvärd risk inte längre föreligger.

Vid bedömningen ska särskilt beaktas den potentiellt exponerade personens möjlighet att genom information skydda sig mot smitta och själv ta ställning till risken.

Förklarande kommentar till lagförslaget

Denna formulering är diagnosneutral. Den nämner varken hiv, syfilis eller gonorré. **Det är den konkreta smittrisen, inte diagnosen som sådan, som är avgörande för om informationsskyldighet ska kunna meddelas.** Smittskyddslagens syfte är att skydda befolkningen mot smittsamma

sjukdomar samtidigt som den värnar både osmittade och den som bär på en smittsam sjukdom.

Jag motsätter mig inte utredningens strävan efter en mer individualiserad, proportionerlig och rättssäker reglering, utan jag delar uppfattningen att bindande förhållningsregler ska vara subsidiära till råd, stöd, behandling och frivillig medverkan. Min invändning gäller att utredningen går ett steg längre och kategoriskt utesluter möjligheten att meddela informationsskyldighet vid sexuella kontakter för sexuellt överförbara sjukdomar även när en konkret och beaktansvärd smittrisk föreligger och mindre ingripande åtgärder inte ger ett tillräckligt skydd mot smittoöverföring.

Den alternativa ordning jag förordar innebär således en generell, diagnosneutral rättslig princip: när en konkret och beaktansvärd risk för smittoöverföring föreligger ska informationsskyldighet efter individuell bedömning kunna meddelas som förhållningsregel, om mindre ingripande åtgärder inte ger ett tillräckligt skydd. Principen bör gälla oberoende av smittväg och således även vid sexuella kontakter.

Den föreslagna alternativa lagtexten behåller utredningens proportionalitetsprincip men avstår från det kategoriska undantaget. Informationsskyldighet blir inte en generell plikt kopplad till diagnos, utan ett individuellt förhållningsbeslut som endast kan användas när fyra villkor samtidigt är uppfyllda: personen känner till sin allmänfarliga sjukdom, en konkret kontakt innebär beaktansvärd smittrisk, mindre ingripande åtgärder inte ger tillräckligt skydd och information behövs för att den potentiellt exponerade personen ska kunna skydda sig eller fatta ett informerat beslut.

Vid hivinfektion där verifierad och bibehållen virussuppression innebär att någon beaktansvärd sexuell smittrisk inte föreligger kan informationsskyldighet enligt den föreslagna bestämmelsen inte meddelas. Innan sådan virussuppression har uppnåtts och verifierats, eller om förutsättningarna senare inte längre är uppfyllda, bedöms frågan däremot enligt samma generella riskbaserade kriterier som vid andra allmänfarliga sjukdomar.

Skillnaden mellan mitt förslag och den ordning som förordas av såväl utredningen som Smer är därför principiell. Utredningen gör sexuella kontakter till ett absolut undantag från informationsskyldighet. Min föreslagna lydelse gör i stället beaktansvärd smittrisk till det avgörande

rekvisitet. Därmed förenas autonomi, proportionalitet och skyddet för den potentiellt exponerade personen inom samma rättsliga struktur.

Denna lösning ligger också närmare smittskyddslagens grundläggande människosyn, som innebär att värna både den som bär på en smittsam sjukdom och den människa som riskerar att utsättas för smitta. En humanistisk människosyn kräver tillit till människors förmåga att ta ansvar. Men den kan inte innebära att lagstiftningen bortser från de människor som behöver skydd när någon annan inte tar detta ansvar.

Min slutsats

Jag kan mot denna bakgrund inte ställa mig bakom Smers tillstyrkande i de delar jag behandlat ovan. Eftersom beslutet fattas per capsulam lägger jag inte något särskilt yrkande utan redovisar här grunderna för min reservation.

Jag anser inte att en generell informationsplikt ska gälla oberoende av faktisk smittrisk. Skyldigheter inom smittskyddet bör vara individuellt motiverade och proportionerliga samt upphöra när den medicinska grunden för dem inte längre föreligger. Vid exempelvis hivinfektion med verifierad och bibehållen virussuppression, där risk för sexuell överföring inte föreligger, saknas smittskyddsskäl för informationsskyldighet.

Jag anser däremot att möjligheten att efter individuell bedömning meddela informationsskyldighet inte bör vara kategoriskt utesluten vid sexuella kontakter när en konkret och beaktansvärd smittrisk föreligger och mindre ingripande åtgärder inte med tillräcklig säkerhet skyddar den eller de personer som riskerar att exponeras.

Ett kategoriskt avskaffande av denna möjlighet bör enligt min mening förutsätta en fullständig etisk analys där den potentiellt exponerade personen erkänns som ett självständigt moraliskt subjekt, en tillräckligt robust bedömning av de empiriska konsekvenserna och en uttrycklig analys av hur autonomi, sårbarhet, kunskap, ansvar och risk fördelas mellan den smittade, den potentiellt exponerade och samhället.

Den smittades integritet och autonomi ska värnas. Men samma humanistiska människosyn kräver att den människa som riskerar att smittas tillerkänns samma moraliska status. Smittskyddets etiska avvägning måste omfatta dem båda.

Fördelen med den ordning jag föreslår framför utredningens förslag och Smers ställningstagande är att den förenar proportionalitet och minsta möjliga ingripande med en etisk analys som inte bortser från någon av de berörda parterna och samtidigt upprätthåller smittskyddslagstiftningens grundläggande skyddsintresse: att förebygga överföring av smittsamma sjukdomar och värna såväl den som bär på smitta som den som riskerar att utsättas för den.