

# Regeringens proposition

## 2005/06:50

Strategi för ett samordnat arbete mot  
antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar

Prop.  
2005/06:50

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 1 december 2005

*Göran Persson*

*Morgan Johansson*  
(Socialdepartementet)

### Propositionens huvudsakliga innehåll

Regeringen presenterar i denna proposition en strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar. Målet för smittskyddet är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Som ett led i arbetet med att uppnå målet för smittskyddet bör syftet med strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar vara att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människor och djur.

När bakterier eller andra mikroorganismer utvecklats motståndskraft mot antibiotikans effekter kallas det för antibiotikaresistens. Med vårdrelaterade sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården, oavsett vilken vårdgivare som svarar för vården och oavsett om det är patienterna eller den vårdande personalen som drabbas.

Insatserna i strategin har ett tvärsektoriellt angreppssätt och inkluderar insatser inom humanmedicin och veterinärmedicin, ickemedicinsk användning av antibiotika inom jordbruks- och livsmedelssektorn samt insatser för att motverka miljökonsekvenser av antibiotikaanvändning. Strategin har en tydlig koppling till den nationella övergripande folkhälsopolitiken samt till EU-samarbetet och det internationella samarbetet på området.

Vidare lämnas förslag om lagändringar för att motverka uppkomsten och spridningen av vårdrelaterade sjukdomar. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt tandvårdslagen (1985:125) införs krav på att vården skall vara av god hygienisk standard. I smittskyddslagen (2004:168) ges regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen

möjlighet att föreskriva om uppgifter av betydelse för smittskyddet som skall anges i anmälan av anmälningspliktiga sjukdomar. Därtill klargörs smittskyddsläkarens uppgifter beträffande vårdrelaterade sjukdomar.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2006.

Prop. 2005/06:50

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Lagtext.....	6
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)....	7
2.3	Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)	8
3	Ärendet och dess beredning.....	10
4	Bakgrund .....	11
4.1	Antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens...	11
4.2	Vårdrelaterade sjukdomar .....	13
4.3	Rättslig reglering.....	13
4.4	Rapportering av vårdrelaterade sjukdomar.....	15
5	Utgångspunkter.....	16
5.1	Antibiotikaresistens och det övergripande målet för folkhälsopolitiken .....	16
5.2	Arbete mot antimikrobiell resistens inom Europeiska unionen och internationellt .....	19
5.2.1	Arbete mot antimikrobiell resistens inom Europeiska unionen.....	19
5.2.2	Arbete mot antimikrobiell resistens inom Världshälsoorganisationen.....	20
6	Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar .....	21
7	Övervakning av resistens och förskrivning .....	22
7.1	Övervakning av antibiotikaresistens och antibiotikaförskrivning hos människor .....	22
7.2	Övervakning av antibiotikaresistens och antibiotikaförskrivning hos djur och i livsmedel .....	24
8	Förebyggande åtgärder .....	25
8.1	Förebyggande åtgärder inom humanmedicin.....	25
8.1.1	Stärkta krav på god hygienisk standard inom hälso- och sjukvård samt tandvård .....	26
8.1.2	Smittskyddsläkarens uppgifter och anmälningsförfarandet vid sjukdomar som är vårdrelaterade .....	29
8.1.3	Andra förebyggande åtgärder .....	31
8.2	Förebyggande åtgärder inom veterinärmedicin- förebyggande djurhälsoarbete i allmän veterinärinstruktion .....	36
9	Antibiotika som växtskyddsmedel .....	38
10	Antibiotikaresistensmarkörgener.....	39
11	Kunskapsuppbyggnad.....	41
11.1	Översyn av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården samt av mikrobiologiska metoder .....	42

11.2	Översyn av veterinär obduktionsverksamhet.....	43
11.3	Kartläggning av miljöeffekter av antibiotikaanvändning .	44
11.4	Eventuella risker med antibiotika som konserverings- medel i livsmedel .....	46
12	Samverkan inom Europeiska unionen och internationellt.....	47
13	Organisatoriska frågor .....	48
13.1	Smittskyddsinstitutet.....	48
13.2	Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens .....	49
13.3	Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens inom veterinärmedicin och livsmedel .....	50
14	Uppföljning.....	51
15	Ekonomiska konsekvenser .....	52
16	Författningskommentar .....	53
16.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	53
16.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	53
16.3	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	53
Bilaga 1	Utdrag ur Förslag till Svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens .....	55
Bilaga 2	Utdrag ur betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51) .....	74
Bilaga 3	Utdrag ur författningsförslaget och författningskommen- taren i betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51) .....	81
Bilaga 4	Vårdrelaterade infektioner – förslag till lagbestämmelser ....	85
Bilaga 5	Lagrådsremissens lagförslag .....	91
Bilaga 6	Lagrådets yttrande .....	95
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 1 december 2005 ...	96
	Rättsdatablad.....	97

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2005/06:50

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
3. lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 2 a §<sup>2</sup>

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

1. vara av god kvalitet *med en god hygienisk standard* och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

2. vara lätt tillgänglig,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:1659.

2.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen  
(1985:125)

Prop. 2005/06:50

Härigenom föreskrivs att 3 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

3 §<sup>1</sup>

Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den skall

1. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

1. vara av god kvalitet *med en god hygienisk standard* och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

3. vara lätt tillgänglig,

4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2003:414.

## 2.3 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Prop. 2005/06:50

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168) dels att 2 kap. 7 § och 6 kap. 2 § skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 6 kap. 7 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### **2 kap.**

#### **7 §**

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter

– om anmälan enligt 5 §,

*– om uppgifter som avses i 6 § 5,*

– om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,

– om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan skall göras,

– om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål, samt

– om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom.

### **6 kap.**

#### **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 smittrisken, *samt*

6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken,

*7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt*

7. fortlöpande följa smittskyddslaget i området.

8. fortlöpande följa smittskyddslaget i området.



7 a §

Prop. 2005/06:50

*Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

Socialstyrelsen fick år 1999 i uppdrag av regeringen att utarbeta ett förslag till nationell handlingsplan för att bekämpa antibiotikaresistens. I handlingsplanen skulle samtliga aspekter som är av betydelse för folkhälsan beaktas. Socialstyrelsen skulle analysera befintligt kunskapsunderlag beträffande resistensproblemet och utforma och ge förslag på åtgärder som syftar till att bekämpa antibiotikaresistens på kort och lång sikt. Analysen skulle göras i nära samråd med andra berörda myndigheter och organisationer och även beakta EU-samarbetet och det internationella samarbete som förekommer främst inom Världshälsoorganisationen. Socialstyrelsen överlämnade år 2000 sitt förslag till handlingsplan mot antibiotikaresistens. En sammanfattning av förslaget återfinns i *bilaga 1*. Förslaget har remissbehandlats och en remissammanställning finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2000/3321/FH).

I sitt betänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51) redogjorde 1996 års smittskyddskommitté för vissa frågor rörande infektioner som erhålls i samband med hälso- och sjukvård. Kommittén föreslog att vårdrelaterade infektioner borde ingå i smittskyddslagens anmälningsystem samt att smittskyddsläkaren skulle ges ett ansvar för att bevaka att huvudmän för sjukhus, sjukhem, den kommunala hälso- och sjukvården samt hemsjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning. Ett utdrag ur betänkandet finns i *bilaga 2*. Utdrag ur författningsförslaget och författningskommentaren i betänkandet finns i *bilaga 3*. Betänkandet har remissbehandlats och en remissammanställning finns i Socialdepartementet (dnr S1999/4118/FH).

Socialstyrelsen har överlämnat en skrivelse till regeringen med lagförslag rörande vårdrelaterade infektioner. Skrivelsen finns i *bilaga 4*. Skrivelsen har remissbehandlats och en remissammanställning finns i Socialdepartementet (dnr S2000/3063/FH).

I propositionen behandlar regeringen de förslag i smittskyddskommitténs betänkande som rör smittskyddsläkarens uppgifter vid vårdrelaterade sjukdomar, de förslag som har lämnats i Socialstyrelsens skrivelse med lagförslag rörande vårdrelaterade sjukdomar samt de förslag som Socialstyrelsen förde fram i förslaget till nationell handlingsplan för att bekämpa antibiotikaresistens.

Propositionen beaktar även rådets rekommendation om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin (2002/77/EG).

Denna proposition bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen och vänsterpartiet.

#### *Lagrådet*

Regeringen beslutade den 12 maj 2005 att inhämta Lagrådets yttrande över de förslag som finns i *bilaga 5*. Lagrådet har lämnat förslagen utan erinran. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 6*.

## 4 Bakgrund

### 4.1 Antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens

Antimikrobiella medel är substanser som framställts på naturlig väg av bakterier, svampar eller växter, eller som framställts syntetiskt, och som dödar eller hämmar tillväxten av mikroorganismer, inbegripet bakterier, virus, svampar samt parasiter, särskilt protozoer. Antibiotika ingår i antimikrobiella medel och utgörs av läkemedel som är verksamma mot bakterier. Andra läkemedel som ingår i antimikrobiella medel är *antivirala preparat*, riktade mot virus, *antimykotika*, med effekt mot svampar, och *antiparasitära preparat*, aktiva mot parasiter.

Antibiotika har funnits i kliniskt bruk sedan slutet av 1930-talet då sulfapreparaten började användas. Det största genombrottet skedde under andra världskriget när penicillin kunde utvecklas i stor skala, och sedan dess har en lång rad olika antibiotika tillkommit. När bakterier utvecklat motståndskraft mot antibiotikans effekter kallas detta "antibiotikaresistens". Flertalet av de antibiotika som utvecklats för klinisk användning har ursprungligen utvunnits från naturligt förekommande mikroorganismer (svampar eller bakterier). Såväl antibiotika som resistensmekanismer mot dessa medel har alltså i miljontals år förekommit i det naturliga samspelet mellan mikroorganismer. Sedan mer än 50 år har människan rubbat denna ekologiska balans genom att använda stora mängder antibiotika för infektionsbehandling inom human- och veterinärmedicin och för andra ändamål, till exempel för att öka tillväxten hos livsmedelsproducerande djur eller för bekämpning av infektioner hos växter. Redan i slutet av 1940-talet började man se förekomst av penicillinresistenta stafylokocker.

Den tilltagande förekomsten av bakterier och andra mikroorganismer som är resistenta mot antibiotika har medfört betydande folkhälsoproblem och utgör ett globalt problem. Det ökade utbytet med omvärlden av människor, djur och livsmedel ställer samhället inför utmaningen att kunna bibehålla en effektiv antibiotikaanvändning för människor och djur även i framtiden. Resistenta smittämnen har uppträtt bl.a. när det gäller tuberkulos, tyfoidfeber och pneumokocker. På så nära håll som i våra grannländer Estland och Lettland beräknas en femtedel av de nyupptäckta fallen av tuberkulos orsakas av resistenta bakterier. Risken för import av resistenta bakterier till Sverige är avsevärd eftersom det i många länder saknas instrument för att bekämpa resistensutvecklingen.

Genom att bakterier i allt högre omfattning utvecklar resistens mot antibiotika hotas möjligheten till effektiv antibiotikabehandling av bakteriesjukdomar. Konsekvenserna om vi inte kan hantera problemen med ökad förekomst av resistenta bakterier drabbar i första hand vissa riskgrupper som för tidigt födda, gamla och patienter med nedsatt immunförsvar. De medicinska framsteg som förutsätter antibiotikabehandling kan hotas. Risken finns att man inom en snar framtid kan komma att tvingas väga värdet av ett kirurgiskt ingrepp mot risken för en vårdrelaterad sjukdom orsakad av resistenta bakterier som är omöjliga att behandla. Därtill skulle samhällets kostnader öka markant för läkemedel och förlängda vårdtider.

På grund av bakteriernas förmåga att utveckla resistens har det blivit allt svårare för läkemedelsindustrin att få lönsamhet i att utveckla nya kliniskt säkra antibiotikapreparat. Antibiotika utgör ett exempel på kommersiellt ointressanta läkemedel, vilka är läkemedel med stor samhälls-ekonomisk betydelse och stor betydelse för den enskildes välbefinnande, men där avkastningsmöjligheterna för läkemedelsindustrin är alltför låga för att det skall löna sig att satsa på forskning och utveckling. Exempelvis gäller detta läkemedel mot sjukdomar som är vanliga i utvecklingsländer, utvecklingen av hivvacciner och nya antibiotika.

För produktion och vidare utveckling av sådana produkter är det viktigt att hitta olika sätt att stimulera politiska beslutsfattare och övriga berörda aktörer att gemensamt engagera sig i detta arbete. Nya former av finansiering och partnerskap mellan den privata och den offentliga sektorn är angelägna.

Antibiotika används till djur dels terapeutiskt för att behandla en identifierad sjukdom, dels profylaktiskt för att förebygga utbrott eller vidare spridning av en sjukdom. Det förekommer också att små mängder antibiotika blandas in i djurfoder för att öka djurens tillväxt. Sådan antibiotikaanvändning är förbjuden i Sverige sedan år 1985 och blir från den 1 januari 2006 förbjuden inom hela Europeiska unionen.

Hästar och sällskapsdjur behandlas som regel individuellt, medan gruppbehandling inte är ovanligt när det gäller lantbrukets djur, till exempel gris och fjäderfä. Vid behandling av ett större antal djur sker behandlingen vanligtvis genom att antibiotika blandas i foder eller vatten.

Tre sjukdomsgrupper hos livsmedelsproducerande djur svarar för större delen av antibiotikaförbrukningen inom svensk veterinärmedicin. Dessa är juverinflammationer hos mjölkkor samt diarrésjukdomar och luftvägsinfektioner hos svin och nötkreatur. Den totala mängden antibiotika som används till djur i Sverige har sedan början av 1980-talet reducerats med 65 procent. Detta förklaras delvis av förbudet mot antibiotika som tillväxtbefrämjande medel, men även av en minskning av det totala djurantalet samt en minskning av gruppbehandlingar.

Vid både terapeutisk och förebyggande behandling med antibiotika krävs veterinär förskrivning med ett undantag. Undantaget gäller för de antibiotikasubstanser som ingår i gruppen koccidiostatika. Dessa är produkter som används för att förebygga den parasitära tarmsjukdomen koccidiosis hos bl.a. fjäderfä. Vissa koccidiostatika har utöver den förebyggande effekten mot koccidiosis även en förebyggande effekt mot vissa bakterieorsakade tarmstörningar. Dessa koccidiostatika innehåller antibiotika. Koccidiostatika används regelmässigt i foder till slaktkyckling eftersom risken för utbrott av koccidiosis är stor. Koccidiostatika får enligt fodertillsatsförordningen blandas in i foder utan veterinärt recept.

Två antibiotikasubstanser, nisin och natamycin, är i dag godkända som livsmedelstillsatser inom EU. Medlen används som konserveringsmedel för att hindra tillväxt av vissa bakterier och mögelsvampar i mejeri- och köttprodukter.

Genetiskt modifierade organismer (GMO) är organismer där de ärftliga egenskaperna förändrats med hjälp av genteknik. Vid framställningen av GMO kopplas ofta en selektiv markör-gen till den främmande gen som skall tillföras organismen. Med hjälp av markör-genen går det att urskilja

vilka celler som tagit upp den tillförda genen. Antibiotikaresistensgener används ofta som selektiva markörgener.

Minst en miljon ton antibiotika har spritts i vår biosfär under de cirka 60 år som antibiotika har använts. Detta har inneburit ett starkt selektionstryck för bakterier med resistens. Det finns dock ingen forskning som visar på exakt hur stor den miljömikrobiologiska påverkan varit. Det enda som kan sägas är att det finns en stor enighet om att miljökonsekvenserna har varit och är betydande. Om de hälsoeffekter som blir följden av denna ekologiska obalans vet vi i dag ingenting.

Antibiotikaresistens måste därför ses i ett brett ekologiskt perspektiv där resistens kan sprida sig mellan olika typer av bakterier, mellan djurslag och mellan olika ekologiska system.

## 4.2 Vårdrelaterade sjukdomar

Som i många andra länder är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet organiserat så att en kort period av akut inläggning på sjukhus följs upp med behandling på omvårdnadsenheter, primärvårdskliniker eller hemma. Patienterna kan därför ha ett flertal kontakter med hälso- och sjukvården och sjukvårdspersonalen har i sin tur många olika kontakter med patienter vilket ökar risken för förekomst av vårdrelaterade sjukdomar och spridning av smittsamma sjukdomar. Vårdrelaterade sjukdomar är sjukdomar, som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården, oavsett vilken vårdgivare som svarar för vården och oavsett om patienterna eller den vårdande personalen drabbas. Vårdrelaterade sjukdomar kan exempelvis uppkomma på sjukhus, tandvårdsmottagningar eller inom särskilda boendeformer. Sjukdomarna kan vara av olika typ, t.ex. sårinfektioner orsakade av stafylokocker, urinvägsinfektioner uppkomna i samband med bruk av urinblåsekatestrar och kräkningar och diarré orsakad av norovirus. En särskilt besvärlig form av vårdrelaterade sjukdomar är infektioner som orsakas av bakterier som är resistenta mot sedvanliga antibiotika, till exempel meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA). Under år 2004 rapporterades 709 fall i Sverige, en ökning med 30 procent jämfört med år 2003. Ökningen kan delvis förklaras av ett intensifierat övervakningsarbete orsakat av ett MRSA-utbrott i Stockholm vilket har lett till en ökad uppmärksamhet även i andra landsting. Den största andelen av ökningen utgjordes av importerade fall. Även om förekomsten av MRSA fortfarande är låg i Sverige i jämförelse med andra europeiska länder så är utvecklingen oroande.

## 4.3 Rättslig reglering

### *Hälso- och sjukvård samt tandvård*

Enligt 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) skall varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om

avlidna. Av 3 § andra stycket HSL framgår att landstingets ansvar dock inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget svarar för. Enligt 18 § HSL skall varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer för äldre människor och bostäder för människor med funktionshinder (jfr 5 kap. 5 och 7 §§ socialtjänstlagen [2001:453]) eller som bor i motsvarande särskilda boendeformer som drivs i enskild regi. Kommunerna skall även enligt samma lagrum erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas i sådan dagverksamhet som kommunerna har ansvar för enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen.

Landstingen har ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Landstinget får enligt 18 § HSL överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård och ansvaret för förbrukningsartiklar till en kommun inom landstinget om landstinget och kommunen kommer överens om det samt om regeringen ger sitt medgivande. Ungefär hälften av kommunerna har på detta sätt övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden är att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (18 § fjärde stycket HSL). I landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård ligger även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till funktionshindrade (3 b § HSL).

Tandvården regleras i en särskild lag, tandvårdslagen (1985:125). Enligt 1 § tandvårdslagen avses med tandvård åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Varje landsting skall enligt 5 § tandvårdslagen erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget har ett ansvar för att planera tandvården och skall dessutom genom sin egen tandvårdsorganisation, folk-tandvården, svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar samt specialisttandvård för vuxna. Övrig tandvård för vuxna svarar landstinget för i den omfattning som bedöms lämplig. Landstinget skall också enligt 8 a § tandvårdslagen bl.a. svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland vissa kategorier av äldre och funktionshindrade med stort behov av vård och omsorg.

Enligt 2 kap. 2 § socialtjänstlagen har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I 3 kap. 1 § socialtjänstlagen görs en allmän beskrivning av socialnämndens uppgifter. Socialnämnden skall bl.a. svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det. Kommunerna skall även stödja enskilda i deras strävan att leva ett så normalt liv som möjligt. Enligt 3 kap. 6 § första stycket socialtjänstlagen skall därför socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra.

### *Vårdrelaterade sjukdomar*

I propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30, bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178) lyfte regeringen bland annat frågan om vårdrelaterade sjukdomar, särskilt frågor om övervakning av dessa samt ansvaret för åtgärder för att minska förekomsten av de vårdrelaterade sjukdomarna. Regeringen konstaterade vidare att smittskydds-

läkaren i praktiken sällan vidtar åtgärder inom sjukvårdens lokaler. I stället förutsätts att förebyggandet av smittspridning kan lösas av vårdgivarna med hjälp av hygienläkare och andra specialister.

Regeringen föreslog i propositionen att en ny smittskyddslag skulle införas. Riksdagen beslutade under hösten 2003 i enlighet med regeringens förslag och den nya lagstiftningen trädde i kraft den 1 juli 2004. Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar enligt 6 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168). Av 6 kap. 2 § framgår att i smittskyddsläkarens uppgifter ingår att se till att allmänheten har tillgång till information, ge råd och anvisningar till utsatta grupper, se till att förebyggande åtgärder vidtas samt stödja personal som är verksam inom smittskyddet. Vidare ingår det i smittskyddsläkarens uppgifter enligt smittskyddslagen att följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smitt-risk samt att ge ändamålsenliga råd och förhållningsregler till den som har smittats, bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas samt att fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Det är av stor vikt att det finns en nationell och regional övervakning av vårdrelaterade sjukdomar. Ett led i en sådan övervakning är anmälningsskyldigheten enligt smittskyddslagen. Enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen skall behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och den som är ansvarig för ett sådant laboratorium samt läkare som utför obduktion, utan dröjsmål till behörig smittskyddsläkare och Smittskyddsinstitutet anmäla misstänkt eller konstaterat fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom. De allmänfarliga sjukdomarna framgår av en bilaga till smittskyddslagen. Till de allmänfarliga sjukdomarna hör bland annat infektion med meticillin-resistenta gula stafylokocker som kan orsaka vårdrelaterad sjukdom.

Enligt 9 kap. 3 § smittskyddslagen får regeringen meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall vara anmälningspliktiga. Av 2 § smittskyddförordningen (2004:255) framgår att de smittsamma sjukdomar, utöver allmänfarliga sjukdomar, som skall vara anmälningspliktiga anges i en bilaga till förordningen. I bilagan inkluderas vancomycinresistenta enterokocker som kan orsaka vårdrelaterad sjukdom.

#### 4.4 Rapportering av vårdrelaterade sjukdomar

Registrering av vårdrelaterade sjukdomar utgör en viktig del av avvikelserapporteringen i det lokala kvalitetssystemet och egenkontrollen. Att ha en nationell rapportering kan vara av värde för vissa vårdrelaterade sjukdomar eller sådana som uppkommer i vissa situationer. Många kliniker eller sjukhus har lokal registrering av utvalda vårdrelaterade sjukdomar, kontinuerligt eller som upprepade punktprevalenser, men ingen nationell rapportering av dessa data förekommer.

I lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) fastslås skyldigheten för vårdgivare att anmäla till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av

eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. I Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2002:4), Anmälnings- skyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering, ges exempel på vad som skall eller bör anmälas. Vårdrelaterad infektion anges som sådan avvikelse. Socialstyrelsen har upprättat en riskdatabas där sedan år 1991 cirka 10 000 beslut från hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samlats som inkluderar öppen- och slutenvård samt tandvård. Även cirka 14 000 Lex Maria-anmälningar har inrapporterats till riskdatabasen. I databasen finns bland annat anmälningar om vårdrelaterade sjukdomar. Alla vårdrelaterade sjukdomar anmäls dock inte utan bara de som betraktas vara av allvarlig karaktär.

Till Socialstyrelsens patientregister över slutenvård rapporteras infektioner med diagnosnummer, men det går här inte att särskilja vårdrelaterade sjukdomar från övriga infektioner. Vissa vårdrelaterade sjukdomar anmäls till patientförsäkringen.

Sammantaget pågår lokal infektionsregistrering av varierande omfattning på många sjukhus. Det finns inrapporteringsystem för vissa, framför allt allvarigare vårdrelaterade sjukdomar. Ett problem är dock att inrapporteringen är fragmenterad och att det därför inte går att få en samlad bild av omfattningen av vårdrelaterade sjukdomar i Sverige och dess konsekvenser.

## 5 Utgångspunkter

### 5.1 Antibiotikaresistens och det övergripande målet för folkhälsopolitiken

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr 2002/03:145).

Folkhälsan är av stor betydelse för samhällsutvecklingen, och insatserna för en bättre folkhälsa ingår som en viktig del i arbetet för välfärd och tillväxt. Den nationella folkhälsopolitiken förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att lyfta fram sambandet mellan samhällsliga förutsättningar – som kan påverkas genom politiska beslut – och den sammantagna hälsoutvecklingen i befolkningen.

Utgångspunkten för den nya folkhälsopolitiken är att befolkningens hälsa i större utsträckning bestäms av människors levnadsförhållanden och levnadsvanor än av specifika medicinska insatser. Det är särskilt viktigt att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder. Det övergripande målet skall nås genom insatser av myndigheter, landsting, kommuner med flera inom ett stort antal politikområden som har anknytning till elva målområden.

Folkhälsopolitiken spänner över flera sektorer. De politikområden som påverkar folkhälsan aktivt skall därför arbeta för att bidra till en positiv hälsoutveckling. I ansträngningarna för att uppnå det övergripande folkhälsomålet har regeringen lyft fram 33 politikområden som särskilt betydelsefulla. Samverkan mellan olika politikområden förbättrar möjlig-



heterna till kraftsamling kring aktuella folkhälsohot, som exempelvis den ökade spridningen av resistenta mikroorganismer.

Folkhälsopolitiken är formulerad utifrån elva målområden för de nationella insatserna. Utifrån målen inom målområdena utformas detaljerade insatser och åtgärder för att folkhälsomålet skall uppnås. För målområdena har betoning lagts på bestämningsfaktorer för hälsa. Istället för att utgå från sjukdomar eller hälsoproblem vid formulering av mål för folkhälsoarbetet har hälsans bestämningsfaktorer valts som utgångspunkt – det vill säga de faktorer i samhället och människors livsvillkor och levnadsvanor som bidrar till hälsa och orsakar ohälsa. I syfte att metodiskt utvärdera graderna av folkhälsa utifrån bestämningsfaktorerna har ett antal indikatorer utvecklats inom varje målområde.

Som ett led i regeringens nya folkhälsopolitik inrättades i september 2003 en nationell ledningsgrupp under ledning av folkhälso- och socialtjänstministern. Ledningsgruppen utgör en förstärkande och samordnande länk mellan nationell politisk nivå och myndigheter på nationell, regional och lokal nivå.

Uppföljningen och utvärderingen av insatserna för en bättre folkhälsa bedrivs inom ramen för den befintliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Statens folkhälsoinstitut har i uppgift att samordna den nationella uppföljningen inom de elva målområdena och ansvarar för den samlade uppföljningen av det övergripande nationella folkhälsomålet. Resultatet skall redovisas av Statens folkhälsoinstitut vart fjärde år.

Som ett led i arbetet att följa upp folkhälsopolitiken har Statens folkhälsoinstitut i samarbete med flera landsting låtit genomföra en nationell folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. En analys av resultaten visar att socioekonomiska förhållanden i kombination med levnadsvanor ger stora utslag för skillnader i ohälsa.

Insatser för att förebygga smittspridning är en viktig del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. I ett internationellt perspektiv har Sverige en gynnsam situation när det gäller spridningen av smittsamma sjukdomar. I takt med den ökade internationaliseringen och utbytet av varor och tjänster mellan länder måste beredskapen mot spridning av smittsamma sjukdomar hålla en hög nivå. Gott skydd mot smittspridning utgör därför ett särskilt målområde inom folkhälsopolitiken (målområde 7). Även om situationen i Sverige när det gäller arbete mot smittsamma sjukdomar är relativt god krävs aktivt arbete för att bibehålla en hög nivå för att inte de framsteg som gjorts i fråga om att minska förekomsten av smittsamma sjukdomar skall gå förlorade. Ett av dessa viktiga framsteg i arbetet mot smittsamma sjukdomar är möjligheten till antibiotikaanvändning mot infektion orsakade av bakterier. Uppkomsten av bakterier som är resistenta mot antibiotika och andra läkemedel har medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen och det finns tecken på en oroande utveckling i Sverige. Det är i dag allmänt accepterat att all användning av antibiotika, såväl till människor som till djur, bidrar till en ökad resistensutveckling.

När det gäller insatser för att förebygga spridning av resistenta bakterier är det i första hand målområde 7 Gott skydd mot smittspridning och målområde 6 En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård som är av betydelse.

I linje med folkhälsopolitikens övriga sakområden har bestämningsfaktorer formulerats för åtgärder inom målområdena Gott skydd mot smittspridning och En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. De bestämningsfaktorer som har störst påverkan på utvecklingen inom målområdet Gott skydd mot smittspridning är förekomst av smittämne, förekomst av immunitet samt förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen. För målområdet En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård utgörs bestämningsfaktorerna av sammanlagt sju bestämningsfaktorer. Insatser rörande antibiotikaresistens sker på olika fronter, dels genom nationella myndigheters övervakning och tillsyn på området, dels genom landstingens ansvar för de vårdhygieniska frågorna.

Målområdet Gott skydd mot smittspridning berörs av mål och insatser inom flera andra politikområden. För att utveckla en strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar behöver insatser, förutom inom folkhälsopolitiken, framför allt vidtas inom hälso- och sjukvårdspolitik, djurpolitiken, livsmedelspolitiken samt miljöpolitiken. Målet för hälso- och sjukvårdspolitik är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras. Åtgärder för att identifiera och undanröja smittspridning från djur, livsmedel och objekt ingår till exempel i djurpolitik, livsmedelspolitik samt miljöpolitik. Målet för livsmedelspolitiken är en ekologisk, ekonomisk och socialt hållbar livsmedelsproduktion. Djurpolitiken har bland annat som mål ett gott djurskydd och ett gott djurhälsotillstånd bland djur i människors tjänst. Inom miljöpolitiken är det övergripande målet att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen är lösta. För att tillse att målet för folkhälsoarbetet om ett gott smittskydd upprätthålls, inklusive ett effektivt arbete mot antibiotikaresistens, krävs insatser inom alla dessa politikområden.

Regeringen skall vart fjärde år med början år 2006 rapportera till riksdagen om utvecklingen av bestämningsfaktorerna över tid samt de insatser som myndigheter, landsting och kommuner gör för att påverka folkhälsan. I oktober 2005 överlämnade Statens folkhälsoinstitut därför Folkhälsopolitisk rapport 2005 (dnr S2005/7557/FH) till regeringen. Rapporten är institutets underlag till regeringens rapport under 2006.

I den nu föreliggande folkhälsopolitiska rapporten beskrivs utvecklingen av bestämningsfaktorerna över tid samt de insatser som myndigheter, landsting och kommuner gör för att påverka folkhälsan. Dessutom redovisas utvecklingsbehov och förslag som kan förbättra utvecklingen och påverka folkhälsan i positiv riktning. Utvecklingen av bestämningsfaktorn förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen följs genom årliga uppföljningar av antimikrobiell resistens. Sedan meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) blev anmälningspliktiga år 2000 har antalet rapporterade fall ökat med 120 procent, från 322 fall år 2000 till 709 fall år 2004. Av det totala antalet rapporterade fall i Sverige år 2003 hade över 50 procent förvärvat MRSA i anslutning till vistelse i sjukhus eller äldreboende. Socialstyrelsen bedömer, enligt den folkhälsopolitiska rapporten, att utvecklingsbehovet är tillgodosett om Socialstyrelsens förslag till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens genomförs. Smittskyddsinstitutet anser, enligt samma rapport, att det behövs betydande insatser i form av undervisning i och styrning av vårdhygien för att kunna hålla nere förekomsten av MRSA och andra multiresistenta orga-

nismer. Speciellt viktigt är detta inom hemtjänsten och de kommunala äldreboendena där personalen ofta saknar vårdutbildning och resurser i form av skyddsrockar och hygienutrymmena ofta är ofullständiga.

## 5.2 Arbete mot antimikrobiell resistens inom Europeiska unionen och internationellt

### 5.2.1 Arbete mot antimikrobiell resistens inom Europeiska unionen

#### *Arbete mot antimikrobiell resistens hos människor*

Rådet och Europaparlamentet fattade år 1998 beslut om att inrätta ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar (2119/1998/EG). Till nätverkets uppgifter hör bl.a. informationsutbyte om utbrott av smittsamma sjukdomar och åtgärder som vidtas för att skydda befolkningen. Vidare skall man främja samarbete mellan medlemsstaterna t.ex. genom samordning av de nationella övervakningssystemen. Ett antal undernätverk har inrättats under nätverkskommittén för att fortlöpande utbyta information om utbrott av olika sjukdomar.

I juni 2001 presenterade kommissionen ett meddelande om en strategi inom gemenskapen mot antimikrobiell resistens vilken innehåller en genomgång av hur gemenskapens insatser inom humanmedicin samt veterinärmedicin och växtskydd skall kunna bidra till att minska spridningen av antimikrobiell resistens.

Sverige har förbundit sig att leva upp till rådets rekommendation från år 2001 om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin (2002/77/EG). Rekommendationen omfattar fyra områden: övervakning av resistensläget och antibiotikaförbrukning, förebyggande åtgärder, forskning och produktutveckling samt internationellt samarbete. I rekommendationen framförs att medlemsstaterna bör ta fram nationella strategier med syfte att begränsa ökningen av antibiotikaresistenta bakterier. Strategierna bör omfatta övervakning, utbildning, information, förebyggande och kontroll samt forskning. Rekommendationen innehåller också krav på att arbetet skall vara nationellt samordnat, att medlemsstaterna samarbetar med varandra och med kommissionen samt att regelbunden rapportering sker till kommissionen på begäran av denna.

År 2002 fattade rådet och Europaparlamentet beslut om ett nytt folkhälsoprogram som löper mellan åren 2003 och 2008 (1786/2002/EG). Programmet är inriktat på tre övergripande åtgärdsområden: bättre information för att förbättra folkhälsan, snabba åtgärder vid hälsorisker samt arbete med bestämningsfaktorer i hälsa. Inom programmet läggs stor vikt vid åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa. Programmet utgör ett viktigt instrument i arbetet med folkhälsofrågorna inom samtliga politikområden inom gemenskapen.

Rådet och Europaparlamentet fattade år 2004 ett beslut om att inrätta ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC). ECDC, som är förlagt till Solna, har pekat på antimikrobiell resistens som en av det nya århundradets största utmaningar på smittskyddsområdet. Centrumets huvuduppgifter är epidemiologisk övervakning, tidig varning och tidiga åtgärder, vetenskapliga yttranden, teknisk

assistans till medlemsstaterna och tredje land samt stöd och utveckling för EU-beredskap vid hälsot. Under år 2007 beräknas centret var full utbyggt och kommer då att spela en viktig roll för arbetet mot antimikrobiell resistens inom Europeiska unionen (EU) genom sin samordnande roll och genom nära samarbete med den expertis som finns i medlemsländerna.

### *Arbete mot antimikrobiell resistens hos djur*

Sverige har sedan EU-inträdet arbetat mycket aktivt för att sprida den svenska synen på hur antibiotika skall användas till djur. Arbetet har varit framgångsrikt. I september 2003 antogs en ny förordning om fodertillsatser, Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1831/2003 av den 22 september 2003 om fodertillsatser (fodertillsatsförordningen). Enligt den nya förordningen skall användningen av antibiotika som fodertillsats i tillväxtbefrämjande syfte fasas ut inom EU och vara förbjuden från den 1 januari 2006.

Livsmedel är en spridningsväg för resistens mellan djur och människor, men hittills har i Sverige ingen systematisk insamling av uppgifter om resistens hos bakterier i livsmedel skett. Övervakningen uppfyller härmed inte i alla delar kraven enligt Rådets direktiv 2003/99/EC av den 17 november 2003 om övervakning av zoonoser och zoonotiska smittämnen, om ändring av rådets beslut 90/424/EEG och om upphävande av rådets direktiv 92/11/EEG (zoonosdirektivet). Enligt zoonosdirektivet skall medlemsstaterna på ett jämförbart sätt insamla data om förekomsten av antimikrobiell resistens hos bakterier från nötkreatur, svin och fjäderfå samt livsmedel av dessa arter.

### **5.2.2 Arbete mot antimikrobiell resistens inom Världshälsoorganisationen**

Världshälsoorganisationen (WHO) har genom ett flertal initiativ under många år verkat för att begränsa antibiotikaresistensproblemet. Bland annat antog WHO:s beslutande organ Världshälsoförsamlingen (WHA) år 1998 en resolution om nya och andra smittsamma sjukdomar med särskilt fokus på antimikrobiell resistens. I resolutionen uppmanas medlemsstaterna till rationell användning av antimikrobiella läkemedel, att förbjuda användning av sådana läkemedel utan förskrivning samt att förbättra lagstiftning och hygienåtgärder för att motverka resistensutveckling. Medlemsstaterna uppmanades också att minska användningen av antibiotika till djur.

WHO:s globala strategi mot antimikrobiell resistens, som togs fram år 2001, har sin utgångspunkt i det faktum att antimikrobiell resistens är ett globalt problem. Inget land kan skydda sig mot resistensutveckling ensamt utan är beroende av hur andra länder hanterar problemet.

Åtgärderna i strategin riktar sig till konsumenter, förskrivare, distributörer, veterinärer, sjukvårdshuvudmän, diagnostiska laboratorier så väl som nationella regeringar, läkemedelsindustrin, organisationer som representerar professioner och internationella organisationer. I strategin uppmärksammas särskilt vikten av att tillskapa och tillämpa nationell

lagstiftning rörande utveckling, licensiering, distribution och försäljning av antimikrobiella medel. En del av strategin är ett uppdrag till WHO att stödja arbetet med övervakning av antimikrobiell resistens.

WHA antog vidare den 25 maj 2005 en resolution om åtgärder för att förbättra arbetet mot antimikrobiell resistens. WHA anser att problemet med mikroorganismer som är motståndskraftiga mot läkemedel har en sådan utbredning att omedelbara åtgärder är nödvändiga. WHA-resolutionen, som initierats av Sverige tillsammans med de övriga nordiska länderna, innehåller bland annat en uppmaning till medlemsländerna att säkerställa ett enhetligt och tvärsektorielt arbete för att motverka antibiotikaresistens. Vidare uppmanar resolutionen WHO att aktivt stödja medlemsländerna och att regelbundet återrapportera hur arbetet framskrider.

## 6 Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar

**Regeringens bedömning:** Målet för smittskyddet är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Som ett led i arbetet med att uppnå målet för smittskyddet bör syftet med strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar vara att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människor och djur. Huvudinriktningen bör även indirekt kunna bidra till att motverka andra former av antimikrobiell resistens.

Strategin bör innehålla tvärsektorieella insatser som inkluderar humanmedicin, veterinärmedicin, icke-medicinsk användning av antibiotika samt miljöeffekter av antibiotika.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Det övergripande målet för handlingsplanen skall vara att bevara möjligheten till effektiv antibiotikabehandling av människor och djur.

**Remissinstanserna:** Förslaget mottas positivt av remissinstanserna och inga invändningar finns mot förslaget till övergripande mål. *Västra Götalandsregionen* vill att man inte enbart fokuserar på antibiotikaresistenta mikroorganismer utan även inkluderar virusrelaterade sjukdomar. Den synpunkten stöds av *Föreningen för medicinsk mikrobiologi*.

**Skälen för regeringens bedömning:** Målet för smittskyddet vilket anges i smittskyddslagen (2004:168) är att samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Som ett led i arbetet med att nå det övergripande målet för samhällets smittskydd så bör arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar syfta till att bevara möjligheten till effektiv antibiotikabehandling vid bakteriella infektioner hos människor och djur.

I regeringens proposition Mål för folkhälsan (2002/03:35) utgör gott skydd mot smittspridning målområde 7 i regeringens folkhälsopolitik. Insatser för att förebygga smittspridning är enligt regeringens folkhälso-

politik viktiga för att det skall gå att uppnå det övergripande målet för den nationella folkhälsopolitiken att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Enligt rådets rekommendation om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin (2002/77/EG) bör medlemsstaterna säkerställa nationella strategier med syfte att begränsa ökningen av antibiotikaresistenta bakterier. Strategierna bör omfatta övervakning, utbildning, information, förebyggande och kontroll samt forskning. Rekommendationen innehåller också krav på att arbetet skall vara nationellt samordnat, att medlemsstaterna samarbetar med varandra och med kommissionen. Om kommissionen begär det skall medlemsstaterna regelbundet rapportera till den.

Även Världshälsoorganisationens globala strategi mot antimikrobiell resistens samt resolutionen om åtgärder för att förbättra arbetet mot antimikrobiell resistens, vilken antogs av Världshälsoförsamlingen i maj 2005, kännetecknas av ett tvärsektorielt angreppssätt.

På grund av de åtaganden, både inom EU-samarbetet och internationellt, som Sverige har gjort på området, den roll som ett gott smittskydd har för folkhälsan, resistensproblematikens betydelse för att säkerställa målet för smittskyddet samt på grund av att arbetet mot antibiotikaresistens kännetecknas av ett tvärsektorielt synsätt och kräver insatser på många olika nivåer i samhället, så finns behov av nationellt samordnat arbete. En strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar är tänkt att tjäna det ändamålet. De åtaganden som Sverige har gjort genom rådsrekommendationen innebär att medlemsstaterna bör arbeta mot resistens mot antimikrobiella medel i vilket antibiotika ingår. Resistens mot antimikrobiella medel inkluderar, förutom resistens bland bakterier, även resistens hos andra mikroorganismer som virus, svampar och parasiter. Antibiotikaresistens utgör dock det största hotet mot folkhälsan och bör därför stå i fokus för strategin. Regeringens bedömning är att arbetet mot antibiotikaresistens även kommer att motverka resistensutvecklingen bland andra mikroorganismer genom förbättrade arbetssätt och mer rationell läkemedelsanvändning.

## 7 Övervakning av resistens och förskrivning

### 7.1 Övervakning av antibiotikaresistens och antibiotikaförskrivning hos människor

**Regeringens bedömning:** Smittskyddsinstitutet (SMI) bör ges i uppdrag att i samarbete med berörda myndigheter göra en översyn av existerande nationella system för övervakning av antibiotikaresistens, antibiotikaförsäljning samt förskrivningsorsaker. Översynen bör leda till rekommendationer för hur den nationella övervakningen bör se ut i framtiden samt innehålla förslag till hur ett sådant system kan finansieras.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Vikten av övervakning understryks av flera instanser. Inom den humanmedicinska sidan framhålls att den nationella resistensövervakningen bara kan bli effektiv om de lokala laboratorierna ges möjlighet att förse det nationella programmet med mätvärden av god kvalitet. Landstingens ansvar måste därför klargöras och tillräckliga resurser måste tillgodoses.

Jämförelse mellan resistensövervakning och förskrivningsstatistik måste möjliggöras mellan dagens befintliga system för resistensövervakning respektive förskrivningsstatistik.

**Skälen för regeringens bedömning:** År 2001 bildades en samordningsgrupp på SMI, Antibiotikaresistensgruppen (ARG), som tillsammans med de mikrobiologiska laboratorierna byggt upp ett resistensövervakningssystem baserat på de mikrobiologiska laboratoriernas rutinodlingar och med ett webbaserat program för rapportering av resistensdata (ResNet). Ett omfattande arbete har även lagts ned på att skapa en databas för typning av samtliga isolat av meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA). ARG har också tillsammans med Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama) utvecklat ett övervakningssystem inom intensivvården (IVA) kallat IVA-Strama. För närvarande pågår samarbete om att integrera detta med det kvalitetsregister som byggts upp inom svensk intensivvård (Svenskt intensivvårdsregister-SIR).

Vad gäller förskrivningsstatistik finns i Sverige internationellt sett bra statistik över försäljningen av antibiotika, men något nationellt system för att följa orsakerna till att antibiotika skrivs ut finns inte. Diagnosreceptundersökningen (DRU I) var den enda kontinuerliga undersökning som nationellt kopplat samman diagnos och läkemedelsförskrivning. Den lades ner år 2002 på grund av ett allt sämre deltagande från landets läkare. Nu arbetar Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB och Läkemedelsstatistik AB i ett gemensamt projekt för att utveckla DRU II, en elektronisk diagnosreceptundersökning. DRU II har drivits som ett projekt sedan år 2003. Fullt utbyggd skall den senast år 2007 kunna ge information från knappt hundra vårdcentraler och cirka 1 300 läkare om hur bl.a. förskrivningen av antibiotika ser ut vid olika infektionsdiagnoser.

I avvaktan på ett sådant nationellt system har Strama genomfört två stora diagnos-förskrivningsstudier i öppen vård. Studierna omfattade 7 029 respektive 5 377 patienter med infektioner. Inom slutenvård finns inte system för regelbunden registrering av antibiotikaförskrivning och diagnos. Strama har kartlagt antibiotikaanvändningen inom slutenvård genom två s.k. punkt-prevalensstudier. Varje studie omfattade cirka 60 procent av alla inneliggande patienter inom somatisk vård. Sedan år 2001 redovisas den svenska situationen avseende antibiotikaförbrukning och antibiotikaresistens i den årliga rapporten SWEDRES som utges gemensamt av Strama och SMI.

Redan i dag pågår arbete inom och mellan berörda nationella myndigheter för att förbättra resistensövervakningen samt uppföljningen av förskrivning och försäljning av antibiotika. De långsiktiga trenderna avseende antibiotikaresistens hos människor och antibiotikaförsäljning

samt förskrivningsorsaker bör kunna följas. För att ge en grund för möjligheterna att förstärka det arbetet är det enligt regeringens bedömning av vikt att det finns en heltäckande nationell bild av omfattning och eventuella problem rörande övervakning av antibiotikaresistens, antibiotikaförsäljning samt förskrivningsorsaker. SMI bör därför ges i uppdrag att göra en översyn.

## 7.2 Övervakning av antibiotikaresistens hos djur och i livsmedel samt av antibiotikaförskrivning till djur

**Regeringens bedömning:** Utöver den övervakning som i dag utförs bör Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) få i uppdrag att övervaka förekomsten av antibiotikaresistens hos bakterier insamlade från livsmedel.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** I Socialstyrelsens förslag till handlingsplan slås fast att effekten av arbetet mot antibiotikaresistens bara kan utvärderas genom löpande information om resistensläget hos bakterier från djur samt från livsmedel. Vidare anges att övervakning bör ske av antibiotikaförskrivningen till djur på ett sådant sätt att förbrukningen kan redovisas i relation till djurslag, diagnos och förskrivare.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser påpekar i sina remissvar att ansvaret för förskrivningsstatistik över djurläkemedel behöver klargöras, samt att en uppdatering behövs av de föreskrifter och allmänna råd som rör veterinärers förskrivning och utlämnande av läkemedel. *Swedish Meats* framhåller i sitt svar att övervakningen av resistensläget även bör omfatta sambandet mellan livsmedel och sjukdom hos människa orsakad av resistenta bakterier.

**Skälen för regeringens bedömning:** Frågor om användning av antibiotika till djur har varit föremål för debatt i Sverige sedan mycket lång tid. Farhågor om risker i form av resistensutveckling och resistensöverföring har diskuterats, men även etik och djuromsorg har ifrågasatts av konsumenter. I början av 1980-talet antog Lantbrukarnas riksförbund (LRF) en antibiotikapolicy där vikten av återhållsam användning och sjukdomsförebyggande arbete betonades. Samtidigt började SVA sammanställa och publicera statistik över försäljning av antibiotika för användning till djur. Nära hälften av den totala antibiotikaanvändningen till djur skedde då i form av fodertillsatser i tillväxtbefrämjande syfte. En ny foderlag antogs år 1985 enligt vilken antibiotika endast får användas till djur för att förebygga, bota eller lindra sjukdom.

Regeringen har i förordningen (1999:314) med instruktion för SVA angivit att SVA skall följa läget avseende resistens mot antimikrobiella medel hos djur. SVA har sedan år 2000 övervakat och årligen rapporterat om resistens hos zoonosbakterier (zoonoser är infektioner som på naturligt sätt kan överföras mellan djur och människa), vissa vanliga tarmbakterier hos friska djur samt vissa bakterier som kan ge sjukdom hos djur. Uppdraget rapporteras årligen i SVA:s SVARM-rapport (Swedish Veterinary Antimicrobial Resistance Monitoring). Sedan år 2002 publiceras SVARM-rapporten tillsammans med SWEDRES-rapporten, som är Stramas rapport över resistens inom humanmedicinen.



Svenska Djurhälsovården, en organisation som arbetar med djurhälsovård för besättningar med svin, nötkreatur för slakt och får, har nyligen påbörjat ett projekt som syftar till att bevaka och dokumentera resistensutvecklingen hos sjukdomsframkallande bakterier från nötkreatur, får och svin. Projektet utgör en förstudie till ett planerat kontrollprogram enligt lagen (1985:342) om kontroll av husdjur m.m., som kommer att drivas av Svenska Djurhälsovården på uppdrag av Statens jordbruksverk. Inom projektet samlar praktiserande veterinärer in bakterieprover från bl.a. luftvägsinfektioner och diarréer hos kalvar och smågrisar samt från juverinflammationer hos mjölkkor. Odling och resistensbestämning utföres av SVA:s antibiotikaavdelning. Projektet finansieras med medel från Statens jordbruksverk.

Regeringen uppdrog i april 2003 åt Statens jordbruksverk att med början år 2006 årligen redovisa användningen av läkemedel till djur. Statistiken skall enligt uppdraget bl.a. omfatta användningen av antibiotika och antiparasitära substanser. För livsmedelsproducerande djur skall redovisningen vara uppdelad på djurslag.

Statens jordbruksverks rapportering kommer att säkerställa god tillgång till statistik över användningen av antibiotika till djur, särskilt till livsmedelsproducerande djur. Frågan om huruvida rapporteringen skall ske på ett mer detaljerat sätt enligt den föreslagna handlingsplanen bör diskuteras först efter att betänkandet från utredningen Översyn av djursjukdata (dir. 2004:82) remissbehandlats. I utredningens uppdrag ingick att utreda hur en fullständig inrapportering av uppgifter från samtliga veterinärer kan komma till stånd. Utredningen skulle härvid beakta behovet av kvalitetssäkrad statistik och dokumentation när det gäller bl.a. behandlingar och läkemedelsanvändning.

De långsiktiga trenderna avseende antibiotikaresistens hos djurbakterier och antibiotikaförskrivning till djur bör kunna övervakas. Enligt zoonosdirektivet (2003/99/EG) skall medlemsstaterna på ett jämförbart sätt insamla data om förekomsten av antimikrobiell resistens hos bakterier från nötkreatur, svin och fjäderfä samt livsmedel av dessa arter. Livsmedel är den huvudsakliga spridningsvägen för resistens mellan djur och människor, men hittills har i Sverige ingen systematisk insamling av uppgifter om resistens hos bakterier i livsmedel skett. För att ytterligare öka omfattningen av SVA:s resistensövervakning samt för att genomföra zoonosdirektivet bör SVA få i uppdrag att i samråd med Livsmedelsverket bredda sin resistensövervakning till att även omfatta bakterier i livsmedel.

## 8 Förebyggande åtgärder

### 8.1 Förebyggande åtgärder inom humanmedicin

Den allmänna hygien i samhället, inom livsmedelshanteringen, djurhållningen, sjukvården och omsorgen är en viktig faktor för att minska spridningen av sjukdomar däribland de som orsakas av antibiotikaresistenta bakterier. Virusinfektioner, till exempel förkylning eller influensa,

sprids lätt i samhället och banar ofta väg för antibiotikakrävande bakterieinfektioner.

Förebyggande åtgärder är en mycket viktig del av smittskyddsarbetet. Enligt smittskyddslagen (2004:168) har landstinget och under landstinget smittskyddsläkaren ansvar för att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smitta. Smittskyddsläkaren skall se till att förebyggande åtgärder vidtas. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga 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 smittsam sjukdom. Hälso- och sjukvårdspersonalen får information och utbildning om smittsamma sjukdomar genom smittskyddsläkaren. Vidare har de i sitt arbete hjälp av allmänna råd, utredningar och rapporter från Socialstyrelsen samt expertkunskap från Smittskyddsinstitutet.

I vissa miljöer underlättas smittspridning genom utbyte av mikroorganismer mellan individer. Exempel på sådana miljöer är förskolor, vårdinrättningar och vissa former av äldreboende som kännetecknas av att många människor finns tätt tillsammans inomhus i en miljö med hög antibiotikaanvändning och med många individer med omoget eller nedsett immunförsvar. I dessa miljöer är insatser, både av hälso- och sjukvårdspersonal och av andra yrkesgrupper, för att förebygga smittsamma sjukdomar av särskild vikt.

### 8.1.1 Stärkta krav på god hygienisk standard inom hälso- och sjukvård samt tandvård

**Regeringens förslag:** I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) införs uttryckliga krav på att hälso- och sjukvården respektive tandvården skall vara av god hygienisk standard.

**Socialstyrelsens förslag i skrivelsen Vårdrelaterade infektioner förslag till lagbestämmelser:** Socialstyrelsen föreslår att det i lagstiftningen införs krav på att hälso- och sjukvården och tandvården skall vara organiserade så att tillgång till infektionshygienisk kompetens är säkerställd samt att vid planering och utförande av hälso- och sjukvården kraven på god hygienisk standard skall tillgodoses.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** I förslaget till handlingsplan mot antibiotikaresistens föreslår Socialstyrelsen att spridning av multiresistenta bakterier från kända eller starkt misstänkta smittkällor inte skall förekomma inom sjukvården, särskilda boendeformer, hemsjukvård eller vid förflyttning av patienter mellan sådana enheter. Målet skall vara uppnått inom ett år. Socialstyrelsen föreslår vidare att uppföljning av vårdrelaterade infektioner skall införas som en del av det fortgående kvalitetsarbetet inom fem år.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser har varit positiva till Socialstyrelsens förslag i skrivelsen att som en åtgärd för att reducera förekomsten av vårdrelaterade infektioner i berörd lagstiftning tydliggöra

hygien- och ansvarsförhållanden. *Smittskyddsinstitutet (SMI)*, *Landstinget i Västernorrland*, *Vårdförbundet*, *Sveriges tandläkarförbund* och *Svensk förening för vårdhygien* tillhör dem som tillstyrkt förslagen. Vårdförbundet, liksom andra remissinstanser, har pekat på möjligheten att använda begreppet vårdhygien i stället för infektionshygien. Vårdförbundet påpekar även att resursnivån vad avser vårdfaciliteter och personalkompetens måste dimensioneras och kontinuerligt säkras på alla nivåer där vård och omsorg bedrivs oavsett organisationsform.

Sveriges tandläkarförbund har framhållit att tandvården är organiserad i en offentlig och en privat sektor, med många små enheter, för vilka det är viktigt att hygienkompetens kan tillgodoses genom avtal med den infektionshygieniska organisationen inom hälso- och sjukvården, där egen kompetens eller organisation saknas. På senare år har smittspridningsrisken via salivsugar och borrhustrustning inom tandvården kommit att uppmärksammas mer och Sveriges tandläkarförbund konstaterar att det på sikt kan bli aktuellt med speciella infektionsförebyggande åtgärder inom tandvården. *Landstingsförbundet* och *Kommunförbundet* anser att den nuvarande legala regleringen är tillräcklig. Landstingsförbundet och Kommunförbundet påpekar även att förslagen rörande vårdrelaterade infektioner sannolikt innebär kostnader för kommuner och landsting och att finansieringsprincipen då måste gälla.

*Läkemedelsverket* anser att det är orealistiskt att inom ett år förhindra spridningen av multiresistenta bakterier inom vissa vårdinrättningar.

Smittskyddsinstitutet framför att det bör utvecklas lokala system för registrering av vårdrelaterade infektioner.

*Västerås kommun* vill att ansvarsförhållandena för vårdhygienisk expertis mellan kommunerna och landstingen klargörs.

**Skälen för regeringens förslag:** Vårdrelaterade sjukdomar utgör ett betydande problem inom hälso- och sjukvården oavsett vårdgivare. Begreppet ”vårdgivare” har här samma innebörd som i 1 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Med vårdgivare avses fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren kan vara såväl en statlig myndighet, ett landsting eller en kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) som en enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). Även verksamhet som omfattas av tandvårdslagen (1985:125) ingår i begreppet hälso- och sjukvård. Inom tandvården ges vård och behandling där vårdrelaterade sjukdomar kan aktualiseras.

En särskild fråga är spridningen av antibiotikaresistenta smittämnen. Förekomsten av sådana smittämnen är mindre vanlig i Sverige än i många andra länder, men enligt regeringens uppfattning finns det all anledning att se allvarligt på situationen. Spridning av resistenta bakterier från kända eller starkt misstänkta smittkällor bör så långt det är möjligt förhindras inom hälso- och sjukvården, särskilda boendeformer, hemsjukvård eller vid förflyttning av patienter mellan sådana enheter. Det är enligt regeringens uppfattning av stor vikt att man försöker ta till vara alla möjligheter för att motverka uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistenta smittämnen.

Enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 3 § tandvårdslagen (1985:125) skall vården bedrivas så att den uppfyller kravet på en

god vård respektive god tandvård. I dessa krav ligger redan i dag att god hygien skall iakttas vid all vård och behandling. Vårdhygieniska frågor ingår även i Socialstyrelsens ansvar för tillsynen över hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har möjlighet att genom författningar normera kraven på vårdhygienisk kvalitet. Socialstyrelsen har bl.a. utfärdat rekommendationer på området. Utöver Socialstyrelsens arbete har även SMI till uppgift att bl.a. följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt.

Enligt Socialstyrelsen finns det dock i dag trots de ovan nämnda kraven på flera håll brister inom hygienområdet. Ett grundläggande problem är bristerna i den epidemiologiska övervakningen av de vårdrelaterade sjukdomarna vilket gör att det inte går att få en samlad bild av omfattningen av vårdrelaterade sjukdomar. Beträffande den vårdhygieniska verksamheten bedöms läkare och sjuksköterskor vid hygiensektionerna arbeta i stort enligt gällande rekommendationer. Ett problem anses dock vara att den vårdhygieniska verksamheten är starkt koncentrerad till slutenvård och att den inte i önskvärd omfattning når ut till t.ex. den kommunala hemsjukvården. Ett annat problem som har framförts är brister i kunskaper och utbildning om vårdhygien hos personal och ansvariga inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen påpekar att detta utgör ett problem, särskilt inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Regeringen delar Socialstyrelsens uppfattning att det i lagstiftningen behövs ett uttryckligt krav på god hygienisk standard för att markera vikten av att samtliga vårdgivare så långt som möjligt förebygger och motverkar förekomsten av vårdrelaterade sjukdomar, ett samhällsproblem som annars riskerar att öka i omfattning. Regeringen föreslår därför att det i hälso- och sjukvårdslagen och i tandvårdslagen införs uttryckliga krav på att hälso- och sjukvården samt tandvården skall vara av god hygienisk standard i vården och behandlingen. Kravet på god hygienisk standard gäller oavsett om landsting, kommuner eller privata aktörer är vårdgivare. I kommunens vård och omsorg är det vanligt att hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras till för ändamålet icke utbildad personal. Delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter faller under hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Detta gäller alltså även kravet på god hygienisk standard.

Socialstyrelsen har utöver kravet på god hygienisk standard även i skrivelsen föreslagit att det i lagarna uttryckligen skall föreskrivas att hälso- och sjukvården samt tandvården skall vara organiserad så att det finns tillgång till infektionshygienisk kompetens. För att god vårdhygien skall kunna uppnås till förebyggande och begränsning av vårdrelaterade sjukdomar krävs dock att vårdgivarna vidtar en rad olika åtgärder. Det föreslagna uttryckliga kravet på god hygienisk standard innebär att vårdgivarna måste vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla detta krav. Utöver tillgången till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i hälso- och sjukvården eller tandvården svarar mot behoven på en god vårdhygien. Vidare krävs också att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas och begränsas. Därtill är utbildning och kompetensutveckling inom vårdhygien viktigt i arbetet med att förebygga och begränsa vårdrelaterade

sjukdomar. Detta bör ske kontinuerligt och omfatta all vårdpersonal i synnerhet personal som arbetar i patientnära vårdsituationer. För att god hälso- och sjukvård och tandvård skall kunna ges krävs dessutom inom hälso- och sjukvården och tandvården tillgång till en mängd olika kompetenser. Som vissa remissinstanser framfört bör man dessutom vara försiktig med att föra in alltför detaljerade bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen, vilka båda har karaktären av ramlagar. Det är enligt regeringens mening därför inte lämpligt att i lagtexten uttryckligen ange att det skall finnas tillgång till just vårdhygienisk kompetens. Detta innefattas i stället i det föreslagna kravet på god hygienisk standard. Förslaget genomförs genom tillägg till 2 a § hälso- och sjukvårdslagen och 3 § tandvårdslagen.

De förslag som Socialstyrelsen framför i sitt förslag till handlingsplan mot antibiotikaresistens bedömer regeringen vara exempel på åtgärder som vårdgivarna kan genomföra för att kunna uppfylla de krav på god hygienisk standard som nu tydliggörs genom förslagen ovan.

### 8.1.2 Smittskyddsläkarens uppgifter och anmälningsförfarandet vid sjukdomar som är vårdrelaterade

**Regeringens förslag:** Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om innehållet i anmälan av allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom när det gäller uppgifter som är av betydelse för smittskyddet. I smittskyddsläkarens uppgifter skall det även ingå att följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning. Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för.

**Regeringens bedömning:** Förteckningen över vilka andra sjukdomar än allmänfarliga sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga bör kompletteras med fler vårdrelaterade sjukdomar.

**Socialstyrelsens förslag i skrivelsen Vårdrelaterade infektioner förslag till lagbestämmelser:** Verksamhetschefen eller den han eller hon delegerat uppgiften till skall anmäla till vårdgivaren, Smittskyddsinstitutet (SMI) och smittskyddsläkaren om en patient drabbats av en vårdrelaterad infektion i hälso- och sjukvården. Av förslaget framgår vilka uppgifter som anmälan skall innehålla. Vidare föreslås ett förordnande till regeringen att meddela föreskrifter om vilka infektioner anmälningskyldigheten skall begränsas till.

**Smittskyddskommitténs förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag i den del smittskyddsläkaren ges i uppgift att följa att vårdgivare inom hälso- och sjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning.

**Remissinstanserna:** En majoritet av de remissinstanser som har uttalat sig i frågan är positiva till smittskyddskommitténs förslag. Flera remissinstanser anser det vara positivt att smittskyddsläkaren får en starkare roll avseende vårdrelaterade infektioner. En del av dessa remissinstanser an-

ser dock att ytterligare utredning och förtydliganden behövs. Flera remissinstanser, varav flera landsting, påpekar att man måste klargöra smittskyddsläkarens ansvar i förhållande till hygienläkare och övrig personal.

Flera remissinstanser är positiva till Socialstyrelsens förslag om rapportering av vårdrelaterade infektioner. SMI betonar vikten av att i alla register relatera antalet fall av vårdrelaterade infektioner till vårdens volym. Landstinget Västernorrland anser att lagförslaget borde medge att även infektioner relaterade till tandvården effektivt kan följas upp. Region Skåne ifrågasätter om anmälan skall göras till vårdgivare och anser att det bör räcka med att anmälan görs till smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkarföreningen anser att anmälan bör göras till den vårdhygieniska enhet som är knuten till verksamheten. Det bör även anges att anmälan skall ske utan dröjsmål i de fall den vårdrelaterade infektionen orsakas av läkemedelsresistenta eller spridningsbenägna mikroorganismer.

### **Skälen för regeringens förslag och bedömning**

Vårdrelaterade sjukdomar utgör ett betydande problem inom hälso- och sjukvården och tandvården oavsett vårdgivare. Det är av stor vikt att man genom olika förebyggande åtgärder motverkar uppkomsten och spridningen av vårdrelaterade sjukdomar såsom exempelvis uppkomst och spridning av antibiotikaresistenta smittämnen.

#### *Smittskyddsläkarens uppgifter vid vårdrelaterade sjukdomar tydliggörs*

Mot bakgrund av den föreliggande situationen beträffande vårdrelaterade sjukdomar (se avsnitt 4 angående definition) ges smittskyddsläkaren nu genom ett tillägg i 6 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168) även ett uttryckligt ansvar att följa att vårdgivarna vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning. Vid brister i detta hänseende skall smittskyddsläkaren påtala för den aktuella vårdgivaren vilka insatser som krävs. Skulle åtgärder ändå inte vidtas kan smittskyddsläkaren anmäla detta till tillsynsmyndigheten, som har möjlighet att utfärda föreläggande. Socialstyrelsen har enligt 9 kap. 1 § smittskyddslagen tillsyn över smittskyddet i landet. Bestämmelsen om smittskyddsläkarens ansvar införs som en ny punkt 7 i 6 kap. 2 § smittskyddslagen.

#### *Uppgifter i anmälan och skyndsam underrättelse till vårdgivare*

Regeringen anser att det är av stor vikt att det finns nationell och regional övervakning av vårdrelaterade sjukdomar. Ett led i en sådan övervakning är anmälningsskyldigheten enligt smittskyddslagen. Enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen skall behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och den som är ansvarig för ett sådant laboratorium samt läkare som utför obduktion, utan dröjsmål till behörig smittskyddsläkare och SMI anmäla misstänkt eller konstaterat fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom.

För att vårdgivarna i sin tur skall kunna vidta relevanta åtgärder för att förebygga smittspridning av vårdrelaterade sjukdomar, måste även de få kännedom om vissa förhållanden som kräver särskild uppmärksamhet. Därför införs en skyldighet för smittskyddsläkaren att skyndsamt underätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för. Skyldigheten införs genom en ny bestämmelse i 6 kap. smittskyddslagen.

Genom tillägget ges bättre möjlighet till dialog mellan smittskyddsläkaren och vårdgivare för att upptäcka och följa uppkomsten av aktuella sjukdomar, inte minst inom öppenvården och de särskilda boendeformerna samt inom hemsjukvården.

Av förarbetena till den nya smittskyddslagen framgår att ett anmälningsförfarande för smittsamma sjukdomar har två syften (prop. 2003/04:30 s. 93). Det ena är att snabbt ge kunskaper om inträffade fall för att direkta åtgärder skall kunna vidtas. Det andra är att ge mera långsiktiga kunskaper om utbredningen av sjukdomarna för att bl.a. ge grund för utvärderingen av smittskyddet och utvecklandet av åtgärdsstrategier. Därför skall behandlande läkare m.fl. göra anmälan av dels allmänfarlig sjukdom, dels vissa andra smittsamma sjukdomar som bör följas upp av epidemiologiska skäl. För att smittskyddsläkaren skall kunna leva upp till det uttryckliga ansvar som föreslås i tillägget i 6 kap. 2 § smittskyddslagen att följa att vårdgivarna vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning och på så sätt möjliggöra att smittskyddsarbetet rörande vårdrelaterade sjukdomar kan utgöra en del av hälso- och sjukvårdens kvalitetssäkringssystem, måste smittskyddsläkaren också ges en utökad inblick i eventuell förekomst av vårdrelaterade sjukdomar inom hälso- och sjukvården.

Av ovan nämnda skäl är det därför av stor vikt att fler vårdrelaterade sjukdomar omfattas av anmälningsystemet. Regeringen har för avsikt att låta Socialstyrelsen ta fram ett underlag om vilka ytterligare vårdrelaterade sjukdomar som skall omfattas av anmälningskyldigheten enligt bilaga 1 till smittskyddsförordningen (2004:255).

För att undvika en ohanterlig mängd data bör det finnas en möjlighet att närmare styra innehållet i anmälningarna av anmälningspliktiga sjukdomar. Sådana uppgifter som kan vara av betydelse för smittskyddet är till exempel förekomst i relation till viss vårdssituation (operation, blodtransfusion m.m.), speciell undergrupp av sjukdomen eller om personen är blodgivare.

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen ges därför möjlighet att meddela närmare föreskrifter härom. Förslaget införs genom ett tillägg i 2 kap. 7 § smittskyddslagen.

### 8.1.3 Andra förebyggande åtgärder

#### *Vaccinationer*

**Regeringens bedömning:** Följsamheten med barnvaccinationsprogrammet och vaccinationsgraden mot influensa och pneumokocker bör vara så hög att man så långt det är möjligt förebygger spridning och utbrott av dessa infektioner.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Följsamheten med det allmänna vaccinationsprogrammet bör framgent inte understiga 98 procent och vaccinationsgraden mot influensa och pneumokocker bör successivt öka och inom fem år omfatta minst 60 procent av individer över 65 år och minst 80 procent av övriga medicinska riskgrupper.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna är positiva till Socialstyrelsens förslag, men påpekar samtidigt att det är förbundet med kostnader. En hälsoekonomisk analys till stöd för hög täckning av vuxenvaccinationer bör först genomföras. För att uppnå den höga täckningsgraden måste nog vaccinationen vara gratis för patienten vilket i så fall skulle medföra stora kostnader för sjukvårdshuvudmännen. Förslaget att förstärka dialogen med föräldrar för att uppnå hög följsamhet till barnvaccinationsprogrammet mottas positivt.

**Skälen för regeringens bedömning:** I Sverige finns ingen allmän skyldighet att låta sig vaccineras. Emellertid föreligger en möjlighet att införa obligatorisk vaccination vid krig eller andra utomordentliga förhållanden. Även om det inte föreligger någon skyldighet att låta sig vaccineras, verkar samhället för att vaccinationer skall erbjudas medborgarna.

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 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. Vidare förekommer att enskilda landsting frivilligt påtagit sig kostnadsansvar för vaccinationer i vissa sammanhang, t.ex. när det gäller vaccination av patienter på vårdhem. De flesta landstingen 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.

Vaccinationer är en av de mest kostnadseffektiva insatserna för folkhälsan. Förutom att den vaccinerade individen skyddas, skyddas även kollektivet om tillräckligt många människor är vaccinerade. Ju fler i en befolkning som är motståndskraftiga mot en smittsam sjukdom desto svårare blir det för sjukdomen att spridas och till sist slutar sjukdomen att cirkulera. För att effekterna av allmänna vaccinationsprogram skall bli de önskade är det alltså viktigt att ha en tillräckligt hög täckningsgrad. Det är däremot inte lämpligt att regeringen, i ljuset av den gällande ansvarsfördelningen rörande vaccinationer, specifikt förordar exakt hur stor andel av befolkningen som bör vara vaccinerad. De aktuella myndigheterna bör ha ansvaret för att ange den exakta täckningsgraden av vaccinationer som krävs för att upprätthålla ett gott smittskydd.

Socialstyrelsen har givit ut allmänna råd med rekommendationer om vaccinationsprogram. För närvarande finns rekommendationer om det så kallade allmänna vaccinationsprogrammet för barn samt om riktade



vaccinationsprogram till vissa grupper i befolkningen som löper större risk än andra att smittas av en viss sjukdom. Socialstyrelsen utövar tillsyn över vaccinationsverksamheten och Smittskyddsinstitutet ansvarar för att kontinuerligt följa upp vaccinationsprogrammets genomförande och immunitetsläget hos befolkningen.

Genom att svåra infektionssjukdomar såsom stelkramp, difteri och polio försvunnit ur det allmänna medvetandet har motivationen hos föräldrar att låta barnen vaccineras till viss del minskat. Med undantag av kikhosta är också de sjukdomar som ingår i programmet mycket ovanliga i Sverige. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomför en utvärdering av det vetenskapliga underlaget för en samlad bedömning av effekter och bieffekter av vacciner hos barn som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet för barn. Resultatet av SBU:s granskning kommer att redovisas under år 2006.

Tydlig information behövs kontinuerligt om varför vaccinationsprogrammet för barn fortfarande utgör en viktig förutsättning för god barnhälsa. Barnvaccinationsprogrammet har efter en viss minskning av täckningen runt år 2000 nu återgått till internationellt sett mycket höga nivåer. Regeringen följer aktivt hur Socialstyrelsen arbetar med det allmänna vaccinationsprogrammet. Socialstyrelsen tillsätter efter behov expertgrupper för att analysera viktiga problem inom vaccinationsområdet med målet att ta fram nya rekommendationer. En av grupperna arbetar nu med förslag till vid vilka åldrar vacciner som ingår i programmet skall ges för att ge det bästa skyddet för befolkningen. I denna analys ingår, förutom att samla det vetenskapliga underlaget, att se på vilka tillgängliga vacciner som finns, hur programmen ser ut i andra länder, hur barn- och skolhälsovård fungerar med mera. Gruppen kommer att slutföra sitt arbete under år 2006. Ett viktigt underlag för detta och framtida justeringar av vaccinationsprogrammen är de underlag som Smittskyddsinstitutet (SMI) tar fram, bland annat de studier som görs för att mäta skyddet i olika åldrar som genomförs.

Vaccination av äldre och av vissa riskgrupper, till exempel patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, har också fått ökad betydelse för en minskad sjuklighet i vissa infektioner, till exempel influensa och pneumokocker. Influensa är en smittsam, virusorsakad luftvägsinfektion som i typiska fall ger upphov till sjukdomskänsla, feber, frossa, huvudvärk, muskelvärk och torrhosta. Sjukdomen ses i Sverige nästan uteslutande under vinterhalvåret, vissa år sparsamt och ibland i form av större epidemier. Vaccination rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:21) i första hand för personer som löper en ökad risk för allvarliga sjukdomsförlopp, som till exempel patienter med kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom samt personer över 65 års ålder. Såväl svenska som utländska studier tyder på att vaccination av äldre är en kostnadseffektiv åtgärd.

Allvarliga infektioner orsakade av pneumokocker (*Streptococcus pneumoniae*) förekommer i alla åldrar, men är vanligast i de yngsta och äldsta åldersgrupperna. Vaccination rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:26) bland annat till patienter med kroniska sjukdomar (t.ex. hjärt-, lung- och njursjukdomar och diabetes) samt med nedsatt immunförsvar. Vaccination bör också övervägas för personer

över 65 år. Vaccination av nämnda grupper är enligt amerikanska studier kostnadseffektivt.

Det är därför enligt regeringen av största vikt att informera människor som innefattas av ovan nämnda riskgrupper om möjligheten till vaccination samt att informationsinsatser som syftar till att stimulera människor att vaccinera sig fortsätter så att omfattningen av dessa vaccinationer kan öka. Socialstyrelsen genomför för närvarande en översyn av de svenska vaccinationsprogrammen och avser, inom ramen för sin tillsyn av smittskyddet, att följa upp sjukvårdsmännens tillämpning av de allmänna råd som behandlar vaccination mot influensa (SOSFS 1997:21) och pneumokocker (SOSFS 1994:26).

Patientdatautredningen (S 2003:03, dir. 2003:42) med tilläggsdirektiv (dir. 2004:95) utreder på uppdrag av regeringen behovet av och förutsättningar för att inrätta ett nationellt vaccinationsregister i Sverige. Vaccinationsregistret är tänkt att bli ett rikstäckande register som skall innehålla uppgifter om i princip alla vaccinationer som görs i landet. Vårdgivaren skall bl.a. kunna få uppgifter från registret inför behandling av en patient där det är nödvändigt att veta om patienten har vaccinerats och i så fall när vaccinationen skett. Likaså skall den enskilde kunna få besked om vilka vaccinationer som han eller hon fått och när. Det är både patientsäkerhets- och serviceskäl som motiverar registret. Till utredningen har SMI tillsammans med Läkemedelsverket och Socialstyrelsen inkommit med ett underlag om behovet av och förutsättningarna för att inrätta ett nationellt vaccinationsregister. I underlaget redogör myndigheterna för ett tvådelat vaccinationsregister bestående av dels en vård-databas, dels en analysdatabas. Patientdatautredningen skall rapportera sitt uppdrag senast den 31 december 2005.

#### *Förebyggande åtgärder inom äldreomsorgen*

**Regeringens bedömning:** Förebyggande åtgärder mot spridning av vårdrelaterade sjukdomar inom äldreomsorg är angelägna.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** I förslaget till handlingsplan mot antibiotikaresistens föreslår Socialstyrelsen att spridning av multiresistenta bakterier från kända eller starkt misstänkta smittkällor inte skall förekomma inom särskilda boendeformer. Socialstyrelsen föreslår vidare att uppföljning av vårdrelaterade infektioner skall införas som en del av det fortlöpande kvalitetsarbetet inom fem år.

**Remissinstanserna:** *Vårdförbundet* anser att insatser mot vårdrelaterade sjukdomar, förutom hälso- och sjukvården, även måste omfatta den kommunala omsorgen eftersom patienter i stor utsträckning flyttar mellan olika vård- och omsorgsformer. Enligt *Svensk förening för allmänmedicin* kan en del kommunala boenden efter ÄDEL-reformen räknas som sjukvårdsmiljö. Med tanke på flödet mellan sjukhus och dessa kommunala boenden är det viktigt att fortlöpande uppdatera personalens och ansvarig läkares kunskaper.

**Skälen för regeringens bedömning:** Arbetet mot vårdrelaterade sjukdomar är en viktig aspekt i fråga om kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska

(MAS) har en viktig roll i detta arbete. Bland MAS huvuduppgifter ingår att tillgodose att patienten får vård och behandling i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillse att kvalitetssystem kontinuerligt underhålls och utvecklas samt att personalen är väl informerad om dessa.

Vården och omsorgen om äldre personer fungerar i många fall bra, men det finns brister som behöver åtgärdas. Några av de områden som behöver utvecklas och förbättras är bland annat omvårdnaden om de mest sjuka, boendeformer för äldre, förebyggande arbete, kvalitet och likvärdighet samt kompetensutveckling av personal.

Inom Regeringskansliet pågår arbete med en nationell utvecklingsplan för äldreomsorgen för den kommande tioårsperioden. Syftet är att förbättra situationen för de äldre så att de äldre och deras anhöriga skall känna trygghet att åldras. Arbetet mot vårdrelaterade sjukdomar är ett exempel på ett område där fortsatta insatser för kompetensutveckling och utbildning kan behövas.

### *Infektioner i förskoleverksamheten*

**Regeringens bedömning:** Översjuklighet i infektioner bland barn som vistas i förskoleverksamhet bör förebyggas.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Antibiotikaförbrukningen hos barn som vistas på förskola skall inom tre år ha minskat med 20 procent jämfört med dagsläget. Socialstyrelsen föreslår vidare att en fast läkarkontakt bör knytas till förskoleverksamheten.

**Remissinstanserna:** Flera instanser ifrågasätter huruvida målet om en 20 procentig minskning är realistisk. Förslaget om att knyta en fast läkarkontakt till förskoleverksamheten mottas positivt. En sådan konsultläkare bör främst inriktas på smittskyddsansvar och arbeta tillsammans med kommunen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ett komplicerat samspel mellan individens försvarsförmåga mot infektioner, mängden smittämnen och kombinationen av virus och bakterier har betydelse för den enskildes benägenhet att utveckla sjukdom. Infektioner är, i viss utsträckning, nödvändiga för att stimulera och utveckla barnens immunförsvar. I en miljö med många barn, som i förskoleverksamheten, finns många smittämnen i cirkulation. Med förskoleverksamhet avses förskola, familjedaghem och öppen förskola. Även om en viss infektionsförekomst bland barn behövs för utvecklingen av barnens immunsystem, så utgör den ökade infektionssjukligheten på grund av vistelsen i förskoleverksamheten ett problem som så långt det är möjligt bör förebyggas. De flesta infektioner hos barn är orsakade av virus. Tillstånden kan vara svårvärderade och därför antibiotikabehandlas många i onödan. Flera studier visar att det går att minska behovet av antibiotikabehandling genom att påverka rutinerna i förskoleverksamheten.

Regeringen följer aktivt arbetet på området. Ett exempel är att de berörda parterna fortsätter att skapa goda rutiner för samarbete mellan förskoleverksamheten och hälso- och sjukvården. Exempel på sådant samarbete är att förskoleverksamheten knyter till sig expertis som kan

bistå med råd vid t ex anhopning av infektioner. Enligt Strategigruppens för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama) kartläggning av hygien på förskolor hade cirka 62 procent av de undersökta förskolorna en namngiven kontaktperson inom sjukvården. Av dem som hade sådan kontakt utgjordes denna i drygt 13 procent av fallen av läkare. Kommunerna bör för att främja ett sådant samarbete enligt Socialstyrelsens förslag erbjuda en särskilt avsatt läkarresurs, en s.k. konsultläkare. Regeringen ser positivt på förslaget att knyta en fast läkarkontakt till förskoleverksamheten. De närmare formerna för att skapa goda rutiner för samarbete mellan förskoleverksamheten och hälso- och sjukvården är dock en fråga för huvudmännen.

Regeringen stödjer arbetet med att minska infektionsförekomsten hos barn i förskoleverksamheten genom stöd till Stramas arbete samt genom myndighetsstyrningen av Socialstyrelsen. När det gäller infektioner inom förskolan har Strama till exempel genomfört en studie om handhygien på daghem samt en studie som jämför infektioner i barnfamiljer i kommuner med hög respektive låg förskrivning av antibiotika. Under år 2004 har Strama vidare drivit ett projekt som syftar till att utbilda tioåriga elever om virus och bakterier. Cirka 10 000 elever har tagit del av undervisningen.

Socialstyrelsen gav år 2001 ut ett kunskapsunderlag, Smitta i förskolan, vars syfte är att öka kunskapen om smittsamma sjukdomar och att ge praktiska råd och riktlinjer om hur smitta kan begränsas och förebyggas i förskolan samt om när och hur länge barn bör vara hemma vid olika typer av infektioner. Skriften riktar sig i första hand till förskolans personal som ett stöd för deras arbete, men även andra grupper, till exempel föräldrar till barn i förskolan, kan ha nytta av skriften. Kunskapsunderlaget är ett viktigt verktyg för arbetet mot infektioner i förskolan och det uppdateras regelbundet av Socialstyrelsen. Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis är viktigt att de insatser som görs av bland andra Strama och Socialstyrelsen för att motverka översjuklighet i infektioner bland barn som vistas i förskoleverksamheten fortsätter med oförminskad styrka för att därmed även motverka förekomsten av antibiotikaresistens.

## 8.2 Förebyggande åtgärder inom veterinärmedicin – förebyggande djurhälsoarbete i allmän veterinärinstruktion

**Regeringens bedömning:** Djursjukvård och djurhälsovård bör bedrivas på ett sådant sätt att infektioner så långt möjligt förebyggs genom skötselåtgärder och genom åtgärder för att förbättra djurens miljö. Tillägg bör göras i förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion för att klargöra att veterinär verksamhet i tillämpliga fall skall omfatta förebyggande djurhälsoarbete i syfte att förhindra smittspridning.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Viktiga åtgärder för att undvika resistensutveckling är enligt förslaget till handlingsplan att

genom förebyggande djurhälsoarbete befrämja en god djurhälsa och därmed ett minskat behov av antibiotika.

Som mål anges bl.a. att andelen juverinflammationer hos kor samt diarréer och luftvägsinfektioner hos svin och nötkreatur skall minska med 20–30 procent inom en femårsperiod. Vidare anges att användningen av antibiotika för att förebygga tarmstörningar hos fjäderfä skall ersättas med andra metoder inom 10 år. För att förbättra djurhälsan hos sport- och sällskapsdjur anges att djurägare bör stimuleras att låta vaccinera djur mot relevanta infektionssjukdomar.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser påpekade att de uppsatta målen att minska sjukligheten hos lantbrukets djur sannolikt inte kommer att kunna uppnås inom de uppsatta tidsramarna. *Svensk mjölk* poängterade att målet att minska antibiotikaanvändningen inte får hindra att sjuka djur får adekvat behandling.

*Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)* ifrågasatte om målet att inom 10 år ersätta antibiotikabehandling av fjäderfä med andra metoder för att förhindra tarmstörningar är realistiskt. På uppdrag av regeringen införde Statens jordbruksverk i oktober 1998 en föreskrift om obligatorisk hälsokontroll avseende koccidios hos slaktkyckling. Programmet drivs av Svensk fågel enligt plan och riktlinjer som är godkända av Statens jordbruksverk. Det långsiktiga målet med regeringens uppdrag var att skapa förutsättningar för hållandet av slaktkycklingar på ett sätt som skyddar djuren från sjukdom utan rutinmässig medicinering. Omfattande forskningsinsatser kommer enligt SVA att behövas för att nå detta mål.

**Skälen för regeringens bedömning:** Inom djurhållningen sker lätt spridning av smittämnen i miljöer där många djur hålls på begränsade ytor. Viktiga åtgärder för att minska smittspridning är att så långt möjligt undvika transporter av djur och blandning av olika djurgrupper. Andra viktiga åtgärder är att försäkra att djur hålls i goda djurmiljöer där onödig stress kan undvikas. Förekomsten av virusinfektioner hos djur leder ofta till ökad sjuklighet i bakteriesjukdomar och därmed högre antibiotikaförbrukning.

I förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion (veterinärinstruktionen) anges vad en veterinär särskilt skall iakttaga i sin verksamhet, bl.a. vad avser journalföring, tillhandahållande av läkemedel intygsskrivande och anmälande av smittsamma djursjukdomar.

Av Statens jordbruksverks föreskrifter om veterinärs rätt att förskriva och tillhandahålla läkemedel i anslutning till djursjukvård och djurhälsovård (SJVFS 2002:57), som meddelats med stöd av veterinärinstruktionen, framgår att läkemedelsanvändning skall ske med återhållsamhet och enbart då behov föreligger. Föreskriften klargör bl.a. att uppkomst av resistens skall beaktas vid val och dosering av läkemedel.

För att ytterligare förtydliga veterinärers skyldighet att bedriva förebyggande djurhälsoarbete bör veterinärinstruktionen kompletteras med uppgiften att veterinär verksamhet i tillämpliga fall skall omfatta förebyggande djurhälsoarbete i syfte att förhindra smittspridning.

**Regeringens bedömning:** Kemikalieinspektionen bör i samråd med övriga berörda myndigheter fortsätta att bevaka och arbeta för att förhindra godkännande av växtskyddsmedel vars användning kan leda till spridning av antibiotikaresistens.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Kemikalieinspektionen* föreslår ett förtydligande av Socialstyrelsens skrivning om mål gällande användning av mikroorganismer som växtskyddsmedel.

**Skälen för regeringens bedömning:** Folkhälsoeffekterna av användningen av antibiotika inom livsmedelsproduktionen är inte helt kända. Uppgifter om att mikroorganismer som kan medföra spridning av antibiotikaresistens kan förekomma i växtskyddsmedel har ytterligare belyst problemen. Eftersom resistens kan överföras mellan livsmedel och människor bör fortsatt vaksamhet iakttas. I Sverige finns inga godkända växtskyddsmedel som innehåller antibiotika. Däremot används medel som innehåller mikroorganismer som naturligt kan producera antibiotiska ämnen. I andra länder inom Europeiska unionen (EU) används antibiotika direkt i växtodlingar. Regeringen bedömer att mikroorganismer som kan medföra spridning av antibiotikaresistens inte bör användas som växtskyddsmedel inom EU. Användning av antibiotika som växtskyddsmedel som har eller kan få betydelse inom human- eller veterinärmedicinen bör inom EU ersättas med godtagbara alternativ inom sex år. I det svenska undantagsarbetet inom området för antimikrobiella fodertillsatser finns ett underlag som också kan ha relevans för användningen på växter beträffande t.ex. vilka spridningsvägar som kan finnas för resistenta bakterier (Antimikrobiella fodertillsatser Betänkande av Utredningen om antimikrobiella fodertillsatser SOU 1997:133). Där beskrivs också hur användningen av växtskyddsmedel i form av antibiotika som för närvarande inte används inom human- och veterinärmedicin, kan begränsa de framtida möjligheterna att finna nya läkemedel. Regeringen anser att denna kunskap bör kunna utnyttjas i arbetet inom EU. Kemikalieinspektionen bör i samråd med övriga berörda myndigheter fortsätta att bevaka och arbeta för att förhindra godkännande av växtskyddsmedel vars användning kan leda till spridning av antibiotikaresistens.

**Regeringens bedömning:** Senast år 2008 bör säker alternativ teknik ersätta antibiotikaresistensmarkörgener som är skadliga för hälsa eller miljö vid transformering av genetiskt modifierade växter avsedda för utsättning i miljön. Genetiskt modifierade mikroorganismer (GMM) med förvärvad antibiotikaresistens som har human- och veterinärmedicinska tillämpningar och som är skadliga för hälsa och miljö, bör endast förekomma under innesluten användning.

Regeringen bör inom Europeiska unionen (EU) och i internationella fora verka för att antibiotikaresistensgener som kan ha negativa effekter på hälsa eller miljö inte används i genetiskt modifierade växter och för att växter som innehåller sådana gener successivt avlägsnas från marknaden. Vid denna avveckling bör särskilt beaktas att alternativen är säkra ur miljö- och hälsosynpunkt. Regeringen avser att uppdra åt Statens jordbruksverk att, i samråd med övriga behöriga myndigheter, särskilt återrapportera sina insatser inom området, både nationellt och på EU-nivå.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Naturvårdsverket* påpekar att herbicidresistens som också används som selektionsmarkör för med sig negativa konsekvenser i miljön i form av ett permanentande av kemikalieanvändning i jordbruket och föreslår att det under aktiviteter framhålls att alternativa tekniker måste vara ekologiskt och miljömässigt säkra, alternativt inte fungera efter selektionsarbetet eller kunna tas bort ur genomet före utsättning.

*Arbetsmiljöverket (AV)* framför att aktiviteten ”Arbetarskyddsstyrelsen (i dag Arbetsmiljöverket) följer upp regeltillämpningen vid aktuell typ av laboratoriearbete” ersätts med ”Arbetsmiljöverket följer upp regeltillämpningen” och bevakar särskilt att gener med resistens mot sådana antibiotika som har stor betydelse för sjukdomsbehandling inte används annat än om det är nödvändigt för syftet med verksamheten och att resistensgener undviks helt vid storskalig odling”.

**Skälen för regeringens bedömning:** Genetiskt modifierade organismer (GMO) är organismer där man förändrat de ärftliga egenskaperna med hjälp av genteknik. När GMO konstrueras kan en så kallad selektiv markör gen kopplas till den främmande gen som skall tillföras organismen. Med hjälp av markör genen går det att identifiera de celler som tagit upp den tillförda genen. Antibiotikaresistensgener (ARM) används ofta som selektiva markörgener. Enligt regeringens bedömning är riskerna med att använda gener för antibiotikaresistens som markörer i genetiskt modifierade växter relativt små. Riskerna med att använda markörgener, som ger antibiotikaresistens i GMM, bedöms som större eftersom mikroorganismer naturligt kan utbyta arvs massa med varandra. När GMM med antibiotikaresistensgener avsiktligt sätts ut i miljön, eller av misstag slipper ut från innesluten användning, t.ex. från laboratorier, finns en risk att resistens sprids till andra mikroorganismer i miljön. Ansvaret för genteknikärenden i Sverige är fördelat mellan ett flertal myndigheter i

enlighet med förordningen (SFS 1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. Dessa behöriga myndigheter har i uppgift att bedöma ansökningar om tillstånd för att bedriva genteknikärenden.

Enligt regeringens uppfattning bör målet vara att de ARM, med negativa egenskaper på hälsa och miljö, som skall avvecklas enligt artikel 4(2) i rådets direktiv om avsiktlig utsättning av genetiskt modifierade organismer i miljön (dir. 2001/18/EG), bör ersättas med alternativa icke-ARM. Direktivet slår fast att gemenskapen skall säkerställa att GMO som innehåller gener, som ger resistens mot antibiotika, vilka har human- eller veterinärmedicinsk användning skall granskas särskilt noga i den i direktivet föreskrivna miljöriskbedömningen. I artikel 4(2) inom direktivet beskrivs att gemenskapen efter att ha identifierat antibiotikaresistensgener med negativa egenskaper för hälsa och miljö skall fasa ut dessa från marknaden. Senast år 2008 bör alternativ teknik ersätta de antibiotikaresistensmarkörgener som bedömts skadliga för hälsa eller miljön vid användning i genetiskt modifierade växter avsedda för utsättning i miljön. Vid denna avveckling bör särskilt beaktas att alternativen är säkra ur miljö- och hälsosynpunkt. Den europeiska livsmedelssäkerhetsmyndigheten, EFSA, har tagit fram en klassningslista över ARM-gener i Genetiskt modifierade växter som får odlas inom EU, vilken publicerades under år 2004. Hänsyn har tagits till antibiotikans användningsområde inom human- och veterinärmedicinska tillämpningar, sannolikheten för horisontell genspridning och naturlig förekomst av olika gener. ARM-gener under den första klassen, vilka ger resistens mot kanamycin och hygromycin, anses inte vara skadliga för hälsa och miljö då de har låg terapeutisk vikt, samt att resistensen redan är naturligt vitt spridd i ekosystemet.

Regeringen avser att inom EU och i internationella fora verka för att antibiotikaresistensgener som kan ha negativa effekter på hälsa eller miljö inte används i genetiskt modifierade växter och för att växter som innehåller sådana gener successivt avlägsnas från marknaden. Inom EU:s expertgrupper samt inom Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) pågår arbete med dessa frågor. Under tillståndsgivning för användning och marknadstillträde inom unionen och Sverige för GMO, skall i miljöriskbedömningen förekomsten av ARM-gener beaktas enligt den gällande lagstiftningen inom gemenskapen samt nationellt inom Sverige. Regeringen avser att uppdra åt Statens jordbruksverk, att i samråd med behöriga myndigheter, särskilt åiterrapportera sina insatser inom området.

AV är ansvarig myndighet för regeltillämpningen gällande innesluten användning av GMM. Kemikalieinspektionen och Läkemedelsverket är ansvariga myndigheter för regeltillämpningen gällande användning av GMM som inte är innesluten. AV bevakar inom sitt tillsynsområde särskilt att gener med resistens mot sådana antibiotika som har stor betydelse för sjukdomsbehandling inte används annat än om det är nödvändigt för syftet med verksamheten och att resistensgener undviks helt vid storskalig odling av GMM.

Regeringen bör inom EU och i internationella fora verka för att antibiotikaresistensgener som kan ha negativa effekter på hälsa eller miljö inte används i genetiskt modifierade växter och för att växter som innehåller sådana gener successivt avlägsnas från marknaden. Vid denna av-



veckling bör särskilt beaktas att alternativen är säkra ur miljö- och hälsosynpunkt. Regeringen avser att uppdra åt Statens jordbruksverk att, i samråd med övriga behöriga myndigheter, särskilt återrapportera sina insatser inom området, både nationellt och på EU-nivå.

## 11 Kunskapsuppbyggnad

För strategins genomförande krävs att all personal inom hälso- och sjukvård, djursjukvård, djurhållning och livsmedelsproduktion tillämpar aktuell kunskap och bästa möjliga teknik. De som förskriver antibiotika måste ha ett tillräckligt kunskapsunderlag för beslutet att ordinera eller avstå från antibiotikabehandling och för att kunna göra ett rationellt terapival. All personal måste känna till hur infektioner kan förebyggas.

För att minska spridning av infektioner krävs att allmänheten har en god kännedom om betydelsen av personlig hygien och livsmedelshygien. Vidare behövs en förståelse för såväl nytta som risker med antibiotikaanvändning. Information utarbetad av relevanta myndigheter kan spridas bl.a. genom skolor, apotek och konsumentorganisationer.

Det är även angeläget att den som ordinerar antibiotika har lättillgänglig, saklig, aktuell och producentobunden information om antibiotika som står i samklang med de riktlinjer som finns för användning av antibiotika i Sverige. För nyregistrerade läkemedel tar Läkemedelsverket fram information i form av produktmonografier. Därtill skall det enligt lagen om läkemedelskommittéer (1996:1157) i varje landsting finnas en eller flera läkemedelskommittéer. En läkemedelskommitté skall genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna skall vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Inom humanmedicinen har läkemedelskommittéer och regionala Stramagrupper en viktig roll att förse förskrivare med objektiv information som främjar rationell läkemedelsanvändning. Genom en kontinuerlig dialog mellan olika parter kan problem identifieras och gränsdragningar tydliggöras vilket främjar en sund marknadsföring.

Ett gott kunskapsunderlag är därför grundläggande för alla former av insatser för att motverka antibiotikaresistens. Dels är många aspekter fortfarande inte belysta, dels är antibiotika och antibiotikaresistens ett dynamiskt område, vilket gör att även befintlig kunskap måste uppdateras kontinuerligt.

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samråd med berörda aktörer göra en inventering av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården. Inventeringen bör genom ett lämpligt urvalsförfarande belysa situationen inom både öppen- och slutenvården.

Smittskyddsinstitutet (SMI) bör få i uppdrag att inventera användningen av mikrobiologiska metoder.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Lokala rekommendationer för diagnostik och behandling av bakteriella infektionssjukdomar baserade på nationella och regionala riktlinjer bör utarbetas. Förskrivare av antibiotika bör känna till och tillämpa de gällande riktlinjerna. All mikrobiologisk diagnostik bör vara kvalitetssäkrad och preliminära svar på rutinodlingar skall normalt kunna erhållas inom ett dygn.

**Remissinstanserna:** Ansvar för att utarbeta lokala rekommendationer och att ansvara för återföring av följsamhet till anvisningarna kommer att innebära ett stort åtagande för landstingen. Därtill finns behov av förbättrade informationsvägar för att kunna nå ut till lokal nivå med nya metodunderlag. Det är inte tydligt vilken myndighet som skall ha ansvar för genomförandet av förslagen. SMI:s roll i godkännande/utvärdering av nya diagnostiska metoder är oklar enligt SMI.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning att lokala rekommendationer för diagnostik och behandling av bakteriella infektionssjukdomar baserade på nationella kunskapsunderlag och rekommendationer samt regionala riktlinjer bör utarbetas. Förskrivare av antibiotika bör känna till och tillämpa riktlinjerna. Det arbete som Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens hittills har utfört bör därför fortsätta enligt modellen med lokalt nätverksarbete.

All mikrobiologisk diagnostik bör vara kvalitetssäkrad och preliminära svar på rutinodlingar skall normalt kunna erhållas inom ett dygn.

För att kunna uppnå en mer rationell antibiotikaanvändning är det viktigt att kunna skilja virusinfektioner från bakterieinfektioner. En god diagnostik ökar möjligheten att undvika onödig antibiotikabehandling. Mer än 90 procent av antibiotika förskrivs på recept till patienter som inte vårdas på sjukhus, huvudsakligen barn och äldre. Även om sjukhusen svarar för en liten del av den totala antibiotikaförbrukningen utgör mängden patienter på en liten yta som behandlas samtidigt en stor risk för uppkomst och spridning av resistenta bakterier. Detsamma gäller miljöerna inom daghem och institutionsvård. En fördröjning av effektiv terapi kan leda till komplikationer och vid svåra infektionstillstånd till ökad mortalitet. Med en ökande resistens mot antibiotika blir det därför alltmer angeläget att så snabbt som möjligt påvisa bakterier och deras antibiotikaresistensmönster. För att kunna inleda effektiv behandling innan bakterier påvisats är det viktigt för förskrivaren att det lokala mikrobiologiska laboratoriet kan ge vägledning om vilka antibiotika som är verksamma samt att aktuella rekommendationer finns tillgängliga.

För att kunna uppnå den målsättning som Socialstyrelsen presenterat i sitt förslag till handlingsplan är det enligt regeringens bedömning viktigt att genom en översyn ta fram ett gott kunskapsunderlag. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att i samråd med berörda aktörer göra en inventering av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården. Inventeringen bör genom ett lämpligt urvalsförfarande belysa situationen inom både öppen- och slutenvården. Inventeringen bör redogöra för tillgången till infektionsmedicinsk kompetens, i kvalitetsarbetet såväl som i den löpande kliniska verksamheten vid vårdinrättningar. Vidare bör det belysas huruvida riktlinjer för utredning, inklusive riktlinjer för mikrobiologisk diagnostik, och antibiotikabehandling vid olika infektionssjukdomar finns utarbetade och tillgängliga, samt vilka metoder som finns för utvärdering av hur riktlinjerna följs och att resultaten av dessa utvärderingar regelbundet analyseras, samt hur denna kunskap återförs till berörd personal.

SMI bör få i uppdrag att inventera hur befintliga mikrobiologiska metoder som används vid diagnostik utnyttjas i dag samt vilka nya mikrobiologiska metoder som finns och även belysa de ekonomiska konsekvenserna av att införa dessa nya metoder i landstingens mikrobiologiska diagnostik.

## 11.2 Översyn av veterinär obduktionsverksamhet

**Regeringens bedömning:** En fortsatt översyn bör ske av veterinär obduktionsverksamhet i landet så att åtgärder vid behov kan vidtas för att tillgodose behoven av diagnostiska möjligheter inom veterinär fältverksamhet. Översynen bör genomföras av Statens jordbruksverk.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** I förslaget till handlingsplan slås fast att det krävs tillgång till säker mikrobiologisk diagnostik och till obduktionsverksamhet för att antibiotika skall kunna användas med god effekt.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser påpekade att tillgången till analyslaboratorier och obduktionsmöjligheter för djur är bristfälliga i landet.

**Skälen för regeringens bedömning:** I dag finns två veterinärmedicinska laboratorier ackrediterade för klinisk mikrobiologisk diagnostik och bestämning av antibiotikakänslighet, vilket enligt Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) och Statens jordbruksverk tillgodoser behovet av laboratoriediagnostik. Möjligheterna för veterinärer inom fältverksamheten att få obduktioner utförda är begränsade och enligt SVA otillfredsställande. För många viktiga sjukdomar, till exempel lunginflammationer hos kalv, utförs bakteriologisk diagnostik allt för sällan för att praktiserande veterinärer skall ha ett bra underlag för behandling och för att effektivt kunna hejda spridningen av nya resistenstyper.

Statens jordbruksverk ser över tillgången till obduktionsverksamhet med målsättningen att tillgången skall vara adekvat för den veterinära fältverksamhetens behov. En fortsatt översyn bör ske i verkets regi.

**Regeringens bedömning:** Läkemedelsverket bör få i uppdrag att, i samråd med övriga berörda myndigheter, kartlägga vägarna och slutdestinationerna för tillförsel av olika typer av antibiotika till miljön och den årliga omfattningen av denna tillförsel, samt att kartlägga hur olika typer av antibiotika bryts ned i olika miljöer.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser påpekar att kunskapsgrunden om miljökonsekvenser och återföring av resistent bakterier genom naturen till människor orsakade av antibiotikautsläpp är i det närmaste obefintlig och att kunskapsuppbyggnad är nödvändig.

*Läkemedelsverket* påpekar att sådant arbete måste ske i nära samarbete med Naturvårdsverket, på grund av att Läkemedelsverket inte har tillräcklig expertis eller resurser för att kunna kartlägga antibiotikas nedbrytning i naturen. Därför anser Läkemedelsverket att resurser behöver tillskapas för att miljötoxikologisk expertis skall kunna knytas till Läkemedelsverket.

*Swedish Meats* påpekar att det inte bara är spridningen av levande bakterier som behöver beaktas utan även spridningen av gener.

*Kemikalieinspektionen* anser att användning av antibiotika i desinfektionsmedel eller andra hygienprodukter bör omfattas av handlingsplanen. Till exempel har triclosan påvisats i miljön vilket har föranlett Läkemedelsverket, Kemikalieinspektionen, Smittskyddsinstitutet (SMI), Konsumentverket och Livsmedelsverket att gå ut med gemensamma rekommendationer om minskad användning.

**Skälen för regeringens bedömning:** Inom fem år bör det finnas ett underlag för utvärdering av eventuella risker för människor och djur med utsläpp av antibiotika och spridning av resistent bakterier i miljön. Generellt är miljöeffekter av läkemedel eller nedbrytningsprodukter av läkemedel i den yttre miljön ett område som uppmärksammas allt mer. Regeringen framför i propositionen Svenska miljömål – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004/05:150) att den avser ta ställning till åtgärder för att uppnå en hög skyddsnivå gällande läkemedel. I propositionen framför regeringen också att den avser att verka för krav på information om miljöaspekter för läkemedelsprodukter inom Europeiska unionen. Frågor i samband med antibiotikaanvändning och antibiotikaresistens är en viktig del av arbetet med miljöaspekter på läkemedelsanvändning.

Även användningen av olika typer av desinfektionsmedel och antibakteriella tillsatser i hygien och konsumentprodukter ökar, vilket också bidrar till både spridningen av kemikalier i miljön och riskerna för utveckling av bakteriell resistens. Särskilt problematiska är spridningen av olika klor- och tennorganiska föreningar samt biociden triclosan, vilket beskrivs i rapporten Initiativ mot antibakteriella tillsatser i konsumentprodukter – Rapport om samverkan mellan Kemikalieinspektionen, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket och SMI, mars 2001. Även problematiken med antibakteriella tillsatser i andra produkter än läkemedel bör enligt regeringens uppfattning uppmärksammas.

Via avlopp och gödsel kan såväl antibiotika som antibiotikaresistenta bakterier komma ut i den yttre miljön, vilken blir en reservoar för antibiotikaresistens. Bristande kunskap gör att vi i dag inte kan kvantifiera eventuella risker som detta leder till. Eftersom antibiotikaresistens och antibiotikaförbrukning har ökat finns det enligt regeringens uppfattning anledning att kartlägga detta område så att behov av riskbegränsning kan bedömas.

Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning att målet bör vara att det inom fem år skall finnas ett underlag för värdering av eventuella risker för människor och djur med utsläpp av antibiotika och spridning av resistenta bakterier i miljön. I rapporten Miljöpåverkan från läkemedel samt kosmetiska och hygieniska produkter (dnr S2004/5813/HS) påpekar Läkemedelsverket att miljöaspekter på läkemedel bör betonas ytterligare och de redovisar en rad förslag inom området läkemedelsanvändning och miljö. Utifrån prioriteringar bland Läkemedelsverkets övergripande förslag i rapporten aviserar regeringen i propositionen Svenska miljömål – ett gemensamt uppdrag (prop. 2004:05/150) att den avser att ge berörda myndigheter i uppdrag att utveckla strategier och konkreta åtgärdsförslag. Regeringens bedömning är att sådant som har relevans för utveckling av antibiotikaresistens bör uppmärksammas särskilt i detta arbete.

Socialstyrelsen bedömde i sitt förslag att uppdrag i huvudsak skulle ges till Naturvårdsverket när det gäller att kartlägga vägarna och slutdestinationerna för tillförsel av olika typer av antibiotika till miljön och den årliga omfattningen av denna tillförsel samt att kartlägga hur olika typer av antibiotika bryts ner i olika miljöer. Regeringen anser dock att Läkemedelsverket, mot bakgrund av principen med sektorsansvar, bör genomföra uppdraget, dock i samråd med övriga berörda myndigheter särskilt med Naturvårdsverket, SMI, Statens jordbruksverk, Statens veterinärmedicinska anstalt och Konsumentverket. Naturvårdsverket kan här bidra med sin expertis inom bland annat miljöövervakningen.

Uppdraget kopplar även till ett uppdrag till Naturvårdsverket, vilket regeringen aviserade i En nationell strategi för havsmiljön (skr. 2004/05:173). I havsmiljöstrategin framförde regeringen att utsläppen av läkemedelsrester och skadliga ämnen till bland annat kommunalt avloppsvatten bör minimeras och regeringen aviserade därför ett uppdrag till Naturvårdsverket att utreda de kommunala reningsverkens förmåga att ta hand om de ämnen som ändå når reningsverken.

Regeringen avser även att ta ställning till vidare åtgärder gällande uppdrag till ansvariga myndigheter att låta undersöka i vilken omfattning resistenta bakterier respektive antibiotikaresistensgener sprids i miljön samt i vilken utsträckning resistenta bakterier överlever, sprids och återförs till människor och djur.

**Regeringens bedömning:** Livsmedelsverket bör få i uppdrag att utreda huruvida användandet av vissa antibiotikasubstanser som konserveringsmedel i livsmedel innebär en risk för folkhälsan och djurhälsan.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** De två antibiotikasubstanser som i dag är godkända som livsmedelstillsatser inom Europeiska unionen, nisin och natamycin, bör enligt förslaget till handlingsplan ersättas med andra godtagbara metoder.

**Remissinstanserna:** Enbart *Swedish Meats* har kommenterat förslaget. *Swedish Meats* ifrågasätter förslaget mot bakgrund bl.a. av att de aktuella substanserna även bildas naturligt i vissa livsmedel. Enligt *Swedish Meats* medför inte användningen som livsmedelstillsatser en risk för folkhälsan.

**Skälen för regeringens bedömning:** Nisin och natamycin används som konserveringsmedel för att hindra tillväxt av vissa bakterier och mögelsvampar i mejeri- och köttprodukter. Nisin ingår inte i dag i något godkänt läkemedel men är verksamt mot bakterier och har enligt vetenskaplig litteratur uppmärksammats som en substans som eventuellt kan utvecklas till läkemedel. Natamycin är verksamt mot svampar och kan användas för lokalbehandling av svampinfektioner.

För att behålla sin trovärdighet gentemot omvärlden är det viktigt att Sverige för en konsekvent antibiotikapolitik. I detta ingår att Sverige bör driva linjen att antibiotika inte skall användas för icke-medicinska ändamål om det finns en risk att sådan användning på kort eller lång sikt kan utgöra ett hot mot folkhälsan till följd av resistensutveckling.

Det behöver klarläggas huruvida användningen av nisin och natamycin som konserveringsmedel i livsmedel kan utgöra en risk för folkhälsan eller djurhälsan genom terapivikt till följd av resistens. Livsmedelsverket bör därför få i uppdrag att utreda huruvida användandet av vissa antibiotikasubstanser som konserveringsmedel i livsmedel innebär en risk för folkhälsan och djurhälsan. Livsmedelsverket bör i genomförandet av uppdraget beakta de förslag som Socialstyrelsen presenterade i sitt förslag till svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens.

**Regeringens bedömning:** Sverige bör fortsätta att verka för ökad samverkan såväl inom Europeiska unionen (EU) som internationellt för att motverka antibiotikaresistens, bland annat rörande kunskapsutveckling kring antibiotikaresistens och utveckling av nya antibiotika samt andra så kallade kommersiellt ointressanta läkemedel. Inom EU kommer Sverige att fortsätta verka för att rådsrekommendationen om återhållsam användning av antimikrobiella medel inom humanmedicin får ett brett genomslag. Sverige bör aktivt verka för att resultat och erfarenheter från arbetet i den internationella kommissionen för globala nyttigheter sprids i olika internationella sammanhang. Sverige bör även fortsätta att aktivt stötta och bidra till att utveckla Världshälsoorganisationens (WHO) arbete mot antibiotikaresistens inom Europa och globalt.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Regeringen arbetar internationellt för att motverka antibiotikaresistens med förslaget till handlingsplan som grund.

**Remissinstansernas synpunkter:** *Länsstyrelsen Östergötland* efterlyser mer konkreta förslag på insatser inom det internationella arbetet. *Svenska läkaresällskapet* framhåller vikten av att internationella nätverk skapas, främst inom närområdet och lyfter också fram betydelsen av samverkan inom Europeiska unionen och Världshälsoorganisationen. *Landstingsförbundet* och *Svenska Kommunförbundet* framhåller att Sverige i internationella sammanhang bör verka för att minska antibiotikaförbrukningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Svenskt arbete mot antibiotikaresistens är i hög grad beroende av internationella förhållanden. Det är därför viktigt att fördjupa samarbetet inom EU och internationellt, framför allt inom WHO.

Forskningen inom antibiotikaområdet har till övervägande del varit finansierad av läkemedelsindustrin och i det närmaste helt inriktad på att utveckla nya läkemedel. Blygsamma offentliga resurser har satsats på annan antibiotikaforskning vilket bl.a. medfört att vi har kunskapsluckor när det gäller orsakerna till resistensutveckling. En annan bidragande faktor är att intresset till stor del varit inriktat på den enskilde patientens problematik. De strategier som formulerats för att motverka resistensutvecklingen på samhällsnivå bygger därför till stor del på historisk erfarenhet men är mindre väl vetenskapligt dokumenterade. Med bättre kunskapsunderlag kan strategierna effektiviseras. Forskning bidrar till att öka kunskapsunderlaget och internationell samverkan är betydelsefull för att maximera kunskapsutbytet.

Både utvecklingen av nya antibakteriella läkemedel och av hivvaccin utgör exempel på kommersiellt ointressanta läkemedel, dvs. läkemedel där läkemedelsindustrin inte har möjligheter att få igen sina investeringar. Kostnaderna för att ta fram nya läkemedel ökar ständigt. En stor del av grundforskningen finansieras genom statligt stöd. Läkemedelskandidater som tagits fram som ett resultat av grundforskning eller via

riktade satsningar inom läkemedelsindustrin går i normalfallet vidare inom läkemedelsindustrin som väljer att satsa pengar på de mest lovande kandidaterna för produktutveckling i hopp om att därefter kunna ta del av vinsterna i ett framgångsrikt läkemedel. Läkemedelsindustrin måste därför satsa på mediciner som är lönsamma under en lång period, som t.ex. hjärtmediciner, och där inte en resistensutveckling hotar att snabbt göra läkemedlet ineffektivt och därmed olönsamt. Många av de större läkemedelsföretagen har helt lagt ner sin forskning och utveckling inom antibiotikaområdet och det finns i dag svårigheter att hitta finansieringsformer för klinisk forskning för nya antibakteriella läkemedel. Det kan finnas ett stort värde av att vidareutveckla grundforskningsresultat till produkter också när det gäller kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter, till exempel nya antibiotika. För produktion och vidare utveckling av sådana är det enligt regeringens mening viktigt att hitta olika sätt att närma politiska beslutsfattare och övriga berörda aktörer i arbetet. Regeringen avser att genom samverkan både inom EU och internationellt aktivt undersöka möjligheterna för nya forsknings-, produktions- och handelsinitiativ samt nya former av finansiering och partnerskap mellan den privata och den offentliga sektorn för att möjliggöra utveckling av kommersiellt ointressanta läkemedel.

Sverige tog tillsammans med Frankrike år 2002 initiativ till att skapa en internationell arbetsgrupp för globala nyttigheter (så kallade global public goods) där bland annat frågan om kommersiellt ointressanta läkemedel behandlas. Arbetsgruppen för globala nyttigheter kommer att presentera sina slutsatser under hösten 2005. Sverige kommer att aktivt verka för att resultat och erfarenheter från arbetet i arbetsgruppen för globala gemensamma nyttigheter sprids i olika internationella sammanhang.

Sverige har tillsammans med de övriga nordiska länderna varit initiativtagare till och drivande i arbetet med den resolution om åtgärder för att förbättra arbetet mot antimikrobiell resistens som antogs av Världshälsöförsamlingen i maj 2005. Det är viktigt att Sverige fortsätter att aktivt stötta WHO:s arbete med att genomföra resolutionen. För att nå framgång med det internationella arbetet mot antibiotikaresistens krävs ett ökat engagemang för att stötta och utveckla arbetet globalt och inte bara i länder i Europa och västvärlden. Sverige bör aktivt bidra till detta arbete och verka för att nya allianser mellan länder och regioner kommer till stånd.

## 13 Organisatoriska frågor

### 13.1 Smittskyddsinstitutet

<p><b>Regeringens bedömning:</b> Smittskyddsinstitutet (SMI) bör i sin roll som expertmyndighet inom smittskyddet särskilt stödja arbetet mot vårdrelaterade sjukdomar samt antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens.</p>
--



**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer huvudsakligen med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser som har kommenterat de organisatoriska aspekterna i förslaget till handlingsplan påpekar att arbetsfördelningen och ansvarsförhållandena mellan kommuner, landsting, staten och organisationer bör vara mycket klara om förslagen i handlingsplanen skall kunna genomföras. SMI menar att de som expertmyndighet bör leda arbetet mot antibiotikaresistens eftersom antibiotikaresistens är att betrakta som ett epidemiologiskt problem.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt smittskyddslagen (2004:168) ansvarar Socialstyrelsen för samordning av smittskyddet på nationell nivå och skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Socialstyrelsen skall även följa och vidareutveckla smittskyddet. SMI skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt.

På grund av den roll som SMI har enligt smittskyddslagen avser regeringen att föra in i förordningen (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet att SMI särskilt skall följa och analysera utvecklingen i fråga om vårdrelaterade sjukdomar samt antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens samt lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om utvecklingen och åtgärder som denna kan föranleda.

Dessa uppgifter förtydligar SMI:s roll som expertmyndighet i smittskyddsarbetet enligt smittskyddslagen.

### 13.2 Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens

**Regeringens bedömning:** Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama) bör, under förutsättning att riksdagen beslutar i enlighet med vad regeringen föreslagit i budgetpropositionen för år 2006, fortsättningsvis finansieras via de medel som finns avsatta för folkhälsopolitiska åtgärder.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer huvudsakligen med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** I många fall finns redan lokalt utarbetade program som är framtagna inom ramen för Strama, men då dessa inte är tydligt antagna i verksamheten brister följsamheten påpekar *Stockholms läns landsting*. Stockholms läns landsting menar att ansvaret för att kräva och följa upp att dylika program är styrande för verksamheten vilar på sjukvårdshuvudmannen.

Flera remissinstanser, bland andra *Svenska Läkaresällskapet*, *Västra Götalandsregionen* och *Västerbottens läns landsting*, framför att om Strama ges utökade ansvarsområden i enlighet med de förslag som framförs i handlingsplanen, till exempel rörande övervakning av vårdrelaterade infektioner eller underlag för rekommendationer för diagnostik, kommer Stramas roll mer att likna en myndighets och Stramas organisationsformer bör då ses över.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ett nära samarbete mellan alla sektorer, såväl myndigheter som organisationer och företag är av stor vikt för att uppnå målen i strategin. Strama bildades år 1995 som ett frivilligt nationellt nätverk mellan alla de olika aktörer som arbetar med antibiotikaresistensfrågan. Syftet med Stramas arbete är att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner. Strama har begränsat sin verksamhet till problemställningar utgående från humanmedicin. Strama består av lokala grupper på landstingsnivå samt en nationell samordningsgrupp. Främst arbetar Strama med informations- och erfarenhetsåterföring genom aktiviteter på lokal och regional nivå. De lokala grupperna leds av smittskyddsläkarna och består i övrigt av representanter från olika kliniska specialiteter (t.ex. allmänmedicin, infektion, barnsjukdomar, öron-näsa-halssjukdomar) samt från mikrobiologiska laboratorier, vårdhygien och apotek. Strama har sedan år 1998 finansierats inom ramen för den särskilda överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården, så kallade Dagmarmedel. För år 2005 tilldelades Strama 8 miljoner kronor. De tecken som finns när det gäller ökad spridning av resistenta bakterier medför att det finns behov av en fortsatt samverkan mellan myndigheter, landsting och kommuner inom ramen för Strama i syfte att öka kunskapen och medvetenheten om problemen med antibiotikaresistens och hur det kan förebyggas. I syfte att ge bättre förutsättningar för att långsiktigt planera den verksamhet som bedrivs inom Strama anser regeringen att Strama fortsättningsvis bör finansieras via de medel som finns avsatta för folkhälsopolitiska åtgärder och att anslaget till Strama fortsättningsvis bör uppgå till 10 miljoner kronor. Med anledning av detta föreslog regeringen i budgetpropositionen för år 2006 en höjning av anslaget 14:7 Folkhälsopolitiska åtgärder med 10 miljoner kronor.

För att ge Strama och regeringen tydliga förutsättningar för en god dialog behöver Stramas organisation ses över och regeringen avser att hantera frågan så att olika aktörers roller och ansvarsområden på ett bättre sätt klargörs.

### 13.3 Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens inom veterinärmedicin och livsmedel

**Regeringens bedömning:** En strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens inom veterinärmedicin och livsmedel (Strama VL) bör tillskapas genom ett uppdrag till Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) att formalisera samarbetet med övriga myndigheter och organisationer samt med Sveriges lantbruksuniversitet. Strama VL bör i strategiska frågor arbeta i nära samråd med Strama.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Att bilda en veterinär motsvarighet till Strama välkomnas av flera instanser bland andra *Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (FORMAS)*, *Sveriges veterinärförbund* och *Statens jordbruksverk*. *Statens jordbruksverk* framhåller vidare att Strama VL organisatoriskt bör kopplas till SVA. *Västerbottens läns landsting* påpekar att dagens Strama är uppbyggd till stor del på frivillig basis, men att eventuellt tillskapande av en veterinär motsvarighet till Strama enligt de förslag som framförs i handlingsplanen kommer att få myndighetsfunktioner, till exempel rörande övervakning och diagnostik. Därför tycker Västerbottens läns landsting att Strama VL:s roll och organisering bör klargöras.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ett nära samarbete mellan alla sektorer, såväl myndigheter som organisationer och företag, är av stor vikt för att uppnå målen i strategin. En organisation, motsvarande Strama, för sektorövergripande samverkan på veterinär- och livsmedelsområdet, Strama VL, bör inrättas. De praktiska arbetsmetoderna för att motverka antibiotikaresistens inom human- respektive veterinärsidan skiljer sig markant åt och därför bör de två organisationerna arbeta i separata operativa spår, medan däremot Strama VL i strategiska frågor bör arbeta i nära samråd med Strama. Kansliet för Strama VL bör placeras på SVA som bland annat har i uppdrag att fortlöpande följa resistensutvecklingen avseende antibiotika inom olika former av djurhållning, samt att genom målinriktat forsknings- och utvecklingsarbete öka kompetensen för att stärka myndighetsrollen.

SVA har redan i dag ett nära samarbete med övriga myndigheter och organisationer samt med Sveriges lantbruksuniversitet. Detta samarbete bör formaliseras genom inrättandet av Strama VL.

## 14 Uppföljning

**Regeringens bedömning:** Som ett led i arbetet med att uppnå målet för smittskyddet och inom ramen för sin samordnande roll i enlighet med smittskyddslagen (2004:168) bör Socialstyrelsen samordna uppföljningen av Strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar.

**Socialstyrelsens förslag till handlingsplan:** Handlingsplanen skall kontinuerligt följas och uppdateras och vartannat år skall en rapport lämnas till regeringen.

**Remissinstanserna:** Ett flertal remissinstanser framför att ansvaret för att rapportering sker till regeringen tydligt bör anges och att ett effektivt uppföljningssystem bör tillskapas.

**Skälen för regeringens bedömning:** I smittskyddslagen (2004:168) anges att målet för smittskyddet är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Vidare anges att landstingen har ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas. Smittskyddsläkaren skall ha det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Socialstyrelsen skall ansvara för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ta de

initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet ha till uppgift att följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt.

Socialstyrelsen bör i enlighet med sitt ansvar att samordna smittskyddet på nationell nivå ansvara för att erfarenheterna från arbetet med genomförandet av strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar följs upp. Socialstyrelsen bör inkomma till regeringen med en delrapport år 2008 och en större översyn under hösten 2010. Uppföljningen skall göras i samråd med övriga berörda aktörer.

## 15 Ekonomiska konsekvenser

Att göra uppskattningar av samhällsekonomiska kostnader för en ökad förekomst av antibiotikaresistenta bakterier och vårdrelaterade sjukdomar möter betydande svårigheter då det saknas en heltäckande bild av det epidemiologiska läget. Internationella erfarenheter låter sig inte så lätt översättas till svenska förhållanden då förutsättningarna för vård och omsorg skiljer sig betydligt mellan olika länder. Vid infektioner med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) ökar kostnaderna för antibiotikabehandling mycket kraftigt och vårdtiderna förlängs markant. En MRSA-situation i Sverige i paritet med den som för närvarande råder i Storbritannien skulle kosta den svenska sjukvården lågt räknat 2,5 miljarder kronor och högt räknat 3,1 miljarder kronor per år. Även om siffrorna bör tolkas med försiktighet i ljuset av de skäl som anförs ovan så visar de på att en ökad förekomst av resistenta bakterier kan komma att medföra betydande kostnader.

Förslagen rörande stärkta krav på god hygienisk standard och smittskyddsläkarens uppgifter och anmälningsförfarandet vid sjukdomar som är vårdrelaterade är att betrakta som förtydliganden av åligganden som redan finns för landsting och kommuner. Genom att huvudmännen på detta sätt ges en konkretisering av vad som behöver göras underlättas arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar och därmed bör förslagen innebära ett mer kostnadseffektivt arbetssätt. Förtydligandena kan utgöra ett stöd i det fortsatta arbetet, men ålägger inte huvudmännen några nya ansvarsområden.

Förutom frågan om Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Stramas) finansiering, som enligt regeringens förslag i budgetpropositionen för år 2006 fortsättningsvis bör uppgå till tio miljoner kronor, gör regeringen bedömningen att strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar sammantaget innebär förtydliganden av redan gällande principer och att den inte medför några ökade utgifter. Arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar är för stat, kommun och landsting ett gemensamt ansvar att komma till rätta med problemen på området och på så sätt undvika markant ökade samhällskostnader för läkemedel, förlängda vårdtider och sjukskrivningsperioder.

### 16.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

#### 2 a §

I paragrafen, som har behandlats i avsnitt 8.1.1, uppställs som krav på hälso- och sjukvården att den skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Vidare preciseras närmare vad detta innebär för vårdens innehåll samt vilka skyldigheter som åligger vårdgivarna.

De tillägg som föreslås till paragrafens *första stycke, första punkten* förtydligar att vårdgivarna är skyldiga att tillgodose en god hygienisk standard i vården och behandlingen. Skyldigheten omfattar hela vårdkedjan och oavsett om vården ges i öppna eller slutna former. Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet på en god hygienisk standard. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven på en god vårdhygien samt att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.

### 16.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

#### 3 §

Se kommentaren till 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

### 16.3 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

#### 2 kap.

#### 7 §

Ändringen har kommenterats i avsnitt 8.1.2. En ny andra strecksats införs i bestämmelsen av vilken framgår att regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om uppgifter som avses i 6 § 5. Av 6 § framgår vilka uppgifter en behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och den som är ansvarig för sådant laboratorium samt läkare som utför obduktion skall anmäla till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. En sådan anmälan skall innehålla personuppgifter eller samordningsnummer (punkt 1), den sannolika smittkällan (punkt 2), de sannolika smittvägarna (punkt 3), de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning (punkt 4) och andra uppgifter av betydelse för smittskyddet (punkt 5). Andra uppgifter som kan vara av betydelse för smittskyddet är till exempel förekomst i relation till viss vårdssituation (operation, blodtransfusion m.m.), speciell undergrupp av sjukdomen eller om personen är blodgivare.

**2 §**

Smittskyddsläkaren har ansvar för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar i det område inom vilket han eller hon verkar.

Genom ett tillägg i bestämmelsen framgår nu att i smittskyddsläkarens uppgifter ingår att följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning. Övervägandena bakom ändringen har behandlats i avsnitt 8.1.2.

Smittskyddsläkaren kan få information om inträffade vårdrelaterade sjukdomar genom att behandlande läkare och viss annan hälso- och sjukvårdspersonal skall anmäla misstänkta eller konstaterade fall av allmänfarliga sjukdomar eller andra anmälningspliktiga sjukdomar till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet (se 2 kap. 5 §).

Vårdgivare i bestämmelsen har samma innebörd som i 1 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Med vårdgivare avses fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren kan vara såväl en statlig myndighet, ett landsting eller en kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) som en enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). Även verksamhet som omfattas av tandvårdslagen (1985:125) ingår i begreppet hälso- och sjukvård i denna lag.

Då en vårdgivare inte vidtar tillräckliga åtgärder skall smittskyddsläkaren påtala för vårdgivaren vilka åtgärder som krävs. Skulle åtgärder ändå inte vidtas kan smittskyddsläkaren anmäla detta till tillsynsmyndigheten. Enligt 9 kap. 1 § är det Socialstyrelsen som har tillsyn över smittskyddet i landet. Socialstyrelsen har möjlighet att utfärda ett föreläggande förenat med vite (se 9 kap. 1 § smittskyddslagen och 6 kap. 13 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- eller sjukvårdens område).

**7 a §**

En ny bestämmelse införs i smittskyddslagen. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 8.1.2. Av denna framgår att smittskyddsläkaren skyndsamt skall underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för. Genom i första hand de anmälningar som skall göras till smittskyddsläkaren enligt 2 kap. 5 §, kan det ges indikationer på behovet av att uppmärksamma vissa förhållanden hos en specifik vårdgivare. Flera patienter som vårdats hos vårdgivaren kan exempelvis ha smittats av samma vårdrelaterade sjukdom. Det är då viktigt att smittskyddsläkaren skyndsamt underrättar vårdgivaren om situationen, så att vårdgivaren kan vidta åtgärder. Det är inte alltid så att den behandlande läkare som gör anmälan är anställd av vårdgivaren. Det är då viktigt att sekretesslagens (1980:100) bestämmelser beaktas.

Vårdgivare i bestämmelsen har samma innebörd som i 1 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (se kommentaren till 6 kap. 2 §).

## 1 - 3 Humanmedicin

### 1 Övervakning

#### 1.1 Övervakning av antibiotikaresistens

Övervakning av antibiotikaresistens såväl lokalt som nationellt är nödvändig för att följa problemets omfattning och kontrollera effekten av vidtagna åtgärder. Det är särskilt angeläget att snabbt upptäcka bakterier med allvarlig<sup>2</sup> antibiotikaresistens för att göra det möjligt att ingripa mot deras spridning, såväl inom sjukvårdsinrättningar som i samhället i övrigt. Kunskap om resistensläget är även en nödvändig grund för att fastställa riktlinjer om hur antibiotikaförskrivningen bör förändras. Övervakningen av resistensläget bygger i första hand på undersökningar som rutinmässigt utförs på patientprover vid landets mikrobiologiska laboratorier men dessa måste kompletteras med riktade undersökningar med specifika frågeställningar. En fullgod resistensövervakning kan endast uppnås genom kontinuerlig utbildning och kvalitetsmätning samt nationella sammanställningar och analyser av lokala resistensdata.

#### **Mål:**

- De långsiktiga trenderna avseende antibiotikaresistens skall kunna följas systematiskt. Målet bör uppnås inom ett år.
- Förekomst av allvarlig antibiotikaresistens på vårdinrättningar och i samhället skall snabbt upptäckas. Målet bör uppnås inom ett år.

#### **Aktiviteter:**

- Smittskyddsinstitutet ansvarar för att utveckla ett nationellt program för registrering och bearbetning av kvantitativa mätvärden för antibiotikaresistens och för epidemiologisk typning av resistent bakteriestammar. Landstingen ansvarar för att programmet kan förses med mätvärden av fullgod kvalitet.
- Konsekvent provtagning utförd i enlighet med programmet "Multi-resistent bakterier i svensk hälso- och sjukvård" (se sid 46) genomförs på patienter och all personal som uppfyller fastställda riskkriterier. Vårdhygienisk expertis och lokala mikrobiologiska laboratorier har ett särskilt ansvar för genomförandet. Socialstyrelsen följer upp tillämpningen inom tre år.

<sup>2</sup> Allvarlig antibiotikaresistens = resistens hos bakterier vars spridning skulle innebära en betydelsefull begränsning av behandlingsmöjligheterna eller som kräver förändringar i nuvarande behandlingsrutiner för vanliga bakterieinfektioner.

I Sverige finns en förhållandevis god kunskap om försäljning och förbrukning av läkemedel genom den statistik som Apoteket AB idag tillhandahåller genom avtal med staten. Kunskapen om läkares förskrivningsmönster är dock bristfällig liksom uppgifter om förskrivningsorsaker för antibiotika. Flera undersökningar såväl i Sverige som utomlands har visat att om sådana uppgifter görs tillgängliga för förskrivaren de kan vara ett effektivt sätt att öka följsamheten med gällande terapiriktlinjer. Det är därför angeläget att system utvecklas för kontinuerlig uppföljning av antibiotikaförskrivning och förskrivningsorsaker.

### Mål:

- Ett nationellt system för att kontinuerligt kunna följa och analysera antibiotikaförskrivningen och dess orsaker såväl inom den slutna som den öppna vården skall ha utvecklats inom tre år.

### Aktiviteter:

- Staten garanteras även fortsättningsvis kostnadsfri tillgång till försäljnings- och receptstatistik.
- Berörda myndigheter och organisationer utarbetar ett system för kontinuerlig uppföljning av antibiotikaförskrivning och förskrivningsorsaker. Ett sådant system skall bland annat innebära möjligheter för den enskilda förskrivaren / kliniken att regelbundet erhålla uppgifter om sin egen förskrivning och förskrivningsorsaker för att kunna jämföra dessa med andra.
- I avvaktan på att ovanstående system har utvecklats genomför STRAMA<sup>3</sup> rikstäckande undersökningar avseende antibiotikaförskrivning och förskrivningsorsaker inom såväl öppen som sluten vård.
- Socialstyrelsen tillsammans med sjukvårdshuvudmännen verkar inom ramen för programmet "Verksamhets Uppföljning inom Hälso- och Sjukvården" (VU 99) för att primärvården regelbundet ur journaldatabaser kan göra sammanställningar av diagnos och terapi vid infektionssjukdomar.
- Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen utvecklar instrument för att analysera antibiotikaförskrivningen i relation till sjukligheten i infektioner i samhället.

<sup>3</sup> STRAMA ; Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens bildades 1994 och har i dag representanter från Svenska Läkaresällskapets referensgrupp för antibiotikafrågor, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Apoteket AB, Smittskyddsinstitutet, Smittskyddsläkarorganisationen, Stiftelsen NEPI, Svensk förening för sterilisering och sjukhushygien, Landstingsförbundet, Statens Veterinärmedicinska Anstalt, och Statens Jordbruksverk. När Strama omnämns i denna handlingsplan avses detta nätverk för samverkan mellan berörda myndigheter och organisationer.



## 2 Infektionsförebyggande åtgärder

Prop. 2005/06:50  
Bilaga 1

### 2.1 Allmänhälsa

Människor med god grundhälsa har bättre förutsättningar att motstå angrepp av smittämnen. Allmän hälsoinformation och förebyggande hälsovård är därför viktig. Den allmänna hygien i samhället, inom livsmedelshanteringen, sjukvården och omsorgen är en viktig faktor för att minska spridningen av sjukdomar däribland de som orsakas av antibiotikaresistenta bakterier. Virusinfektioner t.ex. förkylning eller influensa sprids lätt i samhället och banar ofta väg för antibiotika-krävande bakterieinfektioner. I vissa miljöer underlättas smittspridning genom utbyte av mikroorganismer mellan individer. Exempel på sådana miljöer är förskolor, vårdinrättningar och vissa former av äldreboende som kännetecknas av att många människor finns tätt tillsammans inomhus i en miljö med hög antibiotikaanvändning och med många individer med omoget eller nedsatt immunförsvär. Dessa miljöer är således högriskmiljöer för antibiotikaresistens och behandlas därför särskilt nedan.

### 2.2 Vaccinationer

Införandet av vaccinationer under 1900-talet har varit den mest effektiva medicinska åtgärden för att förhindra sjukdom. Genom att svåra infektionssjukdomar såsom stelkramp, difteri och polio försvunnit ur det allmänna medvetandet har motivationen hos föräldrar att låta barnen vaccineras till viss del minskat. Tydlig information behövs därför om varför vaccinationsprogrammet för barn fortfarande är grunden för god barnhälsa. En fortsatt hög vaccinsäkerhet måste upprätthållas. Vaccination av äldre och av vissa riskgrupper t.ex. patienter med hjärt- och kärlsjukdomar har också fått ökad betydelse för en minskad sjuklighet i vissa infektioner, varför informationsinsatser behövs för att öka omfattningen av dessa.

#### **Mål:**

- Följsamheten med barnvaccinationsprogrammet bör framgent inte understiga 98%.
- Vaccinationsgraden mot influensa och pneumokocker bör successivt öka och inom fem år omfatta minst 60% av individer över 65 år och minst 80% av övriga medicinska riskgrupper.

#### **Aktiviteter:**

- Socialstyrelsen utarbetar tillsammans med Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet en metodik för nationell och strukturerad uppföljning av barnvaccinationer.
- Socialstyrelsen utarbetar informationsmaterial till föräldrar och allmänhet samt en vaccinationshandbok för sjukvårdspersonal med information om vaccinerna i barnvaccinationsprogrammet.

- Socialstyrelsen utarbetar tillsammans med smittskyddsläkarna metoder för att mäta följsamheten med vaccinationsprogrammen för influensa och pneumokocker. Prop. 2005/06:50 Bilaga 1

## 2.3 Förskolerelaterade infektioner

Kroppens försvar mot infektionssjukdomar byggs upp under de första levnadsåren genom kontakt med olika smittämnen. Ett komplicerat samspel mellan individens försvarsförmåga, mängden smittämnen och kombinationen av virus och bakterier har betydelse för individens benägenhet att utveckla sjukdom. I en miljö med många barn finns många smittämnen i cirkulation. De flesta infektioner hos barn är orsakade av virus. Tillstånden kan vara svårvärderade och därför antibiotikabehandlas många i onödan. Flera studier visar att det går att minska behovet av antibiotikabehandling genom att påverka rutinerna i förskoleverksamheten. Idag saknas en fast läkarkontakt för förskolan, som kan bistå med råd vid t ex anhopning av infektioner.

### Mål:

- Antibiotikaförbrukningen hos barn som vistas på förskola skall inom tre år ha minskat med 20% jämfört med dagsläget.

### Aktiviteter:

- Socialstyrelsen utarbetar och sprider ett kunskapsunderlag om smittförebyggande åtgärder för förskoleverksamhet och metod att mäta följsamheten till dessa.
- Smittskyddsläkarna medverkar till att konsultläkare knyts till förskoleverksamheten.
- System för att följa sjukfrånvaron införs i förskolan inom ramen för kvalitetsarbetet.

## 2.4 Vårdrelaterade infektioner

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier påverkas av antibiotikabruket samt graden av spridning av bakterier i miljön. Sjukvårdsmiljöer är särskilt känsliga för spridning av bakterier. Här används antibiotika mer än i andra miljöer; trängseln är större och täta kontakter mellan individer innebär ökad risk för överföring av bakterier. Patienter är också ofta mera mottagliga än andra på grund av sämre immunförsvar, nedsatta försvarsbarriärer eller förändringar i den normala bakteriefloran. Omstruktureringar inom vården har på många håll inneburit mindre yta per patient, fler patienter per vårdare, högre andel svårare sjuka patienter, ökade omflyttningar av patienter mellan olika vårdformer och minskade möjligheter att vårda patienter på enkelrum. Detta har bidragit till att öka risken för spridning av infektioner. Ett handlingsprogram för att bekämpa resistensutveckling måste innehålla åtgärder mot spridning av bakterier i

**Mål:**

- Spridning av multiresistenta bakterier från kända eller starkt misstänkta smittkällor skall ej förekomma inom sjukvården, särskilda boendeformer, hemsjukvård eller vid förflyttning av patienter mellan sådana enheter. Målet bör uppnås inom ett år.
- Uppföljning av vårdrelaterade infektioner skall införas som en del av det fortlöpande kvalitetsarbetet. Målet bör uppnås inom fem år.

**Aktiviteter:**

- Det nationella programmet för att motverka spridning av multiresistenta bakterier (se sid 46) görs känt och används av all personal inom vård och omsorg. Landstingen genom sin vårdhygieniska expertis och regionala STRAMA-grupper har ett särskilt ansvar för genomförandet.
- Behovet av enkelrum beaktas vid planering av vårdavdelningar och intensivvårdsenheter.
- Vårdhygienisk kompetens görs tillgänglig där hälso- och sjukvård bedrivs.
- Varje vårdgivare utformar med hjälp av vårdhygienisk expertis system för att följa vårdrelaterade infektioner.

Vid planerad förflyttning av patienter mellan olika vårdenheter och vårdformer verkar landsting och andra vårdgivare för optimala rutiner för informationsöverföring.

### 3 Förbättrad diagnostik och antibiotikaanvändning

Eftersom antibiotika bara är verksamma mot bakterier är det viktigt att kunna skilja virusinfektioner från bakterieinfektioner. En god diagnostik ökar därför möjligheten att undvika onödig antibiotikabehandling. Mer än 90% av antibiotika förskrivs på recept till patienter som ej vårdas på sjukhus, huvudsakligen barn och äldre. Även om sjukhusen svarar för en liten del av den totala antibiotikaförbrukningen utgör mängden patienter på en liten yta som behandlas samtidigt en stor risk för uppkomst och spridning av resistenta bakterier. Detsamma gäller miljöerna inom daghem och institutionsvård. En fördröjning av effektiv terapi kan leda till komplikationer och vid svåra infektionstillstånd till ökad mortalitet. Med en ökande resistens mot antibiotika blir det därför alltmer angeläget att så snabbt som möjligt påvisa bakterier och deras antibiotikaresistensmönster. För att kunna inleda effektiv terapi innan bakterier påvisats är det viktigt för förskrivaren att det lokala mikrobiologiska laboratoriet kan vägleda beträffande antibiotikakänslighet och att aktuella rekommendationer finns tillgängliga.

### Mål:

- Lokala rekommendationer för diagnostik och behandling av bakteriella infektionssjukdomar baserade på nationella och regionala riktlinjer bör finnas utarbetade inom tre år.
- Förskrivare av antibiotika skall känna till och tillämpa de gällande riktlinjerna. Målet bör vara uppfyllt inom tre år.
- All mikrobiologisk diagnostik skall vara kvalitetssäkrad och preliminära svar på rutinodlingar skall normalt kunna erhållas inom ett dygn. Målet bör vara uppnått inom ett år.

### Aktiviteter:

- Underlag för rekommendationer för diagnostik och behandling av infektionssjukdomar i öppen och slutna vård utarbetas nationellt och samordnas lämpligen inom STRAMA:s verksamhet. Rekommendationerna skall kunna kompletteras med lokala anvisningar och finnas lätt tillgängliga vid varje enhet där dessa sjukdomar är vanligt förekommande.
- Vid enheter inom den slutna vården där antibiotika används finns infektionsmedicinskompetens att tillgå.
- Lokala diagnosspecifika förskrivningsmönster och följsamhet till terapiriktlinjer följs och analyseras. Inom öppen vård utser varje relevant primärvårdsområde en läkare med ansvar för samordning, utvärdering och kompetensutveckling inom antibiotikaområdet.
- Lokala skriftliga instruktioner som inkluderar regelbunden uppföljning av metodernas tillförlitlighet tillämpas vid decentraliserad laboriediagnostik av infektioner. Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet samlar kunskap om och underlag för utvärdering av diagnostiska metoder, speciellt sådana som används i öppen vård.

## 4 - 6 Veterinärmedicin och livsmedel

### 4 Övervakning

#### 4.1 Övervakning av antibiotikaresistens hos bakterier från djur

Effekten av en handlingsplan mot antibiotikaresistens kan bara utvärderas genom löpande information om resistensläget. Utvecklingen av resistens bör följas och oönskade förändringar upptäckas tidigt. Resultaten skall rapporteras och analyseras mot bakgrund av antibiotikaförbrukning och sjukdomsläge. Metoder för rapportering och analys skall hålla hög kvalitet och resultat skall kunna jämföras med andra länders. Statens Veterinärmedicinska Anstalt har under 1999 påbörjat resistensövervakning av zoonosbakterier och indikatorbakterier efter instruktion från Jordbruksdepartementet.

**Mål:**

- Resistens hos zoonosbakterier och indikatorbakterier skall även framgent övervakas löpande, och motsvarande information om resistens hos väsentliga sjukdomsframkallande djurbakterier skall börja insamlas inom tre år. Det skall inom fem år vara möjligt att jämföra resultat från resistensövervakningsprogram i olika medlemsländer inom EU.

**Aktiviteter:**

- Statens Veterinärmedicinska Anstalt ansvarar för rapportering och analys av relevant statistik.
- Berörda myndigheter verkar inom nätverk, referensgrupper och i kommittéer för att program för resistensövervakning enligt fastställda minimikriterier genomförs inom EU.

## 4.2 Övervakning av antibiotikaresistens från livsmedel

Livsmedel är den huvudsakliga spridningsvägen för resistens mellan djur och människor.

Förekomsten av resistenta bakterier i livsmedel är idag ofullständigt känd.

**Mål:**

- En fungerande övervakning av resistens hos zoonosbakterier och indikatorbakterier i livsmedel skall finnas om tre år.

**Aktiviteter:**

- Livsmedelsverket bör få i uppdrag att efter samråd med Statens Veterinärmedicinska Anstalt och STRAMA VL<sup>4</sup> planlägga, genomföra och rapportera ett program för resistensövervakning inom tre år.

## 4.3 Övervakning av antibiotikaförskrivning

Den totala försäljningen av antibiotika för användning till djur registreras sedan 1980 av Apoteket AB. Ett redovisningssystem bör dock även medge indelning efter djurslag, diagnos och förskrivare. Jordbruksverket har därför under 1999 på uppdrag av Jordbruksdepartementet utarbetat ett förslag till hur nödvändig information skall kunna erhållas.

<sup>4</sup> STRAMA VL är en organisation för samordning inom veterinärmedicin och livsmedelsområdet som föreslås i kapitel 10.

**Mål:**

- Föreskrivning av antibiotika till livsmedelsproducerande djur skall inom tre år årligen kunna sammanställas per djurslag. Det skall även vara möjligt att registrera diagnos och forskrivare. Motsvarande registrering skall kunna göras för sport och sällskapsdjur inom fem år.

**Aktiviteter:**

- Jordbruksverket ansvarar efter samråd med en referensgrupp, t.ex. STRAMA VL för att målet uppfylls.

## 5 Infektionsförebyggande åtgärder inom veterinärmedicinen

Oavsett om en sjukdom orsakas av virus, bakterier eller parasiter eller en kombination av dessa mikroorganismer så kan detta leda till behandling med antibiotika. Minskad spridning av infektioner generellt minskar behovet av antibiotika och fördröjer därigenom utvecklingen av resistens hos bakterier. Otillfredsställande miljö, utfodring och skötsel gör djuren mer mottagliga för infektioner och har stor betydelse för uppkomst av sjukdomar. Det sjukdomsförebyggande arbetet omfattar hygien, djurskydd, smittskydd och, när så är relevant, vaccination. Noggrant planerad skötsel och utfodring är också av stor betydelse. Sjukdomsförebyggande arbete, rådgivning och frivilliga kontrollprogram bedrivs för olika djurslag bland annat av organisationerna Fiskhälsan AB, Svenska Djurhälsovården, Svensk Fågel, Svensk Mjölk och Svenska Ägg. Detta arbete sker när så är lämpligt i nära samarbete med berörda myndigheter.

### 5.1 Djursjukdomar som förekommer inom landet

#### 5.1.1 Idisslare och svin

Tre sjukdomsgrupper hos livsmedelsproducerande djur svarar för större delen av antibiotikaförbrukningen inom svensk veterinärmedicin. Dessa är juverinflammationer hos mjölkkor samt diarrésjukdomar och luftvägsinfektioner hos svin och nötkreatur.

Varje år behandlas nära en femtedel av landets mjölkkor för juverinflammation. Diagnostiken är avgörande för en riktad behandling. Juverinflammation kan även förekomma utan påtagliga sjukdomssymtom. Det är idag okänt i vilken utsträckning den senare kategorin behandlas med antibiotika.

Hos växande grisar och nötkreatur behöver ytterligare ansträngningar göras för att förebygga diarré och luftvägsinfektioner. Infektion med bovint virusdiarrévirus är en viktig utlösande faktor till sjukdomar hos nötkreatur. Sedan 1994 pågår i Sverige ett statligt subventionerat frivilligt kontrollprogram mot denna virusinfektion. Programmet har rönt stor

uppskattning från böndernas sida och över 28.000 besättningar är avslutna varav drygt 19.000 är friförklarade.

Prop. 2005/06:50  
Bilaga 1

#### **Mål:**

- Andelen juverinflammationer hos mjölkkor skall minska med 20% inom fem år.
- Andelen svin- och nötbosbesättningar med återkommande behandlingar av diarré- eller luftvägssjukdomar bör understiga dagens frekvens med minst en tredjedel inom fem år.
- Bovint virusdiarrévirus skall vara utrotat från Sverige inom 5 år.

#### **Aktiviteter:**

- Jordbruksverkets system för mätning av sjukdomsförekomst och behandling utvärderas med avseende på ovanstående sjukdomsgrupper. STRAMA VL analyserar årligen statistiken och föreslår vid behov åtgärder.
- Utbildningsprogram riktade till olika berörda kategorier om bästa tillgängliga teknik och metoder för behandling, förebyggande åtgärder och juverhälsa tas fram och genomförs av STRAMA VL i samråd med berörda organisationer.
- Statens Veterinärmedicinska Anstalt och Jordbruksverket kartlägger dagens rutiner rörande behandling av subkliniska mastiter .
- Jordbruksverket och Statens Veterinärmedicinska Anstalt utarbetar i samråd med STRAMA VL ett program för att stimulera åtgärder mot diarré- och luftvägsinfektioner hos växande svin och nötkreatur.
- Jordbruksverket tar i bruk ett obligatoriskt bekämpningsprogram mot bovint virusdiarrévirus.

### **5.1.2 Fjäderfä**

Den bakteriella tarmsjukdomen nekrotiserande enterit förebyggs idag med en kombination av skötsel- och foderåtgärder och parasitförebyggande medel. Ett frivilligt kontrollprogram som bedrivs av producenter-  
nas organisation syftar till att utveckla djurhållning som skyddar djuren från sjukdom utan rutinmässig medicinering. I övrigt förekommer i Sverige sällan infektioner hos kyckling som kräver antibiotikabehandling.

#### **Mål:**

- Användningen av antibiotika för att förebygga parasit- och bakterieorsakade tarmstörningar hos kyckling skall ersättas med andra metoder inom tio år.
- Andelen flockar med utbrott av behandlingskrävande infektionssjukdomar hos fjäderfä, främst slaktkyckling, skall framgent ej överstiga dagens nivå.

**Aktiviteter:**

- Statens Veterinärmedicinska Anstalt efter samråd med branschorganisationerna utvecklar och utvärderar metoder som förebygger bakteriella tarmstörningar hos kyckling.
- Jordbruksverket sammanställer årlig statistik över antibiotikaförbrukning kopplat till diagnos hos fjäderfä, främst slaktkyckling. Statistiken analyseras löpande av STRAMA VL som vid behov föreslår åtgärder.

**5.1.3 Fisk**

Vid ett knappt tiotal typer av infektioner hos odlad fisk kan behandling med antibiotika bli aktuell. Mot vissa av dessa infektioner finns fungerande vacciner. Ökad vaccination av fiskar har under perioden 1997-1999 kraftigt minskat behovet av antibiotika för dessa indikationer. Behandling av matfisk är idag ovanlig.

**Mål:**

- Förekomsten av infektioner hos odlad fisk som kräver antibiotikabehandling skall ej överstiga dagens nivå.

**Aktivitet:**

- Jordbruksverket tillsammans med näringen verkar för att målet uppnås.

**5.1.4 Sport- och sällskapsdjur**

Flera infektionssjukdomar hos sport- och sällskapsdjur kan förebyggas genom vaccination. Som exempel kan nämnas hästinfluensa som ständigt förekommer i landet. Smittan sprids lätt eftersom hästar ofta flyttas i samband med tävling, träning och försäljning, och infektionen kan leda till komplikationer som kräver antibiotikabehandling. Inga enhetliga krav på vaccination av tävlande hästar föreligger idag.

**Mål:**

- En hög följsamhet med rekommenderade vaccinationsprogram skall uppnås.

**Aktiviteter:**

- Statens Veterinärmedicinska Anstalt och Jordbruksverket utarbetar efter samråd med branschorganisationerna ett program för att informera om och stimulera till korrekt vaccination mot relevanta infektionssjukdomar.
- Jordbruksverket och Statens Veterinärmedicinska Anstalt kontrollerar fortlöpande följsamheten till aktuella rekommendationer.



## 5.2 Djursjukdomar som vanligen inte finns i Sverige

Prop. 2005/06:50  
Bilaga 1

Sveriges djur är fria från samtliga de infektionssjukdomar som av Office International des Epizooties (OIE) bedöms ha störst socioekonomisk betydelse. Några orsaker är Sveriges avskilda läge, glesa djurpopulationer, tradition att bekämpa och utrota sjukdomar samt stränga införselvillkor för djur. Medlemskapet i EU innebär att Sverige inte längre kan ställa samma krav vid införsel som tidigare. Sverige har ansökt om särregler för ett tjugotal sjukdomar. Eftersom EG-kommissionen ännu inte har behandlat dessa ansökningar tillämpar Sverige fortfarande karantän vid införsel. Samtidigt har frivilliga kontrollorganisationer byggts upp på lantbrukssidan. Dessa tillämpar sådana regler för import att den sjukdomssituation som gällde före medlemskapet skall kunna bevaras.

### Mål:

- Ingen för landet ny infektionssjukdom tillhörande OIE:s A- eller B-lista skall tillåtas etablera sig bland svenska husdjur.

### Aktiviteter:

- Jordbruksverket ansvarar för att aktuellt regelverk tillämpas så att det så effektivt som möjligt hindrar införsel av nya smittämnen.
- Jordbruksverket i samarbete med Statens Veterinärmedicinska Anstalt stimulerar frivilliga åtaganden inom branschens organisationer rörande smittskydd i samband med införsel av djur.

## 5.3 Zoonoser

Zoonoser är sjukdomar som kan spridas mellan djur och människa. Den vanligaste livsmedelsburna zoonosen i Sverige är infektion med kampylobakter. Antalet fall hos människa har ökat och 1998 rapporterades 6544 fall varav c:a hälften hade inhemsk bakgrund. Större utbrott har ofta samband med opastöriserad mjölk eller dricksvatten. Vid enskilda fall har kyckling ofta angivits som dominerande smittkälla. Under de senaste 10 åren har branschen vidtagit åtgärder som kraftigt minskat förekomsten av kampylobakter i kycklingflockarna. Motsvarande minskning av antalet infektioner hos människa har inte ägt rum varför andra smittkällor måste identifieras.

Bara var tionde människa som insjuknar i salmonellainfektion har smittats i Sverige. Under 1998 kunde inget enda fall härledas till inhemska djurprodukter, vilket tyder på att landets kontrollprogram fungerar väl. Till inhemska fall räknas både sådana där importerade livsmedel och livsmedel som är producerade i Sverige är smittkälla. Det är dock oklart hur och av vem misstänkt salmonellasmitta från sällskapsdjur till människa skall utredas. Särskild vikt bör även fästas vid fynd av multi-resistent salmonella som i andra länder är ett ökande problem.

**Mål:**

- Det årliga antalet kampylobakterinfektioner med inhemsk smittkälla hos människor bör inom tio år vara högst 50% av antalet fall under år 1999.
- Det årliga antalet salmonellafall med inhemsk smittkälla hos människa skall inte öka jämfört med dagens situation.
- Multiresistent salmonella skall inte spridas bland livsmedelsproducerande djur i Sverige.

**Aktiviteter:**

- Zoonoscenter initierar utveckling av metoder för smittspårning och kartläggning av smittkällor för kampylobakterinfektion hos människa.
- Zoonoscenter utvärderar i samarbete med övriga nordiska länder salmonellakontrollen.
- Zoonoscenter utarbetar rekommendationer för åtgärder vid påvisad multiresistent salmonella samt för åtgärder vid fynd av salmonella hos sport- och sällskapsdjur.
- Smittskyddsinstitutet, kommunerna och smittskyddsläkarna redovisar årligen till zoonosrådet vidtagna epidemiologiska utredningar och smittskyddsåtgärder vid inträffade fall av zoonoser.
- Jordbruksverket ansvarar för att salmonellakontrollen upprätthålls och utvecklas för djurproduktion och foderhantering.

## 6 Förbättrad diagnostik och antibiotikaanvändning

För att antibiotika skall användas med god effekt krävs att mikrobiologisk diagnostik är tillgänglig, säker och utnyttjas på rätt sätt. Som stöd i det dagliga arbetet behövs rekommendationer om vad som är god veterinärmedicinsk praxis i samband med utnyttjande av diagnostik och val av behandling. Arbeta med djurslagsspecifika behandlingsrekommendationer pågår inom Sveriges Veterinärmedicinska Sällskap.

Lantbruksstyrelsens kungörelse (LSFS 1979:8) reglerar förskrivning och utlämnande av läkemedel i samband med djursjukvård samt rekvisition av läkemedelsfoder för djur. Kungörelsen påbjuder restriktivitet vid förskrivning men är i vissa delar omodern. Tillämpning av gällande föreskrifter och riktlinjer måste följas upp och missförhållanden åtgärdas. Enskilda veterinärer bör ha tillgång till statistik över den egna förskrivningen.

**Mål:**

- Djurslagsspecifika rekommendationer för god veterinärmedicinsk praxis vid diagnostik och val av behandling i samband med infektionssjukdomar skall vidareutvecklas, finnas tillgängliga och tillämpas inom fyra år.

- Aktuella författningar skall vara uppdaterade så att de även framgent stödjer denna handlingsplans intentioner, och ett system för kontroll av veterinärers antibiotikaförskrivning skall finnas tillgängligt senast om tre år.
- Laboratoriediagnostik och obduktionsmöjligheter skall finnas tillgänglig i hela landet.

#### **Aktiviteter:**

- Statens Veterinärmedicinska Anstalt utarbetar i samarbete med Sveriges Veterinärmedicinska Sällskap och STRAMA VL rekommendationer för god veterinärmedicinsk praxis vid diagnostik och val av behandling i samband med infektionssjukdomar.
- Jordbruksverket utreder och ser över behov av och tillgång till regional laboratorie- och obduktionsverksamhet i landet.
- All klinisk mikrobiologisk diagnostik vid veterinärmedicinska laboratorier ackrediteras.
- Statens Veterinärmedicinska Anstalt värderar dokumentationen över relevanta tester för fältbruk.
- Jordbruksverket omarbetar Kungörelsen LSFS 1979:8 så att bestämmelserna förtydligas och harmoniseras med annan reglering samt tar fram och tillämpar ett system för registrering av antibiotikaförskrivning av enskild veterinär.

## 7 Antibiotika inom icke-medicinska områden

### 7.1 Miljöeffekter av antibiotika

Via avlopp och gödsel kan såväl antibiotika som antibiotikaresistenta bakterier komma ut i den yttre miljön vilken blir en reservoar för antibiotikaresistens. Bristande kunskap gör att vi idag inte kan kvantifiera eventuella risker som detta leder till. Eftersom antibiotikaresistens och antibiotikaförbrukning har ökat finns det anledning att kartlägga detta område så att behov av riskbegränsning kan bedömas.

#### **Mål:**

- Inom 5 år skall ett underlag för värdering av eventuella risker för människor och djur med utsläpp av antibiotika och resistenta bakterier finnas.

#### **Aktiviteter:**

- Naturvårdsverket bör få i uppdrag att kartlägga vägarna och slutdestinationerna för tillförsel av olika typer av antibiotika till miljön och den årliga omfattningen av denna tillförsel.
- Naturvårdsverket bör i samråd med Läkemedelsverket få i uppdrag att kartlägga hur olika typer av antibiotika bryts ner i olika miljöer.

- Smittskyddsinstitutet och Statens Veterinärmedicinska Anstalt kartlägger i vilken omfattning resistenta bakterier i miljön överlever, sprids och återförs till människor och djur.
- Prop. 2005/06:50  
Bilaga 1

## 7.2 Antibiotika i livsmedel

Två antibiotika, nisin och natamycin, är idag godkända som livsmedelstillsatser inom EU. Medlen kan användas för att hindra tillväxt av vissa bakterier och mögelsvampar i mejeri- och köttprodukter. Nisin bildas av mjölksyrabakterier och förekommer därför även naturligt i vissa fermenterade livsmedel. Medlet används idag inte som läkemedel men är verksamt mot bakterier och har på senare tid uppmärksamats som en möjlig kandidat för utveckling till läkemedel. Natamycin är verksamt mot svampar och kan användas för lokalbehandling av svampinfektioner.

### Mål:

- Tillsats av antibiotika i livsmedel bör ersättas med andra godtagbara metoder inom fem år.

### Aktiviteter:

- Livsmedelsverket kartlägger förekomsten av antibiotikatillsatser i livsmedel som idag försäljs i Sverige och värderar nyttan av dessa och möjliga alternativ.
- Vid beredning av EU-ärenden som berör antibiotikatillsatser i livsmedel samråder Livsmedelsverket med berörda myndigheter.
- Sverige verkar för att målet uppnås även inom EU.

## 7.3 Antibiotika som växtskyddsmedel

I Sverige får inga växtskyddsmedel som innehåller antibiotika användas. Däremot används medel som innehåller mikroorganismer som naturligt kan producera antibiotiska ämnen. I andra länder inom EU används antibiotika direkt i växtodlingar.

### Mål:

- Mikroorganismer som kan leda till spridning av antibiotikaresistens skall inte användas som växtskyddsmedel inom EU.
- Användning av antibiotika som växtskyddsmedel som har eller kan få betydelse inom human- eller veterinärmedicinen skall inom EU ersättas med godtagbara alternativ inom sex år.

**Aktiviteter:**

- Sverige fortsätter att verka för att målen uppnås inom EU.
- Kemikalieinspektionen skall i samråd med övriga berörda myndigheter bevaka och arbeta för att förhindra godkännande av växtskyddsmedel vars användning kan leda till spridning av antibiotikaresistens.

## 7.4 Antibiotikaresistens i genetiskt modifierade organismer (GMO)

Genetiskt modifierade organismer (GMO) är organismer, t ex växter och mikroorganismer, där man förändrat de ärftliga egenskaperna med hjälp av genteknik. När GMO konstrueras brukar en selektiv markör gen kopplas till den främmande gen som skall tillföras organismen. Med hjälp av markör genen går det att selektera fram de celler som tagit upp den tillförda genen. Antibiotikaresistensgener används ofta som selektiva markör gener. Berörda myndigheter i Sverige anser att riskerna med att använda gener för antibiotikaresistens som markörer i genetiskt modifierade växter är mycket små. Riskerna med att använda markör gener, som ger antibiotikaresistens i genetiskt modifierade mikroorganismer (GMM), anses vara större eftersom mikroorganismer naturligt kan utbyta arvsmassa med varandra. När GMM med antibiotikaresistensgener avsiktligt sätts ut i miljön, eller av misstag slipper ut från innesluten användning, t.ex. från laboratorier, finns en risk att resistens sprids till andra mikroorganismer i miljön.

**Mål:**

- Inom fem år ska säker alternativ teknik ersätta antibiotikaresistensmarkör gener vid transformering av genetiskt modifierade växter avsedda för utsättning i miljön.
- Genetiskt modifierade mikroorganismer med förvärvad antibiotikaresistens skall inte förekomma utanför laboratoriemiljön.

**Aktiviteter:**

- Kemikalieinspektionen och Jordbruksverket verkar för en utveckling som innebär att antibiotikaresistensgener i genetiskt modifierade växter ej används och för att växter som innehåller sådana gener successivt avlägsnas från marknaden.
- Arbetskyddsstyrelsen följer upp regel tillämpningen vid aktuell typ av laboratoriearbete.

## 8 Läkemedelsinformation och marknadsföring

Det är angeläget att den som ordinerar antibiotika har lättillgänglig, saklig, aktuell och producentobunden information om antibiotika som står i samklang med de riktlinjer som finns för användning av antibiotika i

Sverige. För nyregistrerade läkemedel tar Läkemedelsverket fram information i form av produktmonografier. Motsvarande information finns ej tillgänglig för medel som funnits länge på marknaden. Inom humanmedicinen har läkemedelskommittéer och regionala STRAMA-grupper en viktig roll att förse förskrivare med objektiv läkemedelsinformation och terapiriktlinjer. Genom en kontinuerlig dialog mellan olika parter kan problem identifieras och gränsdragningar tydliggöras vilket främjar en sund marknadsföring.

**Mål:**

- Marknadsföring och information om antibiotika skall inte motverka handlingsplanens mål.
- En viktig informationskälla för förskrivare av antibiotika skall vara lättillgänglig producentobunden information.

**Aktiviteter:**

- Framtagande av producentbundet informationsmaterial inom antibiotikaområdet sker genom ett utökat samarbete mellan Läkemedelsverket, läkemedelskommittéer, RAF (Referensgruppen för antibiotikafrågor), Apoteket AB och Statens Veterinärmedicinska Anstalt och kan spridas genom STRAMA/STRAMA VL:s försorg.
- Samverkansformer mellan Läkemedelsindustriföreningen och STRAMA/STRAMA VL utvecklas.

## 9 Kunskapsuppbyggnad

### 9.1 Utbildning

För handlingsplanens genomförande krävs att all personal inom sjukvård, djursjukvård, djurhållning och livsmedelsproduktion tillämpar aktuell kunskap och bästa möjliga teknik. Förskrivarna av antibiotika måste ha ett tillräckligt kunskapsunderlag för beslutet att ordinera eller avstå från antibiotikabehandling och för att kunna göra ett rationellt terapival. All personal måste känna till hur infektioner kan förebyggas. Antibiotika och antibiotikaresistens är ett dynamiskt område vilket gör att kunskapen måste uppdateras kontinuerligt. Ett problem för närvarande är att det inte finns tillräckligt många inom området som är kompetenta att föra kunskapen vidare.

**Mål:**

- Förskrivare och annan berörd personal skall ha aktuell och tillräcklig kunskap om infektionsdiagnostik, infektionsförebyggande åtgärder, antibiotikaanvändning och resistensutveckling.

**Aktiviteter:**

- Socialstyrelsen och Jordbruksverket utarbetar planer så att tillgången på kompetenta utbildare är tillräckligt för att uppnå målet.
- Huvudmän för samtliga grund- och fortbildningar som berör human- och djursjukvård inventerar och värderar innehållet i undervisningen i relation till målet och vid behov förstärka i den omfattning som krävs.
- Samtliga arbetsgivare inom human- och djursjukvård och livsmedelshandling utarbetar en plan för kontinuerlig kompetensutveckling och kompetensmätning inom de områden som anges i målet.
- Socialstyrelsen och Jordbruksverket ansvarar för att metoder för uppföljning av kunskaper och attityder hos aktuella personalkategorier utvecklas och används.

## 9.2 Information

För att minska spridning av infektioner krävs att allmänheten har en god kännedom om betydelsen av personlig hygien och livsmedelshygien. Vidare behövs en förståelse för såväl nytta som risker med antibiotikaanvändning. Information utarbetad av relevanta myndigheter kan spridas bl.a. genom skolor, apotek och konsumentorganisationer.

**Mål:**

- Inom tre år bör minst 50% av allmänheten känna till problemet med antibiotikaresistens och dess orsaker.

**Aktiviteter:**

- Berörda myndigheter utarbetar undervisningsmaterial och underlag för information om antibiotika och resistens.

## 9.3 Forskning

Forskningen inom antibiotikaområdet har till övervägande del varit finansierad av läkemedelsindustrin och i det närmaste helt inriktad på att utveckla nya läkemedel. Blygsamma offentliga resurser har satsats på annan antibiotikaforskning vilket bl.a. medfört att vi har kunskapsluckor när det gäller orsakerna till resistensutveckling. En annan bidragande faktor är att intresset till stor del varit inriktat på den enskilde patientens problematik. De strategier som formulerats för att motverka resistensutvecklingen på samhällsnivå bygger därför till stor del på historisk erfarenhet men är mindre väl vetenskapligt dokumenterade. Med bättre kunskapsunderlag kan strategierna effektiviseras varför för området kritiska forskningsfält måste prioriteras. Forskningen måste koordineras internationellt för att maximera kunskapsutbytet.

**Mål:**

- Senast om fem år skall det vetenskapliga kunskapsunderlaget för att motverka antibiotikaresistens väsentligt ha förbättrats.

**Aktiviteter:**

- Berörda myndigheter anordnar i samråd med forskningsråd och andra anslagsgivare regelbundet möten om antibiotikaresistens för att kartlägga forskningens utveckling och erhålla en grund för fortsatta prioriteringar.
- Berörda forskningsråd, strategiska fonder och stiftelser bör utarbeta och implementera en plan för att stimulera till högkvalitativ forskning inom Sverige och internationellt forskningssamarbete inom resistens-epidemiologi, infektionskontroll och andra prioriterade områden.

## 10 Samverkansformer och internationellt arbete

### 10.1 Framtida organisation och samverkansformer

Ett nära samarbete mellan alla sektorer, såväl statliga som ideella och kommersiella organisationer är av stor vikt för att uppnå målen i handlingsplanen. Det är viktigt att media, allmänhet och alla som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med antibiotikabehandling får samstämmiga uppgifter om hur myndigheter och experter bedömer situationen och vilka åtgärder som bör genomföras. Inom det humanmedicinska området tillskapades 1994 ett samarbetsforum, STRAMA; Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, som bland annat har fyllt denna funktion och från och med år 2000 och i högst 3 år fått ekonomiskt stöd genom s.k. Dagmarmedel. En motsvarighet; STRAMA VL, bör skapas för att fylla motsvarande behov inom veterinär-livsmedelsområdet. STRAMA VL bör vara fristående men kan kopplas organisatoriskt till Statens Veterinärmedicinska Anstalt.

**Mål:**

- Handlingsplanen skall kontinuerligt följas och uppdateras och vartannat år skall en rapport lämnas till Regeringen.
- Strukturen för det nationella arbetet med att uppfylla handlingsplanens mål bör säkerställas inom 2 år.

**Aktiviteter:**

- Jordbruksdepartementet bör ges i uppdrag att inrätta en fristående organisation för sektors-övergripande samverkan (STRAMA VL) i frågor som syftar till att motverka antibiotikaresistens samt inrätta ett kansli för denna organisation.
- Socialdepartementet och Jordbruksdepartementet utarbetar en plan för STRAMA och STRAMA VL:s framtida organisation och finansiering.



- Socialstyrelsen ges i uppdrag att samordna uppföljningen av handlingsplanen och vid behov uppdatera målen.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att överlämna rapport till Regeringen.

Prop. 2005/06:50  
Bilaga 1

## 10.2 Internationellt arbete

Antibiotikaresistenssituationen i Sverige påverkas inte enbart av hur vi förhåller oss inom landet. Öppnare gränser med ökande handel och kommunikation medför risker för att vi får in nya problem i landet. Svenska staten, privata och ideella organisationer i Sverige arbetar idag internationellt inom olika fora och på olika nivåer för en ökad samsyn och ett informationsutbyte i aktuella frågor. För en effektiv handlingsplan mot antibiotikaresistens är arbete med resistensövervakningsprogram, förskrivningsstatistik, smittskyddsfrågor inklusive livsmedelsfrågor samt för främjande av hälsoinriktade djurhållningssystem prioriterat. Det är angeläget att allt sådant arbete är sakligt väl underbyggt och koordinerat.

### **Mål:**

- Sverige skall få internationell förståelse för handlingsplanens intentioner.

### **Aktiviteter:**

- Regeringen arbetar internationellt för att motverka antibiotikaresistens med handlingsplanens mål som grund.

## 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."

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 diarré-sjukdomar och antibiotikaresistenta mikroorganismer. Även inom den kommunala hälso- och sjukvården ansågs diarré-sjukdomar 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 diarré-sjukdomar 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 resistent 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 förvärvade bakterier. När det gäller *resistenta 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 resistent enterokocker, vancomycinresistent 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 sjuk-

domarna, 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 sluten som öppen vård.

#### 4.4 Problem enligt bl.a. Socialstyrelsens översyn

Enligt Socialstyrelsen finns idag brister inom hygienområdet på flera håll. I Socialstyrelsens rapport utpekade 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 rekommenda-

tioner, men ett problem anses vara att verksamheten är starkt koncentrerad till sluten vård. 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 vård numera 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.

## 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 uppmärksamats 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 vårdrelaterade 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 anmälningskyldigheten enligt smittskyddslagen. Om anmälningskyldigheten 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 anmälningskyldighet skall föreligga, jfr kap. 23.2. I jämförelse med nu gällande bestämmelser torde kommitténs förslag innebära möjlighet att bättre anpassa anmälningskyldighetens 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 resistenta bakterier och virus. Som Socialstyrelsen anför i skrivelsen till regeringen torde det dock även föreligga behov av andra former av obligatoriska rapporteringssystem, bl.a. inom den slutna vården, för vilka anmälningsystemet 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 hygiensektioner med hygienläkare och hygiensjuksköterskor 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 hygiensektionerna 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, hygiensektionernas 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.



# Utdrag ur författningsförslaget och författningskommentaren i betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51)

Prop. 2005/06:30  
Bilaga 3

## Författningsförslag

**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 smittrisken,
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.

## Författningskommentar

**53 §**

I paragrafen anges några särskilt viktiga uppgifter som smittskyddsläkaren har att sörja för inom smittskyddet. Uppräkningen är dock på intet sätt uttömmande. Ordningföljden 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 smittrisen. 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 behöva, 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.

Prop. 2005/06:30  
Bilaga 3

00-04-14 Dnr 02-4172/2000

Rättsavdelningen  
Kristina Widegren

Socialdepartementet  
103 33 STOCKHOLM

## Vårdrelaterade infektioner —förslag till lagbestämmelser

### Bakgrund

Socialstyrelsen genomförde under åren 1996 och 1997 en särskild verksamhetsöversyn över hygienverksamheten inom hälso- och sjukvården. Med anledning av vad som framkommit vid denna översyn överlämnade Socialstyrelsen till Socialdepartementet i september 1998 ett kunskapsunderlag om vårdrelaterade infektioner och hygien i den svenska hälso- och sjukvården "Vårdrelaterade infektioner" (SoS-rapport 1998: 19) och den omarbetade handboken "Att förebygga infektioner i sjukvården n" (SoS-rapport 1998:12). Samtidigt presenterade Socialstyrelsen i en skrivelse förslag till åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området, bl.a. vissa lagförslag, vilka var grundade på dessa underlag (S 98/6129/HS).

Mot bakgrund av nämnda kunskapsunderlag och förslag till åtgärder har Socialstyrelsen utarbetat de lagförslag som nu presenteras.

Infektioner i samband med hälso- och sjukvård är inte något nytt problem. De stora förändringarna inom sjukvården påverkar riskerna för patienter att drabbas av infektioner i samband med vård. Allt fler patienter har nedsatt immunförsvar och löper ökad risk att få infektioner. Riskerna ökar också genom bl.a. okritisk antibiotikaanvändning, bristande hygienrutiner och minskade möjligheter till vård på isoleringsrum vid mag-tarminfektion. En icke obetydlig del av de vårdrelaterade infektionerna har sin grund i dessa brister.

Sedan många år har det funnits en särskild sjukhushygienisk verksamhet inom hälso- och sjukvården. Alla landsting har s.k. hygiensektioner med särskilt ansvariga läkare och sjuksköterskor. Här finns särskild kunskap om vådrutiner avsedda att minska infektionsrisken. Dessa hygiensektioners roll är främst rådgivande. Någon särskild lagreglering finns inte på området.

### 1996 års Smittskyddskommitté

I mars 1999 överlämnade 1996 års Smittskyddskommitté betänkandet (SOU 1999:51) Smittskydd, samhälle och individ. Kommitténs uppdrag var i huvudsak begränsat till det egentliga smittskyddet. Lagförslagen i betänkandet berör därför inte direkt de frågor som här behandlas. Kom-

mittén redogör i ett särskilt avsnitt bl.a. för omfattningen av vårdrelaterade infektioner och gör också vissa ställningstaganden i övervägandelen.

Kommitté anser att det är av stor vikt att det finns nationell och regional övervakning av förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Smittskydds lagens anmälningsskyldighet framhålls som ett led i en sådan övervakning. I jämförelse med nu gällande bestämmelser har kommittén lämnat förslag som gör det möjligt 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 resistenta bakterier och virus. Kommittén instämmer emellertid också i Socialstyrelsens påpekande att det även torde föreligga behov av andra former av obligatoriska rapporteringssystem. Frågor rörande sådana rapporteringssystem måste övervägas från andra synpunkter än rena smittskydds aspekter och behandlas inte av kommittén.

Kommittén behandlar även kompetensen inom hygienområdet och smittskyddsläkarens roll. Problemen med de vårdrelaterade infektionerna förutsätts även i fortsättningen kunna lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Eftersom förekomsten av vårdrelaterade infektioner är en fråga av sådan betydelse ges smittskyddsläkaren ett uttryckligt ansvar att bevaka att huvudmännen för sjukhus, den kommunala hälso- och sjukvården samt hemsjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att hindra att smitta sprids. Smittskyddsläkaren bör kunna påtala vilka åtgärder som krävs vid eventuella brister hos huvudmannen och om bristerna inte åtgärdas anmäla förhållandena till tillsynsmyndigheten. Kommittén framhåller också vikten av att all personal som arbetar inom vården har tillräcklig utbildning och kunskap om åtgärder för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Det anses också vara av stort värde 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.

## Hygienisk standard och kompetens

Förslag till en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763):

*2f § Hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att tillgång till infektionshygienisk kompetens är säkerställd. Vid planering och utförande av hälso- och sjukvården skall kraven på god hygienisk standard tillgodoses.*

Förslag till en ny bestämmelse i tandvårdslagen (1985:125):

*3 § (fjärde stycket) Tandvården skall vara organiserad så att tillgång till infektionshygienisk kompetens är säkerställd. Vid planering och utförande av tandvården skall kraven på god hygienisk standard tillgodoses.*

I Socialstyrelsens rapport har konstaterats att samtliga landsting har hygiensektioner med hygienläkare och hygiensjuksköterskor som framför allt har en rådgivande roll. Denna infektionshygieniska verksamhet är främst koncentrerad till den slutna vården. Infektionshygienisk kompetens saknas inom viss öppenvård och inom stora delar av den kommunala

hälso- och sjukvården idag. Inom tandvården finns separata hygienfunktioner i storstadsregionerna medan det i övriga landet ofta är den infektionshygieniska organisationen inom hälso- och sjukvården som tillfrågas, ibland utan att formella avtal finns.

Det är viktigt att all personal som arbetar inom vården har tillräcklig utbildning och goda kunskaper om åtgärder för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Den föreslagna bestämmelsen reglerar inte hur den infektionshygieniska kompetensen skall vara organiserad. Den slår däremot fast vilka krav som måste tillgodoses hos huvudmännen i dessa avseenden. Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen bl.a. svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Härigenom har verksamhetschefen det yttersta medicinska ansvaret för att de infektionshygieniska aspekterna blir tillgodosedda i vården. Inom tandvården där det inte ställs krav på att ha en verksamhetschef har en chef med motsvarande funktion detta ansvar. Inom den kommunala hälso- och sjukvården förutsätts verksamhetschefen samråda med den medicinskt ansvarige sjuksköterskan om detta inte är samma befattningshavare. Det är vårdgivarens ansvar att antingen tilldela resurser så att hygienansvaret kan utövas eller tillse att kompetensen i hygienfrågor finns i verksamheten.

I vissa fall kan det vara lämpligt att bygga upp infektionshygienisk kompetens inom den egna organisationen. I andra fall kan det räcka med att genom avtal utnyttja den infektionshygieniska kompetens som finns hos hygiensektionerna inom den slutna vården. Den infektionshygieniska kompetensen -organiserad som en hygiensektion eller tillgodosedd på annat sätt -bör utnyttjas både i förebyggande syfte och när problem med vårdrelaterade infektioner uppstår. I de fall problem redan har uppstått är det viktigt att kompetens finns för att kunna utreda och analysera vilka åtgärder som bäst behövs för att snabbt minska antalet infektioner. I det förebyggande arbetet är det angeläget att, förutom att utveckla och följa upp hygienrutiner i vården, också utnyttja den infektionshygieniska kompetensen i ärenden som gäller planering och byggande av vårdinrättningar och dyl. Kompetensen är nödvändig även i samband med upphandling av utrustning och material för att bevaka att den infektionshygieniska standarden är godtagbar. Att genom förebyggande åtgärder motverka uppkomsten och spridningen av läkemedelsresistenta smittämnen är en annan viktig fråga.

## Rapportering om vårdrelaterade infektioner i hälso- och sjukvården

Förslag till ny bestämmelse i smittskydds lagen (1988:1472):

*Verksamhetschefen eller den som han delegerat uppgiften till skall anmäla till vård givaren, Smittskyddsinstitutet och smittskydds läkaren om en patient drabbats även vård relaterad infektion [hälso- och sjukvården.*

*En anmälan enligt första stycket skall innehålla uppgifter om infektionen och hur den kan ha uppkommit samt var patienten vårdas. En anmälan till vård givaren skall dessutom innehålla uppgifter om patientens identitet.*

*Regeringen får meddela föreskrifter om vilka infektioner anmälningsskyldigheten i första stycket skall begränsas till.*

I *första stycket* föreslås verksamhetschefen få ett rapporterings ansvar när en patient i hälso- och sjukvården har drabbats av en vårdrelaterad infektion. Anmälan skall då göras till vårdgivaren, Smittskyddsinstitutet och smittskyddsläkaren.

Det nya begreppet vårdrelaterad infektion bör införas i lagstiftningen. Tidigare har ofta ordet sjukhusinfektion använts i detta sammanhang. Ordet sjukhusinfektion har emellertid en snävare innebörd och bör därför ersättas med en term som bättre svarar mot det avsedda innehållet. Med "vårdrelaterad infektion" avses varje infektionstillstånd som drabbar patient till följd av vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården oavsett om det sjukdomsalstrande ämnet tillförs i samband med vården eller härrör från patienten själv samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vårdtillfället. Med vårdrelaterad infektion avses även infektionstillstånd som personal ådragit sig till följd av arbetet.

Om en patient drabbats av allvarlig sjukdom i samband med hälso- och sjukvård följer av 2 kap. 7 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att rapportera tillvårdgivaren (s.k. Lex Maria-händelse). Den föreslagna bestämmelsen i smittskyddslagen omfattar emellertid också situationer som är av mindre allvarligt slag.

Den föreslagna anmälningsskyldigheten till smittskyddsläkaren korresponderar väl med den tidigare föreslagna 53 § 7 smittskyddslagen. Enligt den senare bestämmelsen föreslås smittskydds läkaren få till uppgift att bevaka att huvudmän för sjukhus, sjukhem, hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade och hemsjukvård vidtar de åtgärder som krävs för att hindra smittspridning. 1996 års smittskyddskommitté konstaterade (SOU 1999:51 s. 508) att det varje år inträffar ett flertal allvarliga sjukdomsfall i de nämnda vårdformerna som en följd av smittspridning på grund av bristfälliga rutiner. Bristerna kan vara av olika slag som t.ex. att personalen inte tvättar händerna ordentligt, felaktig praxis vad gäller användning av engångsmaterial eller underlåtenhet att placera en särskilt smittsam patient i ett enskilt rum. Vid brister i detta hänseende skall smittskydds läkaren påtala för den aktuella huvudmannen eller ansvarige vårdgivaren 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 (föreslagna 56 och 58 §§ smittskyddslagen).

En anmälningsskyldighet enligt den föreslagna bestämmelsen utesluter inte att det samtidigt kan föreligga en anmälningsskyldighet enligt bestämmelser i andra lagar eller förordningar, t.ex. enligt smittskyddslagen.

Enligt bestämmelsen finns en möjlighet för verksamhetschefen att delegera uppgiften att svara för rapporteringen. Detta torde många gånger av praktiska skäl vara lämpligt att göra.

I *andra stycket* regleras vilka uppgifter som omfattas av anmälningsskyldigheten.



Uppgiften om var patienten vårdas skall anges så preciserat som möjligt.; Det innebär att när det gäller den slutna vården skall inte bara upp- ges aktuell vårdenhet utan också vilken sal och säng patienten vårdats i.

Anmälningsskyldigheten till smittskydds läkaren enligt. denna bestä- melse omfattar inte uppgifter om patientens identitet. Detta hindrar emel- lertid inte att det kan uppstå situationer när smittskydds läkaren i ett en- skilt fall för att kunna bedriva ett effektivt. smittskydd behöver uppgifter om patientens identitet. En sekretessbrytande regel i den föreslagna 64 § smittskyddslagen möjliggör då detta.

Enligt. 14 kap 1 § sekretesslagen rar utan hinder av sekretess uppgifter lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet är stadgad i lag eller förordning. Denna sekretessbrytande regel möjliggör beträffande den kommunala och landstingsdrivna hälso- och sjukvården att uppgifter som där omfattas av sekretess kan överlämnas till vårdgivaren. På mot- svarande sätt finns en regel i 2 kap 8 § L YRS som när det är fråga om uppgiftsskyldighet inom den enskilda hälso- och sjukvården bryter tyst- nadsplikten.

I *tredje stycket* föreslås regeringen få en rätt att föreskriva vilka infek- tioner anmälningsskyldigheten skall avse.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner är ett viktigt kvalitetsmått. Målsättningen med den föreslagna rapporteringsskyldigheten kan knap- past vara att alla infektioner skall upptäckas utan istället att man skall få en uppfattning om nivån av infektioner för att kunna följa utvecklingen och vidta åtgärder i förebyggande syfte samt hindra smittspridning. All erfarenhet visar att registrering och återföring av vårdrelaterade infektio- ner ger en minskning av antalet fall.

Det är knappast möjligt eller meningsfullt att låta alla typer av infek- tioner ingå i ett rapporteringssystem. För att systemet skall bli hanterligt och ändå medföra maximal nytta bör anmälningsskyldigheten begränsas till vissa nyckelinfektioner, Bland sådana infektioner som kan tänkas ingå är t.ex. vårdrelaterad blodförgiftning, vissa postoperativa infektio- ner, virusorsakad gastroenterit och infektion med *Clostridium difficile*.

Infektionerna kan också delas in i två grupper; de ingreppsrelaterade och de övriga. Registrering och rapportering av ingreppsrelaterade infek- tioner (t.ex. postoperativa sårinfektioner och sepsis) bör ge ett mått på den infektionshygieniska standarden vid operationer, användning av katetrar, blodtransfusioner o.s.v. Riskerna för vidare smittspridning mellan patienter är för dessa infektioner liten. r gruppen övriga finns bl.a. mag-tarminfektioner, luftvägsinfektioner och allvarliga infektioner orsa- kade av antibiotikaresistenta bakterier. Dessa infektioner kan spridas mellan patienter och orsaka utbrott. Registrering och rapportering av virusorsakad gastroenterit ger också ett hygienmått på vårdrutiner och lokaler. Förekomst av matförgiftningar visar på brister i livsmedels- hygien. Frekvensen av *Clostridium difficile* är ett mått på kvaliteten på antibiotikaanvändning och i vissa fall kanske smittspridning. Förekomst av personalinfektioner indikerar brister i vårdrutiner och arbetsmiljö.

Förslag till ny bestämmelse ismittskyddslagen:

*På vård givarens begäran är verksamhetschefer och ansvariga vid mikrobiologiska laboratorier skyldiga att lämna ut uppgifter om resultat av utförda provtagningar. Uppgiftsskyldigheten omfattar patientens*

*identitet, var patienten vårdas samt vilken infektion det är fråga om och hur den kan ha uppkommit.*

I bestämmelsen anges en uppgiftsskyldighet för verksamhetschefen och för den ansvarige på mikrobiologiskt laboratorium om provtagningar utförts där. Uppgiftsskyldigheten gäller bara när vård givaren särskilt begär uppgifter om resultat som erhållits efter utförda provtagningar. Skyldigheten är inte begränsad till uppgifter om provtagning av vissa nyckelinfektioner utan gäller generellt. De uppgifter som skall lämnas enligt denna bestämmelse är samma som verksamhets chefen på eget initiativ skall lämna till vård givaren när det är fråga om nyckelinfektioner (se föregående §).

I vård givarens ansvar ligger att ha en bild av om och i så fall var det i de olika verksamhetsområdena förekommer vårdrelaterade infektioner och resistensproblem. Det kan också finnas anledning att vid problem snabbt få en överblick av var det finns vårdrelaterade infektioner antingen det rör sig om ett utbrott eller förekomst i mindre skala. För att vårdgivaren skall kunna bevaka "resistensläget" samt upptäcka och åtgärda smittspridning behöver vårdgivaren ha rätt att ta del av undersökningsresultat från enheter där provtagningar utförts.

I regel har vårdgivaren utsett någon att svara för samordning av hygienfrågorna. Det är i så fall på dennes begäran skyldigheten att lämna uppgifter inträder.

Bestämmelsen innebär att uppgifter som omfattas av sekretess enligt 7 kap 1 § sekretesslagen (1980: 1 00) genom den sekretessbrytande regeln i 14 kap. 1 § SekrL kan överlämnas till vårdgivaren. På motsvarande sätt finns för den privata vården en regel i 2 kap 8 § LYHS som bryter tystnadsplikten.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektören Kerstin Wigzell. I den slutliga handläggningen har överdirektören Nina Rehnqvist, avdelningscheferna Bo Lindblom och Lennart Rinder samt medicinalrådet Peet Tüll deltagit. Chefsjuristen Kristina Widgren har varit föredragande.

Enligt Socialstyrelsens beslut

Kristina Widgren

## 1 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 2 a §<sup>2</sup>

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

1. vara av god kvalitet *med en god hygienisk standard* och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

2. vara lätt tillgänglig,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:1659.

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen  
(1985:125)

Prop. 2005/06:50  
Bilaga 5

Härigenom föreskrivs att 3 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

3 §<sup>3</sup>

Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den skall

- |  |   |
|--|---|
| 1. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, | 1. vara av god kvalitet <i>med en god hygienisk standard</i> och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, |
| 2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,      |   |
| 3. vara lätt tillgänglig,  |   |
| 4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,        |   |
| 5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.         |   |

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2003:414.

1.3 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen  
(2004:168)

Prop. 2005/06:50  
Bilaga 5

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)  
*dels* att 2 kap. 7 § och 6 kap. 2 § skall ha följande lydelse,  
*dels* att det i lagen skall införas en ny paragraf, 6 kap. 7 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**2 kap.**

7 §

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter

– om anmälan enligt 5 §,

*– om uppgifter som avses i 6 § 5,*

– om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,

– om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan skall göras,

– om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål, samt

– om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom.

**6 kap.**

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 smittrisken, *samt*

6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken,

*7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt*

7. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

7 a §

*Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för.*

Prop. 2005/06:50

Bilaga 5

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2005-05-17

**Närvarande:** f.d. regeringsrådet Karl-Ingvar Rundqvist, justitierådet Torgny Håstad och regeringsrådet Bengt-Åke Nilsson.

## **Stärkta krav på vårdhygien**

Enligt en lagrådsremiss den 12 maj 2005 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
3. lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av ämnessakkunniga Helena Rosén.

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 1 december 2005

Närvarande: Statsministern Persson, statsråden Freivalds, Pagrotsky, Östros, Messing, Y. Johansson, Sommestad, Karlsson, Nykvist, Andnor, Nuder, M. Johansson, Hallengren, Björklund, Orback, Baylan

Föredragande: statsrådet M. Johansson

---

Regeringen beslutar proposition Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar.



# Rättsdatablad

---

<b>Författningsrubrik</b>	<b>Bestämmelser som inför, ändrar, upphäver eller upprepar ett normgivningsbemyndigande</b>	<b>Celexnummer för bakomliggande EG-regler</b>
---------------------------	---	--

---

Lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

2 kap. 7 §