

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 5 september 1996 bemyndigades dåvarande statsrådet och chefen för Socialdepartementet Margot Wallström att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet (S 1996:07). Kommittén har antagit namnet 1996 års Smittskyddskommitté. Kommitténs direktiv (dir.1996:68) har bifogats betänkandet.

Med stöd av bemyndigandet förordnades den 13 september 1996 regeringsrådet Susanne Billum som ledamot och ordförande i kommittén. Den 17 oktober 1996 förordnades som ledamöter i kommittén riksdagsledamoten Leif Carlson (m), dåvarande riksdagsledamoten Isa Halvarsson (fp), stationsföreståndaren Carl-Gustaf Hedén (v), dåvarande riksdagsledamoten Karin Israelsson (c), riksdagsledamoten Elisebeht Markström (s), socionomen Ethel Sjöberg (mp), legitimerade läkaren Pontus Wiklund (kd) och riksdagsledamoten Mariann Ytterberg (s). Den 1 november 1996 förordnades som ledamot landstingsrådet Ove Löfgren (s). Med anledning av Ove Löfgrens bortgång förordnades den 1 juni 1998 som ledamot landstingsrådet Hans Toll (s).

Den 17 oktober 1996 förordnades som sakkunniga i kommittén ämnessakkunniga Lena Holmqvist, Justitiedepartementet, och departementssekreteraren Mårten Törnqvist, Socialdepartementet. Den 1 juli 1997 entledigades Mårten Törnqvist från uppdraget och förordnades departementssekreteraren Jonas Widell.

Den 17 oktober 1996 förordnades som experter i kommittén förbundsombudsmannen Kerstin Belfrage, Vårdförbundet, chefsöverläkaren Seth-Olof Bergquist, Svenska infektionsläkarföreningen, adjunkten Bertil Falkenström, Riksförbundet för hivpositiva (RFHP), smittskyddsläkaren Hans Bertil Hansson, Smittskyddsläkarföreningen, generalsekreteraren för Fonden för Mänskliga Rättigheter Anita Klum, utredaren Hasse Knutsson, Landstingsförbundet, fil. dr. Lena Lennerhed, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), generaldirektören Erik Nordenfelt,

Smittskyddsinstitutet, medicinalrådet Annika Strandell, Folkhälsoinstitutet, förbundssekreteraren Anita Sundin, Svenska kommunförbundet, och medicinalrådet Peet J Tüll, Socialstyrelsen.

Som sekreterare förordnades den 1 november 1996 hovrättsassessorn Gun-Marie Taabu, den 1 december 1996 kammarrättsassessorn Monica Sylvan, den 1 januari 1997 dåvarande epidemiologen Kristina Ramstedt och den 1 december 1997 hovrättsassessorn Maria Schroeder. Den 1 april 1998 entledigades Kristina Ramstedt från uppdraget som sekreterare och förordnades som expert i kommittén.

Kommittén får härmed överlämna betänkandet (SOU 1999:51) Smittskydd, samhälle och individ.

Till betänkandet fogas tre reservationer och fem särskilda yttranden.

Kommittén har härmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i mars 1999

Susanne Billum

Leif Carlson

Isa Halvarsson

Carl-Gustaf Hedén

Karin Israelsson

Elisebeht Markström

Ethel Sjöberg

Hans Toll

Pontus Wiklund

Mariann Ytterberg

/Gun-Marie Taabu

Maria Schroeder

Monica Sylvan

Innehåll

DEL A

Förkortningar	19
Sammanfattning	21
Författningsförslag	27

I Bakgrund

1 Inledning	77
1.1 Kommitténs uppdrag	77
1.2 Kommitténs arbete	78
2 Rättslig reglering	81
2.1 Inledning	81
2.2 Smittskyddslagen	81
2.2.1 Allmänt	81
2.2.2 Ansvar och organisation	82
2.2.3 Skyldigheter och rättigheter för den enskilde	82
2.2.4 Åligganden för läkare	83
2.2.5 Smittskyddsläkaren	85
2.2.6 Sekretessbrytande bestämmelser	86
2.2.7 Personinriktade tvångsåtgärder	87
2.2.8 Objektivriktade tvångsåtgärder	89
2.2.9 Biträde av polis m.m.	89
2.2.10 Tillsyn	90

2.3	Annan lagstiftning på smittskyddets område.....	90
2.3.1	Karantänslagen (1989:290).....	90
2.3.2	Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter	91
2.3.3	Vissa bestämmelser om ekonomiska förmåner	91
2.3.4	Epizootilagen (1980:369)	93
2.3.5	Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur	93
2.3.6	Lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.....	94
2.3.7	Livsmedelslagen (1971:511)	94
2.3.8	Miljöbalken (1998:808).....	95
2.4	Bestämmelser i annan lagstiftning med anknytning till frågor som rör smittskyddet	96
2.4.1	Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)	96
2.4.2	Psykiatrisk tvångsvård	96
2.4.3	Lagstiftning på socialtjänstens område	98
2.4.4	Sekretesslagen (1980:100).....	99
2.4.5	Bestämmelser på straffrättens område.....	100
3	Smittspridning i Sverige och i omvärlden	103
3.1	Inledning.....	103
3.2	Smittskyddssituationen internationellt	103
3.2.1	Det globala läget.....	103
3.2.2	Nordisk jämförelse	105
3.3	Situationen i Sverige.....	107
3.4	Särskilt om hivinfektion	111
3.5	Nya sjukdomar och problem.....	114
4	Vårdrelaterade infektioner	115
4.1	Inledning.....	115
4.2	Omfattningen av vårdrelaterade infektioner.....	116
4.3	Ansvar och organisation	118
4.4	Problem enligt bl.a. Socialstyrelsens översyn	119
5	Utredning av sjukdomsfall	121
5.1	Provtagningsförfarandet	121
5.1.1	Allmänt om skyldighet att genomgå eller utföra provtagning	121
5.1.2	Något om provtagningsförfarandet.....	122
5.1.3	Anonymitet vid provtagning.....	122
5.1.4	Laboratorieverksamheten	124

5.1.5	Provtagningsverksamhetens omfattning	124
5.2	Smittspårning	125
5.2.1	Allmänt om smittspårning	125
5.2.2	Särskilt om smittspårning vid STD.....	126
5.2.3	Husläkarstudierna och kommitténs enkät	128
5.3	Anmälningförfarandet enligt 20 § och 22 § smittskyddslagen.....	130
6	Förhållningsregler.....	135
6.1	Allmänt om förhållningsregler	135
6.2	Kommitténs enkät.....	137
7	Tillfälligt omhändertagande och tvångsundersökning.....	141
7.1	Inledning	141
7.2	Tillfälligt omhändertagande	141
7.3	Tvångsundersökning.....	142
7.3.1	Regleringen.....	142
7.3.2	Statistiska uppgifter	143
7.3.3	Några tillämpningsfrågor.....	146
8	Tvångsisolering.....	149
8.1	Inledning	149
8.2	Regleringen.....	149
8.3	Handläggningen före beslut om tvångsisolering	152
8.3.1	Statistiska uppgifter rörande underrättelse enligt 25 § smittskyddslagen.....	152
8.3.2	Smittskyddsläkarens åtgärder efter underrättelse om brott mot förhållningsregler.....	154
8.4	Uppgifter om domstolarnas beslut om tvångsisolering ..	156
8.5	Tvångsisolerade hivpositiva	157
8.5.1	Allmänt	157
8.5.2	Män med omfattande missbruk och/eller konstaterad allvarlig psykisk störning.....	159
8.5.3	Övriga män	160
8.5.4	Kvinnor	161
8.6	Särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus	162
8.7	Omhändertagandet under tvångsisoleringen.....	163
8.7.1	Allmänt om regleringen av omhändertagandet.....	163
8.7.2	Stöd och motivation m.m.....	164

8.7.3	Särskilt om tillämpningen av bestämmelserna rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet	166
8.8	Avslutande kommentarer.....	167
9	Åtgärder vid smitta från djur och objekt.....	171
9.1	Inledning.....	171
9.2	Det objektinriktade smittskyddet enligt smittskyddslagen.....	171
9.2.1	Allmänt om det kommunala smittskyddsarbetet.....	171
9.2.2	Åtgärder vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från objekt.....	173
9.2.3	Samarbete och samordning.....	174
9.2.4	Vissa tillämpningsproblem	175
9.3	Det objektinriktade smittskyddet i annan lagstiftning	176
9.3.1	Livsmedelslagen (1971:511)	176
9.3.2	Miljöbalken (1998:808).....	177
9.3.3	Några andra lagar av betydelse för smittskyddet.....	180
9.3.4	Särskilda lagar rörande smittspridning från djur	180
9.4	Vissa problem rörande ansvarsfördelningen mellan olika aktörer med uppgifter av betydelse för smittskyddet.....	184
10	Karantänslagstiftningen	187
10.1	Bakgrund.....	187
10.2	Närmare om karantänslagets bestämmelser.....	188
10.3	Den faktiska tillämpningen av karantänslagstiftningen..	190
11	Lagen om s.k. bastuklubbar.....	193
11.1	Bakgrund till nuvarande reglering	193
11.2	Tillämpningen av reglerna.....	195
11.3	Lagstiftningens betydelse för smittspridningen.....	196
11.4	Något om situationen i de övriga nordiska länderna	198
12	Straffrättsliga frågor m.m.....	199
12.1	Inledning.....	199
12.2	Kortfattad historisk bakgrund och något om frågans tidigare behandling	200
12.3	Närmare om tillämpliga bestämmelser i brottsbalken	201
12.3.1	Brott då smitta överförts	202
12.3.2	Brott då smitta inte överförts	204

12.3.3	Allmänfarliga brott	205
12.4	Särskilt om uppsåt, oaktsamhet och hivinfektion	206
12.4.1	Bedömningen i praxis	206
12.4.2	Ett nytt uppsåtsbegrepp?	211
12.5	Samtyckes straffrättsliga betydelse	212
12.6	Andra brott med anknytning till smittsamma sjukdomar	213
12.7	Åklagarenkäten	213
12.8	Sammanfattande kommentarer, straffbestämmelser	214
12.9	Sekretessfrågor vid utredning av brott	215
12.10	Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål	216
13	Information och vissa andra förebyggande åtgärder	219
13.1	Inledning	219
13.2	Olika typer av prevention	219
13.3	Allmänt om förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar	220
13.4	Vaccinationsverksamheten	221
13.5	Särskilt om förebyggande åtgärder mot sexuellt överförbara sjukdomar	223
13.5.1	Arbetet på öppenvårdsmottagningar	224
13.5.2	Preventiva insatser från Folkhälsoinstitutet, landsting och kommuner samt frivilligorganisationer	225
13.5.3	Något om de s.k. sprututbytesprojekten	227
13.5.4	Något om de s.k. metadonprogrammen	229
13.6	Särskilt om rådgivning i samband med hivtestning	230
14	Beteendevetenskapliga frågor	233
14.1	Inledning	233
14.2	Allmänt om kommitténs studier och metodologiska frågor	234
14.2.1	Särskilt om vissa svenska studier	234
14.2.2	Vissa metodologiska frågor	235
14.3	Andra smittsamma sjukdomar än hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar	237
14.4	Bakomliggande orsaker till riskbeteende vid hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar	238
14.4.1	Allmänt	238
14.4.2	Homosexuella män	238
14.4.3	Intravenösa narkotikamissbrukare	241

14.4.4	Heterosexuella	242
14.5	Kunskaper om beteende hos hivpositiva	244
14.5.1	Allmänt	244
14.5.2	Faktiskt beteende	244
14.5.3	Beteendeförändringar efter erhållande av hivdiagnos	247
14.5.4	Öppenhet med diagnos	249
14.5.5	De nya medicinernas inverkan på beteendet	252
14.6	Kunskaper om osmittade personer som varit riskutsatta.....	252
14.7	Allmänhetens beteende och kunskaper om risk att smittas	254
14.7.1	Allmänt	254
14.7.2	Sexualvanor och riskbeteende	254
14.7.3	Kunskaper om hivinfektion och riskuppfattning	255
14.8	Metoder att bryta riskbeteenden	256
14.8.1	Testning och rådgivning som metod att åstadkomma beteendeförändringar	256
14.8.2	Andra metoder att förändra beteenden	259
14.9	Avslutande kommentarer.....	259
15	Hur uppfattas bestämmelserna i smittskyddslagen?.....	263
15.1	Inledning.....	263
15.2	Inställning till smittskyddslagen i allmänhet.....	263
15.2.1	Studier rörande smittade personer	263
15.2.2	Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta.....	264
15.2.3	Allmänhetens attityder.....	265
15.3	Särskilt om testning och kontaktspårning.....	266
15.3.1	Studier rörande smittade personer	266
15.3.2	Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta.....	267
15.4	Särskilt om skyldigheten att följa förhållningsregler	267
15.5	Sammanfattande kommentarer	268
16	Smittskyddsorganisationen	273
16.1	Inledning.....	273
16.2	Landstinget och smittskyddsläkarna.....	274
16.2.1	Allmänt	274
16.2.2	Smittskyddsläkarens organisation	274
16.2.3	Närmare om smittskyddsläkarens uppgifter	276
16.2.4	Samverkan	278

16.3	Särskilt om huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen.....	280
16.4	Socialstyrelsen	281
16.5	Smittskyddsinstitutet	283
16.6	Sammanfattning av Statskontorets bedömningar av smittskyddsorganisationen.....	285
17	Den enskildes ekonomiska förmåner	287
17.1	Ekonomiska förmåner vid undersökning, vård och behandling vid smittsam sjukdom m.m.	287
17.1.1	Förmåner enligt smittskyddslagen.....	287
17.1.2	Förmåner vid läkarundersökning m.m. enligt livsmedelslagstiftningen	289
17.1.3	Vissa förmåner enligt annan lagstiftning.....	290
17.2	Ersättning vid avstående från förvärsarbete för att förhindra smittspridning	291
17.2.1	Ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	291
17.2.2	Tillfällig föräldrapenning	292
17.3	Ersättning för kostnader och förluster vid smittskyddsingripande mot objekt m.m.....	293
18	Samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar	295
18.1	Inledning	295
18.2	Smittskyddsorganisationens kostnader	295
18.3	Kostnader för vissa smittskyddsåtgärder	297
18.4	Direkta och indirekta kostnader för smittsamma sjukdomar	298
18.4.1	Sjukvårdens direkta kostnader	298
18.4.2	Indirekta kostnader	299
18.4.3	Kostnadsberäkningar för vissa sjukdomar.....	300
18.5	Avslutande kommentarer.....	301
19	Utländsk rätt.....	303
19.1	Smittskyddslagstiftning i Norden	303
19.1.1	Danmark.....	303
19.1.2	Norge	304
19.1.3	Finland	306
19.2	Smittskyddslagstiftning i övriga Europa	307
19.2.1	Tyskland	307
19.2.2	Österrike	308

19.2.3	Nederländerna.....	309
19.2.4	Frankrike.....	310
19.2.5	Italien.....	311
19.2.6	Storbritannien.....	311
19.3	Sammanfattande kommentarer.....	312
20	Internationellt samarbete.....	315
20.1	Inledning.....	315
20.2	Arbetet inom FN.....	315
20.3	Arbetet inom EU.....	317
21	Smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter.....	321
21.1	Inledning.....	321
21.2	Allmänt om konventionerna om mänskliga rättigheter ..	322
21.2.1	Inom FN.....	322
21.2.2	Inom Europarådet.....	323
21.3	Frågor om mänskliga rättigheter och smittsamma sjukdomar i internationella rekommendationer m.m.....	325
21.3.1	Allmänt.....	325
21.3.2	WHO.....	325
21.3.3	FN:s kommission för mänskliga rättigheter.....	326
21.3.4	Europarådet.....	328
21.4	Särskilt om Europakonventionen.....	329
21.4.1	Några inledande anmärkningar.....	329
21.4.2	Rätten till personlig frihet.....	330
21.4.3	Rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.....	335
21.5	Förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser och Europakonventionen.....	338
21.5.1	Inledande kommentarer.....	338
21.5.2	Tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering.....	339
21.5.3	Tvångsundersökning.....	342
21.5.4	Några andra frågor.....	344

II Överväganden och förslag

22	Allmänna överväganden.....	349
22.1	Inledning.....	349
22.2	Kommitténs kartläggning och utvärdering.....	349

22.3	Några allmänna utgångspunkter för en ny smittskyddslag	355
22.4	Etiska och principiella överväganden	356
23	Sjukdomarna i smittskyddslagen och anmälningsförfarandet	363
23.1	Allmänt om sjukdomarna i smittskyddslagen.....	363
23.1.1	Särskilt om allmänfarliga smittsamma sjukdomar.....	365
23.2	Anmälningsförfarandet	366
24	Individens skyldigheter och rättigheter	369
24.1	Den enskildes ansvar m.m.	369
24.2	Särskilt om den s.k. informationsplikten	371
24.3	Skyldighet att medverka vid smittutredning	373
24.4	Rätten till anonymitet vid provtagning för hivinfektion.....	374
25	Vissa smittskyddsåtgärder	377
25.1	Utgångspunkter	377
25.2	Ansvaret för smittskyddsåtgärderna	377
25.3	Allmänna förebyggande åtgärder.....	378
25.4	Särskilt om smittspårning	379
25.5	Särskilt om s.k. förhållningsregler.....	382
25.6	Den enskilde läkarens uppgifter	385
25.7	Smittskyddsläkarens uppgifter.....	387
25.8	Samverkan och samarbete	391
26	Tvångsåtgärder	393
26.1	Överväganden rörande nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder.....	393
26.2	Allmänna principer för när tvång skall få vidtas	397
26.3	Särskilt om tvångsundersökning	402
26.4	Vissa frågor om isolering oberoende av samtycke	404
26.5	Möjlighet till tillfällig isolering	407
26.6	Förhållandet till tvångsåtgärder enligt annan lagstiftning och straffrätten.....	408
26.7	Möjlighet till lindrigare tvång än isolering	410
26.8	Möjligheter att framtvinga alternativa åtgärder	411

27	Objektinriktade åtgärder	415
27.1	Allmänt	415
27.2	Bestämmelser om hälsoskydd i miljöbalken	417
27.3	Särskilda bestämmelser om samverkan och samordning	419
28	Åtgärder rörande vårdrelaterade infektioner.....	423
29	Nationell styrning och organisatoriska frågor	427
29.1	Inledning	427
29.2	Nationell uppföljning.....	427
29.3	Nationell samordning och styrning.....	428
29.4	Mål för smittskyddsverksamheten	430
29.5	Tillsyn	431
29.6	Huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen m.m.....	432
29.7	Nationellt smittskyddsanslag	434
30	Straffrättsliga aspekter på smittskyddet	437
30.1	Något om svårigheterna vid tillämpningen av befintliga bestämmelser	437
30.2	Överväganden angående behovet av åtgärder	439
30.3	Utformningen av en ny straffrättslig bestämmelse	440
30.4	Sekretessfrågor vid utredning av brott som rör överföring av smitta.....	444
30.5	Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.....	445
31	De s.k. bastuklubbarna	449
32	Uppgiftsskyldighet och sekretess	455
32.1	Allmänna utgångspunkter.....	455
32.2	Allmänna bestämmelser om utlämnande av uppgifter ...	456
32.3	Uppgiftslämnande i samband med utredning hos smittskyddsläkaren	456
32.4	Uppgiftslämnande avseende smittade personer som intagits på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård.....	458
32.5	Sekretessen i smittskyddsfall	460

32.5.1	Något om den rättsliga regleringen.....	460
32.5.2	Kommitténs överväganden	461
33	Ekonomiska förmåner vid smittskyddsåtgärder	465
33.1	Kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling samt för läkemedel enligt smittskyddslagen.....	465
33.1.1	Allmänna utgångspunkter.....	465
33.1.2	Kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling.....	466
33.1.3	Kostnadsfrihet för läkemedel.....	468
33.1.4	Övriga frågor	469
33.2	Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	470
33.3	Övriga ekonomiska förmåner för enskilda vid vård och behandling m.m. med anledning av smittsam sjukdom..	470
33.4	Ersättning vid objektinriktade smittskyddsåtgärder	471
34	Övriga frågor.....	473
34.1	Karantänslagstiftningen	473
34.2	Vissa processuella frågor.....	473
34.3	Följdändringar i andra författningar	474
35	Ekonomiska konsekvenser m.m.....	475
35.1	Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag	475
35.2	Övriga konsekvensfrågor.....	477
36	Författningskommentarer.....	479
36.1	Förslaget till smittskyddslag	479
36.2	Förslaget till lag om ändring i miljöbalken (1998:808)	519
36.3	Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)	522
36.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:1683) om provtagning på djur m.m.....	523
36.5	Förslaget till lag om ändring i brottbalken.....	524
36.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål	525
36.7	Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)	526
36.8	Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	527

36.9	Förslaget till lag om ändring i lagen (1971:189) om allmänna förvaltningsdomstolar	529
36.10	Förslaget till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	529
36.11	Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	530
36.12	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.....	530
36.13	Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård	531
36.14	Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt	531
36.15	Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.....	531
36.16	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	532
Reservationer och särskilda yttranden		533
Kommittédirektiv		543
Kommitténs referensgrupper och särskilda utfrågningar – deltagarförteckning.....		553

DEL B; Bilagor

Bilaga 1; Anmälningsförfarandet – en analys <i>Seth-Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt, Peet J Tüll</i>	5
Bilaga 2; Delrapport från pågående studie om Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex – En enkätstudie vid två mottagningar för hivrådgiv- ning och hivtestning <i>Torsten Berglund.....</i>	19
Bilaga 3; Tuberkulos och smittskyddslagen – En sammanställning av 122 patienters erfarenheter och synpunkter <i>Lars Olof Larsson</i>	45

Bilaga 4; Modell för spridning av hiv – Studie utförd av Epidemiologiska enheten vid Smittskyddsinstitutet, på uppdrag av 1996 års Smittskyddskommitté (S 1996:07) <i>Johan Lindbäck, Johan Giesecke</i>	77
Bilaga 5; ”Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna hända mig”. Rapport från intervjuer med personer som kallats till test på grund av risk för hivinfektion <i>Christina Persson, Gunilla Östlund</i>	101
Bilaga 6; Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia <i>Tanja Tydén</i>	133
Bilaga 7; ”Inte har väl doktorn tid med sånt...?” 91 hiv-positiva personers erfarenheter av att leva med hiv <i>Mikael Westrell</i>	151
Bilaga 8; Beskrivning och analys av smittsamma sjukdomar – Ett underlag för 1996 års Smittskyddskommitté <i>Anders Thorén</i>	193
Bilaga 9; Utlåtande om psykiatriskt perspektiv på situationen för de personer som tvångsisolerats enligt smittskyddslagen <i>Anders Annell</i>	315
Bilaga 10; Hänsyn och dilemman vid kulturanpassad prevention <i>Lisbeth Sachs</i>	351
Bilaga 11; Referenslista till kap. 14, del A.....	381

Förkortningar

AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AZT	Azidothymidin
BrB	Brottsbalken
EHEC	Enterhemorragiska escherichia coli serotyp O 157
EU	Europeiska unionen
FN	Förenta nationerna
HD	Högsta domstolen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
IHR	International Health Regulations
JuU	Justitieutskottet
LOL	Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
MRSA	Meticillinresistenta stafylokocker
MVC	Mödravårdscentral
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv, avd. I
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen
RFSL	Riksförbundet för sexuellt likaberättigande
RFSU	Riksförbundet för Sexuell Upplysning
RH	Rättsfall från hovrätterna
SekrL	Sekretesslagen (1980:100)
SFS	Svensk författningssamling
SMI	Smittskyddsinstitutet
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SoU	Socialutskottet
SOU	Statens offentliga utredningar
STD	Sexuellt överförbara sjukdomar

STRAMA	Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens
SVA	Statens veterinärmedicinska anstalt
Tbc	Tuberkulos
WHO	Världshälsoorganisationen
UM	Ungdomsmottagning
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

Sammanfattning

Kommittén har haft i uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar som hör till smittskyddet. I uppdraget har ingått bl.a. att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt direktiven skall kommittén fästa särskild vikt vid bl.a. bestämmelserna om tvångsåtgärder och frågor kring rättssäkerheten för den enskilde utgör en central del av kommitténs uppdrag. En särskild fråga har rört situationen för dem som tvångsisolerats.

Utredningen har mot bakgrund av detta sökt införskaffa och sammanställa ett så gott kunskapsunderlag som möjligt för belysning av tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser och lagens effekter för smittskyddet. För att få ett allsidigt underlag för utvärdering av åtgärder för att förhindra smittspridning har också särskild uppmärksamhet givits åt frågor av beteendevetenskaplig natur. Flera vetenskapliga studier har gjorts i syfte att belysa bl.a. orsakerna till att människor utsätter sig för smittrisk.

Kommittén har också gjort en särskild genomgång av de fall som rört tvångsisolering. Kartläggningen har visat att tvångsisolering i princip uteslutande har tillgripits beträffande hivpositiva och att det huvudsakligen rört sig om socialt utsatta människor, såsom narkotikamissbrukare eller människor med psykisk störning, och om människor av utländsk härkomst. Vidare har framgått att tvångsisoleringen i vissa fall sträckt sig över mycket långa tidsperioder, i något fall upp till sju år.

Kommittén har lagt stor vikt vid vilka etiska och principiella utgångspunkter som skall ligga till grund för smittskyddslagstiftningen. Kommitténs etiska överväganden innebär att smittskyddsarbetet måste vara förankrat i en humanistisk människosyn där principerna om alla människors lika värde samt den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt är viktiga inslag. Även om syftet med smittskyddet är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och inte primärt att vårda den enskilde som drabbas av en sjukdom talar den humanistiska människosynen enligt kommitténs uppfattning för en större tydlighet när det gäller respekten och skyddet för individen – såsom detta kommit till uttryck i bl.a. FN:s allmänna förklaring om mänskliga

rättigheter 1948 – än vad som är fallet enligt nuvarande smittskyddslag. Smittskyddslagen måste vidare tydligare markera att tyngdpunkten i smittskyddsarbetet skall ligga på det frivilliga förebyggande arbetet. Läkarpatientrelationen är härvid av särskild betydelse. Ett förhållningssätt som grundar sig på samarbete och förtroende överensstämmer också bättre med de förhållanden som råder i praktiken.

Allt sedan hivepidemins början har särskild uppmärksamhet ägnats åt hivinfektion. Enligt kommitténs uppfattning bör, mot bakgrund av bl.a. den epidemiologiska situation som nu råder, särreglering av denna sjukdom upphävas så långt det är möjligt och man bör sträva efter en mer realistisk och tolerant syn på de smittade. Kommittén föreslår därför flera ändringar som går i denna riktning. Emellertid är det i nuläget inte möjligt att helt avskaffa samtliga särbestämmelser. Sålunda föreslår kommittén att möjligheten till anonym hivprovtagning skall behållas liksom de s.k. kodade anmälningarna för den epidemiologiska övervakningen.

Förslaget till ny smittskyddslag inleds med en ny målparagraf varin erinras om utgångspunkten om respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. I allmänna riktlinjer för smittskyddet anges bland annat att smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte får vara mer långtgående än som är försvarligt med hänsyn till faran för andra människors hälsa.

Smittskyddslagen skall även fortsättningsvis i princip omfatta alla smittsamma sjukdomar dock med undantag för sådana som utgör endast ett ringa hot mot de smittades hälsa. Lagens bestämmelser om skyldigheter att vidta åtgärder, t.ex. att bedriva smittutredning, föreslås anpassas bättre till det verkliga behovet för de olika sjukdomarna. Enligt förslaget begränsas möjligheterna till tvångsåtgärder till vissa sjukdomar som utgör ett större och mer allvarligt hot mot befolkningens hälsa. Dessa benämns *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*.

Beträffande de enskilda individernas ansvar anser kommittén att utgångspunkten måste vara att var och en så långt möjligt bör vidta rimliga försiktighetsmått för att skydda såväl sig som andra mot att utsättas för risk att smittas av allvarliga smittsamma sjukdomar. Kommittén föreslår därför en särskild bestämmelse som framhåller vars och ens ansvar för att förebygga spridning av smittsamma sjukdomar. Samtidigt anser kommittén att den som bär på eller misstänker sig bära på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar. Med hänsyn härtill bör den enskilde smittade även fortsättningsvis ha en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smitta. Någon särskild sanktion föreslås dock inte. Nu berörda bestämmelser gäller enligt förslaget samtliga smittsamma sjukdomar. Beträffande de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna bör den enskilde smittade dess-

utom ha skyldighet att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer. Vid de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna och för sådana sjukdomar där det föreligger epidemiologiska skäl att vidta särskilda åtgärder för att förhindra smittspridning bör den enskildes skyldighet att uppsöka läkare och låta sig undersökas samt medverka vid smittspårning behållas.

I den mån det ställs krav på den enskilde bör det också föreligga en skyldighet för samhället att genom stöd eller annan hjälp göra det möjligt för den enskilde att ta sitt ansvar. Särskilt vid svåra långvariga smittsamma sjukdomar har kartläggningen visat vikten av att den smittade får tillgång till olika former av psykosocialt stöd samt att problem som har betydelse för den enskildes möjlighet att medverka till att förhindra vidare smittspridning tidigt uppmärksammas. Kommittén föreslår därför att det uttryckligen framgår av smittskyddslagen att den smittade skall erbjudas psykosocialt stöd om det behövs av smittskyddsskäl. På samma sätt föreslås framgå att den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom och som är i behov av särskilda behandlingsinsatser, t.ex. för en underliggande missbruksproblematik, skall erbjudas detta om det behövs av smittskyddsskäl.

Läkares skyldighet att genomföra läkarundersökning och att bedriva smittspårning kvarstår i förslaget. Kommittén föreslår emellertid att smittskyddslagen även uttryckligen ger möjlighet för annan hälso- och sjukvårdspersonal att bedriva smittspårning. Vidare behålls skyldigheten för läkaren att beträffande särskilt angivna smittsamma sjukdomar anmäla inträffat sjukdomsfall till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Detta skall till skillnad från gällande smittskyddslag omfatta även misstänkta men ännu inte verifierade fall av de aktuella sjukdomarna. Läkaren skall dock inte längre göra särskild anmälan till den kommunala nämnd som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet. Kommittén föreslår istället att smittskyddsläkaren när så är påkallat skall underrätta de myndigheter eller den kommun som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot objekt eller djur.

I syfte att stärka relationen mellan läkaren och patienten föreslås att läkaren inte längre skall meddela s.k. förhållningsregler. Läkaren skall dock ha skyldighet att ge medicinska och praktiska råd rörande vad den smittade bör iakta för att undvika vidare smittspridning. Skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren då den smittade inte iaktar de försiktighetsåtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta eller inte följer anvisad medicinsk behandling behålls. Emellertid behöver läkaren inte göra anmälan om han eller hon bedömer att patienten kan få det stöd som behövs för att ändra sitt beteende genom läkarens egen försorg. Läkaren föreslås vidare vara skyldig att i vissa fall underrätta

en till den smittade ovetande närstående som är utsatt för risk att smittas.

Förutsättningarna för tvångsåtgärder skärps och preciseras i jämförelse med nuvarande smittskyddslag. Utöver att gruppen av sjukdomar begränsas ställs beträffande tvångsundersökning bl.a. ett uttryckligt krav på att det skall föreligga påtaglig risk för andra att smittas. Vidare skall beslut om tvångsundersökning i fortsättningen fattas av domstol efter ansökan från smittskyddsläkaren. Isolering mot den enskildes vilja benämns i förslaget *isolering oberoende av samtycke*. Sådan isolering får enligt kommitténs förslag endast äga rum i mycket speciella undantagsituationer. För isolering oberoende av samtycke föreslås också en yttersta tidsgräns. Isolering oberoende av samtycke skall få äga rum under högst tre månader men kan dock i vissa fall förlängas till ytterligare tre månader. Härefter skall isoleringen upphöra. Beslut om isolering oberoende av samtycke skall även fortsättningsvis fattas av domstol. Vid särskilt akuta situationer kan smittskyddsläkaren dock besluta om tillfällig isolering. Beslutet skall inom två dagar underställas domstolens prövning. Kommittén föreslår vidare att möjligheter införs till lindrigare tvång än isolering oberoende av samtycke, nämligen i form av särskilda föreskrifter för den enskilde. Sådana föreskrifter skall ta sikte på åtgärder som kan påverka ett smittfarligt beteende t.ex. psykologkontakt eller behandling för missbruksproblematik.

Beslut som rör isolering oberoende av samtycke eller särskilda föreskrifter skall, oberoende av sjukdom, inte omfattas av sekretess. Detta överensstämmer med vad som gäller i fråga om andra beslut om frihetsberövanden, t.ex. beslut om psykiatrisk tvångsvård.

En utgångspunkt för kommittén är att isolering oberoende av samtycke inte får beslutas om inte den enskilde erbjudits adekvata åtgärder i frivillig form. För att säkerställa att frivilliga vård- och stödinsatser, enligt t.ex. socialtjänstlagen (1980:620) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, kommer till stånd föreslås därför att berörd tillsynsmyndighet får möjlighet att utfärda föreläggande om att huvudmannen inom en viss tid skall föranstalta om de insatser som behövs från smittskyddssynpunkt. Föreläggandet får förenas med vite. Detta gäller både åtgärder som föregår isolering och åtgärder som gör det möjligt att avsluta isoleringen.

Kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visar att smittskyddsarbetet huvudsakligen är väl fungerande och att smittskyddsorganisationen i stort fungerar bra. Utvärderingen ger inte anledning att göra några grundläggande förändringar av nuvarande organisation eller ansvarsfördelning. Landstingen, med smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna, skall således ha ansvaret för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder

vidtas med undantag för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur, för vilka bl.a. kommunerna har ansvaret. För att klarare avgränsa ansvaret föreslår kommittén att smittskyddslagen i första hand skall reglera åtgärder som syftar till att förhindra att smitta sprids från person till person. Enligt kommitténs förslag skall objektrinriktade åtgärder regleras i annan lagstiftning, såsom livsmedelslagen och miljöbalken. Kommunens ansvar för smittskyddsåtgärder mot djur begränsas till sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. I princip är bestämmelserna i berörda lagar tillräckliga men för att bl.a. klargöra rättsläget föreslår kommittén att vissa kompletterande bestämmelser införs i miljöbalken. Kommittén föreslår också vissa bestämmelser om samverkan och samråd med bl.a. smittskyddsläkaren.

Kommittén framhåller i betänkandet smittskyddsläkarens centrala roll i smittskyddsarbetet. Kommittén föreslår bestämmelser som underlättar för landstingen att samverka om smittskyddsläkaren och att anpassa antalet smittskyddsläkare i förhållande till landstingets behov. Med undantag för beslut om tvångsåtgärder anser kommittén inte att smittskyddsläkarens nuvarande huvudsakliga arbetsuppgifter bör förändras. Smittskyddsläkaren skall således även fortsättningsvis planera, leda och organisera smittskyddet samt följa smittskyddsläget och bl.a. tillse att behövliga åtgärder vidtas. Kommittén föreslår dock vissa ytterligare uppgifter. Smittskyddsläkaren skall enligt förslaget ha en uttrycklig skyldighet att bevaka att den enskilde får det stöd eller den vård som erfordras från smittskyddssynpunkt. Underlåter ansvarig huvudman att erbjuda erforderligt stöd eller vård skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till berörd tillsynsmyndighet. Smittskyddsläkaren skall vidare bevaka att åtgärder vidtas för att förhindra s.k. vårdrelaterade infektioner. Brister den som ansvarar för åtgärden i nu nämnt avseende eller i andra fall skall smittskyddsläkaren påpeka bristerna och, om rättelse inte äger rum, anmäla förhållandet till berörd tillsynsmyndighet. Smittskyddsläkaren får också enligt förslaget en uttrycklig rätt att överta eller överlåta ett smittspårningsärende om den som ansvarar för smittspårningen inte fullgör detta på ett tillfredsställande sätt.

Beträffande den nationella styrningen och uppföljningen av smittskyddsarbetet konstaterar kommittén att brister idag föreligger när det gäller möjligheter till nationell uppföljning och utvärdering av smittskyddsarbetet, bl.a. avseende samhällsekonomiska analyser eller bedömningar av åtgärdernas effektivitet och effekter på smittskyddsläget. Kommittén föreslår därför att ett arbete inleds för att utveckla metoder och rutiner för sådan nationell uppföljning och utvärdering. Vidare föreslår kommittén att Socialstyrelsen skall ha ett uttryckligt ansvar för

den nationella samordningen av smittskyddet samt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis skall ha tillsyn över smittskyddet.

När det gäller straffrättsliga sanktioner då någon smittat eller utsatt annan för risk att smittas av smittsam sjukdom har det uteslutande varit fråga om hivinfektion. Kommitténs kartläggning har visat att flera problem finns rörande tillämpningen av brottsbalkens bestämmelser vid ifrågavarande gärningar. För att åstadkomma en mer enhetlig och förutsebar rättstillämpning på området anser kommittén att en särskild straffbestämmelse bör införas i brottsbalken rörande överförande av allvarlig smittsam sjukdom, *orsakande av smittfara*. Enligt bestämmelsen kan den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter någon för fara att smittas av livshotande sjukdom dömas till fängelse i högst fyra år. Någon anledning att begränsa en sådan straffbestämmelse till att enbart avse hivinfektion finns inte. Kommittén föreslår också att sekretesslagens bestämmelser skall ändras så att sekretessen inte hindrar hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna de uppgifter som behövs till åklagare och polis då det föreligger misstanke om att en person begått sådan gärning som avses i den föreslagna straffbestämmelsen eller annat brott som innefattar smittöverföring eller försök därtill.

Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål föreslås utvidgas så att den blir tillämplig även vid vissa andra allvarliga smittsamma sjukdomar, nämligen hepatit B och C.

I kommitténs uppdrag ingår också att göra en översyn av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter. Enligt kommitténs uppfattning är det svårt att hävda att ett totalförbud mot bastuklubbar i dag är motiverat av smittskyddsskäl. Kommittén föreslår därför att lagen upphävs. I stället föreslås vissa kompletterande bestämmelser i ordningslagen (1993:1617) så att ingripande kan äga rum i det enskilda fallet om förhållandena är sådana att t.ex. risk för smittspridning föreligger. Förändringarna innebär att de regler som enligt ordningslagen gäller för offentliga tillställningar, bl.a. beträffande anmälningsskyldighet till polismyndighet, upplösning och förbud, skall kunna tillämpas i fråga om s.k. bastuklubbar och liknande verksamhet.

Författningsförslag

1 Förslag till smittskyddslag (1999:000)

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

Samhällets smittskydd

1 § Samhällets smittskydd skall med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

2 § Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag, om inte annat anges, alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot de smittades hälsa.

Med allmänfarliga smittsamma sjukdomar avses sjukdomar som kan överföras mellan människor och som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas. Regeringen meddelar närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som avses.

3 § Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Om inte annat anges avses endast åtgärder som riktar sig till människor.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur, livsmedel och andra objekt finns i miljöbalken (1998:808), livsmedelslagen (1971:511), epizootilagen (1980:369), lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur och lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 § Smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än som är försvarligt med hänsyn till faran för andra människors hälsa. Åtgärder som den enskilde motsätter sig får endast vidtas om inga andra möjligheter står till buds.

5 § Insatser inom smittskyddet skall vara av god kvalitet.

Den som är verksam inom smittskyddet skall ha lämplig kompetens och erfarenhet.

6 § Den som är verksam inom smittskyddet skall värna både om skyddet för osmittade och om dem som bär på en smittsam sjukdom, så att de senare får det stöd och den vård som behövs från smittskyddssynpunkt.

Ansvaret för smittskyddet

7 § Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå. Styrelsen skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd.

Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för en effektiv funktion av landets smittskydd.

8 § Varje landsting svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av bestämmelser i denna lag.

Vad som sägs i denna lag om landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

9 § I varje landsting skall det finnas en eller flera smittskyddsläkare. Två eller flera landsting kan dock träffa överenskommelse om att samverka om smittskyddsläkare. Samtliga samverkande landsting skall då bidra till finansieringen av verksamheten.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne verka under nämnden.

10 § Myndigheter inom smittskyddet skall samverka med andra berörda myndigheter, läkare och annan sjukvårdspersonal för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar.

Skyldighet att förebygga smittspridning

11 § Var och en bör genom uppmärksamhet och anvisade försiktighetsåtgärder medverka till att spridning av smittsamma sjukdomar förhindras.

12 § Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på smitta av en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk.

Den som vet att han eller hon bär på smitta av en allmänfarlig smittsam sjukdom är skyldig att informera andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Smittskyddsverksamheten

Information och förebyggande åtgärder

13 § Landstinget, och under landstinget smittskyddsläkaren, skall tillse att enskilda som löper risk att utsättas för smitta som kan hota deras liv eller hälsa nås av information och råd om hur de bör skydda sig mot smitta.

14 § Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom smittskyddet skall vid behov ge patienterna upplysningar om metoder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

Rapportering av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

15 § Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas.

En läkare som undersöker eller behandlar någon enligt denna lag benämns behandlande läkare.

16 § Läkare som i sin verksamhet misstänker eller konstaterar fall av smittsam sjukdom som

1. påkallar smittskyddsåtgärder utöver behandling av patienten eller
2. är föremål för nationell epidemiologisk uppföljning

skall rapportera detta till smittskyddsläkaren i det län där den anmälade läkaren har sin yrkesverksamhet och till Smittskyddsinstitutet.

Är fråga om sjukdom enligt 1 skall anmälan ske ofördröjligen.

Anmälningsskyldighet enligt första stycket gäller även läkare vid mikrobiologiskt laboratorium som vid analys misstänker eller finner smittämne av sådan sjukdom samt läkare som i samband med obduktion misstänker eller konstaterar fall av sådan sjukdom.

Regeringen meddelar föreskrifter om i vilka fall anmälan enligt första stycket 1 och 2 skall ske.

17 § En anmälan enligt 16 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, personnummer och adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning

samt

5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Regeringen får föreskriva att uppgifter som avses i första stycket 1 och 2 inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar.

18 § Regeringen eller myndighet regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om anmälan enligt 16 § samt om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 16 § första eller tredje stycket såvitt avser viss sjukdom, viss uppgift i anmälan eller till vilka anmälan skall göras.

Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

19 § Den som vet eller har anledning att befara att han eller hon bär på sådan smittsam sjukdom som avses i 22 § är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

En läkare som finner anledning att anta att en patient bär på en smittsam sjukdom som avses i första stycket skall skyndsamt undersöka patienten och ta de prov som behövs.

Om patienten antas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning skall läkaren ofördröjligen anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren.

20 § Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger kan länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren besluta om läkarundersökning. Beslut om sådan undersökning får endast meddelas om ovissheten medför påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Den läkare som utfört undersökningen skall omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

21 § Om den som undersökts för en allmänfarlig smittsam sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren om detta.

Smittspårning

22 § Om en behandlande läkare konstaterar eller finner anledning att anta att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en annan smittsam sjukdom vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens aktivt söka få upplysningar från patienten om vem som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Om smitta kan ha överförts från djur, livsmedel eller andra objekt skall behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal söka få erforderliga upplysningar från patienten om detta.

Om den som enligt första stycket ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten finner anledning anta att andra personer kan ha smittats skall han tillse att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och anmodas att uppsöka läkare.

Regeringen meddelar närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som avses i denna paragraf.

23 § Den som vet eller har anledning att befara att han eller hon bär på en smittsam sjukdom som avses i 22 § är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår om vem som kan ha överfört smitta och om andra personer som kan ha blivit smittade. Om smitta kan ha överförts från djur, livsmedel eller andra objekt är han eller hon skyldig att

lämna upplysningar om detta. Uppgifterna skall lämnas till den behandlande läkaren eller till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens. I förekommande fall skall uppgifter lämnas till smittskyddsläkaren.

24 § Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårning i ett enskilt fall finner att han inte har möjlighet att fullgöra smittspårningen på tillfredsställande sätt, skall han underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får överta eller överlämna smittspårningsärendet till annan person med tillräcklig kompetens och erfarenhet. Sådant överlämnande får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.

25 § Om en person underrättats enligt 22 § andra stycket om misstanke att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom och han eller hon inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare skall den som enligt 22 § första stycket ansvarar för smittspårningen ofördröjligen anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren.

Råd och stöd

26 § Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag skall av den behandlande läkaren ges individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Råden kan avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt.

Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens.

27 § Om den behandlande läkaren får veta eller har anledning att befara att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte iakttar de försiktighetsåtgärder som krävs för att skydda andra människor mot smitta skall läkaren anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren. Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten kan få det stöd som behövs för att ändra sitt beteende genom läkarens egen försorg.

Anmälan enligt första stycket skall också göras vid annan smittsam sjukdom om det finns särskild risk för smittspridning.

Vård och behandling

28 § Den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom skall erbjudas den vård och behandling som finns för att eliminera eller minska risken för smittspridning. Om den enskilde är i behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende skall detta också erbjudas honom.

29 § Om den behandlande läkaren konstaterar eller har anledning att befara att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor skall läkaren anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren. Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

30 § Om en behandlande läkare får veta eller har anledning att befara att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom underlåtit att informera någon närstående om sjukdomen och läkaren bedömer att denne löper påtaglig risk att smittas skall läkaren underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

Om särskilda skäl föreligger får smittskyddsläkaren efter anmälan från behandlande läkare fullgöra underrättelseskyldigheten enligt första stycket.

Innehåll i anmälan m.m.

31 § I en anmälan enligt 19 § tredje stycket, 25 §, 27 § eller 29 § skall den behandlande läkaren ange den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer och adress samt andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En anmälan enligt 19 § tredje stycket eller 25 § skall alltid innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

32 § Om någon som för smitta av en allmänfarlig smittsam sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en annan vårdinrättning, skall den läkare som där ansvarar för hälso- och sjukvården underrättas av den behandlande läkaren om smittan och om de medicinska och praktiska råd till undvikande av vidare smittspridning som givits till den intagne enligt 26 §.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, skall den ansvarige läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Isolering m.m.

Förutsättningar för isolering

33 § Isolering av den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom får ske oberoende av den enskildes samtycke om

1. sjukdomen är starkt smittsam eller smittar på ett sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittrisk samt sjukdomen befinner sig i ett smittsamt skede,
2. den enskilde har erbjudits det psykosociala stöd och den vård eller behandling som behövs från smittskyddssynpunkt i frivillig form,
3. det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt som möjligt minska risken för spridning av sjukdomen, samt
4. påtaglig risk föreligger att andra människor kan smittas om inte isolering sker.

34 § Om förutsättningar för isolering föreligger enligt 33 § får länsrätten i stället besluta om föreskrifter som den enskilde skall följa, om detta bedöms som en tillräcklig åtgärd för att hindra smittspridning. Sådana föreskrifter får innebära att den enskilde skall

1. undergå vård eller behandling inom psykiatri eller missbrukarvården,
2. hålla kontakt med viss läkare eller annan lämplig person som kan ge individuellt utformat psykosocialt stöd eller
3. delta i stödverksamhet för smittbärare, för missbrukare eller för psykiskt eller fysiskt funktionshindrade som anordnas av landstingskommun, kommun eller frivilligorganisation.

35 § Länsrätten beslutar om isolering enligt 33 § och om föreskrifter enligt 34 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Till ansökan skall fogas en utförlig utredning om den enskildes situation och behov och om tidigare vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen skall också innehålla en individuell vårdplan som utvisar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och i vilken ordning sådana insatser kan tillhandahållas.

36 § Om någon bär på smitta eller med fog kan misstänkas bära på smitta av en allmänfarlig smittsam sjukdom och genom sitt beteende utsätter annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom två dagar underställs länsrätten.

Tillfällig isolering som fastställts av länsrätten får bestå i högst två veckor.

37 § Isolering enligt 33 § eller 36 § skall ske på vårdinrättning som drivs av ett landsting.

38 § Isolering enligt 33 § får bestå i högst tre månader. I denna tid inräknas inte tillfällig isolering.

Finns särskilda skäl får länsrätten, efter ansökan av smittskyddsläkaren, genom nytt beslut förordna att isoleringen skall pågå i ytterligare högst tre månader. Sådan ansökan skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om isolering löpt ut.

Föreskrifter enligt 34 § får ges för en tid av högst sex månader. Länsrätten kan besluta om förlängning av föreskrifternas giltighet med högst sex månader i taget och om ändring av föreskrifternas innehåll.

39 § Har beslut fattats om isolering enligt 33 § skall smittskyddsläkaren genast underrätta det landsting eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade är i behov av. Smittskyddsläkaren får därvid lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

Landstinget eller kommunen skall i samråd med smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov då isoleringen upphör.

40 § Begär den isolerade att isoleringen skall upphöra är länsrätten skyldig att omedelbart pröva frågan.

41 § Finns inte längre skäl för isolering enligt 33 § eller 36 § skall länsrätten omedelbart häva beslutet. Under sådana omständigheter får beslutet även hävas av smittskyddsläkaren. Länsrätten skall snarast underrettas om smittskyddsläkarens åtgärd.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren kan länsrätten, om förutsättningar föreligger, meddela föreskrifter enligt 34 § i samband med beslut om isoleringens upphörande.

Isoleringens innehåll

42 § Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § skall tas väl om hand. Erforderliga förberedelser skall vidtas för att den enskilde efter isoleringen skall få den vård eller det stöd han behöver för att minska risken för smittspridning. Han skall även under isoleringstiden få det stöd och den hjälp som behövs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller så långt som möjligt minskas. Den isolerade får inte utan stöd i denna lag underkastas någon annan inskränkning i sin frihet än som påkallas av ändamålet med isoleringen.

Den isolerade skall ges tillfälle till sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans ålder och hälsotillstånd.

Den isolerade skall ges möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder mot detta.

43 § Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § har rätt att föra telefonsamtal och ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på vårdinrättningen. Besök kan förvägras, om ändamålet med isoleringen skulle motverkas därav. Besök skall ske i sådana former att risk för smittspridning och införsel av sådan egendom som avses i 46 § motverkas.

Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § har rätt att sända och ta emot brev och andra försändelser. Att chefsöverläkaren får besluta om viss undersökning av försändelser till den isolerade framgår av 48 §.

44 § Beslut om inskränkningar i rättigheterna enligt 42 § andra och tredje styckena eller 43 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med smittskyddsläkaren.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

45 § Den som är isolerad enligt 33 § eller 36 § får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att genomföra isoleringen. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till hans egen eller andras säkerhet.

46 § Från den som isolerats enligt 33 § eller 36 § får omhändertas

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel,
2. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,

3. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk eller annan befattning med narkotika, eller

4. annan egendom som kan skada honom själv eller annan eller vara till men för ordningen på vårdinrättningen.

47 § Om det anses påkallat, får den som isolerats enligt 33 § eller 36 § kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till vårdinrättningen, för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 46 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos den isolerade.

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

48 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till den som isolerats enligt 33 § eller 36 § får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 46 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom får den omhändertas.

49 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 46 § eller har sådan egendom påträffats där någon är isolerad enligt 33 § eller 36 § utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Vistelse utanför vårdinrättningen

50 § Den som är isolerad enligt 33 § får ges tillstånd att under en bestämd, kortare tid vistas utanför vårdinrättningens område om det är påkallat av särskilda skäl hänförliga till den isolerade själv eller hans närmaste eller utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den smittade. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

51 § Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 50 § meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens allmänna skyldigheter

52 § Smittskyddsläkaren har det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon enligt 9 § verkar. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

Om det finns flera smittskyddsläkare inom området bestämmer landstinget ansvarsfördelningen dem emellan.

53 § I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att

1. tillse att allmänheten får den information som behövs för att skydda sig mot smittsamma sjukdomar,

2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,

3. tillse att förebyggande åtgärder vidtas,

4. stödja behandlande läkare, annan sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när så erfordras ge råd om lämpliga åtgärder,

5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och tillse att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats,

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

7. bevaka att huvudmän för sjukhus, sjukhem, hälso- och sjukvård enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller hemsjukvård vidtar de åtgärder som krävs för att hindra smittspridning samt

8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

54 § Efter att ha fått en anmälan enligt 19 § tredje stycket eller 25 § skall smittskyddsläkaren utreda ärendet och, om det inte är obehövt, vidta åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad. I utredningen skall, om inte särskilda skäl talar däremot, ingå ett personligt samtal med den enskilde.

55 § Efter att ha fått en anmälan enligt 27 § eller 29 § skall smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som erfordras för att förebygga smittspridning. I utredningen skall, om inte särskilda skäl talar däremot, ingå ett personligt samtal med den enskilde.

56 § Om smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet skall han påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om rättelse inte sker och detta medför fara från smittskyddssynpunkt skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.

57 § Om ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för att smittspridning skall motverkas skall smittskyddsläkaren skyndsamt anmäla detta till respektive tillsynsmyndighet.

58 § Om en tillsynsmyndighet, efter anmälan från smittskyddsläkaren enligt 56 § eller 57 §, finner att ansvarig huvudman eller myndighet inte uppfyller sina skyldigheter enligt denna lag, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) socialtjänstlagen (1980:620) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och detta medför fara från smittskyddssynpunkt får tillsynsmyndigheten förelägga huvudmannen eller myndigheten att inom viss tid vidta de åtgärder som krävs. Föreläggandet skall innehålla uppgift om vilka åtgärder som tillsynsmyndigheten anser nödvändiga. I föreläggandet får vite sättas ut.

59 § Smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.

Smittskyddsläkaren får också lämna de uppgifter rörande en enskild till myndighet inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst som behövs för att den enskilde skall få erforderlig vård, behandling eller annat stöd.

60 § Smittskyddsläkaren skall när så är påkallat underrätta de myndigheter eller den kommun som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot objekt eller djur som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom om att smittskyddsåtgärder erfordras.

61 § En smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i ett annat område.

62 § Smittskyddsläkaren får avskriva ett ärende om smittskyddsåtgärder eller om smittspårning om vidare åtgärder inte anses behövliga.

Särskilda befogenheter för smittskyddsläkaren

63 § Om smittskyddsläkaren, för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag, behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom erforderliga uppgifter:

1. myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet och
2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Socialstyrelsen.

64 § Smittskyddsläkaren har rätt att få upplysningar från och del av uppgifter i handlingar hos kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt hos läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården, om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

65 § Om det är nödvändigt för en utredning enligt 55 § får smittskyddsläkaren underrätta socialnämnden, polismyndigheten och den lokala kriminalvårdsmyndigheten.

En sådan underrättelse skall innehålla uppgift om den enskildes identitet och om vilka råd och anvisningar han eller hon har att följa för att förebygga smittspridning.

66 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller den lokala kriminalvårdsmyndigheten, efter att ha fått underrättelse enligt 65 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte är beredd eller i stånd att frivilligt vidta de åtgärder som krävs för att

skydda andra mot smitta skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om denne enligt 61 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i ett annat område, skall anmälan istället göras till den smittskyddsläkaren.

Den skyldighet som avses i första stycket gäller i två månader från det att underrättelsen mottagits.

Rätt till ersättning vid vissa åtgärder

67 § Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en smittsam sjukdom och som bedöms minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten.

Regeringen får meddela närmare föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten.

68 § Undersökning, vård och behandling som är ägnad att minska risken för smittspridning är kostnadsfri för patienten om

1. fråga är om en allmänfarlig smittsam sjukdom eller om en sjukdom som påkallar smittspårning enligt 22 § och

2. fråga är om undersökning, vård och behandling som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som uppbär ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget.

69 § Kostnadsfrihet enligt 67 § och 68 § gäller

1. den som är försäkrad enligt 1 kap. 3 § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring och är bosatt i Sverige,

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av förordning (EEG) 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen samt

3. utländska sjömän såvitt avser undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis.

70 § Landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 67 § och för åtgärder som avses i 68 §.

Tillsyn m.m.

71 § Socialstyrelsen har tillsyn över smittskyddet i landet. Vid tillsynen gäller 6 kap. 9–17 §§ och 8 kap. 16 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

72 § Socialstyrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet. Till ledning för tillämpningen av denna lag får Socialstyrelsen utfärda allmänna råd.

Överklagande m.m.

73 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. tillfällig isolering enligt 36 §,
2. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 50 § eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse,
3. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 51 §.

Chefsöverläkarens beslut enligt 49 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 44 § om beslutet innebär inskränkningar i särskilt fall för den som isolerats oberoende av samtycke.

Andra beslut enligt denna lag av smittskyddsläkare eller chefsöverläkare får inte överklagas.

74 § En tillsynsmyndighets beslut om föreläggande enligt 58 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

75 § I andra mål än sådana som avser isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, tillfällig isolering enligt 36 § eller upphörande av isolering enligt 41 § krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

76 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

77 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

78 § Länsrätten skall ta upp mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 § och mål om föreskrifter enligt 34 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in. Länsrätten får dock förlänga denna tid om särskilda skäl föreligger.

Ett beslut om tillfällig isolering enligt 36 § som underställts länsrätten skall tas upp till avgörande snarast och senast inom fyra dagar från den dag underställningen skedde.

I mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, föreskrifter enligt 34 §, tillfällig isolering enligt 36 § och ytterligare isolering eller förlängning av föreskrifter enligt 38 § får länsrätten förordna rörande saken i avvaktan på målets avgörande.

79 § I mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, tillfällig isolering enligt 36 § eller upphörande av isolering enligt 41 § skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. Muntlig förhandling skall alltid hållas i sådana mål om någon part begär det. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

80 § Vid handläggningen i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än som avser tillfällig isolering enligt 36 § skall nämndemän ingå i rätten.

81 § I mål i allmän förvaltningsdomstol angående isolering oberoende av samtycke enligt 33 §, tillfällig isolering enligt 36 § eller upphörande av isolering enligt 41 § skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

82 § Vid delgivning med enskild i mål och ärenden enligt denna lag gäller inte 12 och 15 §§ delgivningslagen (1970:428).

83 § Ett beslut enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas i beslutet.

84 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

1. för att genomföra läkarundersökning som beslutats av länsrätten enligt 20 §,

2. för att till vårdinrättning föra den som tillfälligt skall isoleras enligt 36 § eller isoleras oberoende av samtycke enligt 33 §,

3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han enligt beslut skall vara tillfälligt isolerad eller isolerad oberoende av samtycke, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats.

Övriga bestämmelser

85 § Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen, får meddela ytterligare föreskrifter om smittskyddet som behövs till skydd för enskilda. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på försvarsmakten.

86 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i.

87 § Om epidemi av allvarlig sjukdom har utbrutit eller hotar att utbryta i landet och riksdagens beslut inte kan avvaktas får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag.

Föreskrifter som meddelats med stöd av första stycket skall snarast underställas riksdagens prövning.

Övergångsbestämmelser

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1999, då smittskyddslagen (1988:1472) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.

2. Förhållningsregler som har meddelats enligt 16 § gamla lagen för att hindra spridning av smitta skall anses som sådana medicinska och praktiska råd till förhindrande av smittspridning som kan meddelas enligt 26 § nya lagen.

3. Den som vid ikraftträdandet är tvångsisolerad enligt 38 § gamla lagen skall anses isolerad oberoende av samtycke enligt 33 § nya lagen. Härvid skall beslutet om isolering anses ha fattats vid den nya lagens ikraftträdande.

4. Den som vid lagens ikraftträdande är isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 39 § gamla lagen skall anses tillfälligt isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 36 § nya lagen.

Härvid skall smittskyddsläkarens beslut om isolering anses ha fattats vid ikraftträdandet.

5. Om ett mål om tvångsisolering enligt gamla lagen inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för isolering oberoende av samtycke enligt nya lagen.

6. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

2 Förslag till Lag om ändring i miljöbalken (1998:808)

Härigenom föreskrivs att det i 9 kap. miljöbalken (1998:808) skall införas tre nya paragrafer, 14–16 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

14 §

Den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet skall skyndsamt informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddsverksamheten och samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder av betydelse för smittskyddet. Om beslut eller åtgärd inte kan avvaktas utan fara får samråd underlåtas. I sådant fall skall smittskyddsläkaren snarast underrättas om beslutet eller åtgärden. Före beslut eller åtgärd som är av betydelse för enskild skall dock samråd alltid äga rum.

15 §

Efter underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas från smittkälla i miljön skall den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet vidta de åtgärder som behövs för att spåra och eliminera smittkällan.

Beträffande smittutredning och smittbekämpning avseende andra djur än sådana sällskaps-

djur som innehas av privatpersoner finns bestämmelser i epizootilagen (1980:369), lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur och lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

16 §

Om det är nödvändigt för att förhindra spridning av smittsam sjukdom får den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur som innehas av privatpersoner.

Den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet skall utge skälig ersättning till den som drabbats av ett beslut om förstöring eller ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur.

Denna lag träder i kraft den

3 Förslag till Lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)

Härigenom föreskrivs att det i livsmedelslagen (1971:511) skall införas en ny paragraf, 25 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

25 b §

Tillsynsmyndigheten skall skyndsamt informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddsverksamheten och samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder som berör smittskyddet. Om beslut eller åtgärd inte kan avvaktas utan fara får samråd underlätas. I sådant fall skall smittskyddsläkaren snarast underrättas om beslutet eller åtgärden. Före beslut eller åtgärd som är av betydelse för enskild skall dock samråd alltid äga rum.

Efter en underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel skall tillsynsmyndigheten vidta de åtgärder som behövs för att spåra och eliminera smittkällan.

Denna lag träder i kraft den

4 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1992:1683) om
provtagning på djur, m.m.

Härigenom föreskrivs att det i lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m. skall införas en ny paragraf, 7 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 a §

Efter en underrättelse av smittskyddsläkaren om att djur sprider eller misstänks sprida smitta som kan överföras till människor skall Statens jordbruksverk eller, efter beslut av verket, länsstyrelsen vidta erforderliga åtgärder för att förhindra smittspridning.

Såvitt gäller sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner finns bestämmelser i miljöbalken (1998:808).

Denna lag träder i kraft den

5 Förslag till Lag om ändring i brottsbalken

Härigenom föreskrivs att det i 3 kap. brottsbalken skall införas en ny paragraf, 8 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §

Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter någon annan för fara att smittas av livshotande sjukdom döms för orsakande av smittfara till fängelse i högst fyra år. Vad som nu sagts gäller inte, om gärningen är belagd med straff enligt 1–3 eller 6 §§.

Har den, mot vilken gärningen begåtts, informerats om gärningsmannens sjukdom och smittrisken men ändå samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas skall inte dömas till ansvar.

Denna lag träder i kraft den

6 Förslag till Lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål att lagens rubrik samt 1 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Lag (1988:1473) om undersökning beträffande *HIV-smitta* i brottmål

Den som skäligen kan misstänkas för ett sexualbrott, varigenom *infektion av HIV (humant immunbristvirus)* har kunnat överföras till målsäganden, skall undersökas med avseende på sådan infektion, om målsäganden begär det.

Undersökning enligt första stycket skall på målsägandens begäran ske även i fråga om den som är skäligen misstänkt för något annat brott, om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att *infektion av HIV* har kunnat överföras till målsäganden genom brottet.

Föreslagen lydelse

Lag (1988:1473) om undersökning beträffande *vissa smittsamma sjukdomar* i brottmål

1 §

Den som skäligen kan misstänkas för ett sexualbrott, varigenom *hivinfektion eller annan allvarlig blodsmitta* har kunnat överföras till målsäganden, skall undersökas med avseende på sådan infektion, om målsäganden begär det.

Undersökning enligt första stycket skall på målsägandens begäran ske även i fråga om den som är skäligen misstänkt för något annat brott, om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att *hivinfektion eller annan allvarlig blodsmitta* har kunnat överföras till målsäganden genom brottet.

Denna lag träder i kraft den

7 Förslag till Lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § och 4 § ordningslagen (1993:1617) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Med offentlig tillställning enligt denna lag avses

1. tävlingar och uppvisningar i sport och idrott,

2. danstillställningar,

3. tivolinöjen och festtåg,

4. marknader och mässor,

samt

5. andra tillställningar som inte är att anse som allmänna sammankomster eller cirkusföreställningar.

För att en tillställning skall anses som offentlig krävs att den anordnas för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den.

En tillställning till vilken till-

Föreslagen lydelse

3 §

Med offentlig tillställning enligt denna lag avses

1. tävlingar och uppvisningar i sport och idrott,

2. danstillställningar,

3. tivolinöjen och festtåg,

4. marknader och mässor,

samt

5. andra tillställningar som inte är att anse som allmänna sammankomster eller cirkusföreställningar.

Som offentlig tillställning skall även anses sådan tillställning som med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare.

För att en tillställning skall anses som offentlig krävs att den anordnas för allmänheten eller att allmänheten har tillträde till den.

En tillställning till vilken till-

trädet är begränsat genom krav på inbjudan, medlemskap i en viss förening eller annat villkor är dock att anse som en tillställning som allmänheten har tillträde till, om tillställningen uppenbarligen är en del av en rörelse vars verksamhet uteslutande eller väsentligen består i att anordna tillställningar av detta slag. Detsamma gäller om tillställningen med hänsyn till omfattningen av den krets som äger tillträde, de villkor som gäller för tillträdet eller andra liknande omständigheter är att jämställa med sådan tillställning.

Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar får inte utan tillstånd anordnas på offentliga platser.

Tillstånd att anordna offentlig tillställning krävs även i annat fall, om det är fråga om offentliga danstillställningar, tivolinöjen, marknader eller liknande nöjestillställningar eller tävlingar eller uppvisningar i motorsport eller professionell brottning. Om det kan ske utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken, får emellertid anordnaren befrias från skyldigheten att söka tillstånd enligt detta stycke för tillställning av visst slag. Ett beslut om befrielse

trädet är begränsat genom krav på inbjudan, medlemskap i en viss förening eller annat villkor är dock att anse som en tillställning som allmänheten har tillträde till, om tillställningen uppenbarligen är en del av en rörelse vars verksamhet uteslutande eller väsentligen består i att anordna tillställningar av detta slag. Detsamma gäller om tillställningen med hänsyn till omfattningen av den krets som äger tillträde, de villkor som gäller för tillträdet eller andra liknande omständigheter är att jämställa med sådan tillställning.

4 §

Allmänna sammankomster och sådana offentliga tillställningar som avses i 2 kap. 3 § första stycket 1–5 får inte utan tillstånd anordnas på offentliga platser.

Offentlig tillställning som avses i 2 kap. 3 § andra stycket får inte anordnas på offentlig plats.

Tillstånd att anordna offentlig tillställning krävs även i annat fall, om det är fråga om offentliga danstillställningar, tivolinöjen, marknader eller liknande nöjestillställningar eller tävlingar eller uppvisningar i motorsport eller professionell brottning. Om det kan ske utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken, får emellertid anordnaren befrias från skyldigheten att söka tillstånd enligt detta stycke för tillställning av visst slag. Ett beslut om befrielse

får förenas med villkor.

En allmän sammankomst som avses i 1 § första stycket 4 eller en cirkusföreställning får hållas utan tillstånd, om den med hänsyn till det väntade deltagarantalet, den utvalda platsen och tiden för sammankomsten samt de anordningar som avses förekomma kan antas äga rum utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken.

får förenas med villkor.

En allmän sammankomst som avses i 1 § första stycket 4 eller en cirkusföreställning får hållas utan tillstånd, om den med hänsyn till det väntade deltagarantalet, den utvalda platsen och tiden för sammankomsten samt de anordningar som avses förekomma kan antas äga rum utan fara för ordning och säkerhet eller för trafiken.

Denna lag träder i kraft den

8 Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 1 § och 2 § samt 14 kap. 2 § sekretesslagen (1980:100) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering, åtgärder mot smittsamma sjukdomar och ärenden hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet.

Sekretess enligt första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.

Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får

Föreslagen lydelse

7 kap.

1 §

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering, åtgärder mot smittsamma sjukdomar och ärenden hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet.

Sekretess enligt första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.

Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får

uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till en annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Vidare får utan hinder av sekretessen uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination, *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål*, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och *smittskyddslagen (1988:1472)*.

Sekretessen enligt 1 § gäller inte

1. beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2. beslut enligt *smittskyddslagen (1988:1472)*, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd

uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till en annan sådan myndighet för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Vidare får utan hinder av sekretessen uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination, *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande vissa smittsamma sjukdomar i brottmål* och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. *Utan hinder av sekretess får också uppgifter lämnas i enlighet med vad som föreskrivs i smittskyddslagen (1999:000)*.

2 §

Sekretessen enligt 1 § gäller inte

1. beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2. beslut enligt *smittskyddslagen (1999:000)*, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd

och avser annan sjukdom än som anges i 1.3 bilagan till nämnda lag,

3. beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården,

4. beslut i fråga om omhändertagande eller återlämnande av patientjournal.

Beträffande anmälan i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter som avses i 1 §, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider betydande men om uppgiften röjs.

Sekretess hindrar inte att uppgift i annat fall än som avses i 1 § lämnas till myndighet, om uppgiften behövs där för

1. förundersökning, rättegång, ärende om disciplinansvar eller skiljande från anställning eller annat jämförbart rättsligt förfarande vid myndigheten mot någon rörande hans deltagande i verksamheten vid den myndighet där uppgiften förekommer,

2. omprövning av beslut eller åtgärd av den myndighet där uppgiften förekommer, eller

3. tillsyn över eller revision hos den myndighet där uppgiften förekommer.

Sekretess hindrar inte att uppgift lämnas i muntligt eller skriftligt yttrande av sakkunnig till domstol eller myndighet som bedriver förundersökning i

eller föreskrifter enligt 34 § smittskyddslagen,

3. beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården,

4. beslut i fråga om omhändertagande eller återlämnande av patientjournal.

Beträffande anmälan i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter som avses i 1 §, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider betydande men om uppgiften röjs.

14 kap.

2 §

Sekretess hindrar inte att uppgift i annat fall än som avses i 1 § lämnas till myndighet, om uppgiften behövs där för

1. förundersökning, rättegång, ärende om disciplinansvar eller skiljande från anställning eller annat jämförbart rättsligt förfarande vid myndigheten mot någon rörande hans deltagande i verksamheten vid den myndighet där uppgiften förekommer,

2. omprövning av beslut eller åtgärd av den myndighet där uppgiften förekommer, eller

3. tillsyn över eller revision hos den myndighet där uppgiften förekommer.

Sekretess hindrar inte att uppgift lämnas i muntligt eller skriftligt yttrande av sakkunnig till domstol eller myndighet som bedriver förundersökning i

brottmål.

Sekretess hindrar inte att uppgift om enskilda adress, telefonnummer och arbetsplats lämnas till en myndighet, om uppgiften behövs där för delgivning enligt delgivningslagen (1970:428). Uppgift hos myndighet som driver televerksamhet om enskilda telefonnummer får dock, om den enskilde hos myndigheten begärt att abonnemanget skall hållas hemligt och uppgiften omfattas av sekretess enligt 9 kap. 8 § tredje stycket, lämnas ut endast om den myndighet som begär uppgiften finner att det kan antas att den som söks för delgivning håller sig undan eller att det annars finns synnerliga skäl.

Sekretess hindrar inte att uppgift som angår misstanke om brott lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet, om fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda annan påföljd än böter.

För uppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1–6, 33 och 34 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § andra stycket gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1, 4, 33 eller 34 § inte att uppgift

brottmål.

Sekretess hindrar inte att uppgift om enskilda adress, telefonnummer och arbetsplats lämnas till en myndighet, om uppgiften behövs där för delgivning enligt delgivningslagen (1970:428). Uppgift hos myndighet som driver televerksamhet om enskilda telefonnummer får dock, om den enskilde hos myndigheten begärt att abonnemanget skall hållas hemligt och uppgiften omfattas av sekretess enligt 9 kap. 8 § tredje stycket, lämnas ut endast om den myndighet som begär uppgiften finner att det kan antas att den som söks för delgivning håller sig undan eller att det annars finns synnerliga skäl.

Sekretess hindrar inte att uppgift som angår misstanke om brott lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet, om fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda annan påföljd än böter.

För uppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1–6, 33 och 34 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § andra stycket gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1, 4, 33 eller 34 § inte att uppgift

som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.

Tredje och fjärde styckena gäller inte uppgift som omfattas av sekretess enligt 9 kap. 9 § första stycket.

Sekretess enligt 7 kap. 1 § och 4 § första och tredje styckena hindrar inte att uppgift om enskild, som inte fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Detsamma gäller i fråga om lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. *Inte heller hindrar sekretess enligt 7 kap. 1 § eller 4 § att uppgift som angår misstanke om brott enligt 3 kap. 8 a § brottsbalken eller annat brott rörande överföring eller försök till överföring av sådan sjukdom som avses i nämnda lagrum lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.*

Tredje och fjärde styckena gäller inte uppgift som omfattas av sekretess enligt 9 kap. 9 § första stycket.

Sekretess enligt 7 kap. 1 § och 4 § första och tredje styckena hindrar inte att uppgift om enskild, som inte fyllt arton år eller som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller närstående till denne lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Detsamma gäller i fråga om lämnande av uppgift om gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Denna lag träder i kraft den

9 Förslag till Lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

Härigenom föreskrivs att 18 § i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. när åtgärd som avser endast måls beredande vidtages,

2. vid sådant förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av annan länsrätt,

3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, fel-skrivning eller annat uppenbart förbiseende,

4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.

Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsuttan rätt, är länsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Åtgärder som avser endast beredandet av ett mål och som inte är av sådant slag att de bör förbehållas lagfarna domare får utföras av en annan tjänsteman vid länsrätten som har tillräcklig kunskap och erfarenhet. Närmare bestämmelser om detta meddelas av regeringen.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

Föreslagen lydelse

18 §

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. när åtgärd som avser endast måls beredande vidtages,

2. vid sådant förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av annan länsrätt,

3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, fel-skrivning eller annat uppenbart förbiseende,

4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.

Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsuttan rätt, är länsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Åtgärder som avser endast beredandet av ett mål och som inte är av sådant slag att de bör förbehållas lagfarna domare får utföras av en annan tjänsteman vid länsrätten som har tillräcklig kunskap och erfarenhet. Närmare bestämmelser om detta meddelas av regeringen.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

1. mål av enkel beskaffenhet,
2. mål enligt lagen (1994:466) om särskilda tvångsåtgärder i beskattningsförfarandet, enligt lagen (1978:880) om betalnings-säkring för skatter, tullar och avgifter, om besiktning enligt fastighetstaxeringslagen (1979:1152), om handlings undantagande från taxeringsrevision, skatterevision eller annan granskning och om befrielse från skyldighet att lämna upplysningar, visa upp handling eller lämna kontrolluppgift enligt skatteförfattningarna,
3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, *mål om tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen (1988:1472)*, mål enligt 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2–4 såvitt avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (1989:529), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställig-

1. mål av enkel beskaffenhet,
2. mål enligt lagen (1994:466) om särskilda tvångsåtgärder i beskattningsförfarandet, enligt lagen (1978:880) om betalnings-säkring för skatter, tullar och avgifter, om besiktning enligt fastighetstaxeringslagen (1979:1152), om handlings undantagande från taxeringsrevision, skatterevision eller annan granskning och om befrielse från skyldighet att lämna upplysningar, visa upp handling eller lämna kontrolluppgift enligt skatteförfattningarna,
3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, *mål om tillfällig isolering enligt 36 § smittskyddslagen (1999:000)*, mål enligt 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2–4 såvitt avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (1989:529), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verk-

het av straff m.m.,

4. mål enligt folkbokföringsförfattningarna, mål rörande preliminär skatt eller om anstånd med att betala skatt eller avgifter enligt skatteförfattningarna,

5. mål enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling,

6. mål som avser en fråga av betydelse för inkomstbeskattningen, dock endast om värdet av vad som yrkas i målet uppenbart inte överstiger hälften av basbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

ställighet av straff m.m.,

4. mål enligt folkbokföringsförfattningarna, mål rörande preliminär skatt eller om anstånd med att betala skatt eller avgifter enligt skatteförfattningarna,

5. mål enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling,

6. mål som avser en fråga av betydelse för inkomstbeskattningen, dock endast om värdet av vad som yrkas i målet uppenbart inte överstiger hälften av basbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Denna lag träder i kraft den

10 Förslag till Lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Härigenom föreskrivs att 3 §, 8 §, 10 § och 11 § lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

En smittbärare har rätt till smittbärappenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen (1988:1472) eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, eller

2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan att beslut enligt 1 har fattats men som syftar till att klarlägga om han är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda.

Smittbärappenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren inte följer förhållningsregler som har getts med stöd av smittskyddslagen (1988:1472) eller särskilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Föreslagen lydelse

3 §

En smittbärare har rätt till smittbärappenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut eller av läkare anvisad åtgärd enligt bestämmelserna i smittskyddslagen (1999:000) och det är fråga om en sjukdom som avses i 22 § smittskyddslagen

2. beslut eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen (1971:511) eller

3. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår och som syftar till att klarlägga om han har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda.

8 §

Smittbärappenning får sättas ned eller dras in om smittbäraren inte iakttar de råd som läkaren meddelar enligt 26 § smittskyddslagen (1999:000) eller särskilda villkor i samband med ett beslut enligt livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

10 §

En smittbärare har rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i *smittskyddslagen (1988:1472)* eller *livsmedelslagen (1971:511)* eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Ersättning enligt första stycket utges inte till den del ersättning för resan kan utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd eller motsvarande äldre lagstiftning.

En ansökan om ersättning skall göras skriftligen hos den allmänna försäkringskassa som anges i 12 §.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut enligt 3 § 1 skall fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på förhållande som anges i 3 § 2 eller en ansökan om resekostnadsersättning skall fogas ett intyg om den företagna åtgärden.

En smittbärare har rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i *smittskyddslagen (1999:000)* eller *livsmedelslagen (1971:511)* eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Ersättning enligt första stycket utges inte till den del ersättning för resan kan utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd eller motsvarande äldre lagstiftning.

11 §

En ansökan om ersättning skall göras skriftligen hos den allmänna försäkringskassa som anges i 12 §.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på förhållande som anges i 3 § 1 skall fogas ett intyg eller kopia av beslutet som styrker behovet av åtgärden.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut enligt 3 § 2 skall fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på företagen läkarundersökning eller hälsokontroll som anges i 3 § 3 eller en ansökan om

*reskostnadsersättning skall fo-
gas ett intyg om den företagna
åtgärden.*

Denna lag träder i kraft den

11 Förslag till Lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett LVM-hem kännedom om att en intagen har en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472)* utgör en samhällsfarlig sjukdom, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Föreslagen lydelse

26 a §

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett LVM-hem kännedom om att en intagen har en sådan smittsam sjukdom som enligt 2 § *andra stycket smittskyddslagen (1999:000)* utgör allmänfarlig smittsam sjukdom, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Denna lag träder i kraft den

12 Förslag till Lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Härigenom föreskrivs att 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem.

Om socialnämnden har beslutat att den unge skall vistas i ett hem som avses i första stycket skall Statens institutionsstyrelse anvisa plats i ett sådant hem.

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den unge har en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472) utgör en samhällsfarlig sjukdom*, skall föreståndaren för hemmet under rättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Föreslagen lydelse

12 §

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem.

Om socialnämnden har beslutat att den unge skall vistas i ett hem som avses i första stycket skall Statens institutionsstyrelse anvisa plats i ett sådant hem.

Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den unge har en sådan smittsam sjukdom som enligt *2 § andra stycket smittskyddslagen (1999:000) utgör allmänfarlig smittsam sjukdom*, skall föreståndaren för hemmet under rättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning.

Denna lag träder i kraft den

13 Förslag till Lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård

Härigenom föreskrivs att 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Om den dömde behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan nödvändig undersökning och behandling inte lämpligen genomföras vid det särskilda ungdomshemmet, bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får den dömde föras över till ett allmänt sjukhus. Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den dömde har en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472) utgör en samhällsfarlig sjukdom*, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt första stycket vistas utanför det särskilda ungdomshemmet stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrif-

Föreslagen lydelse

19 §

Om den dömde behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan nödvändig undersökning och behandling inte lämpligen genomföras vid det särskilda ungdomshemmet, bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får den dömde föras över till ett allmänt sjukhus. Får någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och är verksam vid ett särskilt ungdomshem kännedom om att den dömde har en sådan smittsam sjukdom som enligt *2 § andra stycket smittskyddslagen (1999:000) utgör allmänfarlig smittsam sjukdom*, skall den som förestår vården vid hemmet underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt första stycket vistas utanför det särskilda ungdomshemmet stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrif-

ter. Tiden för sådan vistelse skall räknas in i verkställighetstiden.

I fråga om behandlingen av den som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelsen i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Statens institutionsstyrelse att besluta om särskilda restriktioner.

ter. Tiden för sådan vistelse skall räknas in i verkställighetstiden.

I fråga om behandlingen av den som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelsen i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Statens institutionsstyrelse att besluta om särskilda restriktioner.

Denna lag träder i kraft den

14 Förslag till Lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

Härigenom föreskrivs att 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Om en intagen behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en intagen lider av en sådan smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472)* utgör en samhällsfarlig sjukdom, skall styresmannen *underrättas om detta, om det behövs med hänsyn till fara för att smittan skall spridas*. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård för en intagen ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Förlossning av intagen kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus. Om det behövs, skall kvinnan i god tid före förlossningen överföras dit eller till annan institution där hon kan erhålla lämplig vård.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt första

Föreslagen lydelse

37 §

Om en intagen behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en intagen lider av en sådan smittsam sjukdom som enligt 2 § *andra stycket smittskyddslagen (1999:000)* utgör allmänfarlig smittsam sjukdom, skall styresmannen *underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning*. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård för en intagen ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Förlossning av intagen kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus. Om det behövs, skall kvinnan i god tid före förlossningen överföras dit eller till annan institution där hon kan erhålla lämplig vård.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt första

eller andra stycket vistas utom anstalt stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter.

Beträffande behandlingen av en intagen, som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för kriminalvårdsstyrelsen och regeringen att besluta om särskilda restriktioner beträffande en viss intagen.

eller andra stycket vistas utom anstalt stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter.

Beträffande behandlingen av en intagen, som har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för kriminalvårdsstyrelsen och regeringen att besluta om särskilda restriktioner beträffande en viss intagen.

Denna lag träder i kraft den

15 Förslag till Lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Vid behandlingen skall hänsyn tas till den häktades hälsotillstånd. En häktad som bedöms behöva hälso- och sjukvård eller som begär att läkare skall tillkallas, skall så snart som möjligt undersökas av läkare, om inte sådan undersökning uppenbarligen är onödig.

En läkares anvisningar om vården av en häktad som är sjuk skall iakttas. Behöver den häktade sjukhusvård, skall sådan beredas honom eller henne så snart som möjligt. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en häktad lider av en smittsam sjukdom som enligt *smittskyddslagen (1988:1472) utgör en samhällsfarlig sjukdom*, skall chefen för förvaringslokalen *underrättas om detta, om det behövs med hänsyn till fara för att smittan skall spridas*.

Kan det befaras att transport medför skada för den häktades hälsa, behövs läkares medgi-

Föreslagen lydelse

4 §

Vid behandlingen skall hänsyn tas till den häktades hälsotillstånd. En häktad som bedöms behöva hälso- och sjukvård eller som begär att läkare skall tillkallas, skall så snart som möjligt undersökas av läkare, om inte sådan undersökning uppenbarligen är onödig.

En läkares anvisningar om vården av en häktad som är sjuk skall iakttas. Behöver den häktade sjukhusvård, skall sådan beredas honom eller henne så snart som möjligt. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en häktad lider av en smittsam sjukdom som enligt *2 § andra stycket smittskyddslagen (1999:000) utgör allmänfarlig smittsam sjukdom*, skall chefen för förvaringslokalen *underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning*.

Kan det befaras att transport medför skada för den häktades hälsa, behövs läkares medgi-

vande till transporten.

Förlossning av en häktad kvinna skall om möjligt ske på sjukhus.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt andra eller fjärde stycket vistas på sjukhus stå under bevakning.

vande till transporten.

Förlossning av en häktad kvinna skall om möjligt ske på sjukhus.

Om det finns anledning till det, skall den som enligt andra eller fjärde stycket vistas på sjukhus stå under bevakning.

Denna lag träder i kraft den

16 Förslag till Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Ansvaret för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Ansvaret för ledningsuppgifter rörande *tvångsisolering enligt smittskyddslagen (1988:1472)* utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller av en befattningshavare som förordnats enligt 50 a § smittskyddslagen.

Föreslagen lydelse

29 §

Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Ansvaret för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Ansvaret för ledningsuppgifter rörande *isolering oberoende av samtycke och tillfällig isolering enligt smittskyddslagen (1999:000)* utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Denna lag träder i kraft den

I Bakgrund

1 Inledning

1.1 Kommitténs uppdrag

Regeringen beslutade den 5 september 1996 om direktiv (Dir. 1996:68) för en parlamentarisk kommitté med uppgift att göra en utvärdering av det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet. Direktiven finns i sin helhet i slutet av betänkandet, del A.

Sammanfattningsvis skall kommittén fästa särskild vikt vid bestämmelserna om tvångsåtgärder och ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. I kommitténs uppdrag ingår vidare att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas till vara. Kommittén skall också beakta internationellt smittskyddssamarbete och genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde. I uppdraget ingår vidare att utvärdera lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter och därvid analysera om lagen leder till att människor skyddas mot att bli smittade av vissa samhällsfarliga sjukdomar. Kommittén skall även analysera förutsättningarna för en kriminalisering av underlåtenhet att följa meddelade förhållningsregler och för att införa en straffsanktionerad bestämmelse som uttryckligen avser spridande av hivsmitta.

Enligt direktiven skall kommittén utifrån utvärderingen förutsättningslöst analysera och föreslå de förändringar och den författningsreglering som ett effektivt smittskydd påkallar i framtiden.

Regeringen har genom beslut den 26 november 1998 överlämnat en av Socialstyrelsen gjord framställning rörande förslag till åtgärder vid vårdrelaterade infektioner i den del framställningen rör förslag angående rapporteringskyldighet vid förekomst av vissa vårdrelaterade infektioner.

1.2 Kommitténs arbete

Kommittén har tagit del av utredningar, verksamhetsberättelser och rapporter på området men också själv genomfört eller uppdragit åt andra att genomföra särskilda kartläggningar av förhållandena. Under 1997 har särskilda enkäter tillställts behandlande läkare, smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsförvaltningar samt åklagarmyndigheter. I syfte att belysa frågor rörande tvångsisolering har domstolarnas akter mellan den 1 januari 1989 och den 31 maj 1997 studerats. Kommittén har även tagit del av smittskyddsläkarnas akter och inhämtat kompletterande uppgifter från smittskyddsläkarna och från den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus. Statskontoret har, på kommitténs uppdrag, under 1998 genomfört en utvärdering av bl.a. smittskyddsorganisationens ändamålsenlighet samt gjort en särskild analys av vissa frågor rörande bl.a. statlig styrning och samordning av smittskyddsarbetet. Uppdragen har redovisats i rapporterna "Smittskyddsarbetets organisation" (1998:25) och "Samordning och styrning av smittskyddsverksamheten" (1999:4). Kommittén har inhämtat skriftliga utlåtanden från olika experter samt inbjudit särskilda föredragshållare till kommitténs sammanträden. Sekretariatet har under arbetet haft kontakter med företrädare för myndigheter och organisationer som berörs av de frågor som kommittén har arbetat med, samt deltagit i olika möten och seminarier som hållits om smittskyddsfrågor under utredningstiden.

Till sekretariatet har knutits en referensgrupp med representanter från olika intresseorganisationer och en referensgrupp med särskild vetenskaplig sakkunskap. Deltagarförteckningar över referensgrupperna har intagits i slutet av del A. Särskilda sammanträden har hållits med referensgrupperna och de har tagit del av visst underlagsmaterial och därvid fått tillfälle att lämna synpunkter.

För att få beteendevetenskapliga aspekter belysta har kommittén tagit del av såväl svenska som internationella forskningsrön på området. Kommittén har vidare låtit göra särskilda studier för att belysa bl.a. frågor om smittskyddslagens inverkan på beteenden och om hur smittskyddslagens bestämmelser uppfattas.

Under hösten 1997 har kommittén hållit tre särskilda utfrågningar som belyst smittskyddsfrågor och vårdrelaterade infektioner, smittskyddsfrågor vid smittsamma sjukdomar som sprids till människor från objekt eller djur samt medicinsk-etiska frågor i smittskyddsarbetet. Deltagarförteckningar från utfrågningarna återfinns i slutet av del A.

Kommittén har gjort studiebesök vid den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkaren i Stockholms läns landsting.

Kommittén har också besökt Stiftelsen Noaks ark/Röda korset i Stockholm och Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL). Kommitténs ordförande och huvudsekreterare har besökt Strasbourg för att med företrädare för Europadomstolen och Europarådets enhet för hälsofrågor diskutera smittskyddslagens bestämmelser i förhållanden till bl.a. Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna.

Kommittén har samrått med bl.a. Statens jordbruksverk angående frågor om smittskyddsåtgärder rörande djur. Kommittén har avgett remissyttrande över Jordbruksverkets rapporter 1997:11 "Översyn av epizootilagstiftningen" och 1998:10 "Salmonella och andra zoonoser hos djur".

Kommittén har vidare tagit del av synpunkter på smittskyddsfrågor som framställts i skrivelser till kommittén, bl.a. från Rikspolisstyrelsen rörande lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål och från Smittskyddsläkarföreningen rörande bl.a. behovet av förändringar i smittskyddslagstiftningen.

2 Rättslig reglering

2.1 Inledning

De huvudsakliga bestämmelserna om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar finns i smittskyddslagen (1988:1472) och i smittskyddsförordningen (1989:301). Bestämmelser rörande smittskydd återfinns även i ett antal andra lagar och förordningar. I detta kapitel ges en översiktlig sammanställning av regleringen på smittskyddsområdet. Vidare redovisas kortfattat för annan lagstiftning som har anknytning till smittskyddet. För flertalet författningar som presenteras här återfinns en närmare redogörelse för innehållet i respektive sakkapitel.

2.2 Smittskyddslagen

2.2.1 Allmänt

Smittskyddslagens syfte är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen har tillkommit eftersom man inte ansett att ett effektivt smittskydd varit möjligt att upprätthålla enbart med stöd av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och strafflagstiftningen. Lagen omfattar i princip alla smittsamma sjukdomar men de materiella reglerna i lagen avser endast vissa smittsamma sjukdomar. Sjukdomarna indelas i samhällsfarliga och övriga smittsamma sjukdomar, 3 §. För de samhällsfarliga och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna föreligger anmälningsplikt. Riksdagen bestämmer i lag vilka sjukdomar som skall anses samhällsfarliga medan regeringen beslutar om vilka övriga smittsamma sjukdomar som skall ingå bland de anmälningspliktiga sjukdomarna. De samhällsfarliga är för närvarande 27 stycken och är angivna under 1.1–1.3 i en bilaga till smittskyddslagen, varav sjukdomarna upptagna under 1.3 avser de sexuellt överförbara sjukdomarna. De övriga anmälningspliktiga sjukdomarna är 24 till antalet och finns upptagna under A1 respektive A2 i en bilaga till smittskyddsförordningen. Regeringen kan under vissa förutsättningar föreskriva att en ny sjukdom skall

omfattas av bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar. Ett sådant beslut skall snarast underställas riksdagen.

2.2.2 Ansvar och organisation

Enligt 5 § svarar landstinget för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet om inte annat anges i 9–11 §§. Dessa lagrum anger de uppgifter som åvilar kommunerna och enskilda läkare. Vad som sägs om landsting i smittskyddslagen gäller också för kommuner som inte ingår i ett landsting. I varje landsting skall enligt 6 § finnas en smittskyddsläkare som skall utses av den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvården. I frågor som inte gäller beslut rörande enskilda skall smittskyddsläkaren verka under nämnden. Kommunen svarar enligt 9 § för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Uppgifterna har lagts direkt på den nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Bestämmelser om åligganden för kommunen som har till syfte att förebygga och förhindra bl.a. uppkomst och spridning av smitta finns emellertid även i t.ex. livsmedelslagen och miljöbalken, se avsnitt 2.3.7 och 2.3.8.

2.2.3 Skyldigheter och rättigheter för den enskilde

Vid smitta av eller misstanke om smitta av en samhällsfarlig sjukdom har den enskilde ålagts vissa skyldigheter. Den som har anledning misstänka att han eller hon smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare (13 §). Anledning att anta att man smittats kan enligt förarbetena föreligga t.ex. då symtom som är typiska för sjukdomen visar sig, då man befunnit sig i en situation där risken att smittas är stor, då någon lämnar ett trovärdigt påstående att smitta kan ha överförts eller då läkare på medicinska grunder bedömer att någon har anledning att anta detta och läkaren underrättar personen om detta. Att ha en livsföring eller beteende som allmänt sett är riskfyllt utgör däremot inte tillräcklig grund för skyldighet att låta undersöka sig. Den smittade eller misstänkt smittade är vidare vid läkarbesöket skyldig att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs (13 §). Mot den enskildes vilja kan undersökning endast genomföras efter beslut om tvångsundersökning.

Den undersökte är skyldig att följa de förhållningsregler som meddelats honom, 13 §. En förhållningsregel kan avse t.ex. kontakten med

den behandlande läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt den undersöktes livsföring i övrigt. Om den undersökte är missnöjd med förhållningsreglerna kan han enligt 17 § vända sig till smittskyddsläkaren för att få dem prövade. Smittskyddsläkaren är vidare oförhindrad att ändra förhållningsreglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt. Ett av smittskyddsläkaren fattat beslut rörande förhållningsregler kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, dvs. länsrätten (52 §).

Den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom är även skyldig att medverka till smittspårning och lämna upplysningar om varifrån smitta kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare (14 §). Någon sanktion mot den som inte medverkar till smittspårning finns emellertid inte.

I smittskyddslagen föreskrivs inte någon skyldighet att låta sig behandlas eller någon allmän skyldighet att låta sig tas in på sjukhus.

Den enskilde har även vissa rättigheter enligt smittskyddslagen. Enligt 63 § är bl.a. all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid samhällsfarlig sjukdom gratis för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård. När fråga är om åtgärder av privatläkare är kostnadsfriheten begränsad till att avse undersökning för att klarlägga om patienten är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller ej. Som en ytterligare förutsättning för kostnadsfrihet i dessa fall gäller att läkaren ifråga får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom är däremot kostnadsfria för patienten oavsett vilken läkare som förskrivit dem. Enligt smittskyddslagen gäller de kostnadsfria förmånerna inte alla utan är begränsade till dem som är sjukförsäkrade enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Den enskilde har även i vissa fall rätt till offentligt biträde i mål i allmän förvaltningsdomstol rörande personinriktade tvångsåtgärder, 59 §.

2.2.4 Åligganden för läkare

I smittskyddslagen har även enskilda läkare ålagts vissa uppgifter. Enligt 10 § skall varje läkare i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Läkaren är vidare skyldig att undersöka den som har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom om läkaren har kompetens och inte är förhindrad att utföra uppgiften. Vid konstaterad smitta föreligger även skyldighet att behandla. När det gäller privat verksamma läkare är un-

dersöknings- och behandlingsskyldigheten begränsad till dem som har ersättning enligt lagen (1993 :1651) om läkarvårdsersättning.

Den läkare som patienten uppsöker för att bli undersökt eller behandlad av blir behandlande läkare enligt smittskyddslagen (11 §). Om en patient väljer att fortsätta sin behandling hos annan läkare övergår uppgiften som behandlande läkare på denne, som därvid har att underrätta den tidigare behandlande läkaren om detta (19 §).

Den behandlande läkaren skall bl.a. söka ta reda på om patienten är smittad eller ej av en samhällsfarlig sjukdom. För detta ändamål skall han undersöka patienten och ta de prov som behövs (15 §). Normalt sett är det härvid fråga om prov från blod, saliv, urin eller avföring. Läkaren skall vidare, om det inte är uppenbart att patienten inte är smittad av sjukdomen, informera om den misstänkta sjukdomens art och smittsamhet (15 §). Vid samma tillfälle skall läkaren meddela de förhållningsregler som patienten skall iaktta för att undvika smittspridning. Dessa förhållningsregler skall tas in i journalen. Den behandlande läkaren har vidare en skyldighet att så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs, 16 §. Om läkaren har anledning anta att den smittade eller misstänkt smittade av en samhällsfarlig sjukdom inte följer eller inte kommer att följa de förhållningsregler som meddelats skall läkaren skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren om detta, 25 §.

Den behandlande läkaren har vidare en skyldighet att bedriva smittspårning vid samhällsfarlig sjukdom (18 §). Genom att fråga patienten skall han söka få reda på av vad eller vem den smittade har blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Han skall också söka få reda på till vem den smittade kan ha fört smittan vidare. Om läkaren därvid finner anledning anta att en person smittats av sjukdomen ifråga, skall läkaren på lämpligt sätt underrätta denne om hans skyldighet att söka läkare (5 § smittskyddsförordningen). Om den misstänkt smittade inte kan förmås inställa sig för undersökning skall smittskyddsläkaren underrättas härom (26 § smittskyddslagen).

Varje läkare som konstaterar att någon har smittats av en anmälningspliktig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet (SMI) samt beträffande vissa sjukdomar även till den kommunala nämnden; det senare gäller beträffande sjukdomarna upptagna under 1.2 och A2 i bilagan till smittskyddslagen respektive smittskyddsförordningen. Anmälningsskyldighet föreligger också när smitta av vissa anmälningspliktiga sjukdomar påträffas i samband med obduktion eller vid analys vid mikrobiologiskt laboratorium. Även sjukdomar som fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form skall anmälas, 20 och 22 §§.

De samhällsfarliga sjukdomarna – bortsett från sjukdomarna upptagna under 1.3. i bilagan till smittskyddslagen – skall anmälas med uppgifter om den smittades namn, personnummer och adress, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de förhållningsregler som meddelats och de åtgärder i form av behandling och andra åtgärder som vidtagits för att förhindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet. Vid anmälan av sjukdomarna upptagna under 1.3 dvs. gonorrhé, hivinfektion, klamydiainfektion, syfilis och ulcus molle skall inte uppgift om den smittades identitet och sannolik smittkälla anges (21 §). Istället skall anmälan innehålla de två första siffrorna och de fyra sista siffrorna i den smittades personnummer samt uppgifter om hemortslän. Om den smittade vid hivinfektion tillhör en riskutsatt grupp skall även denna grupp anges (4 § smittskyddsförordningen). Övriga smittsamma sjukdomar skall anmälas med uppgifter om den smittades identitet samt de övriga uppgifter som behövs för att kunna följa sjukdomens utbredning. Om det behövs kan smittskyddsläkaren eller den kommunala nämnden inhämta kompletterande uppgifter från den läkare som gjort anmälan, 23 §. Smittskyddsförordningen innehåller vidare bestämmelser om tidsfrister inom vilka läkare skall fullgöra den föreskrivna anmälningsskyldigheten. Vidare stadgas att om läkaren misstänker att flera patienter smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom skall smittskyddsläkaren omedelbart underrättas (2 och 3 §§ smittskyddsförordningen).

Utöver den ovan beskrivna anmälningsskyldigheten vid inträffade sjukdomsfall har som tidigare nämnts den behandlande läkaren att lämna en underrättelse till smittskyddsläkaren dels när den smittade eller misstänkt smittade av en samhällsfarlig sjukdom antas inte följa eller inte komma att följa givna förhållningsregler (25 §), dels när en person som vid smittspårning misstänks vara smittad inte utan dröjsmål låter sig undersökas (26 §). Den behandlande läkaren skall också underrätta smittskyddsläkaren om den smittade eller misstänkt smittade avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det (25 §). Det primära syftet med dessa underrättelser är att påkalla smittskyddsläkarens ingripande, varför underrättelserna även skall innehålla identitetsuppgifter.

2.2.5 Smittskyddsläkaren

Som nämnts skall i varje landsting finnas en smittskyddsläkare som skall utses av den nämnd inom landstinget som utövar ledningen av hälso- och sjukvården. Landstinget ansvarar för att smittskyddet planeras och organiseras samt avsätter medel för verksamheten medan smitt-

skyddsläkaren svarar för den direkta ledningen och planeringen i detalj av smittskyddsarbetet. I 7 § görs en uppräknning av de allmänna uppgifter som smittskyddsläkaren har att ombesörja. Enligt denna bestämmelse skall smittskyddsläkaren förutom att planera, organisera och leda smittskyddet även bl.a. verka för samordning och likformighet av smittskyddet, fortlöpande följa smittskyddsläget i landstinget och verka för att förebyggande åtgärder vidtas. Han skall vidare hjälpa den kommunala nämnden, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet, undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal, lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor samt även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd. Utöver dessa allmänna uppgifter har smittskyddsläkaren myndighetsutövande uppgifter bl.a. att fatta beslut rörande tvångsåtgärder, se vidare nedan.

Smittskyddsläkaren och den kommunala nämnden har enligt 12 § en uttrycklig skyldighet att samarbeta med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Vidare skall nämnden informera smittskyddsläkaren om iakttagelser av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom om beslut och viktigare åtgärder som berör smittskyddet. Smittskyddsläkaren och kommunen får själva bestämma formerna för denna samverkan. I samma lagrum stadgas att smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och att de därvid skall lämna de uppgifter som är nödvändiga för verksamheten.

2.2.6 Sekretessbrytande bestämmelser

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgift om den enskildes hälsotillstånd och personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan men för den enskilde eller honom närstående. Sekretessen gäller såväl mot enskild som mot myndighet. Sekretessen bryts om uppgiftsskyldighet råder enligt lag eller förordning. I smittskyddslagen finns vissa sådana sekretessbrytande bestämmelser. Hit hör bl.a. de tidigare beskrivna bestämmelserna om anmälningsskyldighet. Vidare har smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina uppgifter bl.a. rätt att på begäran i ett enskilt fall få upplysningar från och ta del av uppgift hos den kommunala nämnden samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården (8 §). När det gäller hivinfektion finns dessutom vissa särregler rörande bl.a. uppgiftsskyldighet för smittskyddsläkaren, socialnämnd, polismyndighet och frivårdsmyndighet (30 och 31 §§) samt beträffande den som tas in på kriminalvårdsanstalt eller med tvång på annan vårdinrättning (32 §).

Vidare finns regler om skyldighet för myndigheter, som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter som är av betydelse för smittskyddet och för enskild hälso- och sjukvård som står under tillsyn av Socialstyrelsen, att på smittskyddsläkarens begäran lämna för honom behövliga uppgifter om smittbärare vid vissa samhällsfarliga sjukdomar (29 §).

2.2.7 Personinriktade tvångsåtgärder

I förarbetena framhålls, att även om utgångspunkten för smittskyddsarbetet skall vara att motivera den enskilde till frivillig medverkan, förutsätter ett effektivt smittskyddsarbete att åtgärder kan vidtas mot den enskildes vilja. Det understryks dock att tvångsåtgärder får tillgripas först om försöken att förmå den enskilde till frivillig medverkan inte lyckas. Enligt 28 § bör smittskyddsläkaren innan han tillgriper en tvångsåtgärd söka nå rättelse på frivillig väg om det kan ske utan risk för smittspridning.

De personinriktade tvångsåtgärder som medges enligt smittskyddslagen är tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering.

Enligt 36 § får smittskyddsläkaren besluta om *tvångsundersökning* av någon som enligt 13 § är skyldig att låta sig undersökas men som inte utan dröjsmål gör detta. Det skall därvid föreligga en grundad misstanke i det enskilda fallet att personen blivit smittad. Vad som avses härmed har tidigare redovisats i samband med redogörelsen för den enskildes skyldigheter. Tvångsundersökningen får inte innebära ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men. Ett beslut om tvångsundersökning kan inte överklagas.

I fall då det ännu inte står klart om en person är smittad eller ej av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren, om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad spridning, besluta om *tillfälligt omhändertagande* (37 §). Omhändertagandet får vara högst sju dagar och gäller endast de samhällsfarliga sjukdomar som upptagits under 1.1 och 1.2 i bilagan till smittskyddslagen, dvs. andra än de sexuellt överförbara sjukdomarna. Som förutsättning gäller att det föreligger en speciell omständighet som tyder på att man inte kan räkna med patientens frivilliga medverkan. Det kan härvid vara fråga om klara uttalanden från personen ifråga eller personens sociala situation eller livsföring. Beslut om tillfälligt omhändertagande får överklagas hos länsrätten.

Som en yttersta åtgärd för att förhindra smittspridning av samhällsfarlig sjukdom kan vidare *tvångsisolering* tillgripas. Enligt 38 § kan beslut om tvångsisolering fattas i två fall. Det ena är om den smit-

tade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att förhindra smittspridning. Ett beslut om tvångsisolering skall också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär uppenbar risk för smittspridning. Det är länsrätten som på ansökan av smittskyddsläkaren fattar beslut om tvångsisolering. Isoleringen får pågå under högst tre månader från den dag den smittade togs in på sjukhus på grund av beslutet (40 §). Om behov av isolering föreligger även efter denna tid skall smittskyddsläkaren innan tremånadersfristens utgång ansöka om förlängning av isoleringen hos länsrätten (41 §). Ett beslut om förlängning får avse högst sex månader åt gången. Någon yttersta gräns för den sammanlagda isoleringen finns inte. Tvångsisolering skall ske på ett sjukhus som drivs av landsting (38 §).

Om länsrättens beslut om tvångsisolering inte kan avvaktas på grund av risken för smittspridning skall smittskyddsläkaren enligt 39 § fatta beslut härom. Ett sådant beslut av smittskyddsläkaren skall omedelbart underställas länsrättens prövning.

När det inte längre finns skäl för isolering skall smittskyddsläkaren ofördröjligen besluta om att tvångsisoleringen skall upphöra. Smittskyddsläkaren skall vidare ofördröjligen pröva frågan om isoleringens upphävande när den isolerade begär det, 42 §. Om begäran inte bifalls kan beslutet överklagas hos länsrätten (52 §).

När det gäller innehållet i isoleringen föreskrivs i 43 § att den isolerade skall tas väl om hand och få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så att isoleringen kan upphöra. Sedan en lagändring 1996 finns vissa rättigheter för den isolerade uttryckligt reglerade i lagen såsom rätt till sysselsättning och fysisk träning samt daglig utevistelse om synnerliga hinder inte finns mot utevistelsen. I 43 a § regleras vidare rätten att föra telefonsamtal, att ta emot besök och att sända och ta emot brev. Chefsöverläkaren får efter samråd med smittskyddsläkaren besluta om inskränkningar i dessa rättigheter om syftet med tvångsisoleringen i annat fall skulle motverkas. Den som är tvångsisolerad får vidare underkastas den begränsning i rörelsefriheten som är nödvändig för att genomföra tvångsisoleringen (44 §). Smittskyddslagen innehåller vidare bestämmelser om egendom som den isolerade inte får ha och om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning av den isolerade, om kontroll av försändelser samt om omhändertagande och förstöring av viss egendom (45–48 §§).

Den isolerade får enligt 49 § ges tillstånd att vistas utanför sjukhusets område. Beslut om sådant tillstånd meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren, eller efter delegation, av chefsöverläkaren själv. Tillståndet får förenas med villkor. Ett beslut om avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför sjukhusets område,

återkallande av sådant tillstånd eller meddelande av villkor får överklagas hos länsrätten (52 §).

Av 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att ansvaret för ledningsuppgifter rörande tvångsisolering utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Om verksamhetschefen saknar sådan kompetens fullgörs uppgifterna istället av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller sådan befattningshavare som förordnats enligt 50 a § smittskyddslagen.

Enligt 50 a § får landstinget vid tvångsisolering av den som för smitta av hivinfektion förordna någon inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra de uppgifter som åvilar chefsöverläkaren enligt smittskyddslagen.

2.2.8 Objektinriktade tvångsåtgärder

Den kommunala nämnden svarar som tidigare nämnts för att åtgärder vidtas mot objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. För att kunna fullgöra sina åligganden härvidlag har nämnden givits befogenhet att meddela de förbud och förelägganden som behövs för att hindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite. Om beslutet inte följs, eller även annars i brådskande fall, kan nämnden besluta om rättelse på den enskildes bekostnad (33 §).

Nämnden har vidare rätt att om det är nödvändigt för att förhindra spridning av samhällsfarlig sjukdom låta förstöra föremål av personlig natur och att låta avliva sällskapsdjur. Vid ett beslut om förstöring skall nämnden betala skäligen ersättning till den som drabbats av beslutet (34 §). Beträffande ersättning vid avlivning av sällskapsdjur se avsnitt 2.3.3.

För att kunna fullgöra sina uppgifter har nämnden rätt till tillträde och rätt att göra undersökningar och ta de prover som behövs (35 §). Beslut som den kommunala nämnden fattar enligt smittskyddslagen kan överklagas hos länsrätten (51 §).

2.2.9 Biträde av polis m.m.

För att säkerställa att vissa åtgärder som är nödvändiga skall kunna genomföras finns enligt 62 § möjlighet att begära biträde av polis. Polishjälp kan begäras för inställelse för tvångsundersökning, för inställelse på sjukhus i samband med tillfälligt omhändertagande eller tvångs-

isolering, för den kommunala nämndens tillträde till bl.a. lokaler och för Socialstyrelsens tillsyn.

Smittskyddslagen innehåller även vissa bestämmelser om handläggningen av mål och ärenden enligt smittskyddslagen, bl.a. rörande tidsfrister och rättens sammansättning i vissa fall.

2.2.10 Tillsyn

Tillsynen över smittskyddet utövas enligt 65 § av Socialstyrelsen. Tillsynsansvaret omfattar all verksamhet som bedrivs av myndigheter och andra som har ålagts ett ansvar enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen har därvid rätt att få tillgång till de handlingar och upplysningar som behövs samt att inspektera den smittskyddsverksamhet som bedrivs (66 och 68 §§). Socialstyrelsen har vidare rätt att meddela förelägganden, vilka kan förenas med vite (67 §). Ett sådant beslut får överklagas hos länsrätten (53 §). Enligt 69 § smittskyddslagen och 10 § smittskyddförordningen får Socialstyrelsen också ge föreskrifter om frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination. Med stöd i dessa bestämmelser har Socialstyrelsen bl.a. utfärdat "Foreskrifter och allmänna råd vid tillämpning av smittskyddslagen" (SOSFS 1989:18).

2.3 Annan lagstiftning på smittskyddets område

2.3.1 Karantänslagen (1989:290)

Karantänslagen med anslutande förordning kompletterar smittskyddslagen med vissa bestämmelser till skydd mot att s.k. karantänssjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet genom land-, luft- eller sjötrafik. Med karantänssjukdom avses enligt 2 § gula febern, kolera och pest. Den kommunala nämnd som ansvarar för miljö- och hälsoskydd är enligt 3 § ansvarig för att sanitära åtgärder vidtas beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur medan smittskyddsläkaren ansvarar för andra smittskyddsåtgärder. Socialstyrelsen har enligt 18 § tillsyn över karantänsverksamheten i landet. Vissa hamnar och flygplatser skall bestämmas vara karantänshamnar eller karantänflygplatser. Enligt 9 § skall befälhavaren på ett fartyg eller luftfartyg bl.a. då han har anledning att anta att smitta av karantänssjukdom kan finnas ombord senast vid ankomsten till sådan hamn eller flygplats lämna uppgift om hälsotillståndet till tullmyndigheten. Tullmyndigheten skall därvid underrätta smittskyddsläkaren som har att besluta om eventuella

smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen. Förbud mot avresa föreligger enligt 14 § för den som på grund av en karantänssjukdom tagits in på sjukhus, meddelats förhållningsregel om isolering eller tvångsisolerats enligt smittskyddslagen. I lagen finns också bestämmelser om råttbekämpning i hamnområden.

2.3.2 Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter

Lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och liknande verksamheter, som trädde i kraft den 1 juli 1987, tillkom mot bakgrund av oron för spridning av hiv på s.k. bastu- och videoklubbar. Syftet med lagen var att skydda människor från att smittas.

Enligt 2 § får tillställning och sammankomst till vilken allmänheten har tillträde inte anordnas, om den med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare. Bestämmelsen är endast tillämplig då det är fråga om sexuellt umgänge mellan besökare. Bordeller och pornografiska föreställningar omfattas normalt inte av denna lag; här finns istället straffbestämmelser i annan lagstiftning. Genom att en förutsättning för förbudet är att allmänheten har tillträde till tillställningen eller sammankomsten faller möten i slutna sällskap och sammankomster i hem och på andra platser där allmänheten inte har tillträde utanför tillämpningsområdet. Förbudet omfattar dock även verksamhet som är att jämställa med tillställning eller sammankomst dit allmänheten har tillträde, dvs. då de faktiska omständigheterna utvisar att den är offentlig. Enligt 3 § skall den som bryter mot förbudet dömas till fängelse i högst två år eller, om omständigheterna är mildrande, till böter.

2.3.3 Vissa bestämmelser om ekonomiska förmåner

Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

För den som fått sin arbetsförmåga nedsatt till följd av smittsam sjukdom föreligger rätt till sjukpenning eller sjuklön om förutsättningarna härför i övrigt är uppfyllda. Den som inte förlorat arbetsförmågan men är smittbärare kan istället få ersättning enligt lagen om ersättning till

smittbärare. Enligt 3 § har smittbärare rätt till ersättning av allmänna medel, s.k. smittbärappenning, om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen (1971:511) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen eller
2. läkarundersökning eller hälsokontroll utan att beslut har fattats men som syftar till att klarlägga om han är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta eller ett sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda.

Utöver smittbärappenning ges även rätt till resekostnadsersättning.

Med smittbärare avses enligt 1 § den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen eller den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom. När det gäller de ovan angivna förutsättningarna för smittbärappenning skall noteras att ett beslut enligt smittskyddslagen endast kan avse en samhällsfarlig sjukdom. En ansökan om ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare görs till försäkringskassan vilken fattar beslut om ersättning (11 §). Vidare finns i lagen närmare regler om bl.a. beräkning av smittbärappenning samt samordning med annan ersättning. Någon karensdag gäller inte vid smittbärappenning utan ersättning utgår från första dagen i ersättningsperioden. I lagen ges även möjlighet att sätta ned eller dra in smittbärappenningen i vissa fall.

Ekonomiska förmåner i samband med smitta finns även reglerade i *lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade* och *förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar*. I detta sammanhang kan även nämnas att *lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL)* och *förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar* innehåller bestämmelser om ekonomiska förmåner i form av bl.a. rätt till tillfällig föräldrapenning i samband med smitta hos barnet (4 kap. 10 § AFL) respektive avgiftsfrihet för vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (4 § förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar).

Enligt *förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom* kan en enskild eller ett företag få ersättning från staten för kostnader och förluster som orsakats av att en myndighet ingripit enligt smittskyddslagen (dock endast beträffande vissa sjukdomar) eller enligt livsmedelslagstiftningen för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Förordningen innehåller närmare bestämmelser om i vilka

fall sådan ersättning kan ges och hur ersättningen kan beräknas. Bland annat finns en särskild bestämmelse om möjlighet till ersättning om en myndighet låtit avliva ett sällskapsdjur.

2.3.4 Epizootilagen (1980:369)

Epizootilagen innehåller bestämmelser för att förhindra allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa (epizootiska sjukdomar). Vilka sjukdomar som omfattas av lagen anges i epizootiförordningen (1980:371). Enligt 2 § epizootilagen har den enskilde skyldighet att anmäla till veterinär om han har anledning att misstänka att ett djur i hans vård drabbats av epizootisk sjukdom. Det åligger veterinären att genomföra undersökning samt att i den utsträckning det behövs besluta om bl.a. förbud mot att besöka eller att lämna en fastighet där sjukfallet inträffat (3 och 4 §§ epizootilagen). Veterinären har också enligt 4 § förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion en skyldighet att underrätta bl.a. Jordbruksverket vid misstanke om epizootisk sjukdom. Vid konstaterat fall av epizootisk sjukdom har Jordbruksverket att om det behövs besluta bl.a. om ovannämnda förbud och om vissa andra åtgärder (5 § epizootilagen). Enligt 7 § epizootilagen får vidare Jordbruksverket, för att bekämpa och förebygga epizootiska sjukdomar, meddela föreskrifter om olika åtgärder, däribland avlivning, smittrening samt skyddssympning eller annan förebyggande behandling av djur. Jordbruksverket anses också ha rätt att fatta beslut om dessa åtgärder i det enskilda fallet. Den centrala tillsynen över lagens efterlevnad utövas enligt 9 § epizootilagen av Jordbruksverket medan länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Länsstyrelsen har rätt att meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs och får även förordna om rättelse på den enskildes bekostnad. Lagen innehåller även bestämmelser om ersättning av statsmedel för kostnad eller förlust som uppkommit till följd av ett ingripande enligt epizootilagstiftningen (10 och 11 §§ epizootilagen).

2.3.5 Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur

Lagen om bekämpande av salmonella hos djur innehåller bestämmelser om åtgärder för att bekämpa och hindra spridning av uppkommen salmonellainfektion hos husdjur och djur som hålls i fångenskap. Jordbruksverket får besluta om bl.a. slakt, isolering av djur, smittrening och andra åtgärder som är nödvändiga från bekämpningssynpunkt (1 §).

Tillsynen över efterlevnaden av ovannämnda beslut utövas genom veterinär som Jordbruksverket utsett (3 §). Jordbruksverket får meddela de förelägganden som uppenbart behövs för lagens efterlevnad och får också förordna om rättelse på den enskildes bekostnad (4 §). Vissa befogenheter som ankommer på verket enligt lagen kan dock delegeras (5 §). I förordningen om bekämpande av salmonella hos djur (1984:306) finns bestämmelser om möjlighet till ersättning för den som orsakats kostnader och förluster på grund av beslut enligt lagen eller dess följdbestämmelser.

2.3.6 Lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

Lagen om provtagning på djur, m.m. avser enligt 1 § bl.a. kartläggning och kontroll av smittsamma djursjukdomar och åtgärder för att hindra spridning av smittsamma djursjukdomar. Enligt 2 § får Jordbruksverket föreskriva eller i det särskilda fallet besluta om provtagning eller undersökning. Verket får vidare besluta bl.a. om avlivning av djur, isolering av djur eller andra begränsningar i hanteringen av djur (4 a §). Om inte annat föreskrivits utövar Jordbruksverket enligt 7 § tillsynen över efterlevnaden av sådana föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av lagen. Möjlighet finns att delegera viss tillsyn. Tillsynsmyndigheten får meddela förelägganden och förbud.

2.3.7 Livsmedelslagen (1971:511)

Livsmedelslagen innehåller bl.a. bestämmelser som syftar till att förebygga uppkomst och förhindra spridning av smitta via livsmedel. Med livsmedel avses enligt 1 § matvara, dryckesvara, njutningsmedel eller annan vara som är avsedd att förtäras av människor med undantag av vara på vilken läkemedelslagen (1992:859) är tillämplig. Med livsmedel avses även dricksvatten. Lagens bestämmelser gäller med vissa undantag inte hantering av livsmedel i enskilt hushåll. Den gäller inte heller hantering i kök i förskola eller fritidshem med högst två avdelningar (3 §). I lagen och de bestämmelser som följer av lagen finns detaljerade bestämmelser om bl.a. livsmedels beskaffenhet, hantering och saluhållande. Vidare finns bestämmelser om personhygien och om livsmedelslokal.

Enligt 24 § utövar Statens livsmedelsverk den centrala tillsynen över efterlevnaden av livsmedelslagstiftningen medan länsstyrelsen utövar den närmare tillsynen inom länet. Den eller de kommunala

nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet utövar tillsynen inom kommunen i den mån regeringen inte föreskrivit att den skall utövas av Livsmedelsverket. Tillsynsmyndigheten har bl.a. rätt att få tillträde till områden, livsmedelslokaler och andra utrymmen och att där göra undersökningar och ta prover (26 §). Tillsynsmyndigheten får vidare meddela de förelägganden och de förbud som uppenbart behövs och kan även besluta om rättelse på den enskildes bekostnad (25 §). Härutöver kan myndigheten under vissa förutsättningar ta hand om en vara och i vissa fall även låta förstöra den (27 §).

2.3.8 Miljöbalken (1998:808)

I miljöbalken har femton lagar som berör miljö- och hälsoskyddet sammansmälts, bl.a. hälsoskyddslagen (1982:1080) miljöskyddslagen (1969:387) och renhållningslagen (1979:596). Enligt 1 kap. 1 § miljöbalken är målet med balken att främja en hållbar utveckling och att tillförsäkra nuvarande och kommande generationer en hälsosam och god miljö. 2 kap. i miljöbalken innehåller rättsligt bindande principer och allmänna hänsynsregler. Ett flertal av hälsoskyddslagens bestämmelser återfinns i 9 kap. som rör miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd. Vissa av hälsoskyddslagens bestämmelser har istället tagits in i förordningen (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd. Med stöd av miljöbalkens regler om hälsoskydd och därtill anslutande bestämmelser kan ingripanden göras i syfte att förebygga eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Enligt 9 kap. 3 § avses med olägenhet för människors hälsa – vilket begrepp ersatt hälsoskyddslagens begrepp sanitär olägenhet – en störning som enligt medicinsk eller hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. I 9 kap. finns vidare bestämmelser som föreskriver att bostäder och lokaler för allmänna ändamål skall brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa inte uppkommer och att de skall hållas fria från ohyra och andra skadedjur (9 kap. 9 § 1 st.) samt att ägare eller nyttjanderätthavare till berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att hindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa (9 kap. 9 § 2 st.). Härutöver finns bestämmelser bl.a. om avloppsanläggningar och anläggningar för grundvattentäkter. Vidare finns regler som medger möjlighet att meddela föreskrifter i olika hänseenden om sådana behövs för att inte olägenhet för människors hälsa skall uppstå.

Enligt 26 kap. 1 § skall tillsynsmyndigheten kontrollera efterlevnaden av miljöbalken och bestämmelser som följer av balken. Den närmare fördelningen av tillsynsansvaret framgår av förordningen

(1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. När det gäller tillsynen över miljö- och hälsoskyddet inom kommunen, med undantag för sådan miljöfarlig verksamhet som kräver tillstånd, anges dock direkt i balken att den skall utövas av den eller de nämnder som kommunen bestämmer (26 kap. 3 §). För att kunna utöva tillsyn har myndigheten rätt till tillträde och att få göra undersökningar (28 kap. 1 §). Tillsynsmyndigheten har vidare rätt att meddela förelägganden och förbud (26 kap. 9 §). Om det meddelade föreläggandet eller förbudet inte åtlyttts, kan myndigheten begära verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten (26 kap. 17). Möjlighet finns också att besluta om rättelse på den felandes bekostnad (26 kap.18 §).

2.4 Bestämmelser i annan lagstiftning med anknytning till frågor som rör smittskyddet

2.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) återfinns de grundläggande reglerna för hälso- och sjukvården. Landstinget har ansvar för att de inom landstinget bosatta erbjuds en god hälso- och sjukvård men skall även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen (3 §HSL). Även kommunerna har i några fall skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård, dock ej läkarvård. Socialstyrelsen utövar tillsyn över hälso- och sjukvården.

I 2–2 c §§ HSL finns de grundläggande principerna för hur sjukvården skall bedrivas. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bl.a. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Så långt det är möjligt skall vård och behandling utformas och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvården skall vidare arbeta för att förebygga ohälsa. Upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada skall när det är lämpligt ges till den som vänder sig till hälso- och sjukvården.

HSL innehåller även bestämmelser rörande ledningen av hälso- och sjukvården. I 29 § redogörs med hänvisning till smittskyddslagens regler för vem som har ansvaret för ledningsuppgifter rörande tvångsisolering.

2.4.2 Psykiatrisk tvångsvård

Bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård finns i *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)* och *lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)*. Ändamålet med tvångsvården är enligt 2 § LPT att se till att den som är i oundgängligt behov av sådan psykiatrisk vård, som ges efter intagning på sjukvårdsinrättning, blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han behöver. När det gäller LRV har samhällsskyddet fått större betydelse. LPT och LRV är i stora delar samordnade men skiljer sig i vissa avseenden.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Tvångsvård enligt 3 § LPT får endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Som ytterligare förutsättning gäller också att patienten motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundläggande ställningstagande i frågan. Samtliga tre förutsättningar skall föreligga samtidigt. Vid bedömningen skall vidare beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård fattas av chefsöverläkaren vid en enhet för psykiatrisk vård och skall grundas på ett av annan läkare utfärdat s.k. vårdintyg. Tvångsvård enligt sådant beslut kan äga rum under högst fyra veckor. Om patienten är intagen för frivillig psykiatrisk vård kan beslut om tvångsvård fattas även utan vårdintyg, s.k. konvertering, vilket beslut dock endast kan avse fyra dagar. Om ytterligare tvångsvård erfordras skall länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren besluta i frågan. Chefsöverläkaren skall genast besluta om tvångsvårdens upphörande när förutsättningar för denna inte längre föreligger. Chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård eller avslag på begäran om att tvångsvården skall upphöra kan överklagas av patienten hos länsrätten.

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

För den som fällt till ansvar för brottslig gärning eller är misstänkt för sådan gärning kan i vissa fall beslutas om rättspsykiatrisk vård. Enligt 31 kap. 3 § brottsbalken kan domstolen vid bestämmandet av påföljd

för en gärning besluta om överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Förutsättningarna, förutom att det måste vara fråga om ett brott där påföljden inte kan stanna vid böter, är att gärningsmannen lider av en allvarlig psykisk störning och att det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. I beslutet kan domstolen under viss förutsättning föreskriva att vården skall förenas med särskild utskrivningsprövning.

Härutöver kan chefsöverläkaren vid en enhet för rättspsykiatrisk vård eller för rättspsykiatrisk undersökning besluta om rättspsykiatrisk vård för bl.a. den som är anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt. Förutsättningarna är att den som beslutet rör lider av en allvarlig psykisk störning och med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sin personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning samt att han motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett ställningstagande i frågan. I de fall där beslutet inte fattats av en domstol i ett brottmål kan beslutet överklagas hos länsrätten.

2.4.3 Lagstiftning på socialtjänstens område

Enligt 3 § socialtjänstlagen (1980:620) (SoL) har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I 6 § SoL regleras den enskildes rätt till bistånd från socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Häri ingår också insatser för rehabilitering av missbrukare. Socialnämnden har vidare enligt 11 § ett ansvar för insatser i syfte att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Nämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och den vård han behöver för att komma ifrån missbruket. Vidare skall socialnämnden enligt 22 § SoL sörja för att den som behöver vårdas eller bo i annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller hem för vård och boende. Kommunen skall enligt 23 § (med undantag för LVM- och LVU-hem) tillgodose behovet av familjehem och hem för vård och boende. Närmare bestämmelser om sådana hem och om vårdens utformning finns i socialtjänstförordningen. Beslut som rör bistånd till vård och behandlingsinsatser m.m. kan endast överklagas genom s.k. kommunalbesvär. Beslutet prövas i laglighetshänseende men domstolen kan inte ändra det materiella innehållet i beslutet.

Insatser enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet från den enskildes sida. Lagen kompletteras dock i två fall av tvångsbestämmelser, nämligen lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Den sistnämnda lagen kommer dock inte att redogöras för här.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Enligt 4 § LVM skall tvångsvård beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt. En förutsättning för beslut om vård enligt LVM är vidare att missbrukaren till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Tvångsvård beslutas av länsrätten efter ansökan av socialnämnden och lämnas genom särskilda s.k. LVM-hem.

För att möjliggöra att erforderliga smittskyddsåtgärder vidtages för att förhindra smittspridning finns en sekretessbrytande regel i 26 a § LVM. Enligt denna skall, en vid LVM-hemmet verksam person som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som får kännedom om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom, underrätta den som förestår vården vid hemmet om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning. I smittskyddslagen finns bestämmelser om behandlande läkares skyldighet att vid hivinfektion informera ansvarig läkare för LVM-vården.

2.4.4 Sekretesslagen (1980:100)

Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100), SekrL, gäller sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd och personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan men för den enskilde eller honom närstående. Även smittskyddsläkaren omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL. Vidare gäller sekretess för uppgifter hos socialtjänsten, polisen och kriminalvården (7 kap. 4, 19 och 21 §§). Sekretesslagen bygger på principen att sekretess gäller mellan olika myndigheter och mellan självständiga verksamhetsgrenar inom en myndighet (1 kap. 3 § SekrL). Undantag gäller för de fall myndigheten är skyldig att lämna uppgifter till annan myndighet enligt lag eller förordning

(14 kap. 1 §), vissa angivna fall då uppgifter får lämnas trots sekretess (14 kap. 2 § SekrL m.fl. bestämmelser) och de fall i vilka den s.k. generalklausulen är tillämplig (14 kap. 3 §). Enligt generalklausulen får sekretessbelagda uppgifter i viss utsträckning lämnas mellan myndigheter efter en intresseavvägning. Detta gäller dock inte hälso- och sjukvårdssekretessen i 7 kap. 1 §. Vidare gäller undantag från sekretess enligt 1 kap. 5 § i fall av s.k. nödvändigt uppgiftsutlämnande. Emellertid skall denna senare bestämmelse utnyttjas restriktivt.

Motsvarande bestämmelser om sekretess inom enskild hälso- och sjukvård finns i 2 kap. 8–10 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

2.4.5 Bestämmelser på straffrättens område

Svensk rätt saknar straffbestämmelse som är särskilt avpassad för överföring av smittsam sjukdom från en person till annan. Brottsbalken (BrB) innehåller emellertid ett flertal bestämmelser som beroende på omständigheterna i det enskilda fallet kan tillämpas på den som betar sig på ett sådant sätt att smittsam sjukdom överförs eller riskerar att överföras.

I 3 kap. BrB finns ett antal bestämmelser som kan tillämpas vid överföring av smittsam sjukdom. Enligt 3 kap. 1 § BrB döms den som berövar annan livet för mord eller om brottet är att anse om mindre grovt för dråp (2 §). Orsakar någon av oaktsamhet annans död döms för vållande till annans död (7 §). Den som tillfogar annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta döms för misshandel (5 §) eller grov misshandel (6 §). Åsamkar någon av oaktsamhet annan person kroppsskada eller sjukdom som ej är ringa döms för vållande till kroppsskada eller sjukdom (8 §). Slutligen döms den som av grov oaktsamhet utsätter annan för livsfara eller fara för svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom, för framkallande av fara för annan (9 §). Försök eller förberedelse till mord, dråp eller sådan misshandel som inte är ringa är också straffbart (11 §).

Bestämmelser som kan bli aktuella att tillämpa finns även i 13 kap. BrB. Enligt 13 kap. 7 § kan den som framkallar allmän fara för människors liv eller hälsa genom att förgifta eller infektera livsmedel, vatten eller annat, på annat sätt sprida gift eller dylikt eller överföra eller sprida allvarlig sjukdom dömas för spridande av gift eller smitta. Den som av oaktsamhet begår sådan gärning döms enligt 13 kap. 9 § för vårdslöshet med gift eller smittämne. Försök eller förberedelse till spridande av gift eller smitta är straffbart (12 §).

Undersökning beträffande hivsmitta i brottmål

Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken får blodprov tas på den som skäligen kan misstänkas för ett brott som kan medföra fängelse, om syftet med provtagningen är att utröna omständigheter som kan vara av betydelse för utredningen om brottet.

Genom *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål* ges möjlighet till provtagning på en person som är misstänkt för brott även i vissa andra fall än ovan. Enligt 1 § skall en undersökning av den misstänkte äga rum om målsäganden begär det. Sådan begäran kan framställas avseende en person som är skäligen misstänkt för sexualbrott, varigenom hivinfektion kunnat överföras till målsäganden. Begäran kan också framställas avseende någon som är skäligen misstänkt för annat brott om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att hivinfektion kunnat överföras till målsäganden genom brottet. Enligt 2 § fattas beslut om undersökning av åklagare eller domstol. Målsägande och åklagare skall underrättas om resultatet av undersökningen.

3 Smittspridning i Sverige och i omvärlden

3.1 Inledning

I kapitlet redogörs för förekomsten av smittsamma sjukdomar i såväl nationellt som svenskt perspektiv. I avsnitt 3.4 behandlas särskilt vissa frågor om hivinfektion. För att ge en bild av smittskyddssituationens föränderlighet ges i det avslutande kapitlet några exempel på bl.a. nypptäckta samband mellan smittämnen och olika sjukdomar. För en medicinsk beskrivning av de smittsamma sjukdomarna hänvisas till del B bilaga 8.

3.2 Smittskyddssituationen internationellt

3.2.1 Det globala läget

Under de senaste tjugo åren har oförutsedda problem uppträtt. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras, som t.ex. hivinfektion, legionella och den hemorragiska febern ebola, och "gamla" sjukdomar har återuppstått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Uppkomsten av bakterier som är resistent mot antibiotika och andra läkemedel är ett exempel på förändringar som medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen. Resistent smittämnen har uppträtt bl.a. när det gäller tuberkulos, malaria, tyfoidfieber och pneumokocker. Så beräknas t.ex. drygt 20 % av tuberkulosfallen i Östeuropa vara orsakade av multiresistenta tuberkelbakterier. Bl.a. med hänsyn till resistensproblemen har enligt Världshälsoorganisationen (WHO) även infektioner som erhålls vid vård på sjukhus blivit ett allt större och allvarigare problem.

Samtidigt kan konstateras att utbredningen av några av de sjukdomar som sedan lång tid utgjort ett hot mot många människors hälsa tagit en positiv riktning. *Smittkoppor* förklarades vara utrotade 1980 och WHO har förklarat som mål att *polio* skall vara utrotad år 2000.

Flera av de sjukdomar som drabbar ett stort antal människor förekommer främst i utvecklingsländerna. Emellertid utgör infektionssjukdomar ett problem även i de industrialiserade länderna.

Så är t.ex. *diarrésjukdomar* en av de vanligast förekommande infektionsgrupperna världen över varvid huvuddelen orsakas av livsmedelsburna mikroorganismer. Livsmedelsburna infektioner, orsakade av t.ex. hepatit A, salmonella och campylobacter, skapar problem av större omfattning även i de industrialiserade länderna. Även *hepatit B* och *hepatit C* är globalt förekommande i stor omfattning. Enligt beräkningar 1997 lever t.ex. mer än 350 miljoner människor med kronisk hepatit B.

De *sexuellt överförbara sjukdomarna* (STD) utgör ett stort problem världen över. WHO uppskattade att ungefär 333 miljoner nya fall inträffade bland vuxna under 1995. En ökning av förekomsten av STD har märkts i bl.a. östeuropeiska länder. *Hiv/aids* förekommer nu på alla kontinenter. UNAIDS (om denna organisation se kap. 20) uppskattar att över 30 miljoner människor levde med hivinfektion i slutet av 1997 och att antalet nysmittade människor 1997 överskred fem miljoner. Av dessa nysmittade människor var ca 2 miljoner kvinnor och ca 500 000 barn under 15 år.

De trender som enligt UNAIDS kan ses när det gäller utbredningen av hiv/aids i världen är att det föreligger tecken på en snabb ökning av antalet fall såväl i vissa länder i Asien som i vissa delar av Östeuropa. I t.ex. Ukraina har totalt drygt 25 000 fall av hivinfektion rapporterats varav drygt hälften under 1997. Emellertid syns tecken på att spridningen av hivinfektion minskat i länder som är hårt drabbade men där man aktivt satsat på förebyggande insatser, bl.a. Uganda och Thailand. Vidare synes förekomsten av nya fall av hiv/aids minska eller i vart fall stabiliseras i vissa andra regioner. Så har t.ex. antalet aidsfall minskat i de nordeuropeiska länderna, i Australien och Nya Zeeland samt i USA. Orsakerna till dessa förändringar är bl.a. tillgången till ny medicinsk behandling och behöver inte innebära att riskerna för smittspridning i sig har minskat.

WHO har förklarat att *tuberkulos* återigen är ett akut hot mot den globala folkhälsan bl.a. på grund av problemen med resistent tuberkelbakterier. Drygt 95 % av dem som bär på tuberkulos finns i utvecklingsländerna. I stora delar av Östeuropa, däribland de baltiska staterna, har emellertid antalet fall av tuberkulos ökat och förekomsten av tuberkulos synes också ha ökat bland utlandsfödda personer i Europa. Där emot har förekomsten av *difteri* kunnat hejdas genom vaccination och denna infektion är nu mycket ovanlig i industriländerna. Vaccinationens betydelse visas bl.a. genom att nya difteriepandemier uppträdde i f.d. Sovjetunionen när vaccinationsprogrammen sviktade. Efter mas-

siva vaccinationsinsatser synes emellertid spridningen i regionen vara på nedgång.

3.2.2 Nordisk jämförelse

En uppfattning om förekomsten av smittsamma sjukdomar i de nordiska länderna kan erhållas genom jämförelser baserade på antalet anmälda fall i respektive land. Förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar åren 1992, 1995 och 1997 presenteras i tabell 3:1. Beträffande Island har statistik dock endast varit tillgänglig för 1995. Uppgifterna har hämtats från respektive lands motsvarighet till Smittskyddsinstitutet (SMI). Det bör emellertid framhållas att jämförelser måste göras med viss försiktighet eftersom länderna använder sig av något olika rapporterings- och redovisningssystem samt då undersöknings- och rapporteringsbenägenheten också kan variera.

Den allmänna situationen i Norge, Danmark, Finland och Sverige ser emellertid relativt likartad ut. Så är t.ex. diarrésjukdomar ett allmänt spritt problem i samtliga länder. Sedan mitten av 1990-talet har t.ex. noterats en ökning av hepatit A bland narkotikamissbrukare i samtliga dessa nordiska länder. De sexuellt överförbara sjukdomarna gonorré och syfilis har vidare blivit mer sällsynta i samtliga nordiska länder. Även beträffande klamydia har en nedåtgående trend märkts sedan slutet av 1980-talet. Dock har bl.a. i Danmark och Finland liksom i Sverige åter märkts en viss ökning de senaste åren.

Även om situationen på ett allmänt plan är likartad för de nordiska länderna föreligger påtagliga skillnader beträffande förekomsten av enskilda sjukdomar, vilket också återspeglas i tabellen. Finland har t.ex. en högre förekomst av tuberkulos och syfilis vilket åtminstone till viss del kan förklaras med närheten till Ryssland där dessa sjukdomar ökat. Danmark skiljer sig också ganska markant från övriga nordiska länder när det gäller hivinfektion. Orsakerna till denna skillnad mellan situationen i Danmark och i t.ex. Sverige är svårbedömda och frågan har också de senaste åren varit mycket omdiskuterad. Vissa forskare har framhållit betydelsen av att hivinfektion inte omfattas av skyldigheterna i den danska smittskyddslagen. Det finns inte heller någon skyldighet att delta i smittspårning. Vidare har Danmark inte haft motsvarande program för preventiva åtgärder som finns i Sverige. Andra forskare har däremot framhållit att oavsett dessa förhållanden har antalet nyanmälda fall av hivinfektion minskat under 1990-talet. Enligt dessa forskare har bl.a. det förhållandet att hivinfektion var mer utbredd i Danmark redan i början av epidemin medfört att även den fortsatta spridningsnivån legat högre.

Tabell 3:1 **Ungefärligt antal anmälda fall av vissa smittsamma sjukdomar per 100 000 invånare 1992, 1995 och 1997**

<i>Sjukdom</i>	<i>År</i>	<i>Danmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>	<i>Island*</i>
Tuberkulos	1992	7,3	13,5	6,6	7,0	
	1995	8,6	11,8	5,4	5,7	2,6
	1997	10,7	11,1	4,6	5,1	
Hepatit B	1992	1,2	1,7	0,8	2,4	
	1995	2,1	2,2	2,3	3,3	4,1
	1997	1,8	6,0	4,3	1,7	
Hepatit A	1992	3,3	0,75	2,9	3,2	
	1995	1,9	3,2	5,7	6,8	
	1997	2,1	3,3	7,8	7,0	
Salmonella	1992	65,2	69,5	23,5	59,7	
	1995	69,3	69,1	23,6	40,3	
	1997	95,1	57,4	32,2	48,4	
Campylobacter	1992	21,8	41,3	14,2	51,7	
	1995	49,8	43,0	24,0	63,1	15,7
	1997	50,5	46,7	27,3	60,0	
Gonorré	1992	10,7	19,6	9,6	5,5	
	1995	5,5	7,4	4,0	2,8	0,4
	1997	3,6	4,2	4,4	2,8	
Klamydia	1992	295	227	236	198	
	1995	248	151	215	156	398
	1997	258	198	224	157	
Syfilis	1992	1,0	0,6	1,1	0,9	
	1995	0,7	3,3	0,1	0,8	0,4
	1997	1,1	3,3	0,25	0,5	
Hiv	1992	7,3	1,8	2,4	4,0	
	1995	5,8	1,4	2,4	2,8	1,9
	1997	5,2	1,3	2,5	2,7	

Anm. * = Kommittén har endast haft tillgång till begränsade uppgifter avseende Island.

3.3 Situationen i Sverige

Det epidemiologiska läget i Sverige följs bl.a. genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till SMI, se närmare om detta i kap. 5.3. För att belysa utvecklingen beträffande förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar visas i tabell 3:2 och 3:3 vissa statistiska uppgifter. I tabell 3.2 redogörs för de enligt smittskyddslagen klassificerade samhällsfarliga sjukdomarna och i tabell 3:3 redogörs för några av de övriga anmälningspliktiga sjukdomarna som har en större inhemsk spridning.

Tabell 3:2 Antalet kliniskt anmälda fall av samhällsfarliga sjukdomar 1988, 1991, 1993, 1994, 1997 och 1998

<i>Sjukdom</i>	<i>1988</i>	<i>1991</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1997</i>	<i>1998*</i>
Gonorré	1 437	617	367	307	246	339
Hepatit A	278	294	274	344	620	233
Hepatit B (akut**)	222	254	211	264	154	1953
Hepatit B (bärare**)	552	1 469	1 996	1 147	711	
Hepatit C	–	2 359	4 028	3 726	2 358	2 576
Hiv	306	327	390	259	241	250
Klamydia	23 878	20 986	14 963	13 625	13 905	15 198
Meningokocksjukdom	80	130	88	66	75	63
Paratyfoid	55	54	22	27	25	25
Salmonella	5 254	5 534	4 344	5 097	4 286	4 237
Shigella	638	686	755	698	585	530
Syfilis	87	121	96	67	47	42
Tuberkulos ***	536	519	619	529	449	458
Tyfoid	26	28	22	16	18	24
Övriga samhällsfarliga sjukdomar	<10	<10	<10	<10	<10	

Källa: SMI:s årsrapport 1997 samt muntliga uppgifter från SMI.

Anm.: * Avser preliminära uppgifter. ** Akut = akut insjuknande, bärare = fall där personen bär på smitta utan att samtidigt ha insjuknat. *** T.o.m. 1994 avser statistiken centrala tuberkulosregistrets uppgifter om antalet insjuknade under resp. år, fr.o.m. 1995 avser uppgifterna antalet anmälningar under året. – = ingen rapportering.

Tabell 3:3 Antalet kliniskt anmälda fall av några anmälningspliktiga sjukdomar 1989, 1991, 1993, 1994, 1997 och 1998

<i>Sjukdom</i>	<i>1989*</i>	<i>1991</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1997</i>	<i>1998**</i>
Campylobacter	1 861	4 275	4 485	5 529	5 306	6 474
EHEC	–	–	–	–	137	72
Legionella	18	75	42	39	87	76
Yersinia	–	–	–	–	558	555

Källa: SMI:s årsrapport 1997 samt muntliga uppgifter från SMI.

*Anm.:** Såväl campylobacter som legionella blev anmälningspliktiga först 1 juni 1988 varför 1989 valts som första hela år i tabellen. ** Avser preliminära uppgifter.

– = ingen rapportering eftersom sjukdomarna blev anmälningspliktiga först 1996.

I jämförelse med många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Under 1980- och 1990-talen har dock skett en rad förändringar som påverkat smittskyddssituationen i Sverige. Positiva förändringar har ägt rum genom olika åtgärder som medfört en markant minskning av ett antal olika smittsamma sjukdomar. Ett flertal av de samhällsfarliga sjukdomarna förekommer endast som något enstaka fall under den senaste tioårsperioden. Detta gäller t.ex. polio (1 fall) och difteri (0 fall). Oavsett detta utgör infektionssjukdomarna fortfarande ett väsentligt problem. Nya problem har uppmärksammats, bl.a. förekomsten av antibiotika-resistenta bakterier. Vidare är Sverige idag mer utsatt för smittsamma sjukdomar genom det ökade utbytet med omvärlden. Några faktorer som haft betydelse är människors allt mer omfattande utlandsresor, den ökade invandringen och handeln med livsmedel. *Malaria*, som inte längre är en inhemsk sjukdom, är ett exempel på omvärldens betydelse. De ca 200 fall som anmäls varje år utgörs av personer av svensk eller utländsk härkomst som samtliga har smittats utomlands. Invandringens betydelse visar sig bl.a. i statistiken genom att antalet anmälningar för ett antal sjukdomar ökade markant de första åren under 1990-talet då Sverige mottog ett mycket stort antal asylsökande. När det gäller t.ex. *tuberkulos* där antalet anmälda fall legat relativt konstant under tioårsperioden ses en minskning av de svenskfödda smittade men däremot en ökning av smittade med utländsk härkomst.

Mag- och tarmsjukdomar

Diarrésjukdomar och andra smittsamma mag- och tarmsjukdomar är mycket vanligt förekommande i Sverige. En undersökning från Livsmedelsverket pekar på att runt 500 000 människor drabbas varje år av

någon livsmedelsburen infektion. Särskilt uppmärksammat de senaste åren är *calicivirus* som varit framträdande i ett flertal av de vatten- och livsmedelsburna utbrotten under de senaste åren. En sjukdom som utgör ett inhemskt problem av stor betydelse är *campylobacter*. Antalet campylobacterinfektioner har fortsatt att öka under de senaste tio åren. Mellan 30 och 40 % av fallen rör sig om inhemskt smittade personer. Fram till mitten av 1990-talet förekom inte spridning av *E.coli* O157 (EHEC) i någon nämnvärd utsträckning i Sverige. Situationen förändrades dock 1995 då tre större utbrott inträffade med sammanlagt drygt 100 smittade personer. Större utbrott inträffade även under 1996 och 1997 och omfattade respektive år ett hundratal smittade personer. Däremot har antalet inhemskt smittade fall av *salmonella* varit relativt konstant sedan mitten av 1980-talet. Av de totalt mellan 3 500 och 5 000 fall av salmonella som årligen anmäls utgörs 10–15 % av inhemskt smittade personer. Trots farhågorna om effekterna av Sveriges inträde i EU har därefter inte noterats några tecken på en ökad förekomst av inhemska salmonellafall.

Sexuellt överförbara sjukdomar

De sexuellt överförbara sjukdomarna har minskat kraftigt under tioårsperioden. Antalet anmälningar av *syfilis* har minskat från 87 fall 1988 till 47 fall 1997. Den inhemska spridningen av syfilis är liten, majoriteten av de smittade har erhållit sjukdomen utomlands. Som framgår av tabell 3:2 har antalet anmälda fall av *gonorrhé* minskat från 1 437 fall 1988 till 246 fall 1997. Emellertid märktes 1997 en mindre ökning av gonorrhéfällen vilket hade sin grund i en ökad inhemsk smittspridning, främst bland unga människor. Denna ökning av antalet anmälda fall har fortsatt under 1998. Enligt den preliminära statistiken från SMI anmäldes 339 fall av gonorrhé under 1998.

Mellan 1988 och 1994 minskade vidare antalet fall av *klamydia* med drygt 50 %. Minskningen avstannade emellertid 1994 och höll sig fram t.o.m. 1997 på omkring 14 000 fall årligen. Den preliminära statistiken för 1998 visar för första gången på en signifikant ökning av antalet anmälda fall av klamydia. Detta trendbrott torde till viss del bero på att en förbättrad och mer förfinad provtagningsteknik tagits fram. Samtidigt har dock uppmärksamats att provtagningsfrekvensen minskat markant de senaste åren och att ökningen främst ägt rum bland unga människor. Dessa sistnämnda faktorer talar för att den statistiska ökningen motsvarar en faktisk ökad inhemsk smittspridning. Det kan också konstateras att mörkertalet, dvs. antalet oupptäckta fall, antas vara relativt stort.

Antalet anmälda fall av *hivinfektion* har hållit sig på en relativt konstant nivå sedan flera år. Antalet anmälningar har sedan 1994 legat på drygt 250 fall årligen. Statistiken visar vidare klart att smittspridningen inom Sverige är begränsad (se närmare avsnitt 3.4).

Hepatiter

Den inhemska spridningen av *hepatit B* har varit relativt begränsad under 1990-talet. Som framgår av tabell 3:2 har antalet anmälda akut insjuknade legat runt 200 fall årligen, varav majoriteten smittats i Sverige. Omvärldens betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige visas tydligt av statistiken över anmälda fall av kroniska smittbärare av hepatit B. Den absoluta majoriteten av dessa kroniska smittbärare har smittats utomlands. *Hepatit A* är däremot i första hand en inhemsk sjukdom. Fram till 1994 anmäldes närmare 300 fall årligen. Emellertid började 1994 en epidemisk spridning av hepatit A, främst bland intravenösa missbrukare, som fortsatt. Smittspridningen inom Sverige har fortsatt och 1997 anmäldes 620 fall vilket är mer än en fördubbling jämfört med början av 1990-talet. Smittspridningen av *hepatit C* synes enligt statistiken vara hög. Majoriteten av de anmälda fallen utgörs dock av personer som smittats flera år före anmälan. Orsaken till detta är att man först på 1990-talet fått tillgång till tillförlitliga analysmetoder och därför kunnat fastställa förekomsten av hepatit C.

Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner

Som framgår av avsnitt 3.2.1 har bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om tecken pekar på en oroande utveckling också i Sverige uppfattas dock den inhemska situationen som mycket bättre än i många länder. Några totalresistenta bakterier har inte upptäckts i Sverige, varför någon typ av antibiotikabehandling finns för praktiskt taget alla bakterier som orsakar sjukhusinfektioner. Däremot har man uppmärksammat en ökning när det gäller multiresistenta bakterier, dvs. bakterier som är resistenta mot flera antibiotikapreparat samtidigt. Så ökade t.ex. förekomsten av *pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin* under mitten av 1990-talet, främst i södra Sverige. Under 1996, då anmälningsplikt infördes, anmäldes 362 fall av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin och under 1997 anmäldes 528 fall. Trenden av ökande antal fall i södra Sverige synes dock ha kunnat brytas genom att särskilda

åtgärdsprogram sattes in. Inom vården har man uppmärksammat bl.a. en ökad utbredning av antibiotikautlöst diarré orsakad av tarmbakterien *clostridium difficile*. Multiresistenta stammar av salmonella har vidare blivit allt vanligare under de senaste åren. För att skärpa övervakningen av förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier och av användandet av antibiotika har skapats särskilda frivilliga organisationer för bevakning och utvecklande av åtgärdsprogram, bl.a. Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). Genom dessa organisationer har man numera en relativt god kännedom om läget när det gäller antibiotikaresistens vid luft- och urinvägsinfektioner som behandlas inom öppenvården samt om antibiotikaförbrukningen i landet.

På senare tid har även särskild uppmärksamhet ägnats åt s.k. *vårdrelaterade infektioner*, dvs. infektioner som har samband med sjukvårds- eller tandvårdsbehandling. Man vet att sådana infektioner utgör ett problem inom den svenska sjukvården men kunskaperna om omfattningen är mycket bristfälliga bl.a. p.g.a. att väl fungerande rapporteringssystem inte finns och att forskning om de svenska förhållandena är sparsamt förekommande. Frågor om vårdrelaterade infektioner behandlas närmare i kap 4.

Fästingburna sjukdomar

De fästingburna infektionssjukdomarna, som t.ex. *borrelia* och *TBE* (fästingburen encefalit) har särskilt uppmärksamrats under de senaste tio åren. Förekomsten av borreliainfektion synes ha ökat i Sverige, årligen uppskattas mellan 5 000 och 10 000 fall. Borrelia är vanligt förekommande längs hela Sveriges kustområden samt i södra och mellersta delarna av Sverige. När det gäller TBE, mot vilken speciell behandling saknas, diagnosticeras mellan 40 och 120 fall årligen och spridningen av denna sjukdom synes vara koncentrerad till vissa delar av Sverige.

3.4 Särskilt om hivinfektion

Vid införandet av nu gällande smittskyddslag var förekomsten av hivinfektion ett ganska nytt fenomen och de närmare kunskaperna om såväl sjukdomen som de epidemiologiska förhållandena var fortfarande ganska begränsade. Bl.a. på grund av intensiv forskning har kunskaperna om hivinfektion förändrats betydligt de senaste tio åren. En närmare redogörelse för sjukdomen återfinns i del B bilaga 8. Här skall emeller-

tid några särskilda frågor belysas, nämligen utvecklingen när det gäller behandling m.m. och den epidemiologiska situationen i Sverige.

Utvecklingen av behandling mot hivinfektion

En betydande del av forskningen kring hivinfektion och aids har ägnats åt ta fram effektiva behandlingsmetoder. Fram till 1987 tog vården främst sikte på behandling för att lindra de aidsrelaterade sjukdomarna. Det första hivläkemedlet, AZT, godkändes i Sverige 1987. Härefter har utvecklingen gått snabbt när det gäller tillgången på mer effektiva mediciner. Av betydelse för utvecklingen har bl.a. varit nya kunskaper om hivviruset. Fram till början av 1990-talet visste man inte säkert hur hivinfektionen bröt ned immunförsvaret. Studier har emellertid visat, i motsats till vad man tidigare trott, att produktionen av virus pågår under hela infektionen och att nedbrytningen av immunförsvaret således främst torde orsakas av en ökande mängd virus. Forskningen har vidare visat att hivviruset har en stor förmåga att förändra sig. Dessa kunskaper har tillsammans med tillgången till förfinade metoder att mäta virusnivåerna i blodet kunnat leda till effektivare behandling. Sedan 1995 tillämpas i Sverige regelmässigt en behandling där olika hivläkemedel kombineras. Kombinationsbehandlingen har visat sig ha goda resultat när det gäller att förhindra utvecklingen av aids, vilket visats bl.a. i SMI:s anmälningsstatistik över antalet aidsfall, se nedan. Det har visats att behandlingen lett till minskade virusnivåer i blodet, i vissa fall t.o.m. under mätbara nivåer. Emellertid vet man inte hur smittsamheten påverkas och långtidseffekterna av behandlingen är ännu okända. Även om det inte anses troligt att kombinationsbehandlingen kan bota hivinfektion är den rådande ståndpunkten idag att det finns hopp om att behandlingen skall medföra att sjukdomen för många kan förvandlas till en kronisk men behandlingsbar sjukdom. Behandlingen är emellertid inte problemfri. Vissa patienter har trots behandling haft stigande virusnivåer och det finns risk för resistensutveckling, dvs. att viruset utvecklar motståndskraft mot läkemedlen. Behandlingen ställer vidare stora krav på den enskilde patienten genom mycket strikta medicinrutiner och problem med biverkningar. För en del patienter har biverkningarna varit av den art att behandlingen har fått avbrytas.

Till skillnad från framgångarna när det gäller medicinsk behandling har något verksamt vaccin mot hivinfektion inte kunnat tas fram och det anses tveksamt om ett fungerande vaccin kommer att finnas inom den närmaste 10-årsperioden. Däremot har förebyggande behandling, bl.a. AZT-medicinering, börjat att ges i samband med att en person utsatts för risk att smittas av hivinfektion. Effekterna av sådan behand-

ling är ännu inte säkerställda men studier har visat att viss skyddseffekt erhållits bl.a. för sjukvårdspersonal som drabbats av ett smittotillbud.

Smittspridningen i Sverige

Sedan 1985 och fram till och med 1998 har totalt 4 917 personer anmälts med hivinfektion i Sverige, varav 3 723 män och 1 194 kvinnor. Årligen har runt 250 nya fall av hivinfektion anmälts. Medelåldern bland de diagnosticerade har legat runt 30–35 år. Smittan har erhållits huvudsakligen genom homosexuell kontakt (42 %), heterosexuell kontakt (35 %) och genom intravenöst missbruk (17 %). Andra smittvägar har varit marginellt förekommande och det bör observeras att inte någon person har smittats av blodprodukter i Sverige efter 1986. Majoriteten av de heterosexuellt smittade har varit av utländsk härkomst medan förhållandet är det motsatta beträffande övriga smittvägar. Beträffande förekomsten i olika delar av Sverige kan konstateras att drygt 60 % av de hivpositiva är bosatta i Stockholm och drygt 20 % i övriga storstadsområden (Göteborg och Malmö). Sedan 1985 och fram till slutet av 1998 har vidare totalt 1 621 fall med aidsdiagnos anmälts. Av dessa har 1 133 personer avlidit. Antalet anmälda aidsfall har dock minskat markant efter det att nya behandlingsmetoder har börjat att användas. 1995 anmäldes 198 nya aidsfall, 1997 anmäldes 77 nya aidsfall och 1998 anmäldes 63 nya aidsfall. Mellan dessa år har således antalet årligen anmälda aidsfall mer än halverats. Behandlingsmetoderna har också medfört att antalet aidssjuka som avlidit kraftigt minskat. Samtidigt bör dock erinras om att antalet nyanmälda fall av hivinfektion inte har minskat.

Anmälningssstatistiken visar att utvecklingen av förekomsten av hivinfektion i Sverige inte blev sådan som befarades i mitten av 1980-talet. Smittspridningen i Sverige är klart begränsad. 1997 anmäldes totalt 241 nyupptäckta fall av hivinfektion. I den heterosexuella gruppen, 115 personer, uppgav drygt 17 %, dvs. 19 personer, att de smittats i Sverige. Det omvända gäller för dem som uppgivit sig ha blivit smittade genom homosexuella kontakter vilket 1997 var 76 personer. I dessa fall uppgav sig drygt 71 %, dvs. 54 personer, att de blivit smittade i Sverige. Även bland de hivpositiva intravenösa missbrukarna har majoriteten blivit smittade i Sverige. Av 24 nyanmälda hivpositiva intravenösa missbrukare 1997 uppgav drygt 84 % att de smittats i Sverige. Den inhemska spridningen av hivinfektion synes således äga rum främst bland homosexuella män och intravenösa missbrukare.

3.5 Nya sjukdomar och problem

Som redogjorts för i tidigare avsnitt är smittskyddssituationen föränderlig. Nya smittsamma sjukdomar har uppträtt och det har uppstått situationer som medfört nya problem. Utvecklingen av den medicinska forskningen har också givit ökade möjligheter att upptäcka smittämnen och påvisa nya samband mellan smittämnen och olika sjukdomar. Det har bl.a. visat sig att sjukdomar som inte tidigare betraktats som infektionssjukdomar är orsakade av bakterier eller virus. Så har kunnat påvisas att magsår och möjligen också magcancer orsakas av en bakterie, *helicobakter pylori*. Vidare är det nu klarlagt att den viktigaste orsaken till cancer i livmoderhalsen är infektion med humant papillomavirus (s.k. "könsvärtor" eller kondylom). Studier har också visat på möjliga samband mellan bakterier/virus och t.ex. diabetes och multipel skleros (MS).

En sjukdom som under de senaste åren väckt särskilt intresse är *Creutzfeldt Jacobs sjukdom (CJS)*. CJS är en sedan länge känd s.k. prionsjukdom som främst angriper hjärnan. Den hittills kända varianten är ärftlig eller uppkommer spontant av okänd orsak, men man har också kunnat påvisa smitta vid kontakt med t.ex. hjärnvävnad. Förekomsten av denna form av CJS är mycket sällsynt i Sverige. Våren 1996 rapporterades uppträdandet av ett tiotal särpräglade fall av CJS i Storbritannien, den s.k. *n.v.CJS*. Misstankar fanns att denna form av CJS kunde kopplas till konsumtion av kött från djur som hade smittats av Bovin spongiform encephalopati (BSE; en djursjukdom som också tillhör gruppen prionsjukdomar). Båda sjukdomsformerna står numera under särskild övervakning såväl nationellt som internationellt. I Sverige har inte några fall av n.v.CJS påvisats och några fall av BSE bland den svenska boskapen har heller inte påträffats. Det anses också vara osannolikt att en epidemi av n.v.CJS kommer att uppstå i Sverige.

En annan fråga som hänger samman med förekomst av smittämnen hos djur är s.k. *xenotransplantationer* (dvs. transplantation av organ från djur till människa). Det är idag inte känt om vissa former av virus eller andra smittämnen kan överföras till människan via djurorgan eller djurvävnad. Med hänsyn bl.a. till de okända smittriskerna har regeringen tillsatt en parlamentarisk kommitté som skall göra en översyn av bl.a. förutsättningarna för sådana transplantationer.

4 Vårdrelaterade infektioner

4.1 Inledning

I detta kapitel redogör kommittén för vissa frågor rörande infektioner som erhålls i samband med hälso- och sjukvård. Kostnaderna för vårdrelaterade infektioner berörs i kap. 18.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner och infektionshygieniska frågor har under de senaste åren väckt särskild uppmärksamhet, bl.a. på grund av oro för att sådana infektioner ökar inom vården. Det bör här anmärkas att infektioner i samband med sjukhusvård inte är något nytt problem och sedan 1960-talet har en särskild sjukhushygienisk verksamhet funnits inom sjukvården. Några särskilda lagbestämmelser finns inte på området. Infektioner som är relaterade till hälso- och sjukvården har emellertid diskuterats i ett antal nationella och regionala utredningar och rekommendationer. Det bör noteras att frågorna inte berördes i förarbetena till gällande smittskyddslag.

Mot bakgrund av de stora strukturförändringar som sjukvården genomgått har Socialstyrelsen under 1996 och 1997 genomfört en särskild verksamhetsöversyn rörande hygienverksamheten inom hälso- och sjukvården. Översynen har redovisats i Socialstyrelsens rapport 1998:19 "Vårdrelaterade infektioner. En verksamhetsöversyn". Bl.a. med anledning av vad som framkom vid översynen har Socialstyrelsen också till regeringen överlämnat en särskild skrivelse (S 98/6129/HS) med förslag till olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området.

Den följande redovisningen bygger i huvudsak på nu nämnda rapport. Kommittén har också haft ett seminarium om sjukhushygien den 29 oktober 1997. Med hänsyn till de samstämmiga uppgifter som framkommit vid såväl seminariet som i rapporten görs inte annat än undantagsvis särskilda hänvisningar till dessa i den följande redovisningen.

I skrivelsen till regeringen har Socialstyrelsen förespråkat att begreppen "*vårdrelaterade infektioner*" och "*infektionshygien*" skall användas i stället för "sjukhusinfektioner" respektive "sjukhushygien". Orsaken härtill är att det är fråga om infektioner som uppstår även vid

vård utanför sjukhusen. Kommittén har valt att använda dessa föreslagna begrepp.

Enligt Socialstyrelsens officiella definition från 1979 avses med begreppet sjukhusinfektioner – "vårdrelaterade infektioner" – följande.

"Med sjukhusinfektion avses varje infektionstillstånd som drabbar patient till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsalstrande ämnet tillförs i samband med vården eller härrör från patienten själv samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården. Med sjukhusinfektion avses även infektionstillstånd som personal ådragit sig till följd av arbetet."

4.2 Omfattningen av vårdrelaterade infektioner

Att det i Sverige finns problem med vårdrelaterade infektioner inom den slutna sjukvården och inom kommunernas hälso- och sjukvård vet man, men däremot är det okänt om problem föreligger inom övrig offentlig öppenvård och inom tandvården. Kunskaperna om problemens omfattning är bristfälliga, bl.a. på grund av att väl fungerande rapporteringssystem inte finns och att forskning om de svenska förhållandena är sparsamt förekommande. Flera infektioner som här är av intresse är t.ex. inte anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Såväl den obligatoriska rapporteringsskyldigheten av "oväntade infektioner" enligt den s.k. Lex Maria och uppgiftsskyldigheten till Socialstyrelsens slutenvårdsregister ger endast ofullständiga uppgifter om förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Viss frivillig registrering och rapportering förekommer, bl.a. genom den frivilliga laboratorierapporteringen till Smittskyddsinstitutet (SMI). Rapporteringen har dock en bristfällig täckning.

I Socialstyrelsens översyn tillställdes bl.a. sjuksköterskor och läkare vid sjukhusens hygiensektioner (om dessa se närmare nedan), smittskyddsläkare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i den kommunala vården en enkät rörande bl.a. förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Enligt enkätsvaren ansågs de största problemen inom den offentliga slutna vården vara diarrésjukdomar och antibiotikaresistenta mikroorganismer. Även inom den kommunala hälso- och sjukvården ansågs diarrésjukdomar vara ett av huvudproblemen. Härutöver ansågs återkommande urinvägsinfektioner, trycksår och influensautbrott vara vanligt förekommande vårdrelaterade infektioner. Det samstämmiga

intrycket var att de vårdrelaterade infektionerna ökat under de senaste åren.

Ett av de viktigaste framtidsproblemen som framfördes i enkätsvaren var antibiotikaresistenta bakterier och förbrukningen av antibiotika. Här skall anmärkas att förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier delvis har berörts i kap. 3.3.

Vissa studier har genomförts rörande förekomsten av vårdrelaterade infektioner inom den offentliga slutna vården. När det gäller t.ex. postoperativa sårinfektioner uppskattas frekvensen till mellan 2 och 4 % varje år, vilket dock med hänsyn till brister i registrering och rapportering antas vara en låg skattning. Enligt en studie av 17 600 patienter som vårdades på intensivvårdsavdelningar mellan 1995 och 1997 hade 10 % drabbats av en sjukhusförvärd infektion. I en nationell studie, genomförd av SMI, uppskattades att över 6 000 personer, varav tre fjärdedelar inom sjukhusvård, hade smittats 1995 av bakterien *Clostridium difficile* som kan ge svårbehandlad diarré. Antalet diagnosticerade fall 1984 var enligt SMI 555 fall. *Clostridium difficile* ingår numera i den frivilliga laboratorierapporteringen till SMI. Enligt denna rapportering har antalet rapporterade fall legat runt 5 000 fall per år. När det gäller antalet fall och utbrott av diarrésjukdomar som orsakats av *virus* är den närmare storleksordningen inte känd, bl.a. på grund av diagnossvårigheter, men bedöms vara betydande.

Allvarligare former av sjukhusförvärdade infektioner har orsakats av bl.a. *gula stafylokocker* och *enterokocker*. Dessa bakterier finns normalt på huden respektive i tarmfloran men kan ge infektioner om de kommer in i andra organ. Särskilt allvarligt är om sådana bakterier kommer in i blodomloppet och ger upphov till blodförgiftning. Läget beträffande *MRSA* (meticillinresistenta stafylokocker, dvs. gula stafylokocker som är resistenta mot ett stort antal antibiotika) är ganska väl känt. Med undantag för Göteborg, där man under 1990-talet haft viss kontinuerlig spridning av *MRSA*, har endast ett fåtal episoder med *MRSA*-infektioner förekommit på vårdinrättningarna i Sverige. Sedan 1995 ingår *MRSA* i den frivilliga laboratorierapporteringen till SMI. Mellan 1995 och 1997 har mellan 50 och 80 fall anmälts årligen. Under 1998 har en markant ökning märkts och antalet anmälda fall av *MRSA* för detta år beräknas uppgå till mellan 125 och 150 fall. Emellertid bör här beaktas att ungefär hälften av de anmälda fynden hänför sig till utomlands förvärdade bakterier. När det gäller *resistent enterokocker* har också en ökning märkts. Enligt uppgift från SMI uppgår de resistenta enterokockerna på flera håll i landet till 20–30 % av samtliga enterokockinfektioner. Före 1995 ansåg man vidare inte att den allvarligaste typen av resistenta enterokocker, vancomycinresistenta enterokocker (*VRE*), förekom i Sverige men därefter och fram till 1997

uppmärksammades sex fall. Två studier genomförda av SMI under 1997 och 1998 visar dock att förekomsten av VRE är mycket ovanlig i Sverige.

4.3 Ansvar och organisation

Hälso- och sjukvård bedrivs i såväl landstingens som kommunernas regi. Landstingen har enligt tandvårdslagen (1985:125) också ansvaret för tandvården. Kommunal hälso- och sjukvård omfattar hälso- och sjukvård till personer som bor i kommunernas särskilda boendeformer samt viss hemsjukvård. Den omfattar dock inte läkarvård.

Landstingen och kommunerna har således det övergripande ansvaret för vårdens bedrivande och därmed också det övergripande ansvaret för de vårdhygieniska frågorna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) skall det finnas särskilda verksamhetschefer som svarar för verksamheten på enheter inom den landstingsdrivna vården. Inom kommunernas verksamhetsområde skall finnas s.k. medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Hälso- och sjukvårdspersonalen har också ett personligt ansvar enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område bl.a. för att arbetet utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer finns i alla landsting s.k. hygiensektioner, med särskilt ansvariga läkare och sjuksköterskor. Några formella mandat att genomföra vissa åtgärder har dessa inte utan deras roll är främst rådgivande. Någon motsvarande särskild organisation finns inte inom den kommunala vården.

Utöver nu nämnda bestämmelser finns ansvarsbestämmelser som berör området för vårdhygien i annan lagstiftning. Så är t.ex. livsmedelslagens bestämmelser om livsmedelshantering tillämpliga även i de fall sjukhusen själva hanterar livsmedel. Även hälsoskyddsbestämmelserna i miljöbalken samt bestämmelserna i arbetsmiljölagen kan bli tillämpliga.

Även smittskyddslagen är tillämplig på förhållanden inom vården. Smittskyddsläkarens ansvar för att adekvata åtgärder vidtas mot smittsamma sjukdomar gäller därför formellt även smitta som sprids inom sjukhusen. Enligt praxis bedriver smittskyddsläkaren dock sällan utredningar eller vidtar åtgärder, med undantag för de samhällsfarliga sjukdomarna, inom sådana lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård. Motsvarande gäller även för kommunernas ansvar för objektinriktade åtgärder enligt smittskyddslagen. Problem med vårdrelaterade infektioner förutsätts i stället lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister.

Beträffande det statliga ansvaret kan här nämnas att i Socialstyrelsens ansvar för tillsynen över hälso- och sjukvården ingår även vårdhygieniska frågor. Socialstyrelsen har bl.a. utfärdat olika rekommendationer på området. Enligt sin instruktion har vidare SMI ansvar för bl.a. att stödja och samordna bekämpningen av de vårdrelaterade infektionerna. SMI har emellertid inte någon rätt att meddela föreskrifter utan kan endast verka genom rekommendationer och rådgivning.

För att belysa ansvarsfrågorna ställdes i Socialstyrelsens enkäter ett antal frågor rörande ansvarsfördelningen. Svaren visade att det förelåg en relativt stor enighet om vem som har huvudansvaret för åtgärder inom den slutna vården men att ansvarsförhållandena ansågs mer oklara inom öppenvården och den kommunala vården. Beträffande samarbete mellan hygiensektionerna och olika vårdgivarinstanser eller myndigheter framkom i enkätsvaren att många av sektionerna inte har något organiserat samarbete med olika former av öppenvård eller med kommunernas hälso- och sjukvård. Här skall anmärkas att detta inte innebär att man inte har kontakter vid behov, då t.ex. ett infektionshygieniskt problem uppstått vid ett kommunalt sjukhem. Enligt enkätsvaren var det vanligaste önskemålet för utökat samarbete med bl.a. kommunernas hälso- och sjukvård och intensiv- och operationsavdelningarna. Av enkäten framgick vidare att flertalet smittskyddsläkare samarbetade med hygiensektionen i smittspridningsfrågor såväl på som utanför sjukhusen, men att önskemål förelåg även här om utökat samarbete. Det framgick också att brister förelåg i samarbetet rörande antibiotikafrågor i såväl slutna som öppna vård.

4.4 Problem enligt bl.a. Socialstyrelsens översyn

Enligt Socialstyrelsen finns idag brister inom hygienområdet på flera håll. I Socialstyrelsens rapport utpekades ett flertal problem vilka också framfördes vid kommitténs seminarium. Några av de problem som har betydelse för förekomsten av vårdrelaterade infektioner är enligt detta underlag följande.

Ett grundläggande problem som också redogjorts för i avsnitt 4.2 ovan är bristerna i övervakningen av infektionerna genom registrering och rapportering. Eftersom det inte finns ett enhetligt eller tillförlitligt system går det inte att få en samlad bild av omfattningen av antalet vårdrelaterade infektioner och det går inte heller att med säkerhet uttala sig om utvecklingen av de vårdrelaterade infektionerna.

Det framkommer vidare i rapporten att oklarheter föreligger rörande vem som har ansvaret för övervakningen och för att åtgärder vidtas. De eventuella problem som detta kan medföra synes dock vara beroende av i vad mån aktörerna har ett fungerande samarbete. Beträffande den sjukhushygieniska verksamheten bedöms läkare och sjuksköterskor vid hygiensektionerna arbeta i stort enligt Socialstyrelsens rekommendationer, men ett problem anses vara att verksamheten är starkt koncentrerad till slutenvård. Enligt rapporten når hygienverksamheten inte ut till t.ex. den kommunala hemsjukvården i önskvärd omfattning.

Ett annat problem som har framförts är brister i kunskaper och utbildning om infektionshygien hos personal och ansvariga inom hälso- och sjukvården. Särskilt påpekas detta utgöra ett problem inom den kommunala vården, bl.a. med hänsyn till att det även inom denna vårdnumera är vanligt med kvalificerad sjukvård och behandling. Här bör uppmärksammas att kommunens omhändertagande av bl.a. dem som har särskilt boende omfattar såväl egentlig vård som social omsorg samt att personalen inom den kommunala vården och omsorgen till övervägande del inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och inte heller har sjukvårdsutbildning.

Slutligen har oro uttryckts inför följderna av en allmän brist på resurser inom sjukvården vilken medfört bl.a. underbemanning och brist på isoleringsmöjligheter.

5 Utredning av sjukdomsfall

5.1 Provtagningsförfarandet

5.1.1 Allmänt om skyldighet att genomgå eller utföra provtagning

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser som ålägger såväl läkare som enskild att medverka till undersökning rörande smittsamma sjukdomar, bl.a. genom provtagning. I vissa fall ger lagen möjlighet att utföra undersökningen med tvång (se vidare kap. 7). Enligt 10 § har varje läkare i princip skyldighet att undersöka den som har anledning att anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Läkaren skall ta de prov som behövs för att kunna konstatera om den undersökte smittats av sjukdomen. Den som har anledning att anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom är i sin tur skyldig att utan dröjsmål söka läkare och ta de prov som behövs för att fastställa om han smittats eller ej (13 §). För att skyldigheten skall inträda krävs att konkret misstanke om smitta föreligger. Även rättegångsbalken och lagen (1988:1473) om undersökning beträffande hiv-smitta i brottmål innehåller vissa bestämmelser om skyldighet att genomgå provtagning (se kap. 12.10).

I övrigt finns inte någon lagstadgad obligatorisk provtagning. Där emot erbjuds i många fall möjligheter till provtagning genom s.k. screeningprogram. Deltagande i screeningprogram är frivilligt för den enskilde, och i princip finns inte heller någon föreskriven skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att erbjuda sådan provtagning. Vid undersökning av blodgivare och dylikt samt vid organdonationer är dock enligt Socialstyrelsens föreskrifter provtagning obligatorisk beträffande vissa sjukdomar (se beträffande blodgivning SOSFS 1989:38, 1990:25, 1995:3 och 1995:14, och beträffande organdonation SOSFS 1994:4).

Syftet med screeningprogrammen är att finna symptomfria men smittsamma personer. Undersökning erbjuds således på andra grunder än att symptom på sjukdom uppstått i det enskilda fallet. Som huvudregel bestämmer varje sjukvårdshuvudman själv programmets omfattning, och screeningrutinerna varierar mellan landstingen. Socialstyrel-

sen har emellertid meddelat allmänna råd och föreskrifter beträffande vissa sjukdomar.

5.1.2 Något om provtagningsförfarandet

De prov som kan bli aktuella för att avgöra om någon drabbats av en smittsam sjukdom är prov från blod, saliv, urin, avföring eller andra kroppsutsöndringar. Förekomsten av ett smittämne eller en sjukdom fastställs vanligen genom laboratorieanalys av provet. Vid anmälan av smittsam sjukdom tillämpas en av Smittskyddsinstitutet (SMI) utarbetad kriterielista som i nästan alla fall förutsätter att diagnosen är verifierad genom sådan analys. Vid vissa sjukdomar kan det dock vara tillräckligt att diagnos ställs enbart med utgångspunkt i den kliniska bilden (dvs. läkarens egna iakttagelser och de uppgifter som patienten lämnar). Detta kan stundom även räcka vid större utbrott.

5.1.3 Anonymitet vid provtagning

En särskild fråga gäller vilken rätt den enskilde har att vara anonym vid provtagning. Enligt patientjournalagen (1985:562) skall uppgifter om provtagning och analysresultat antecknas i den enskilde patientens journal. Journalen skall alltid innehålla uppgift om patientens identitet. Enligt ett särskilt stadgande i lagen får emellertid regeringen, eller myndighet som regeringen bestämmer, meddela föreskrifter om undantag för identitetsuppgifter vid provtagning för viss sjukdom. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av den oro som fanns för att vissa grupper skulle avhålla sig från hivprovtagning för att de inte ville att deras identitet skulle bli känd. Enligt förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av hiv har den enskilde rätt att vara anonym vid provtagningen; begär patienten anonym provtagning skall uppgifter om hans eller hennes identitet inte föras in i journalen. Visar analysen att patienten är smittad upphör emellertid rätten till anonymitet och fullständiga uppgifter införs i journalen. Som framgår av kap. 5.3 nedan behåller patienten dock sin anonymitet i den anmälan som behandlande läkare enligt 20 § smittskyddslagen har att göra till smittskyddsläkaren och SMI. En fråga som hänger samman med rätten till anonymitet är märkningen av det undersökningsmaterial som skickas till laboratorium för analys. Normalt märks provna med patientens namn och personnummer. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 1989:18) har emellertid patienter som undersöks för gonorré, syfilis, klamydia eller hivinfektion rätt att få

laboratorieprovna märkta med en särskild kod istället för med personuppgifter. Koden som tillämpas överensstämmer med den kod som används vid anmälan av dessa sjukdomar till smittskyddsläkaren och SMI (se 5.3). Läkaren skall underrätta patienten om rätten till kodning. Vidare skall han föra en särskild förteckning över de prov som kodats och över de patienter från vilka prov har tagits. När svar inkommit från laboratoriet skall uppgifterna tas ur förteckningen och – med undantag för anonyma negativa svar från hivprovtagning – föras in i patientens journal.

För att få en uppfattning om i vilken mån rätten till anonymitet har utnyttjats m.m. har kommittén kontaktat några hivmottagningar och infektionskliniker i Stockholm och Göteborg. Därvid framkom bl.a. följande. Vid *infektionskliniken på Huddinge sjukhus* informeras samtliga som söker för provtagning om möjligheten till anonymitet. Under de nio första månaderna av 1997 hade 30 % av drygt 150 sökande utnyttjat möjligheten att vara anonym. Andelen personer som kvarstår som anonyma även efter ett positivt testsvaret uppgår f.n. till knappt 8 % av de hivsmittade patienterna. Flertalet av dessa patienter har känd identitet och adress för åtminstone någon av personalen på kliniken, men man använder ett s.k. anonymnummer vid framförallt extern kommunikation. *Klara hivmottagning i Stockholm* genomförde under 1996 drygt 1 700 hivprovtagningar. Mottagningens journalsystem är uppbyggt så att samtliga patienter är anonyma. På mottagningen är uppfattningen att inte så många skulle avstå från provtagning om rätten till anonymitet upphörde, men att denna möjlighet ingår som en "framskjuten" del i mottagningens information om kliniken. På *Hudkliniken Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg* genomförs drygt 100 hivprovtagningar per vecka. Samtliga patienter erbjuds att vara anonyma och drygt två patienter per vecka antar erbjudandet. Det särskilda teamet som behandlar de hivsmittade patienterna känner identiteten på samtliga, men fyra av patienterna är anonyma utanför teamet. *Venhälsan på Södersjukhuset i Stockholm* (med särskild inriktning på homo- och bisexuella män) genomför cirka 1 200–1 400 hivprovtagningar per år. Identitetsuppgifterna förs aldrig in i journalen vid provtagning. Före 1990 förekom i högre grad att patienter kvarstod som anonyma även efter det att de konstaterats vara smittade. Nu är det drygt en patient per år som är anonym även efter diagnos. Enligt klinikens uppfattning har det blivit mindre intressant för de hivsmittade patienterna att vara anonyma eftersom kliniken i princip inte utfärdar några "anonyma" recept.

Den i betänkandets del B redovisade delrapporten från Torsten Berglunds pågående enkätstudie om sexuell livsstil, hiv och säkrare sex (se bilaga 2) utvisar att ytterst få personer svarat att de skulle avstå från

provtagning om rätten till anonymitet upphörde. Däremot trodde de flesta av de tillfrågade att andra personer skulle avstå från provtagning vid detta förhållande.

5.1.4 Laboratorieverksamheten

I smittskyddslagen finns inga bestämmelser om vem som skall analysera tagna prov. De flesta landsting har dock ett mikrobiologiskt och/eller virologiskt laboratorium som undersöker provna. Vissa landsting utnyttjar även privata laboratorier. Socialstyrelsen har tillsyn över laboratorierna, men även SMI har här viktiga funktioner. Institutet bedriver forskning och metodutveckling samt ansvarar för standardisering och kvalitetsövervakning av den metodik som används inom den mikrobiologiska diagnostiken. Inom ramen för ett särskilt program för externa provtagningsjämförelser har institutet i samverkan med Swedish External Quality Assurance in Laboratory Medicine genomfört kvalitetskontroller. Vidare pågår ett standardiseringsarbete avseende referensmetodik för laboratediagnostik vid kliniska mikrobiologiska laboratorier i samarbete med Svenska Läkarsällskapets sektion för Medicinsk Mikrobiologi. SMI håller ett nationellt förråd av smittämnen och andra biologiska substanser som referensmaterial och som s.k. standarder. Vidare skall institutet svara för att det finns tillgång till diagnostik för alla kända smittsamma sjukdomar. Institutet kan bl.a. ge assistans då det är fråga om ovanliga sjukdomar där det låga antalet fall ger diagnostiska svårigheter eller kräver dyr analys samt då ett laboratorium i övrigt inte har kapacitet för erforderlig analys.

Enligt SMI har de mikrobiologiska laboratorierna i Sverige generellt sett hög ambitionsnivå och god kvalitet. Ett led i kvalitetsutvecklingen har varit s.k. ackreditering av metoder och teknik hos Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC). Majoriteten av de kliniska mikrobiologiska laboratorierna är ackrediterade hos SWEDAC.

5.1.5 Provtagningsverksamhetens omfattning

Varken i den lagstadgade laborierapporteringen eller i den s.k. frivilliga rapporteringen redovisas det totala antalet analyserade prov, utan endast positiva prov redovisas. SMI begär alltid in allmänna provtagningsuppgifter då det gäller klamydia, gonorré och hivinfektion, men beträffande övriga smittsamma sjukdomar finns inte någon samlad statistik beträffande det totala antalet analyserade prov. Såväl SMI som

Socialstyrelsen bedömer dock att provtagningsfrekvensen i Sverige generellt sett är hög.

5.2 Smittspårning

5.2.1 Allmänt om smittspårning

Smittskyddslagens regler om smittspårning gäller endast de samhällsfarliga sjukdomarna. Det primära ansvaret för smittspårningen åvilar enligt 18 § smittskyddslagen den behandlande läkaren. Genom att ställa frågor till den som smittats av samhällsfarlig sjukdom skall läkaren söka få veta av vad eller av vem patienten kan ha blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Läkaren skall också försöka få reda på till vem som den smittade kan ha fört smittan vidare. Den som smittats har en lagstadgad skyldighet att medverka i smittspårningen (14 §). Någon sanktion mot den som vägrar delta finns emellertid inte.

Som nämnts under 5.1.1 är den som har anledning att anta att han eller hon smittats av samhällsfarlig sjukdom skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta sig undersökas. Om behandlande läkare i ett smittspårningsärende finner anledning att misstänka att någon smittats av samhällsfarlig sjukdom skall han på lämpligt sätt underrätta denne om hans skyldighet. Låter den misstänkt smittade inte utan dröjsmål undersöka sig skall läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren skall även underrättas om behandlande läkare inte omgående och utan svårighet kan nå den misstänkt smittade med underrättelse om skyldigheten att genomgå undersökning. Vidare skall behandlande läkare anmäla till smittskyddsläkaren då fall av samhällsfarlig sjukdom har konstaterats (20 § smittskyddslagen, se nedan 5.3). Efter sådan anmälan har smittskyddsläkaren att se till att ytterligare åtgärder vidtas, om han anser att sådana behövs för att hindra smittspridning. Detta innebär bl.a. att smittskyddsläkaren skall se till att smittspårning kommer till stånd om han finner brister i denna. Efter underrättelse från behandlande läkare om att någon som misstänks vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom vägrar låta sig undersökas skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som krävs för att få till stånd en läkarundersökning.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) framhålls att den läkare som anser sig sakna kompetens vad gäller smittspårning kan överlämna behandlingsansvaret för den smittade och därmed också ansvaret för smittspårningen till annan läkare. Han kan vidare överlåta det praktiska arbetet på kurator eller sjuksköterska, men

han har då kvar det formella ansvaret för smittspårningen. För att få råd om hur smittspårningen skall bedrivas kan läkaren vända sig till smittskyddsläkaren.

Som nämnts ovan skall behandlande läkare på lämpligt sätt underrätta den misstänkt smittade om skyldigheten att låta sig undersökas. För de sexuellt överförbara sjukdomarna framhålls i de allmänna råden att det i första hand är den smittade själv som bör kontakta den eller dem som han kan blivit smittad av och den eller dem som han själv kan ha fört smittan vidare till. I annat fall åvilar detta den som bedriver smittspårningen. Det bör då göras klart för den smittade att hans namn eller tidpunkten för den eventuella smittoöverföringen inte kommer att avslöjas för dem som kontaktas. Den som misstänks ha smittats bör helst inställa sig hos den läkare som ansvarar för smittspårningen; går den misstänkt smittade till annan läkare måste denne läkare meddela den smittspårningsansvarige om att den smittade undersökts. Och den misstänkt smittade som låter sig undersökas av annan läkare än den smittspårningsansvarige är skyldig att på ett godtagbart sätt snarast underrätta den senare om att han blivit undersökt och vilket resultat undersökningen givit (5 § smittskyddsförordningen). Behandlande läkare som kallar en misstänkt smittad till undersökning får vänta i högst 14 dagar på besked från annan läkare att undersökning ägt rum (SOSFS 1989:18). Därefter skall smittskyddsläkaren underrättas om att någon undersökning inte kommit till stånd, 26 § smittskyddslagen.

Det är stor skillnad i förfarings sättet då det gäller smittspårning av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) och den uppföljning som sker vid sjukdomar som sprids via objekt såsom vatten och livsmedel. Samarbetet mellan myndigheter är särskilt viktigt då det gäller den senare typen av sjukdomar; då smittspridningen inte sker mellan människor är den enskilde patienten (eller läkaren) sällan i stånd att peka ut smittkällan. Det är ofta först då smittskyddsläkaren fått uppgifter om flera likartade fall som han kan se ett mönster för smittans väg.

5.2.2 Särskilt om smittspårning vid STD

Då det är fråga om STD används ofta begreppet kontaktspårning istället för smittspårning. Kontaktspårningen bygger alltid på ett möte mellan patienten och en behandlare som utför utredningen. Ofta räcker det med ett informationsutbyte dessa två emellan för att utredningen skall kunna slutföras. På hudklinikernas särskilda enheter för STD har kontaktspårningen lång tradition och stark förankring, och det är nästan uteslutande kuratorer som sköter kontaktspårningen där. Allmänläkarna

utför oftare kontaktspårningen själva, ibland med hjälp av en sjuksköterska.

Kontaktspårning vid behandlingsbara STD

När det gäller behandlingsbara STD (syfilis, gonorré och klamydia) påbörjas kontaktspårningen ofta vid patientens första besök hos läkaren. Många patienter som söker för klamydia eller gonorré får behandling redan vid provtagningstillfället och då kan även kontaktspårningen påbörjas. Prov tas, patienten ges information om sjukdomen och får tillfälle att ställa frågor. Behandlaren frågar patienten om denne har en pågående relation; partnern uppmanas i sådant fall att snarast söka läkare. Tidigare partners diskuteras och patienten informeras om att ett positivt provsvar innebär att alla uppgivna partners måste söka läkare för undersökning. När diagnosen är fastställd går behandlaren igenom de uppgivna kontakterna och beslutar om patienten eller behandlaren skall kalla kontakterna. Ibland använder sig behandlaren av en skriftlig kallelse, ett s.k. "partnerbrev". Skall patienten kalla en partner, men misslyckas med att förmå denne att söka läkare, tar behandlaren över ansvaret. Oavsett vem som förmått partnern att söka läkare måste behandlaren förvissa sig om att partnern verkligen undersökts för den aktuella sjukdomen.

Kontaktspårning vid hivinfektion

Kontaktspårning vid hivinfektion skiljer sig i flera avseenden från kontaktspårning beträffande övriga STD. Vid hivinfektion handlar det inte i första hand om att spåra själva smittan utan snarare om att följa upp och ta kontakt med före detta partners. Dessutom kan man tvingas att gå flera år tillbaka i tiden, vilket kan innebära att möjligheten att finna smittkällan försämras. De flesta hivpatienter lever med en pendlande känslomässig process inom sig, med å ena sidan hopp om förbättring och bot, och å andra sidan det ständiga hotet om sjukdom och död. Detta måste beaktas i kontaktspårningsarbetet.

På flertalet kliniker finns team av kurator, läkare och sköterska som träffar patienten när hivbeskedet ges. I de flesta fall är det sedan kuratorn som utför den faktiska kontaktspårningen. Redan under första samtalet informeras patienten om att kontaktspårning så småningom kommer att ske. Om patienten då han får sin hivdiagnos har en pågående relation kallas enligt praxis partnern – oftast av patienten själv –

till mottagningen för samtal och eventuell testning. Partnern erbjuds egna stödsamtal.

Den allmänna uppfattningen bland kuratorer är att varje patient skall ges möjlighet att själv säga till sin eller sina tidigare partners att de måste söka läkare för rådgivning och hivtestning och att patienten skall få stöd i denna process. Väljer patienten istället att låta kuratorn kalla partnern informeras patienten om att hans namn inte kommer att lämnas ut till partnern. S.k. partnerbrev används inte lika ofta som vid behandlingsbara STD, många kuratorer använder istället ett standardbrev där adressaten uppmanas att kontakta kuratorn i ett angeläget ärende. Sättet att kalla partnern varierar emellertid beroende på dennes sociala situation. Kravet på kontroll av att uppgivna partners verkligen undersökts är detsamma som vid behandlingsbara STD. Det finns enstaka fall då man enligt praxis inte bör inleda, eller fullfölja, en kontaktspårning. Detta kan t.ex. vara fallet då patienten är svårt sjuk eller så påverkad av sitt tillstånd att man finner det olämpligt eller omöjligt att tala om tidigare sexuella kontakter.

5.2.3 Husläkarstudierna och kommitténs enkät

Kunskapen om hur smittspårning rent faktiskt går till är begränsad. De flesta vetenskapliga undersökningar som gjorts har syftat till att belysa värdet av smittspårningen som sådan eller att finna den mest kostnads-effektiva metoden.

SMI och Socialstyrelsen har genomfört studier bland husläkare avseende klamydia under 1994 och 1997. Av dessa framgår bl.a. att husläkarna i alltför stor utsträckning inte bedriver kontaktspårning i enlighet med sina skyldigheter och att detta främst beror på tidsbrist. Enligt studierna förekommer vidare att husläkare ibland helt underlåter att genomföra kontaktspårning och istället ger "dubbla" recept till patienten, ett till patienten själv och ett till partnern.

För att få en uppfattning om hur smittspårning utförs i praktiken har kommittén sänt ut enkäter rörande smittspårning beträffande klamydia, hivinfektion, hepatit B och tuberkulos. Enkäterna har tillställts läkare samt för klamydia och hivinfektion även kuratorer. I enkäterna har bl.a. ställts frågor om vem som kallar uppgivna kontakter, hur man kontrollerar att en kallad partner verkligen sökt läkare samt om smittskyddslagen uppfattas som ett problem eller en resurs i arbetet. Dessutom har en enkät sänts till alla Sveriges 24 smittskyddsläkare för att få en uppfattning om smittspårningsrutinerna vid samtliga ovan nämnda sjukdomar. Nedan redovisas några huvuddrag i enkätsvaren.

Klamydia

Enkäten besvarades av 18 allmänläkare, 30 hudläkare och 32 kuratorer. Av enkätsvaren att döma fungerar kontaktspårningen mycket väl på STD-klinikerna. Majoriteten av kuratorerna ansåg att de alltid har den tid de behöver för arbetet. Läkare och kuratorer vid STD-klinikerna låter, i större utsträckning än övriga tillfrågade, patienten själv bestämma hur partners skall kallas och man begär nästan alltid skriftlig bekräftelse som bevis på att partnern sökt läkare. En mycket liten andel av samtliga läkare och kuratorer som tillställdes enkäten påstod att de skulle förändra sitt arbete i någon högre grad om inte lagen reglerade verksamheten.

Hivinfektion

Enkätens specifika frågor om det praktiska arbetet besvarades av 13 infektions- och hudläkare och 23 kuratorer. 16 kuratorer och sju läkare angav att de alltid har den tid de behöver för arbetet. De flesta av kuratorerna och åtta läkare uppgav att de låter patienten själv bestämma vem som skall kalla partnern. Kontrollen av att alla angivna partners sökt läkare fungerar väl såtillvida att de allra flesta kräver skriftlig bekräftelse från den mottagning som testat partnern. Den svåra balansen att vara både övervakare och behandlare nämndes i olika kommentarer som orsak till att relationen till patienten kan störas av lagens regler om kontaktspårning, men många ansåg att relationen inte påverkas härav. Om kontaktspårningsarbetet inte reglerades i lag skulle de flesta tillfrågade arbeta på likartat sätt.

Hepatit B

Enkäten besvarades av 32 infektionsläkare. Läkarna utför i större utsträckning smittspårningen själva än då fråga är om hivinfektion. 14 läkare ansåg att de alltid har den tid de behöver för smittspårning. Sättet för kallelse av partner varierar mycket inom gruppen. Beträffande kontroller om partnern uppsökt läkare uppgav sex läkare att de litar på patientens uppgifter, medan 20 kräver skriftlig bekräftelse på att undersökning ägt rum. Majoriteten av läkarna ansåg inte att relationen vårdgivare–patient påverkas av smittskyddslagens regler. De flesta angav att de skulle arbeta på likartat sätt även om arbetet inte reglerades i lag.

Tuberkulos

Enkäten besvarades av 13 läkare. Frågan om hur uppgivna kontakter kallas besvarades av åtta läkare som samtliga angav att alla kontakter kallas via sjukvårdspersonal. Fem läkare angav att de undersöker alla kontakterna själva. Samtliga läkare svarade nej på frågan om relationen patient-vårdgivare påverkas av smittskyddslagens regler. De flesta skulle arbeta likadant även om smittspårningsarbetet inte reglerades i lag.

Smittskyddsläkarna

Enkäten besvarades av 22 smittskyddsläkare. Ett flertal påpekade att det alltid är behandlande läkare som utför kontaktspårningen vid smittsamma sjukdomar. Vid problem finns smittskyddsläkaren till hands som rådgivare och i vissa fall (efter anmälan enligt 26 § smittskyddslagen) kan han kalla uppgiven partner. De flesta smittskyddsläkare handlägger varje ärende individuellt när det gäller hepatit B, hivinfektion och tuberkulos medan det vid klamydia sker en mer standardiserad handläggning.

5.3 Anmälningförfarandet enligt 20 § och 22 § smittskyddslagen

Enligt smittskyddslagens bestämmelser föreligger skyldighet för bl.a. behandlande läkare att anmäla förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar till smittskyddsläkaren i det landsting läkaren har sin verksamhet och till SMI. Vid vissa sjukdomsfall skall anmälan även göras till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Anmälningförfarandet har två olika syften. Det ena är att mottagarna av anmälan snabbt skall få kunskap om inträffade fall av en allvarligare sjukdom för att direkta åtgärder skall kunna vidtas. Det andra syftet är att ge mer långsiktiga kunskaper om utbredningen av sjukdomarna för att på så sätt ge grund för bl.a. utvärdering av smittskyddet och utvecklande av åtgärdsstrategier. Genom anmälningarna får smittskyddsläkaren och SMI en total och aktuell bild av smittskyddsläget i respektive län. Uppgifterna i anmälningarna ligger också till grund för rapportering till Världshälsoorganisationen (WHO) och andra internationella organ.

De sjukdomar som skall anmälas enligt lagen (s.k. anmälningspliktiga sjukdomar) utgörs dels av de samhällsfarliga sjukdomarna, dels av

vissa andra smittsamma sjukdomar som i och för sig inte utgör ett lika stort hot mot befolkningens hälsa men vilkas utbredning och variationer i samhället det ändock ansetts angeläget att följa. Riksdagen beslutar om vilka sjukdomar som skall anses som samhällsfarliga, medan regeringen bestämmer vilka övriga sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga. Förteckningar över ifrågavarande sjukdomar återfinns i bilagor till smittskyddslagen respektive smittskydds-förordningen.

Även annan sjukdom än de förtecknade skall anmälas, om sjukdomen är eller misstänks vara smittsam samt har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i elakartad form (22 § smittskyddslagen). Det kan t.ex. vara fråga om en tidigare känd eller okänd sjukdom som lokalt eller regionalt fått en anmärkningsvärd spridning. Exempel på sådana tidigare inte kända sjukdomar är "Bua-sjukan" och "Ockelbosjukan". Förut anmäldes bl.a. EHEC och utbrott på daghem av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin enligt bestämmelsen; numera ingår dock dessa sjukdomar bland de anmälningspliktiga. Behandlande läkare skall vidare anmäla då en person med hivinfektion utvecklat aids (enligt WHO:s kriterier för aidsanmälan) samt då en person smittad av hepatit B, tuberkulos och tyfoidfieber upphör att vara smittbärande (SOSFS 1997:7).

Anmälningskyldigheten åvilar läkare när denne i sin verksamhet konstaterar att någon smittats av en anmälningspliktig sjukdom. Även läkare som vid obduktion finner smitta av anmälningspliktig sjukdom är skyldig att anmäla detta, liksom läkare vid mikrobiologiskt laboratorium som finner *smittämne* av anmälningspliktig sjukdom (laboratorier skall dock inte anmäla de samhällsfarliga sjukdomar som upptas under 1.3 i smittskyddslagens bilaga). Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om vissa undantag i anmälningskyldigheten för läkare vid mikrobiologiskt laboratorium.

Smittskyddslagen stipulerar att anmälan skall göras då ett sjukdomsfall konstaterats, dvs. när det klart fastställts att patienten är smittad av viss sjukdom. Lagen innehåller inte någon definition av de närmare kriterierna för diagnosen. För att få en enhetlig och korrekt rapportering har SMI utarbetat en förteckning för s.k. klinisk anmälan och för laboratorieanmälan. Eftersom det i vissa fall föreligger behov av att uppmärksamma smittskyddsläkarna redan på misstanke om smittsam sjukdom bör, enligt SMI:s förteckning, även osäkra fall anmälas. Detta sker regelmässigt per telefon. Socialstyrelsen har i föreskrift upprättat en förteckning över vilka smittämnen som skall anmälas av laboratorier.

Anmälan skall som huvudregel göras senast dagen efter det att läkaren fått vetskap om att den undersökte smittats, 2 § smittskydds-förordningen. För sjukdomar som upptas under 1.3 i bilagan till smittskydds-

lagen skall anmälan dock göras inom sju dagar. Misstänker läkaren att flera patienter smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom skall han, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta. Anmälan per telefon skall göras även i andra brådskande situationer, SOSFS 1997:7. Så bör bl.a. ske vid fall av listerios, difteri eller meningokockinfektion.

Rör det sig om en samhällsfarlig sjukdom skall anmälan innehålla uppgift om den smittades namn, personnummer och adress, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de förhållningsregler som läkaren meddelat och de åtgärder han vidtagit för att hindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet, 21 § smittskyddslagen. Gäller anmälan sjukdom som upptas under 1.3 i bilagan till smittskyddslagen skall dock uppgift om identitet eller sannolik smittkälla inte lämnas. I stället skall en kod bestående av de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades personnummer anges (den s.k. rikskoden) jämte uppgift om hemortslän. Saknar den smittade personnummer (vilket t.ex. kan vara fallet med asylsökande) skall istället en reservkod användas. Reservkoden utgörs av ett nummer som läkaren själv väljer. Är fråga om hivsmitta och tillhör den smittade en riskutsatt grupp skall, enligt 4 § smittskyddsförordningen, denna grupp anges i anmälan. Anmälan av anmälningspliktig sjukdom som inte är samhällsfarlig skall innehålla uppgift om den smittades identitet och de övriga uppgifter som behövs för att följa sjukdomens utbredning, 23 § smittskyddslagen. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om vad som skall ingå i anmälan enligt 21 § och 23 §, SOSFS 1997:7.

Smittskyddsläkaren är skyldig att vidta de åtgärder som erfordras då anmälan inkommit. Det räcker inte att han noterar och registrerar inkomna anmälningar; ett förebyggande och aktivt smittskydd förutsätter att han noga tar del av uppgifterna, bedömer dem och söker analysera vilka konsekvenser de kan få i smittskyddshänseende. I praktiken lägger smittskyddsläkarna ned ett stort arbete på denna uppföljning. Smittskyddsläkaren skall vidare på basis av inkomna anmälningar föra s.k. smittbärförteckning över hepatit B, tuberkulos och tyfoidfieber. När uppgift inkommer om att en person upphört vara smittsam, avlidit eller flyttat utomlands skall denne avföras från förteckningen.

Det åligger SMI att fortlöpande sammanställa de till institutet inkomna anmälningarna och med lämpliga mellanrum förse berörda myndigheter, läkare och veterinärer med redogörelse för dessa, 8 § smittskyddsförordningen. En sammanställning och analys redovisas i institutets årsrapporter.

Reglerna om anmälan har, enligt uppgift från smittskyddsläkarna och Socialstyrelsen, i princip fungerat väl. Det har emellertid från flera håll framförts att det förekommer att skriftlig anmälan inte görs inom

föreskriven tid. Vidare har underrapportering av klamydia förekommit, och det har även inträffat att läkare underlåtit att rapportera fall av hiv-infektion. Användandet av den s.k. rikskoden bereder vissa problem. Rikskoden fungerar inte då det gäller patienter som inte har eller vill uppge personnummer. Påhittade koder förekommer och det har inträffat att samma fall anmälts flera gånger med olika koder. Kodanvändningen har lett till statistikproblem, bl.a. då det gäller att koppla ihop hivanmälningar med aidsfall. För att få bukt med dessa bekymmer skärpte Socialstyrelsen 1997 föreskrifterna om tillämpningen av koder (SOSFS 1997:7).

Förutom det här beskrivna anmälningsystemet sker genom en överenskommelse mellan de mikrobiologiska laboratorerna och SMI frivillig rapportering av ytterligare cirka 40 smittämnen. Inga personuppgifter finns i dessa anmälningar. De deltagande laboratorerna (ett trettio-tal) sammanställer resultaten veckovis och rapporterar därefter till SMI och smittskyddsläkarna.

6 Förhållningsregler

6.1 Allmänt om förhållningsregler

Den behandlande läkaren är skyldig att meddela den som undersöks för samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs för att hindra smittspridning. Meddelade förhållningsregler skall tas in i den undersöktes patientjournal, 16 § smittskyddslagen. Enligt 13 § är den enskilde skyldig att följa reglerna. Uppgifter om meddelade förhållningsregler skall av behandlande läkare lämnas i den anmälan som han enligt 20 § bl.a. har att göra till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet, se vidare kap. 5.3.

Förhållningsreglerna får avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt och skall avpassas både till den sjukdom som är ifråga och till den smittades person. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) bör i förhållningsreglerna ingå en uppmaning om fortsatt läkarkontakt. Förhållningsreglerna för konstaterad eller misstänkt hivinfektion skall bl.a. omfatta information om åtgärder för att förhindra risken för smitta vid sexuellt umgänge. Vidare skall reglerna alltid innehålla en föreskrift om att den smittade måste underrätta sin sexualpartner om att han är hivsmittad.

För att söka åstadkomma enhetlighet över landet har smittskyddsläkarna enats om vissa grundläggande förhållningsregler för de olika sjukdomarna. Dessa ges ut på s.k. smittskyddsblad. Förutom själva förhållningsreglerna innehåller smittskyddsbladen bl.a. information till läkare och patient om sjukdomen ifråga. De standardiserade reglerna kan anpassas av behandlande läkare genom strykningar och tillägg.

Smittskyddslagen reglerar inte i vilken form förhållningsreglerna skall lämnas. I SOSFS 1989:18 anges emellertid att patienten, utöver muntlig information, även bör erhålla förhållningsregler i skriftlig form. Den skriftliga handlingen är till för att patienten skall kunna erinra sig och förstå innebörden av reglerna. I de allmänna råden understryks vidare att det är viktigt att läkaren ger sig tid att muntligen gå igenom reglerna och förvissa sig om att patienten verkligen förstår dessa. Detta gäller särskilt i de fall patienten inte har svenska som

modersmål eller lider av ett fysiskt eller psykiskt handikapp. Om den smittade inte behärskar det svenska språket eller är allvarligt hörsel- eller talskadad bör tolk anlitas, 8 § förvaltningslagen (1986:223).

Är patienten missnöjd med förhållningsreglerna kan han begära att smittskyddsläkaren prövar dem. Smittskyddsläkaren får, enligt 17 § smittskyddslagen, ändra reglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt. Detta innebär att smittskyddsläkaren fritt kan bedöma vilka regler som är lämpliga från smittskyddssynpunkt, och att prövningen även kan leda till att givna regler skärps. Vid prövningen kan smittskyddsläkaren behöva ytterligare beslutsunderlag. Han har möjlighet att begära ytterligare information från den som ansökt om prövning eller inhämta uppgifter från bl.a. läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, 8 §. Smittskyddsläkarens beslut kan överklagas till länsrätten. Enligt uppgifter som kommittén inhämtat från ett flertal smittskyddsläkare är det mycket ovanligt att smittskyddsläkaren gör en formell prövning av förhållningsreglerna. Vanligare är att patienterna informellt kontaktar smittskyddsläkaren för att höra sig för om meddelade förhållningsregler är rimliga. Enligt vad kommittén erfarit har beslut om förhållningsregler inte varit föremål för domstols prövning.

Övertas behandlingsansvaret för en patient av en läkare från en annan skall den nye läkaren självständigt ta ställning till vilka förhållningsregler som skall gälla. Eventuella ändringar skall anmälas till smittskyddsläkaren. De förhållningsregler som smittskyddsläkaren själv meddelat får emellertid inte ändras av den nye läkaren (SOSFS 1989:18).

Den behandlande läkaren är skyldig att så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Möjligheterna att utöva denna kontroll är emellertid av naturliga skäl starkt begränsade. Läkaren kan inte hålla uppsikt över patienten i dennes dagliga liv. I förarbetena uttalas att läkaren på olika sätt bör vara uppmärksam på tecken som tyder på att patienten inte hörsammat förhållningsreglerna. Det är därför nödvändigt att läkaren har tillräckligt täta kontakter med patienten även då denne avböjer behandling eller då sådan inte finns. Läkaren bör även vara lyhörd för de upplysningar han kan få från myndigheter eller enskilda. Finner den behandlande läkaren anledning att anta att patienten inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler skall han skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren, 25 § smittskyddslagen. Vilka förhållanden som skall föreligga för att underrättelse skall ske får avgöras från fall till fall. Efter att ha fått en sådan underrättelse har smittskyddsläkaren att vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning, se kap. 7 och 8.

6.2 Kommitténs enkät

För att få en klarare bild av när och hur förhållningsregler meddelas och för att få kunskap om eventuella problem har kommittén tillställt ett antal läkare enkäter rörande klamydia, hivinfektion, hepatit B, tuberkulos och salmonella. Enkäterna har dels bestått av ett antal konkreta frågor om när förhållningsregler ges, hur patientens iakttagande av reglerna följs upp m.m., dels av två frågor av mer allmän karaktär. De senare har rört hur läkaren skulle utföra sitt arbete om smittskyddslagen inte innehöll några bestämmelser om förhållningsregler samt om man uppmärksammat några problem som har samband med förhållningsreglerna.

Vissa huvuddrag av enkätsvaren redovisas nedan. Sammanfattningsvis kan dock följande sägas. Behandlande läkare har i sitt arbete stor hjälp av de smittskyddsblad som utges av smittskyddsläkarna. Vid de kroniska sjukdomarna hivinfektion och hepatit B kan svårigheterna att hantera kunskaperna om patientens eventuella smittfarliga beteende stundom leda till att läkaren medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om detta. Flertalet av de tillfrågade läkarna tror att det vid dessa sjukdomar ibland förekommer att patienten själv undanhåller information om sina sexuella kontakter p.g.a. rädsla för smittskyddslagens tvångsregler. Läkarnas uppfattning om förhållningsreglerna och läkarens kontrollerande funktion varierar. Bland annat har man framhållit svårigheten att förena skyldigheten att kontrollera att patienten iakttar förhållningsreglerna med rollen som behandlande läkare. Flera har emellertid påpekat att lagens bestämmelser utgör ett stöd i arbetet. Mer än hälften av tillfrågade läkare (beträffande samtliga sjukdomar) tror att de skulle utföra sitt arbete likadant, även om smittskyddslagen inte innehöll några bestämmelser om förhållningsregler.

Klamydia

Enkäten tillställdes 16 allmänläkare och 27 hudläkare. De allra flesta ger förhållningsregler redan vid patientens första besök. Efter fastställd diagnos lämnar majoriteten av hudläkarna och en fjärdedel av allmänläkarna skriftliga förhållningsregler. Allmänläkarna använder då de regler som rekommenderats av smittskyddsläkarna, medan hudläkarna även har egna regler. De flesta läkarna följer upp patientens iakttagande av reglerna vid återbesök eller vid telefonsamtal. Ingen av läkarna anmäler direkt till smittskyddsläkaren om det visar sig att patienten inte iakttar reglerna; många läkare samtalar istället med patienten för att få denne att komma till insikt om smittrisk m.m.

Hivinfektion

Enkäten tillställdes 38 läkare med behandlingsansvar för hivpatienter. Majoriteten av dessa – 20 stycken – lämnar förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos ger 12 läkare enbart muntliga förhållningsregler medan 25 använder sig av både muntliga och skriftliga. De skriftliga reglerna som ges är i huvudsak de av smittskyddsläkarna rekommenderade. 20 läkare följer regelbundet upp patientens iakttagande av förhållningsreglerna; övriga frågar ibland. På frågan om hur ofta läkaren tror att han medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om patientens eventuellt smittfarliga beteende p.g.a. svårigheterna att hantera kunskaperna har 19 läkare svarat aldrig, 14 ibland och två ofta. Flertalet av de tillfrågade läkarna (30 stycken) tror att det emellanåt kan inträffa att patienten undanhåller information om sexuella kontakter av rädsla för smittskyddslagens tvångsregler.

Hepatit B

Enkäten tillställdes 32 infektionsläkare. Hälften av läkarna ger förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos använder sig samtliga av både muntliga och skriftliga förhållningsregler. De skriftliga förhållningsreglerna är i huvudsak smittskyddsläkarnas. Åtta läkare följer upp patientens iakttagande av förhållningsreglerna vid varje besök, 12 gör det regelbundet och 11 frågar då och då. 16 läkare tror att det aldrig förekommer att de medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om patientens eventuellt smittfarliga beteende p.g.a. svårigheter att hantera kunskaperna, men 15 tror att det kan förekomma emellanåt. Majoriteten av de tillfrågade tror att det ibland kan inträffa att patienten undanhåller information om sina sexuella kontakter p.g.a. rädsla för smittskyddslagens tvångsregler.

Tuberkulos

Enkäten tillställdes 13 läkare. Fyra av dessa lämnar förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos ger alla muntliga förhållningsregler; fem använder både muntliga och skriftliga. Alla läkare utom en följer upp patientens iakttagande av förhållningsreglerna vid varje besök.

Salmonella

Enkäten tillställdes 16 läkare. Av dessa lämnar 11 stycken förhållningsregler redan vid testtillfället. Efter fastställd diagnos ger 14 både muntliga och skriftliga förhållningsregler, medan två enbart ger muntliga regler. De skriftliga förhållningsregler som används är huvudsakligen smittskyddsläkarnas. Nio läkare följer upp patientens iakttagande av reglerna vid varje besök; övriga tillfrågade följer upp patienten på annat sätt (men har inte angett hur).

7 Tillfälligt omhändertagande och tvångsundersökning

7.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs den faktiska tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder mot personer som *misstänks* bära på en smittsam sjukdom, dvs. tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen och tvångsundersökning enligt 36 § samma lag. Redovisningen bygger främst på av kommittén genomförda intervjuer med smittskyddsläkarna rörande tillämpningen 1995 och 1996 och på undersökningar av Socialstyrelsen rörande tillämpningen 1992. Inhämtade uppgifter belyser i huvudsak bestämmelsernas formella tillämpning. Undersökningarna ger också en översiktlig bild av hur sådana ärenden hanteras men samtidigt bör anmärkas att undersökningarna inte har gett möjlighet till en djupgående jämförelse mellan de olika smittskyddsläkarna.

7.2 Tillfälligt omhändertagande

Enligt 37 § smittskyddslagen får smittskyddsläkaren i vissa fall besluta att den som misstänks vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom, skall omhändertas i avvaktan på resultatet av läkarundersökning. Tillfälligt omhändertagande får dock inte beslutas beträffande hivinfektion och de andra sjukdomarna som tas upp under 1.3 i bilagan till lagen. Förutsättningen för tillfälligt omhändertagande är att det av särskilda skäl behövs för att förhindra smittspridning. Enligt förarbetena innebär detta att det skall föreligga speciella omständigheter som tyder på att man inte kan påräkna personens frivilliga medverkan till erforderliga åtgärder. Omhändertagandet får äga rum under högst sju dagar från och med den dagen personen togs in på sjukhus.

Erfarenheterna av denna tvångsåtgärd är mycket begränsade hos smittskyddsläkarna. Enligt kommitténs undersökning är det mellan 1989 och 1997 endast i något enstaka fall som frågan om tillfälligt

omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen har aktualiserats. Endast i ett fall, vilket avsåg ett misstänkt fall av tuberkulos, har beslut fattats om tillfälligt omhändertagande.

7.3 Tvångsundersökning

7.3.1 Regleringen

Enligt 36 § smittskyddslagen får smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning av någon som är skyldig att låta sig undersökas men som inte utan dröjsmål gör detta. Den behandlande läkaren har skyldighet att i vissa fall underrätta smittskyddsläkaren om sådana personer. Sådan underrättelse skall göras om den behandlande läkaren i smittspårningsarbetet finner att en person som kan misstänkas ha smittats av samhällsfarlig sjukdom inte låter sig undersökas (26 §). Enligt 5 § smittskyddsförordningen skall smittskyddsläkaren omedelbart underrättas om en person som är skyldig att låta sig läkarundersökas inte utan svårighet kan nås omgående. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:7) skall underrättelse ges inom 14 dagar. När smittskyddsläkaren erhåller underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen skall han få till stånd läkarundersökning. Om det kan ske utan risk för smittspridning bör han först försöka få personen att frivilligt låta sig läkarundersökas (28 §). För att verkställa ett beslut om tvångsundersökning kan smittskyddsläkaren begära biträde av polis (62 § 1 p).

7.3.2 Statistiska uppgifter

Tabell 7:1 Antal underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen i landet

	1992	1995	1996
klamydia	1 292	1 348	1 453
hivinfektion	91	118	122
gonorré	19	10	*
syfilis	*	*	12
tuberkulos	22	*	*
hepatit B	15	30	17
hepatit C	24	43	34
övriga	21	17	9
Totalt	1 484	1 566	1 647

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm: Under "övriga" ryms bl.a. tuberkulos, syfilis och gonorré då endast enstaka underrättelser har gjorts. 1995 ingick även enstaka underrättelse rörande hepatit A och 1996 enstaka underrättelse rörande shigella.

Med * avses att endast enstaka underrättelser gjorts, dessa ingår därför i "övriga".

Som framgår av tabell 7:1 har majoriteten av underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen avsett personer som misstänkts bära på klamydia. Förklaringen till detta torde främst ligga i den omfattande förekomsten av klamydia, jfr kap. 3.3. Enligt undersökningarna har samtliga smittskyddsläkare erhållit underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen de undersökta åren om än i mycket skiftande omfattning. I tabell 7:2 redovisas antalet underrättelser till de län som fått flest underrättelser undersökta år. Av naturliga skäl, bl.a. med hänsyn till befolkningsstorleken, står Stockholms län för den övervägande andelen underrättelser. I tre län (Blekinge, Gotland och Halland) har antalet underrättelser inte något år överstigit femton stycken. Lägst antal underrättelser inkom till Smittskyddsläkaren i Gotlands län, nämligen tio stycken 1992, tre stycken 1995 och fem stycken 1996. I övrigt visar undersökningarna inte någon enhetlig trend vare sig mellan de olika länen eller mellan åren inom respektive län. Emellertid har flera smittskyddsläkare uppgivit att antalet underrättelser legat på en relativt konstant nivå mellan de undersökta åren.

Tabell 7:2 Län med flest antal underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen

	1992	1995	1996
Stockholms län	463	581	678
Västmanlands län	272	97	102
Malmöhus län	109	87	72
Göteborg och Bohus län*	89	81	61
Södermanlands län	82	132	129
Uppsala län	87	85	56
Gävleborgs län	62	87	67

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm. * Smittskyddsorganisationen i Göteborgs stad och i Bohus läns slogs samman under 1996. För enkelhetens skull har uppgifterna för dessa smittskyddsläkare sammanräknats även för 1992 och 1995.

Det är endast i få fall som underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen leder till *beslut om tvångsundersökning*. Som framgår av tabell 7:3 avser de flesta tvångsbesluten misstänkt klamydia. Räknat i procent ledde 3 % av underrättelserna 1992 till beslut om tvångsundersökning. 1995 och 1996 ledde 2,5 % respektive 2,3 % av underrättelserna till beslut om tvångsundersökning. Av undersökningarna framgår att antalet beslut om tvångsundersökning fördelas på ett fåtal smittskyddsläkare. Besluten var 1992 och 1995 fördelade på sju smittskyddsläkare respektive år och 1996 på 11 smittskyddsläkare. Åtta smittskyddsläkare meddelade inte beslut om tvångsundersökning under något av de undersökta åren. I tabell 7:4 jämförs antal beslut mellan de smittskyddsläkare som erhållit flest underrättelser de undersökta åren. Stockholms län och Västmanlands län har vardera sammantaget meddelat flest beslut. Intressant att notera är att t.ex. i Malmöhus län är beslut om tvångsundersökning ytterst sällsynta trots att smittskyddsläkaren erhållit ett stort antal underrättelser och att länet, enligt Smittskyddsintitutets årsrapporter, har en relativt hög förekomst av t.ex. klamydia. Det skall härvid också nämnas att beslutet 1995 av smittskyddsläkaren i Malmöhus län rörde tuberkulos.

Tabell 7:3 Antal beslut om tvångsundersökning

	1992	1995	1996
klamydia	*	36	31
hivinfektion	*	1	6
hepatit B	*	2	1
syfilis	*	-	1
tuberkulos	*	1	-
Totalt	42	40	39

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Teckenförklaring: * = uppgift saknas, - = inte något beslut.

Tabell 7:4 Antal beslut om tvångsundersökningar i vissa län

	1992	1995	1996
Stockholms län	15	10	12
Västmanlands län	18	5	7
Malmöhus län	0	1	0
Göteborg och Bohus län*	2	1	1
Södermanlands län	1	12	4
Uppsala län	5	0	0
Gävleborgs län	0	3	3

Källor: Rapport beträffande undersökning av underrättelser 1992 till smittskyddsläkarna enligt 26 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 okt. 1993, och intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm. * Smittskyddsorganisationen i Göteborgs stad och i Bohus läns slogs samman under 1996. För enkelhetens skull har uppgifterna för dessa smittskyddsläkare sammanräknats även för 1992 och 1995.

Socialstyrelsens undersökning rörande 1992, liksom en tidigare undersökning 1991, visar att det förelåg stora variationer mellan länen såväl när det gäller antal underrättelser enligt 26 § i förhållande till folk-mängden i länet som beträffande antalet tvångsundersökningar som följd av sådan underrättelse. Liknande variationer framkommer även i kommitténs undersökning. Orsakerna till dessa variationer har inte kunnat närmare analyseras men såväl Socialstyrelsens undersökning som kommitténs intervjuer pekar på att variationerna åtminstone till viss del kan förklaras med skillnader i hur smittskyddsläkarna hanterar och bedömer dessa ärenden, särskilt beträffande ärenden som rör misstänkt klamydia.

Den absoluta majoriteten av ärenden som rör underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen avslutas genom att berörd person frivilligt låter sig undersökas. På smittskyddsläkarenheten i Stockholm avslutades, såväl 1995 som 1996, drygt 75 % av ärendena på detta sätt. I andra fall har ärendena skrivits av, främst p.g.a. att personuppgifterna har varit så ofullständiga att personen inte gått att identifiera eller p.g.a. att personen har flyttat till ett annat län och ärendet därför flyttats över till annan smittskyddsläkare. Det förekommer även andra skäl till att ett ärende skrivs av. Det kan t.ex. vara så att personen redan har blivit undersökt, att underrättelse ägt rum på felaktiga grunder eller att personen av olika anledningar inte gått att nå. I några fall har vissa smittskyddsläkare skrivit av ärenden som rör klamydia p.g.a. att smittskyddsläkaren inte ansett att det förelegat epidemiologiska skäl till tvångsätgård, t.ex. att det gått så lång tid sedan smittillfället att undersökning inte framstått som meningsfull.

En ur epidemiologisk synvinkel intressant fråga är i vad mån tvångsundersökningarna leder till att människor med smittsam sjukdom upptäcks. I kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna ställdes frågan om provresultaten vid genomförda tvångsundersökningar. Med hänsyn till osäkerheten i vissa av uppgifterna ger redovisningen dock endast en bild av resultaten.

Tabell 7:5 Sammanlagda provresultat från tvångsundersökningar för 1995 och 1996

	<i>klamydia</i>	<i>hivinfektion</i>	<i>hepatit B</i>	<i>syfilis</i>	<i>tuberkulos</i>
Positiv diagnos	17	2	1	-	1
Negativ diagnos	29	5	2	1	-
Totalt	67*	7	3	1	1

Anm. * Beträffande 23 av dessa undersökningar har uppgifter har inte kunnat erhållas eller så har resultaten uppgivits vara osäkra eller ospecificerade. Detta sammanhänger bl.a. med att analysmetodiken för klamydia inte haft tillräckligt hög grad av känslighet och därför inte kunnat ge ett säkert svar.

7.3.3 Några tillämpningsfrågor

I kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna ställdes allmänna frågor om rutinerna då underrättelse enligt 26 § smittskyddslagen inkommit. Smittskyddsläkarna försöker i de allra flesta fallen att få berörd person att frivillig söka läkare för undersökning. Det är ytterst sällsynt att beslut om tvångsundersökning meddelas utan att smittskyddsläkaren

har försökt att få kontakt med personen. Beslut om tvångsundersökning fattas vanligen först efter det att den berörde personen anmanats en eller flera gånger. Emellertid framgår av kommitténs intervjuer att rutinerna varierar. Detta gäller också hur kontakterna tas. Enligt intervjuerna förekommer såväl skriftliga som muntliga anmaningar och i vissa fall kombineras dessa förfaranden.

Flertalet beslut om tvångsundersökning under 1995 och 1996 har genomförts med biträde av polis. Enligt kommitténs intervjuer är det vanligaste tillvägagångssättet att beslutet om tvångsundersökning delges personen genom polisens försorg varvid polisen samtidigt tar med vederbörande för undersökning. Emellertid skiftar rutinerna mellan smittskyddsläkarna. Så uppgav t.ex. en smittskyddsläkare att berörd person först delges ett beslut om tvångsundersökning i vilket vederbörande ges två dagar på sig att efterkomma beslutet. Först om läkarundersökning ändå inte kommer till stånd begärs biträde av polis för att genomföra undersökningen. En smittskyddsläkare uppgav att han t.ex. aldrig begär biträde av polis för undersökning som rör misstänkt klamydia.

8 Tvångsisolering

8.1 Inledning

I kapitlet redogörs för tillämpningen av bestämmelserna om tvångsisolering. Underlaget för avsnitt 8.3 har erhållits genom intervjuer med samtliga smittskyddsläkare och genom två rapporter från Socialstyrelsen, nämligen "Socialstyrelsens uppföljning av tillämpningen av 38 § smittskyddslagen", redovisning 8 februari 1996 och "Rapport beträffande undersökning av till smittskyddsläkarna under 1992 inkomna underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen", Socialstyrelsen 12 december 1994.

Enligt kommitténs direktiv skall särskild vikt fästas vid bestämmelserna om bl.a. tvångsisolering och särskild uppmärksamhet skall riktas mot tvångsisoleringens varaktighet, den tvångsisoleras rättigheter och de stöd- och hjälpåtgärder som erbjuds den isolerade. I syfte att belysa dessa frågor har domstolarnas akter mellan den 1 januari 1989 och den 31 maj 1997 studerats. Kommittén har även tagit del av smittskyddsläkarnas akter och inhämtat kompletterande uppgifter från smittskyddsläkarna och från den särskilda enheten vid Danderyds sjukhus för omhändertagande enligt smittskyddslagen.

För att närmare belysa de tvångsisoleras situation ur ett psykiatriskt perspektiv har inhämtats ett särskilt utlåtande från socialläkaren Anders Annell. Utlåtandet finns intaget i del B, bilaga 9.

8.2 Regleringen

Den behandlande läkaren har enligt 25 § smittskyddslagen skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om det finns anledning att anta att en patient som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler. Enligt samma lagrum skall den behandlande läkaren också anmäla om en sådan patient avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med detta.

Enligt 28 § smittskyddslagen skall smittskyddsläkaren efter att ha fått en underrättelse enligt 25 § vidta de åtgärder som behövs för att förhindra vidare smittspridning. I paragrafen anges vidare att smittskyddsläkaren innan han tillgriper en tvångsåtgärd bör söka nå rättelse på frivillig väg.

Enligt 38 § smittskyddslagen kan länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren fatta beslut om tvångsisolering i två fall. Det ena är om den som för smitta inte medverkar frivilligt till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Underlåtenheten är emellertid en tillräcklig grund för isolering endast om den medför risk för smittspridning. Ett beslut om tvångsisolering kan också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning. Det bör härvid uppmärksammas att tvångsisolering endast kan äga rum beträffande en person som konstaterats vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom. Om det är fråga om någon som endast misstänks vara smittad och denne inte frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder kan det däremot bli fråga om ett tillfälligt omhändertagande enligt 37 § (jfr kap. 7.2).

Om länsrättens beslut inte kan avvaktas på grund av risken för smittspridning kan smittskyddsläkaren enligt 39 § smittskyddslagen omedelbart fatta beslut om tvångsisolering. Smittskyddsläkarens beslut skall dock omedelbart underställas länsrättens prövning.

Tvångsisolering får enligt 40 § smittskyddslagen pågå under högst tre månader från den dag den smittade togs in på sjukhus på grund av beslutet om isolering. Om smittskyddsläkaren bedömer att det finns behov av isolering även efter denna tid skall han, enligt 41 §, före tremånaderstidens utgång ansöka om förlängning av tvångsisoleringen hos länsrätten. Ett beslut om fortsatt isolering får avse högst sex månader åt gången. Någon yttersta gräns för hur länge isoleringen sammanlagt får pågå finns inte. I propositionen anges att tvångsisolering skall pågå så länge det finns risk för smittspridning på grund av att den smittade inte frivilligt underkastar sig de åtgärder och inskränkningar i sin livsföring som är nödvändiga för att hindra smittans vidare spridning. Först när situationen för den isolerade har ändrats på ett sådant sätt att förutsättningar för tvångsisolering inte längre föreligger kan beslutet om tvångsisolering hävas. Isoleringstidens längd blir således enligt propositionen beroende av den isolerades inställning till sin situation och sin omgivning.

Enligt 42 § smittskyddslagen skall tvångsisolering ofördröjligen upphöra när det inte längre finns skäl för den. Smittskyddsläkaren skall vidare ofördröjligen pröva frågan om tvångsisoleringens upphörande

när den isolerade begär det. Avslår han begäran kan den isolerade överklaga detta beslut.

I 43–50 §§ smittskyddslagen finns bestämmelser om omhändertagandet under isoleringstiden, om den isolerades rättigheter och vilka inskränkningar som får göras och om tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet. Beträffande dessa bestämmelser se avsnitt 8.7.1 nedan.

Som ovan redogjorts för fattas beslut rörande tvångsisolering av länsrätten och flertalet av de beslut som fattas av smittskyddsläkaren, t.ex. rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet, kan överklagas till länsrätten. Beträffande handläggningen av dessa mål gäller huvudsakligen bestämmelserna i förvaltningsprocesslagen. Vissa kompletterande bestämmelser finns dock i 54–61 §§ smittskyddslagen. Dessa innebär i korthet följande.

Smittskyddsmålen skall handläggas skyndsamt. Om smittskyddsläkaren fattat beslut om omedelbar tvångsisolering enligt 39 § smittskyddslagen eller om målet rör ansökan om fortsatt tvångsisolering skall länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in eller underställning enligt 39 § skedde. Huvudregeln är vidare att muntlig förhandling skall hållas i mål om tvångsisolering eller om upphörande av tvångsisolering. I mål som rör tvångsisolering skall vidare nämndemän ingå i rätten.

Här bör också uppmärksammas att särskilda bestämmelser gäller rörande beslutens offentlighet. Beslut enligt smittskyddslagen omfattas som huvudregel av hälso- och sjukvårdssekretessen i 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) (SokrL). Undantag görs dock i 7 kap. 2 § 2 p. SokrL för vissa beslut. Enligt denna bestämmelse gäller inte hälso- och sjukvårdssekretessen om beslutet angår frihetsberövande åtgärd. Undantagna är dock mål som rör sådana smittsamma sjukdomar som anges i bilaga 1.3. i smittskyddslagen, dvs. gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle. Beträffande dessa sjukdomar är även beslut som rör frihetsberövande åtgärd sekretessbelagda. Detta innebär att i mål som rör tvångsisolering av en hivpositiv person är alla uppgifter i domen, utom själva domslutet, sekretessbelagda. Om målet rör en person som bär på tuberkulos är uppgifterna i domen däremot offentliga.

8.3 Handläggningen före beslut om tvångsisolering

8.3.1 Statistiska uppgifter rörande underrättelse enligt 25 § smittskyddslagen

Som redogjorts för i avsnitt 8.2 skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om läkaren misstänker att en smittad eller misstänkt smittad person inte följer meddelade förhållningsregler. I tabell 8:1 och i tabell 8:2 presenteras antalet underrättelser i enlighet med bl.a. de uppgifter kommittén erhållit vid intervjuer under 1997 med smittskyddsläkarna i landet.

Tabell 8:1 Antal underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen fördelat på sjukdomar

	1989– 1995-06-30	1992	1995	1996
Klamydia	-	180	171	176
Hivinfektion	-	96	146	129
Hepatit B och/eller C	-	97	244	231
Övriga	-	27	21	22
Totalt	699	400	582	558

Källor: Socialstyrelsens uppföljning av tillämpningen av 38 § smittskyddslagen, redovisning 8 februari 1996, Rapport beträffande undersökning av till smittskyddsläkarna under 1992 inkomna underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen, Socialstyrelsen 12 december 1994, samt intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

Anm: Det bör observeras att uppgifterna från smittskyddsläkarna lämnats med förbehåll för viss felmarginal, dock torde det endast röra sig om något enstaka fall mer eller mindre. Under "övriga" ryms enstaka underrättelser rörande tuberkulos, syfilis, gonorré, salmonella och shigella.

Tabell 8:2 Län med flest antal underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen 1995 och 1996

	1995	1996
Stockholms län	215	253
Göteborg och Bohus län*	147	74
Uppsala län	47	41
Värmlands län	41	42
Malmöhus län	29	28

Källor: Intervjuer med samtliga smittskyddsläkare.

*Anm. ** Smittskyddsorganisationen i Göteborgs stad och i Bohus län slogs samman under 1996. Uppgifterna för dessa smittskyddsläkare har för enkelhetens skull sammanräknats även för 1995.

Som framgår av tabell 8:2 hänför sig det övervägande antalet underrättelser till storstadsområdena Stockholm och Göteborg. När det gäller hivinfektion hänför sig underrättelserna, med några få undantag, till Stockholm eller Göteborg. Smittskyddsläkaren i Stockholm erhöll 1995 och 1996 drygt 100 underrättelser rörande hivinfektion vardera året.

Med undantag för de län som tagits upp i tabell 8:2 är underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen relativt sporadiskt förekommande hos de flesta smittskyddsläkare. Majoriteten av smittskyddsläkarna får färre än 10 underrättelser per år. 1995 erhöll fyra smittskyddsläkare drygt 15–22 underrättelser vardera och 1996 erhöll två smittskyddsläkare motsvarande antal underrättelser. Det bör anmärkas att sju smittskyddsläkare inte erhöll några underrättelser 1995 och att tre smittskyddsläkare inte erhöll några underrättelser 1996.

Majoriteten av underrättelserna har föranletts av att den smittade personen avbrutit föreskriven läkarkontakt. För bl.a. klamydia har det därvid rört sig om att personen inte återkommit på sådant kontrollbesök som erfordras för att kunna konstatera att personen är smittfri. Drygt hälften av underrättelserna rörande hivinfektion har avsett avbruten läkarkontakt. Övriga fall har huvudsakligen avsett underlåtenhet att vid sexuellt umgänge använda skydd och/eller informera om sin sjukdom. Några få fall har avsett underlåtenhet att informera sjukvårdspersonal eller sprutdelning.

Underrättelseskyldighet enligt 25 § smittskyddslagen åvilar behandlande läkare. Beträffande hivpositiva personer som misstänkts bryta mot förhållningsregler rörande sexuellt umgänge, sprutdelning o.dyl. visade Socialstyrelsens undersökningar dock att ärendena många gånger anmäldes från andra myndigheter, som t.ex. polismyndigheter, samt från anhöriga, sexualpartner och privatpersoner i övrigt. Av totalt 183 underrättelser rörande nu nämnda misstankar i Stockholms län under tidsperioden fr.o.m. 1989 t.o.m. 30 juni 1995 hade endast 11 underrät-

telser gjorts av behandlande läkare. Enligt de intervjuer kommittén har gjort framgår att motsvarande förhållanden fortfarande synes gälla i Stockholm och Göteborg medan endast enstaka ärenden i andra lands-ting initierats genom annan än behandlande läkare.

Här skall också uppmärksammas att smittskyddsläkaren enligt 30 § smittskyddslagen, med vissa undantag, skall underrätta socialnämnden, polismyndigheten och frivårdsmyndigheten om en hivpositiv person inte följer eller misstänks inte följa förhållningsreglerna, och att dessa myndigheter då får en skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren om de uppmärksammar förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs. Enligt Socialstyrelsens kartläggning av tillämpningen av 38 § fram t.o.m. den 30 juni 1995 uppgav smittskyddsläkaren i Stockholms län att man ytterst sällan fick några svar från myndigheterna utom från socialtjänstens s.k. prostitutionsgrupp. Vid kommitténs kontakter med smittskyddsläkarna i Stockholm, Göteborg och Malmö framgår att det fortfarande är mindre vanligt att upplysningar erhålls enligt dessa bestämmelser. Även enligt dessa uppgifter har återrapporteringen främst avsett prostituerade.

8.3.2 Smittskyddsläkarens åtgärder efter underrättelse om brott mot förhållningsregler

Av kommitténs kartläggning framgår att handlägningsrutinerna vid ärenden som avser brott mot förhållningsregler varierar dels mellan smittskyddsläkarna, dels hos den enskilde smittskyddsläkaren beroende på vad underrättelsen avser. I allmänhet kontaktas inledningsvis den behandlande läkaren för närmare uppgifter om omständigheterna och i de allra flesta fallen begärs också journalhandlingarna in för kontroll av vilka förhållningsregler som givits.

Som framgår av avsnitt 8.3.1 ovan har de allra flesta ärenden avsett avbruten läkarkontakt. Enligt de uppgifter kommittén har erhållit söker smittskyddsläkaren få kontakt med den berörda personen, antingen genom brev eller samtal, för att förmä honom eller henne att återuppta kontakten med läkaren. Ett flertal ärenden har rört personer som saknar adress eller som har oklara adressuppgifter. Detta har bl.a. gällt missbrukare men även utländska medborgare som t.ex. sökt asyl i Sverige. I de sistnämnda fallen är det inte ovanligt att osäkerhet föreligger om dessa personer överhuvudtaget längre vistas i Sverige. För smittskyddsläkaren innebär detta således att arbetet många gånger består i att söka leta reda på den berörde personen. Under förutsättning att andra uppgifter inte framkommer om smittfarligt beteende leder inte ärenden som avser avbruten läkarkontakt till andra än nu beskrivna åtgärder.

I det här sammanhanget skall uppmärksammas att i såväl Socialstyrelsens undersökningar som i kommitténs kartläggning har framkommit att det förekommer att underrättelser avser underlåtenhet att medverka vid smittspårning. Det kan härvid anmärkas att det inte finns någon sanktion enligt smittskyddslagen mot en person som inte medverkar vid smittspårning. Smittskyddsläkaren saknar således möjlighet att tillgripa någon tvångsåtgärd i dessa fall. Enligt kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna uppger flera smittskyddsläkare att man vid sådana ärenden framhåller i brev och i vissa fall även vid telefonkontakt vikten av att smittspårning genomförs och att man även upplyser vederbörande om dennes skyldighet att delta. För det fall personen i fråga ändå inte medverkar avstår man emellertid från vidare åtgärder.

Beträffande brott mot andra förhållningsregler än att vederbörande skall ha läkarkontakt har, som framgår av föregående avsnitt, sådana ärenden i huvudsak avsett hivinfektion och det har varit fråga om fall där personen underlåtit att vid sexuellt umgänge använda skydd och/eller informera om sin sjukdom. Av såväl Socialstyrelsens undersökningar som kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna framgår att ett flertal åtgärder vidtas för att förmå den enskilde att på frivillig väg följa givna förhållningsregler. Det skall också här anmärkas att den absoluta majoriteten av ärenden enligt 25 § smittskyddslagen inte har lett till ansökan om tvångsisolering.

Ett viktigt moment efter underrättelse om brott mot förhållningsregler som nu är i fråga är att kontrollera vilka förhållningsregler som givits och vad som är orsaken till att personen inte lyckats följa dessa. Av kartläggningen framgår att smittskyddsläkarna i de allra flesta fallen har en eller flera samtalskontakter med den berörda personen. Åtgärder som har genomförts har bl.a. varit att utforma förhållningsregler som är särskilt anpassade för den enskilde personen, att föranstalta om samtalskontakter med kuratorer eller psykologer och att föranstalta om insatser inom narkomanvård m.m. Enligt kommitténs intervjuer med smittskyddsläkarna i Stockholm, Göteborg och Malmö tas i förekommande fall kontakt med socialnämnden för att försöka få till stånd lämpliga åtgärder. I såväl Malmö som Göteborg håller smittskyddsläkaren vid behov särskilda konferenser rörande den berörde där bl.a. socialnämnd och behandlande läkare deltar.

Enligt en uppskattning av smittskyddsläkaren i Stockholm handläggs ett ärende som avser brott mot förhållningsregler i regel mellan tre och sex månader innan en ansökan om isolering görs. I vissa fall kan det dock vara fråga om betydligt längre tid. I några fall har smittskyddsläkaren också omgående fattat beslut om isolering med stöd av 39 § smittskyddslagen.

8.4 Uppgifter om domstolarnas beslut om tvångsisolering

Inledningsvis skall erinras om att domstolarnas handläggning av mål om tvångsisolering vid bl.a. hivinfektion i sin helhet är sekretessbelagd. Med undantag för domslutet gäller detta även uppgifterna i domen. Någon egentlig statistik finns inte. Nedanstående uppgifter bygger således uteslutande på kommitténs genomgång av domar (se avsnitt 8.1) och tillgängliga akter med kompletterande muntlig information från bl.a. smittskyddsläkarna. Detsamma gäller uppgifterna i avsnitt 8.5.

Från och med 1989 till och med maj 1997 har länsrätten i Stockholm handlagt 186 mål rörande tvångsisolering enligt smittskyddslagen. Övriga länsrätter har handlagt mål som rört sammanlagt 20 personer. Ett antal mål har prövats av kammarrätten medan regeringsrätten endast har lämnat prövningstillstånd i ett mål vilket rörde en processuell fråga. Majoriteten av smittskyddsmålen har avsett isolering enligt 38 §, underställning av smittskyddsläkarens beslut om omedelbar tvångsisolering enligt 39 § eller förlängning av isoleringstiden. Endast ett fåtal mål har avsett prövning av smittskyddsläkarens beslut rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet. Här kan nämnas att utöver Stockholm har tio länsrätter i övriga delar av landet beslutat om eller fastställt smittskyddsläkarens beslut om tvångsisolering.

Smittskyddsmålen rör nästan enbart hivpositiva personer. Under den studerade perioden har fyra mål rört ansökan om tvångsisolering av personer som smittats av tuberkulos (två mål), hepatit C respektive hepatit B. Av dessa fyra ansökningar om tvångsisolering har emellertid endast de två ansökningarna rörande tuberkulos-smittade personer lett till tvångsisolering. Det ena av dessa fall rörde en man med svårt alkoholmissbruk och det andra en man av utländsk härkomst vars tuberkulos hade utvecklats så att resistens mot ett flertal mediciner hade uppstått. Ingen av männen hade frivilligt medverkat till den isolering som ansågs nödvändig. Isoleringstiderna var i båda fallen korta. Beträffande mannen av utländsk härkomst, som fått avslag på en ansökan om uppehållstillstånd i Sverige, varade tvångsisoleringen en och en halv vecka varefter han lämnade Sverige. Målet rörande en person som smittats av hepatit B avskrevs efter det att smittskyddsläkaren återkallade sin ansökan vid länsrätten. Smittskyddsläkarens ansökan om tvångsisolering av en man som var smittad av hepatit C bifölls visserligen av länsrätten men mannen överklagade beslutet till kammarrätten som avlog ansökan.

Smittskyddsläkarnas ansökningar om tvångsisolering leder oftast till att länsrätten bifaller ansökan. Under den undersökta perioden har läns-

rätterna dock i sju fall funnit att det saknats tillräckliga skäl för tvångsisolering och avslagit ansökan. Härutöver har länsrätternas beslut om tvångsisolering upphävts genom beslut av kammarätt i tre fall, varav ett fall utgörs av ovan redovisade mål rörande en man som smittats av hepatit C. Såvitt framgår av akterna har grunderna för avslag huvudsakligen varit att det inte visats att den smittade inte följt eller inte kunnat antas följa förhållningsreglerna. Ett fall har rört en hivpositiv man som hade haft oskyddade samlag utan att informera om sin sjukdom och därigenom smittat sin hustru. Med hänsyn till att hustrun redan var smittad och det inte hade påståtts att mannen hade andra sexuella kontakter ansåg länsrätten inte att risk för ytterligare smittspridning förelåg.

8.5 Tvångsisolerade hivpositiva

8.5.1 Allmänt

Som framgår av avsnitt 8.4 har, med några få undantag, besluten om tvångsisolering rört hivpositiva personer. Sedan nuvarande smittskyddslag trädde i kraft och t.o.m. 1998 har 65 personer tvångsisolerats, varav 62 hivpositiva. Det skall anmärkas att antalet avser sådana fall där beslut om tvångsisolering vunnit laga kraft. Kommitténs närmare kartläggning omfattar 52 hivpositiva som tvångsisolerats vid något tillfälle från och med 1 januari 1989 till och med den 31 maj 1997. Beträffande 41 av dessa personer har beslut om tvångsisolering fattats av länsrätten eller av smittskyddsläkaren i Stockholms län och beträffande åtta personer har beslut fattats av länsrätt eller av smittskyddsläkare i annat län. Härutöver har tre personer varit föremål för beslut om tvångsisolering av såväl länsrätt eller smittskyddsläkare i Stockholms län som annat län. Sju av de tvångsisolerade har varit föremål för beslut om tvångsisolering vid flera separata tillfällen. Smittskyddsläkaren har rörande 24 tvångsisolerade fattat beslut om omedelbar tvångsisolering enligt 39 § smittskyddslagen.

De 52 hivpositiva som ingått i kommitténs kartläggning har utgjorts av 33 män och 19 kvinnor. 26 av de tvångsisolerade har varit av svensk härkomst; 19 män och en kvinna har varit av utomeuropeisk härkomst. Övriga sex tvångsisolerade har sitt ursprung i ett nordiskt eller annat europeiskt land. De tvångsisolerade har varit mellan 20 och 49 år gamla vid beslutet om tvångsisolering. Medelåldern för de tvångsisolerade har varit runt 33 år. Såvitt framgår av tillgängliga uppgifter var 16 av de hivpositiva som omfattats av kartläggningen avlidna vid tiden för denna.

De hivpositiva som tvångsisolerats kan delas in i tre huvudsakliga grupper; män med omfattande missbruk och/eller allvarlig psykisk störning, övriga män samt kvinnor. I följande avsnitt redogörs närmare för respektive grupp. Här kan dock konstateras att tvångsisolering i majoriteten av fallen har avsett personer med en omfattande missbruksproblematik. Missbruket har därvid indirekt varit orsak till det smittfarliga beteendet. För ett flertal av dessa missbrukare har också förelagat en psykiatrisk diagnos som försvårat eller omöjliggjort ett undanröjande av risken för smittspridning. En annan stor grupp har utgjorts av män av utländsk härkomst. Gruppen "övriga män" består nästan uteslutande av män av utomeuropeisk härkomst. Det kan noteras att inte något av fallen har rört män med en uttalad homosexuell läggning. Två fall har dock rört hivpositiva män som åtminstone vid enstaka tillfällen ägnat sig åt bl.a. homosexuell prostitution och två fall har rört hivpositiva män med pedofil läggning. De allra flesta av dem som tvångsisolerats har vidare av olika anledningar tidigare varit kända för smittskyddsläkaren t.ex. på grund av underrättelser om avbruten läkarkontakt eller misstankar om svårigheter att följa andra förhållningsregler.

Beslut om tvångsisolering gäller enligt smittskyddslagen i tre månader men smittskyddsläkaren har möjlighet att ansöka om förlängning med sex månader åt gången. Som tidigare redogjorts för finns inte någon yttersta tidsgräns för tvångsisolering. Av akterna framgår att det endast är undantagsvis som tvångsisolering inte förlängts. Endast i åtta fall har tvångsisolering upphört före eller vid tremånaderstidens utgång, varvid den kortaste tiden uppgick till 19 dagar. Genomsnittlig tid för tvångsisolering har legat mellan sex och nio månader. Emellertid har den sammanlagda tiden för tvångsisolering i 12 fall sträckt sig över två år. Det får dock här anmärkas att i några av dessa fall har den tvångsisolerade varit föremål för åtminstone två separata beslut om tvångsisolering. Enligt de tillgängliga akterna har den längsta tiden för tvångsisolering varat i drygt sju år och sex månader. Dessa långa tider har främst avsett personer som haft svårartad missbruksproblematik och/eller allvarlig psykisk störning.

Beträffande skälen för fortsatt isolering har dessa främst varit att länsrätten ansett att risk funnits för återfall i missbruk och därmed sammanhängande risk för smittfarligt beteende. I flera fall har anförts att den isolerade visserligen genomgått en positiv utveckling men att ytterligare isoleringstid ansetts erforderlig för att säkerställa utvecklingen. I vissa fall har förlängning av isoleringstiden medgivits med hänsyn till att det ansetts föreligga behov av utslussning i betryggande former till vård eller annat boende.

8.5.2 Män med omfattande missbruk och/eller konstaterad allvarlig psykisk störning

Denna grupp utgörs av 16 män varav samtliga utom fyra är av nordiskt ursprung. Alla utom en av de tvångsisolerade har haft ett omfattande missbruk, främst intravenöst narkotikamissbruk. I flertalet av dessa fall har missbruket direkt eller indirekt varit orsaken till det smittfarliga beteende som legat till grund för isoleringen. För ett antal av de tvångsisolerade i denna grupp har utöver missbruket också funnits en psykiatrisk diagnos av varierande svårighetsgrad som försvårat eller omöjliggjort ett ansvarsfullt agerande. De flesta av männen i denna grupp har tidigare varit föremål för ett flertal insatser för att komma tillrätta med missbruket och de har i flertalet fall någon gång varit föremål för vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och/eller tvångspsykiatrisk vård. Enligt vad som framgår av de tillgängliga akterna är det emellertid endast ett fåtal som deltagit i metadonprogram. För tre av de isolerade har beslut om vård enligt LVM gällt samtidigt med beslut om tvångsisolering och två av de isolerade har samtidigt med beslutet om tvångsisolering varit föremål för vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Härutöver har beslut om vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) fattats för en man under det att tvångsisoleringen pågick. Det kan också nämnas att majoriteten har varit kriminellt belastade.

Det smittfarliga beteendet har i majoriteten av fallen rört sig om oskyddat sexuellt umgänge med kvinnor och/eller att den hivpositive inte informerat om sin sjukdom. I ett fall har också homosexuell prostitution förekommit och i ett annat fall förekom ett pedofilt beteende. I några fall har det varit fråga om sprutdelning eller om ett sådant aggressivt beteende som utmynnat i blodiga slagsmål med andra. Endast i några enstaka fall har dock männen uppmärksammats genom att de förekommit i något kontaktspårningsärende. Enligt de tillgängliga akterna har beträffande fyra män kunnat konstaterats att de har överfört smitta. I tre fall har männen under eller efter tvångsisoleringen dömts enligt brottsbalken för att ha överfört smitta eller för att ha utsatt någon för risk att smittas.

De allra flesta var vid beslutet om tvångsisolering mellan 33 och 45 år. Den yngste har varit 26 år och den äldste 49 år. Den kortaste isoleringstiden i denna grupp uppgick till 19 dagar då den tvångsisolerade mannen avled. Isoleringstiderna har i majoriteten av fallen sträckt sig mellan sex och tio månader. I fem fall har den sammanlagda isoleringstiden uppgått till över två år. I ett av dessa fall upphävdes isoleringen då mannen överfördes till kriminalvårdsanstalt efter isolering i två år och fyra månader. I ett annat fall upphörde isoleringen efter två år och

20 dagar då mannen avled. Den längsta isoleringstiden i denna grupp uppgick vid tiden för kartläggningen till sex år och hänför sig till en man som fortfarande var tvångsisolerad vid tiden för kartläggningen. Den tvångsisolerade mannen har enligt akterna ett omfattande narkotikamissbruk samt en gränspsykotisk sjukdom och en sänkt intellektuell nivå vilket medför att han saknar insikt om sitt sjukdomstillstånd.

8.5.3 Övriga män

Denna grupp består av 17 män varav samtliga utom en är av utomeuropeiskt ursprung. Enligt akterna har i dessa fall inte funnits ett dokumenterat omfattande missbruk eller allvarlig psykisk störning. I några fall har dock förelegat en omfattande alkoholkonsumtion och beträffande två av de tvångsisolerade i denna grupp har förelegat förmodad hjärnskada. Majoriteten av männen har vidare haft sociala eller psykiska problem (jfr utlåtande av socialläkaren Anders Annell, del B bilaga 9). I de allra flesta fallen i denna grupp har det konstaterats att den hivpositive haft bristande insikt i riskerna för smittspridning eller inte kunnat känslomässigt integrera kunskaperna om sjukdomen. I några fall har den tvångsisolerade förnekat eller ifrågasatt att han överhuvudtaget varit smittad.

I detta sammanhang kan noteras att det kan föreligga betydande svårigheter och därmed även en viss rättsosäkerhet när det gäller att bedöma huruvida en person bibringats erforderlig insikt, inte minst med hänsyn till de språksvårigheter och kulturskillnader som kan föreligga när det gäller personer inom denna grupp. Personens vilja till samarbete under isoleringstiden torde även kunna ha en viss inverkan på bedömningen. Svårigheten att avgöra graden av insikt och attitydförändring när det gäller smittfarligt beteende och att olika uppfattningar därvidlag kan råda har också återspeglats i några av målen där en uppfattning annan än smittskyddsläkarens dokumenterats i intyg av t.ex. personal på den särskilda enheten eller av personer som är verksamma inom sjukvården.

Det smittfarliga beteendet i denna grupp har främst bestått i att männen haft oskyddat sexuellt umgänge med kvinnor och inte informerat om sin hivinfektion. I ett fall har det också varit fråga om homosexuell prostitution och ytterligare ett fall har rört en person med pedofilt beteende. De flesta i denna grupp har aktualiserats genom att personen i fråga uppgivits som smittkälla i ett kontaktspårningsärende och således överfört smitta till en annan person.

Enligt de tillgängliga akterna har fem av dessa tvångsisolerade under tvångsisoleringen dömts enligt brottsbalken för att ha överfört

smitta eller för att ha utsatt någon för risk att smittas. Det kan därvid anmärkas att en av de tvångsisolerade var häktad vid tiden för beslutet om isolering och att detta beslut fattades som en säkerhetsåtgärd för det fall häktningsbeslutet skulle hävas. Denne person överfördes efter sju månaders isolering till kriminalvårdsanstalt.

De allra flesta av dessa män var vid beslutet om tvångsisolering mellan 25 och 34 år. Den yngste har varit 20 år och den äldste 46 år. Den kortaste isoleringstiden var vid kommitténs kartläggning två månader och sex dagar. Detta fall rörde en person som erhållit aidsdiagnos vid tiden för beslutet och isoleringen upphörde på grund av hans dåliga hälsotillstånd. För fyra av männen har tvångsisoleringen varat i tre månader och för sex av männen mellan sex månader och tio månader. I två fall har isoleringen överstigit två år. Ett av dessa fall avser en person med en förmodad hjärnskada som medför att han inte vet vad det innebär att iaktta förhållningsregler. Denne man var tvångsisolerad i två år och sex månader och dömdes sedermera för hivrelaterad brottslighet. I ytterligare ett fall, i vilket tvångsisoleringen fortfarande pågick vid kommitténs kartläggning, har tiden för tvångsisolering uppgått till två år och tre månader. Även i detta fall har den tvångsisolerade en förmodad hjärnskada.

8.5.4 Kvinnor

Denna grupp består av 19 kvinnor varav samtliga utom två är av nordiskt ursprung. Med några få undantag har dessa kvinnor haft ett pågående omfattande narkotikamissbruk, i vissa fall i kombination med allvarlig psykisk störning. En ung kvinna av utomeuropeiskt ursprung är dock utvecklingsstörd och har därtill haft akuta psykoser. Kvinnan bodde vid tiden för beslut om isolering i ett gruppboende som dock inte ansågs kunna ge tillräcklig tillsyn för att förhindra att hon utanför boendet hade oskyddat sexuell umgänge.

Flertalet kvinnor har tidigare varit föremål för flera beslut om vård enligt LVM och/eller LPT. I vart fall fem av de tvångsisolerade kvinnorna har under någon tid deltagit i metadonprogram. I några fall har den tvångsisolerade kvinnan varit föremål för vård enligt LVM eller LPT vid tiden för beslutet om tvångsisoleringen. I dessa fall har beslutet löpt parallellt.

Enligt akterna har i 13 av fallen den huvudsakliga grunden för tvångsisolering varit missbruksrelaterad prostitution. Endast i något enskilt fall har kvinnorna uppmärksammats genom att de förekommit i något kontaktspårningsärende. Här kan nämnas att i ett flertal av prostitutionsfallen har det varit fråga om *misstanke* om överträdelse av för-

budet mot prostitution. Enligt akterna har grunden därvid varit bl.a. att vederbörande kvinna kunnat iaktas på de ställen där prostitution förekommit. Det kan vidare noteras att länsrätten då ansökan om tvångsisolering bifallits i flera av dessa fall hänvisat till det begränsade beviskrav som uppställs i smittskyddslagen. Beträffande två av kvinnorna finns uppgifter om att de har överfört smitta till annan person. Enligt vad som framgår av akterna har en kvinna blivit dömd enligt brottsbalken för att ha överfört smitta.

De allra flesta var vid beslutet om tvångsisolering mellan 25 och 35 år. Den yngsta har varit 25 år och den äldsta 42 år. Den kortaste isoleringstiden har uppgått till tre månader. I flertalet fall har tiden för tvångsisolering i denna grupp sträckt sig från sju månader och upp till något över ett år. I sex fall har den sammanlagda isoleringstiden uppgått till över två år. Beträffande tre av dessa tvångsisolerade kvinnor pågick tvångsisoleringen fortfarande vid tiden för kartläggningen. Här kan uppmärksammas en kvinna som förutom narkotikamissbruk också bedömts ha en kronisk psykos. Inför utskrivning från en psykiatrisk klinik beslutades om tvångsisolering av henne. Tvångsisoleringen har vid tiden för kommitténs kartläggning varat i fyra år och nio månader. Enligt akterna framgår att försök har gjorts att hitta en alternativ vårdform men möjligheterna ansetts begränsade med hänsyn till kvinnans behov av ständig tillsyn. Den längsta isoleringstiden i denna grupp varade i sju år och drygt sex månader. Isoleringen i detta fall gällde en kvinna med narkotikamissbruk och en psykiatrisk grundsjukdom. Enligt akterna hade resultatlösa ansträngningar gjorts för att hitta en lämplig vårdform för henne. Det skall anmärkas att kvinnan efter det att tvångsisoleringen upphörde bodde kvar på "Gula Villan" (se avsnitt 8.6) fram till sin död.

8.6 Särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus

Enligt smittskyddslagen skall tvångsisolering ske på sjukhus som drivs av ett landsting. För tvångsisolering av hivpositiva inrättades 1989 en särskild enhet vid Danderyds sjukhus, den s.k. Gula Villan. Sedan 1990 har den särskilda enheten hela riket som upptagningsområde. Den särskilda enheten utökades vidare med ytterligare avdelningar på Beckomberga sjukhus. Sedan våren 1998 är dock isoleringen helt förlagd till Danderyds sjukhus. De allra flesta hivpositiva personer som har varit

föremål för tvångsisolering har varit omhändertagna på den särskilda enheten.

Den särskilda enheten har för närvarande tolv platser till förfogande varav fem platser på "Gula villan" och sju platser ytterligare på en avdelning vid Danderyds sjukhus. Verksamheten finansieras huvudsakligen genom anslag från Stockholms läns landsting och genom vårdavgifter från det landsting utanför Stockholms läns landsting där den isolerade personen annars är hemmahörande. Vårdavgifterna uppgår till drygt 7 000 kr/vårddygn. Härutöver erhåller den särskilda enheten också statsbidrag vilket för 1997 uppgick till 7 750 000 kr.

Efter en lagändring 1991 kan det övergripande ansvaret för isolering av en person som är hivpositiv innehas av annan än en chefsöverläkare under förutsättning att den som tillförordnas är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt har tillräcklig erfarenhet och kompetens. Idag är verksamhetschefen för den särskilda enheten vid Danderyds sjukhus legitimerad sjuksköterska. Enligt verksamhetsplanen för 1998 utgörs den övriga fast anställda vårdpersonalen av två chefsjuksköterskor, 15 sjuksköterskor, 42 s.k. terapeutisk vårdpersonal och en psykolog. Till enheten är också på konsultbasis knuten en specialistläkare i psykiatri.

8.7 Omhändertagandet under tvångsisoleringen

8.7.1 Allmänt om regleringen av omhändertagandet

Enligt 43 § smittskyddslagen skall den tvångsisolerade tas väl om hand under isoleringen och han skall få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så att tvångsisoleringen kan upphöra. Genom en lagändring 1996 fastslogs att den isolerade inte utan stöd i smittskyddslagen får underkastas annan inskränkning i sin frihet än vad som påkallas av ändamålet med isoleringen. Samtidigt gavs den isolerade en uttrycklig rätt till dels sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans ålder och hälsotillstånd, dels möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder häremot. Enligt 43 a § har den isolerade vidare rätt att föra telefonsamtal och att ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på sjukhuset. Beslut om inskränkningar i nu nämnda rättigheter medges enligt 43 b § och kan vara både generella eller avse en enskild tvångsisolerad. Beslut fattas av chefsöverläkaren resp. verksamhetschefen vid den särskilda enheten efter samråd med

smittskyddsläkaren. Beslut som gäller inskränkningar i ett enskilt fall kan överklagas.

Härutöver finns i 44–48 §§ smittskyddslagen bestämmelser om särskilda befogenheter vid isoleringen. I dessa bestämmelser föreskrivs förbud mot innehav av t.ex. narkotika och alkoholhaltiga drycker och att kontroll, bl.a. genom kroppsvisitation och kroppsbesiktning, får utföras samt att förbjuden egendom skall försäljas eller förstöras.

Enligt 49 § smittskyddslagen får den isolerade ges tillstånd att under viss tid vistas utanför sjukhusets område. Enligt förarbetena till lagen kan sådant tillstånd beviljas bl.a. av personliga skäl t.ex. för att närvara vid en begravning men också för att ge möjlighet att pröva huruvida den isolerade klarar av att leva på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras.

8.7.2 Stöd och motivation m.m.

Nedanstående uppgifter bygger på skriftlig och muntlig information från verksamhetschefen vid den särskilda enheten på Danderyds sjukhus och får ses som en allmän beskrivning av innehållet i verksamheten. Kommittén har inte gjort någon genomgång av de insatser som gjorts i de enskilda ärendena.

När en person anlärt till enheten efter ett beslut om isolering får vederbörande vistas i minst ett dygn på ett observationsrum under övervakning av personalen. Tjänstgörande sjuksköterska bedömer härvid personens s.k. omvårdnadsstatus. När omvårdnadsstatusen tillåter flyttar den tvångsisolerade in i eget rum och erhåller en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktpersoner. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ställer herefter en omvårdnadsdiagnos och upprättar en individuell vårdplan tillsammans med kontaktpersoner och den isolerade.

Den isolerade erbjuds också bedömning av läkare och psykolog. I den individuella vårdplanen kan ingå olika moment, såsom

- avgiftning, nedtrappning, komma tillrätta med sitt drogmissbruk
- patienten konfronteras med sitt smittfarliga beteende för att få ökad självinsikt
- krisbearbetning och andra former av samtalskontakt
- djupgående information om hiv/aids samt vägar för smittspridning och hur man skyddar sig
- psykiatrisk diagnos och behandling
- psykologisk utredning och bedömning
- omvårdnadsdiagnostik/ordination.

Enligt verksamhetschefen på den särskilda enheten tas rutinmässigt kontakt med den behandlande läkaren i anslutning till intagningen och man försöker främja att den tvångsisolerade har kontakt med läkaren under isoleringstiden. Vidare kontaktas socialnämnden efter den tvångsisolerades medgivande. Man tillser också att den tvångsisolerade får ordinerad medicinsk behandling. Vid behov har den tvångsisolerade vistats viss tid på somatisk eller psykiatrisk klinik. Enligt vad som framkommit av akterna rörande de tvångsisolerade vistades t.ex. en man drygt sex månader av tvångsisoleringen inom slutna psykiatrisk vård.

Huvudmålet enligt omvårdnadsplanen är alltid att den intagne skall tillägna sig sådan kunskap och insikt att han eller hon kan leva icke smittfarligt. Vid bedömning av den intagnes kunskaper och insikter beaktas hur han eller hon t.ex. informerar sjukvårdspersonal vid besök hos vårdgrannar, hur han eller hon hanterar eventuella sårskador etc. samt vad som framkommer vid de kontinuerliga samtal som han eller hon har med sina kontaktpersoner, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, konsulterande psykiatriker, smittskyddsläkare m.fl. De åtgärder som vidtas för att uppnå målet beslutas med utgångspunkt i den intagnes resurser och de kan därför se mycket olika ut. I omvårdnadsplanerna har som en del av åtgärderna allt oftare planerats in individuella utbildningsprogram rörande hivinfektion där läxor kan ingå, såsom att läsa en artikel. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktpersoner går sedan igenom med den intagne vad denne förstått.

Från verksamhetschefen har följande inhämtats rörande rutinerna vid enheten. Dagen är strukturerad med olika aktiviteter i enlighet bl.a. med vårdplanerna. En till två gånger om dagen görs promenader. Under de två första veckorna av isoleringen får den isolerade dock endast vistas på avdelningen. Skälet härtill har angivits vara att personalen behöver lära känna personen i fråga innan utgång tillåts. De aktiviteter utanför sjukhusets område i vilka de isolerade kan tillåtas delta efter viss tid är anpassade efter vederbörandes behov. Ibland behövs t.ex. träning i att gå på post och i affärer eller annan social träning. Härutöver görs utflykter eller besök på olika utställningar som kan vara av intresse. Vidare går man till simhallar eller andra lokaler för fysisk träning. Under några somrar har enheten hyrt ett sommarställe en period under sommaren.

Under tvångsisoleringen försöker man också främja sociala kontakter utanför sjukhuset, bl.a. med eventuella anhöriga, och de isolerade som vill har möjlighet att ta emot privata besök efter godkännande av verksamhetschefen. Sociala nätverksorganisationer kan också kontaktas. Vilka organisationer som därvid kommer i fråga beror på den isolerades önskemål och vilka problem som kan anses föreligga. Det kan

härvid vara fråga om organisationer som ger särskilt stöd åt hivpositiva som t.ex. Noaks Ark/Röda Korset och Oasen eller stödorganisationer för missbrukare som t.ex. Anonyma Alkoholister och Anonyma Narkomaner.

Innan tvångsisoleringen upphör vistas oftast den tvångsisolerede en tid i familjehem, behandlingshem eller eget boende. Socialnämnden medverkar vid planering av sådan vistelse. Enligt uppgifter från smittskyddsläkaren i Stockholm beviljas inte tillstånd till vistelse i familjehem m.m. utan att kontakt etablerats mellan socialnämnden och den isolerade. Smittskyddsläkaren vill vidare att socialnämnden före ett beslut om familjehemsplacering förbinder sig att under en viss tid efter isoleringens upphörande svara för att vederbörande får viss hjälp såsom t.ex. möjlighet att kvarstanna på familjehemmet eller hjälp till annat boende. Den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen erbjuder därvid öppenvårdskontakt som stöd i ett övergångsskede.

8.7.3 Särskilt om tillämpningen av bestämmelserna rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet

Enligt uppgift från den särskilda enheten ges den tvångsisolerede först efter ungefär två veckor tillstånd att vistas utanför sjukhusets område och delta i olika aktiviteter inledningsvis med två personer ur personalen och därefter med en av dem. Efter ytterligare en tid, vanligtvis ungefär två månader, kan personen ifråga få möjlighet att vistas på egen hand utanför sjukhusets område om de tidigare utevistelserna och aktiviteterna med personalen ej utvisat att sådant tillstånd är olämpligt. Smittskyddsläkaren beslutar i samråd med verksamhetschefen om tillstånd som gäller vistelse utanför sjukhusets område.

Av akterna i isoleringsmålen framgår att tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet har beviljats i ett relativt stort antal fall. Tillstånd har efter viss tid i de flesta fall getts för besök på t.ex. Noaks Ark, Anonyma narkomaner eller andra frivilliga stödorganisationer. Tillstånd har också beviljats för stadigt återkommande aktiviteter, exempelvis en danskurs två gånger per vecka eller för regelbunden träning på gym. Tillstånd har även beviljats för studier på heltid. Så följde t.ex. en av de kvinnor som var tvångsisolerad under 1997 en datakurs på heltid.

Ett flertal av de tvångsisolerade har erhållit tillstånd för att besöka anhöriga. Sådana tillstånd har kunnat sträcka sig allt från ett par timmar till flera dagar. Från akterna kan ges följande exempel. Den tvångsisolerade mannen erhöi i detta fall först tillstånd att vistas hos sin far

under några timmar vilket därefter utökades till regelbundna vistelser några timmar under en helg. Detta tillstånd utökades till att även omfatta övernattnings. Efter drygt tre månaders isolering erhöll mannen möjlighet att vistas hos sin sambo och också tillstånd att ha semester med sin mor under en veckas tid. Under senare delen av isoleringen, som varade i sex månader, fick mannen tillstånd att vistas hos sin sambo under nätter och helger. I ett annat fall erhöll en tvångsisolerad man tillstånd att under en månads tid besöka sin familj som var bosatt utomlands. Det kan nämnas att en sådan resa även erbjöds en annan tvångsisolerad man som dock avböjde.

I många fall, främst när det gäller narkotikamissbrukare, har upphörandet av tvångsisoleringen föregåtts av en tids vistelse på behandlingshem eller i familjehem. En placering i ett familjehem har ofta föregåtts av ett provboende under en viss kortare tid, t.ex. en vecka. Vistelse i familjehem torde inte dock inte, enligt uppgift från den särskilda enheten, komma ifråga förrän efter omkring nio månaders isolering. Vistelserna har varit av olika längd. Det har under pågående tvångsisolering förekommit t.ex. en placering om fyra månader och en placering om ett år.

8.8 Avslutande kommentarer

Inledningsvis kan konstateras att kommitténs kartläggning visar att i förhållande till antalet underrättelser enligt 25 § smittskyddslagen har tvångsisolering tillgripits i mycket få fall. Det bör dock här anmärkas att majoriteten av underrättelserna föranletts av att patienten avbrutit föreskriven läkarkontakt vilket inte självständigt kan ligga till grund för tvångsisolering. Materialet visar också att smittskyddsläkarna efter underrättelse vidtar ett flertal åtgärder för att förmå den enskilde att på frivillig väg följa givna förhållningsregler.

Med några få undantag har tvångsisolering avsett hivpositiva. Sedan den 1 januari 1989 och fram t.o.m. 1998 har 65 personer tvångsisolerats. Av dessa har 62 varit hivpositiva. En viktig del av kommitténs arbete har varit att undersöka tillämpningen av bestämmelserna om tvångsisolering, inte minst mot bakgrund av den debatt som förekommit bl.a. i riksdagen. I sammanhanget bör uppmärksammas att genom att samtliga akter som rört tvångsisolerade hivpositiva, inklusive domstolarnas avgörande, är sekretessbelagda har tillämpningen inte kunnat bli föremål för en offentlig insyn eller utvärdering på motsvarande sätt som är möjlig vid tvångsvård enligt annan lagstiftning. Kommittén har därför gjort en omfattande kartläggning av de ärenden som rör hivpositiva som tvångsisolerats mellan den 1 januari 1989 och den 31 maj 1997. Kartläggningen omfattar 52 hivpositiva, varav drygt en tredjedel

kvinnor. De tvångsisolerade har huvudsakligen bestått av människor med ett omfattande missbruk, främst narkotikamissbruk, och/eller allvarliga psykiska störningar. Ytterligare en grupp har utgjorts av utländska män med ett riskfyllt sexuellt beteende. Det kan här noteras att sammanlagt 18 av de tvångsisolerade männen har varit av utomeuropeisk härkomst. Kartläggningen har visat att de som tvångsisolerats genomgående har varit personer med särskilt behov av stöd eller vård och att det rört sig om personer som kan betecknas som socialt utsatta. Flerparten har också varit kända för smittskyddsläkaren sedan tidigare.

Kartläggningen visar att tvångsisoleringen i de flesta fallen varat i mellan fem och nio månader. För anmärkningsvärt många har dock tvångsisoleringen sträckt sig över två år. Den längsta tiden för tvångsisolering har uppgått till drygt sju år och sex månader. Skälen för dessa långa isoleringstider har bl.a. varit att hivinfektion inte är botbar och att det varit fråga om mycket vårdkrävande personer. I flera fall framgår att tvångsisoleringen har samband med att det föreligger brister i utbudet av adekvat vård eller omhändertagande i annan form. Inte minst har detta gällt ett litet antal mycket vårdkrävande personer som har behov av en lång tids tillsyn och omhändertagande. I bl.a. det fall där en kvinna var tvångsisolerad i över sju år framgår av akten att isoleringen ansetts nödvändig eftersom man inte kunnat finna en lämplig vårdform. Det bör här uppmärksammas att dessa förhållanden också påpekas av socialläkaren Anders Annell (del B, bilaga 9). Enligt hans uppfattning har bristen på utbud av boendesituationer för psykiskt svårt störda narkotikamissbrukare påtagligt begränsat möjligheterna att placera de enligt smittskyddslagen långtidsomhändertagna i andra vårdformer.

Underlaget liksom socialläkaren Anders Annells utlåtande pekar emellertid på att brister i vård och omhändertagande i andra former också har haft betydelse i andra fall än de nu berörda. Enligt t.ex. Anders Annells uppfattning skulle ett resursstarkare och mer omsorgsfullt omhändertagande av hivsmittade invandrare och narkotikamissbrukare samt ett bättre beaktande av deras kulturella, psykiska och sociala svårigheter sannolikt ha onödiggjort flera av isoleringsfallen.

Beträffande innehållet i omhändertagandet under tvångsisoleringen bygger underlaget huvudsakligen på skriftligt och muntligt material från verksamhetschefen vid den särskilda enheten på Danderyds sjukhus. Kommittén har inte gjort någon djupare genomgång av omhändertagandet i de enskilda fallen. Emellertid framgår av tillgängliga uppgifter att omhändertagandet vid isoleringen närmast sig sådant behandlingstänkande som ligger i tvångsvård enligt t.ex. LVM. Detta framskymtar även i domstolarnas motiveringar rörande beslut om förlängning av isoleringstiden. I vissa fall har domstolarna t.ex. medgivit förlängning av isoleringstiden med hänsyn till att det ansetts föreligga

behov av utslussning i betryggande former till vård och annat boende. Det bör här noteras att även om det vid omhändertagandet enligt smittskyddslagen skall tillses att den tvångsisolerede ges erforderligt stöd och hjälp samt motiveras att ändra sin inställning och livsföring under tvångsisoleringen medger smittskyddslagen inte att tvångsvård äger rum. Det framstår som tveksamt om smittskyddslagen ger stöd för en längre syftande social rehabilitering under tvång.

Såväl de långa isoleringstiderna som ovan nämnda behandlingstänkande synes också ha haft effekt på beviljandet av tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet. Som framgår har sådana tillstånd beviljats tämligen generöst. Även om dessa huvudsakligen synes vara i överensstämmelse med intentionerna i gällande smittskyddslag framstår tillämpningen i vissa fall som anmärkningsvärd med hänsyn till att tvångsisolering endast skall äga rum då det finns risk för smittspridning. Detta gäller särskilt de fall där den tvångsisolerede under en längre sammanhållen tid fått vistas hos anhöriga eller då det varit fråga om långa vistelser på familjehem, såsom placeringar som uppgått till ett år och mer.

Effekterna av tvångsisoleringen är en fråga som har varit mycket svår att belysa. Av kartläggningen framgår att sju av de tvångsisolerede varit föremål för återkommande beslut eftersom de återfallit i smittfarligt beteende. I de flesta fall har dock, enligt vad som uppgivits till kommittén, smittskyddsläkaren inte erhållit uppgifter om nytt smittfarligt beteende. Detta behöver dock inte innebära att det smittfarliga beteendet upphört. Vidare måste beaktas att inte ett obetydligt antal av dem som varit föremål för tvångsisolering var avlidna vid tiden för kartläggningen och att flera har dömts till längre fängelsestraff och/eller blivit föremål för utvisning. Kommittén anser därför inte att det går att dra några egentliga slutsatser om i vad mån tvångsisoleringen påverkat individerna till ett mindre smittfarligt beteende efter isoleringens upphörande.

9 Åtgärder vid smitta från djur och objekt

9.1 Inledning

I kapitlet behandlar kommittén frågor som rör åtgärder då smitta sprids från djur, livsmedel och andra objekt. Enligt smittskyddslagen har kommunen ansvar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur och objekt som sprider smitta, men ansvar – såväl för kommunen som för andra myndigheter – för att åtgärder vidtas för att förhindra smittspridning finns också i andra lagar. Med hänsyn till att flera lagar kan vara tillämpliga parallellt ägnas särskild uppmärksamhet åt gränsdragningen mellan lagarnas ansvarsområden.

För att belysa bl.a. det kommunala smittskyddsarbetet har kommittén intervjuat 14 kommunala förvaltningar som ansvarar för smittskyddsfrågor. Vidare har 24 kommuner tillställts en särskild enkät rörande hanteringen av smittskyddsärenden. Frågor om det objektinriktade smittskyddet har också belysts vid ett särskilt seminarium som hölls i oktober 1997. I den utvärdering av smittskyddsorganisationen som Statskontoret har gjort på kommitténs uppdrag, se närmare kap. 16, behandlades också frågor om det kommunala smittskyddsarbetet.

9.2 Det objektinriktade smittskyddet enligt smittskyddslagen

9.2.1 Allmänt om det kommunala smittskyddsarbetet

Kommunen skall enligt 9 § smittskyddslagen svara för att åtgärder vidtas mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar.

Vid smittskyddslagens tillkomst låg ansvaret för de kommunala smittskyddsåtgärderna på miljö- och hälsoskyddsnämnden. En sådan

nämnd skulle, enligt dåvarande bestämmelse i hälsoskyddslagen, finnas i varje kommun. I samband med att den nuvarande kommunallagen infördes 1992 gavs kommunerna större frihet att besluta om sin organisation. Enligt en enkätundersökning genomförd av Svenska kommunförbundet 1997 har flera kommuner efter lagändringen ändrat sin organisation. Antalet särskilda miljö- och hälsoskyddsnämnder har därvid minskat från 229 år 1992 till 166 år 1996. Motsvarande förändringar har ägt rum när det gäller de förvaltningskontor som bereder nämndens ärenden och verkställer dess beslut. Enligt uppgifter från de förvaltningar som kommittén och Statskontoret varit i kontakt med har förändringarna i nämndorganisationen dock inte påverkat smittskyddsarbetet i någon nämnvärd utsträckning

Antalet anmälningar enligt smittskyddslagen uppgick år 1997 enligt Statskontorets rapport till mellan 10 och 40 i de små kommunerna (med mindre än 25 000 innevånare) och upp till några hundra i de större kommunerna (med 35 000–100 000 innevånare). I de tre storstäderna, Stockholm, Göteborg och Malmö låg antalet anmälningar på mellan 600 och 1 300. Bland anmälningarna dominerade sjukdomarna campylobacter, salmonella och giardia.

Ärenden som rör smittskydd utgör dock endast en liten del av de ärenden som handläggs vid de aktuella förvaltningarna bl.a. beroende på att flertalet anmälningar rör personer som misstänks ha smittats utomlands. Hos flera av de kommunala miljö- och hälsoskyddsförvaltningar som kommittén intervjuat föranleder färre än tio ärenden enligt smittskyddslagen per år någon åtgärd utöver mottagandet av anmälan. Vid Stockholms miljöförvaltning leder uppskattningsvis omkring 100 ärenden, dvs. ca 10 procent av anmälningarna till nämnden, till utredningsåtgärd. Enligt Statskontorets rapport tar smittskyddsärenden i genomsnitt i anspråk 5–10 persondagar per år i en liten kommun och ca 10 dagar i en medelstor kommun. I de tre storstäderna används 20–30 dagar per år härför. I den angivna tiden ingår även sådan tid som åtgått till utredningar av matförgiftningar och informationsträffar med smittskyddsläkaren. I betänkandet av Utredningen om kommunernas arbete för en god livsmiljö (KLIV), Kommunerna och miljöarbetet (SOU 1993:19), redovisas en uppskattning av arbetstidens fördelning på olika arbetsuppgifter vid miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Enligt denna uppskattning används i genomsnitt c:a 4 procent av arbetstiden till uppgifter inom området för skadedjur, djurskydd och smittskydd.

9.2.2 Åtgärder vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från objekt

Som inledningsvis redogjorts för skall kommunen svara för att åtgärder vidtas mot djur och objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Vad som avses med åtgärd är inte närmare angivet i lagtexten. Av förarbetena framgår dock att i kommunens ansvar ingår att söka lokalisera smittkälla.

För att belysa i vad mån kommunerna genomför utredningar för att lokalisera smittkällor tillställdes 24 kommunala förvaltningar som ansvarar för smittskyddsfrågor under våren 1997 en enkät i vilken ställdes vissa frågor om smittspårning vid salmonella och campylobacter. 18 förvaltningar besvarade enkäten. Enligt flertalet av förvaltningarna hade smittspårningsärenden rörande dessa sjukdomar sällan förekommit. Rutiner för smittspårning fanns dock hos alla förvaltningar utom två. Samtliga förvaltningar påbörjade en smittspårningsutredning vid inhemska fall och hos övervägande antalet förvaltningar började sådan utredning redan vid ett enskilt fall. Det vanligaste sättet att få kännedom om inträffat fall var genom anmälan från behandlande läkare. Enligt en majoritet av förvaltningarna återfanns sällan smittkällan. Innan en utredning där smittkällan inte återfunnits avslutades samrådde man alltid eller ofta med smittskyddsläkaren.

För att fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen har nämnden också getts befogenhet att vidta vissa tvångsåtgärder. För att förhindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan nämnden utfärda förelägganden och förbud, vilka kan förenas med vite, samt förordna om rättelse på den enskildes bekostnad (33 §). Vidare får nämnden om det är nödvändigt för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur (34 §). Den enskilde som drabbas av beslut har i vissa fall rätt till ersättning, se närmare kapitel 17.

Tvångsåtgärder synes emellertid sällan ha tillgripits. Endast en av de förvaltningar kommittén intervjuat kunde erinra sig att ett beslut om tvångsåtgärd fattats. Beslutet avsåg ett parti salmonellasmittade sköldpaddor. Även enligt den undersökning som Statskontoret genomfört har endast något enskilda beslut fattats.

Ett beslut av den kommunala nämnden kan överklagas till länsrätten. Tillgänglig statistik från Domstolsverket, som avser perioden 1993–1997, tyder dock på att det inte förekommit någon prövning av beslut enligt smittskyddslagen som meddelats av kommunala nämnder. Uppgifter från länsrätterna i Stockholm och Malmö talar i samma riktning.

9.2.3 Samarbete och samordning

Smittskyddsläkaren har bl.a. på grund av sin kompetens på smittskyddsområdet och den samlade information han erhåller ålagts olika övergripande uppgifter. Smittskyddsläkaren skall t.ex. enligt 24 § smittskyddslagen, om anmälningarna enligt smittskyddslagen ger anledning därtill, se till att sådana åtgärder vidtas som behövs för att hindra smittspridning. För det objektinriktade smittskyddsarbetets del kan enligt förarbetena en sådan åtgärd vara att samordna flera miljö- och hälsoskyddsnämnders smittskyddsåtgärder. Vidare ingår bland smittskyddsläkarens särskilda uppgifter enligt 7 § att planera, organisera och leda smittskyddet. Detta anges kunna innebära bl.a. att smittskyddsläkaren vid epidemisk spridning av smittsam sjukdom måste ta ledningen över det samlade smittskyddsarbetet. Smittskyddsläkaren skall också enligt 7 § hjälpa bl.a. kommunala nämnder som fullgör uppgifter på miljö- och hälsoskyddsområdet. Enligt departementschefen skall landstinget emellertid inte vara ett överordnat organ med ansvar också för kommunens uppgifter. Smittskyddsläkaren har således vare sig rätt att ge direktiv till kommunen eller skyldighet att vidta sådana objektinriktade åtgärder som inte kommer till stånd genom kommunens försorg.

Med hänsyn till behovet av samarbete och samordning när det gäller smittskyddsarbetet föreskrivs i smittskyddslagen att smittskyddsläkaren och de kommunala nämnderna skall samverka dels med varandra, dels med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Härutöver har nämnderna ålagts skyldighet att informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder som berör smittskyddet (12 §). Någon särskild form för samverkan och samråd föreskrivs dock inte i lagen.

Att döma av de uppgifter som inhämtats synes samarbetet mellan de kommunala förvaltningarna och smittskyddsläkaren i allmänhet fungera väl. Vid de smittskyddsärenden som föranleder vidare utredning har förvaltningarna regelmässigt kontakt med smittskyddsläkarna. Smittskyddsläkare och smittskyddssjuksköterskor uppges vanligtvis vara lätta att nå. I vissa landsting har man också regelbundna träffar med smittskyddsläkaren ett par gånger per år eller en gång i kvartalet medan man i andra landsting saknar denna form av regelbundet informationsutbyte. Samarbetet är dock sällan formaliserat genom skriftliga avtal eller liknande.

I vissa landsting har ett system med kontaktläkare byggts upp. Kontaktläkaren är ofta en distriktsläkare vid en vårdcentral. Enligt Statskontorets rapport är de kommunala förvaltningarnas samarbete

med kontaktläkare/distriktsläkare liksom med länsveterinär vanligen av mer sporadisk karaktär. Samverkan med den behandlande läkaren består ofta enbart av läkarnas anmälningar av sjukdomsfall enligt smittskyddslagen. När det gäller kontakter med SMI och Livsmedelsverket är det i första hand SMI som förvaltningarna vänder sig till. Ett mindre antal kommuner uppger sig ha kontakt med Livsmedelsverket. Med hänsyn till kommunernas begränsade möjligheter att bygga upp egen kompetens och att vinna erfarenhet värderas dock möjligheterna till samverkan högt, framförallt samverkan med smittskyddsläkaren och SMI.

För att förstärka smittskyddet har vid några tillfällen utbildning hållits för s.k. fältepidemiologiska grupper. Dessa grupper är tänkta att bestå av representanter från infektionssjukvården, kommunens miljö- och hälsoskydd och från det veterinära området. Smittskyddsläkaren är ansvarig för sammansättningen och nyttjandet av gruppen. Fältepidemiologiska grupper har bildats i ett övervägande antal län men användandet av dem torde hitintills ha varit begränsat. Det finns emellertid exempel på effektiva insatser av sådan grupp vid utbrott. Härutöver finns i en del län också en s.k. epidemiledningsgrupp, ett samverkansorgan, bestående – förutom av smittskyddsläkaren – av representanter från olika sektorer inom hälsovården/hälsoskyddet. Gruppen skall bl.a. fungera som ett rådgivande organ vid kommunal planering men skall också kunna utnyttjas i en krissituation.

9.2.4 Vissa tillämpningsproblem

Vid kontakterna med de kommunala förvaltningarna och med smittskyddsläkarna har uppmärksammats vissa problem när det gäller kommunernas smittskyddsarbete enligt smittskyddslagen. Flera kommuner har påpekat att smittskyddslagens bestämmelser inte tillräckligt tydligt reglerar ansvaret mellan behandlande läkare, smittskyddsläkare och de kommunala nämnderna för smittutredningar enligt smittskyddslagen. Enligt dessa kommuner medför detta att det kan föreligga osäkerhet om vem som egentligen ser till att nödvändiga utredningar genomförs, särskilt då det brister i uppgifterna om smittvägar och smittkällor. Med detta sammanhänger vidare att kunskaperna om ett inträffat fall av smittsam sjukdom relativt ofta erhålls alltför sent och att anmälningarna är ofullständigt ifyllda. Det har uppgivits att anmälningarna enligt smittskyddslagen många gånger kommer till kommunen så sent att det inte är meningsfullt med ytterligare utredning.

Härutöver har också framkommit att det förhållandet att flera lagar kan vara tillämpliga samtidigt vid smitta från djur eller objekt har för-

anlett oklarheter beträffande kommunernas ansvar i förhållande till t.ex. Jordbruksverket. Detta berörs närmare i avsnitt 9.4.

När det gäller det kommunala smittskyddsarbetet har vidare påpekats att kostnaderna för provtagning kan innebära ett väsentligt problem, framförallt om det är fråga om en provtagning av större omfattning. Med hänsyn bl.a. till den begränsade förekomsten av utbrott torde i den kommunala nämndens budget sällan finnas anslaget medel som täcker de kostnader som en större utbrottsutredning kan medföra.

9.3 Det objektinriktade smittskyddet i annan lagstiftning

9.3.1 Livsmedelslagen (1971:511)

När det gäller livsmedel har kommunen förutom det i smittskyddslagen föreskrivna ansvaret också ett ansvar att i egenskap av tillsynsmyndighet enligt livsmedelslagen ingripa om livsmedel sprider eller misstänks sprida smitta. Vid vissa livsmedelsverksamheter, främst mejerier och stora slakterier, ligger istället det direkta tillsynsansvaret på Livsmedelsverket.

Ett av livsmedelslagens huvudsyften är att tillförsäkra konsumenterna livsmedel som inte är skadliga för hälsan. Med livsmedel avses även dricksvatten. Lagens bestämmelser gäller i princip all livsmedelshandling utom handtering av livsmedel i enskilt hushåll eller i kök i förskola eller fritidshem med högst två avdelningar. Livsmedelslagstiftningen innehåller detaljerade bestämmelser bl.a. om livsmedlens sammansättning och beskaffenhet, personalhygien samt livsmedelslokal. I lagen föreskrivs bl.a. att livsmedel som kan vara otjänligt till människoföda inte får saluhållas och att en person som har eller antas ha sjukdom eller smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterar otjänligt till människoföda ej får vara sysselsatt i livsmedelshandlingen. Ansvaret för att de materiella reglerna i lagen följs åvilar primärt den som hanterar livsmedel. För att se till att lagen följs får emellertid tillsynsmyndigheten meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs och får även vidta rättelse på den enskildes bekostnad. Vidare får en vara som saluhålls eller avses saluhållas i strid med livsmedelslagens bestämmelser tas om hand och under vissa förutsättningar förstöras.

Förhållandet till smittskyddslagen

Eftersom livsmedelslagen är den lag som kommunen generellt tillämpar vid hantering av livsmedel tillämpas bestämmelserna i denna lag i första hand även vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från livsmedel. Möjligheterna till ingripanden är i princip desamma enligt smittskyddslagen och livsmedelslagen. Livsmedelslagens bestämmelser är dock inte begränsade till enbart samhällsfarliga sjukdomar. Beträffande den rätt till ersättning som kan utgå till den enskilde vid ingripanden enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen hänvisas till kapitel 17.

Problem rörande samordningen med smittskyddslagens bestämmelser har framförts föreligga i främst i två avseenden. Det ena gäller den konflikt som kan uppstå vid frågan om avstängning av en person från livsmedelshanteringen. Behandlande läkare kan vid samhällsfarlig sjukdom meddela en förhållningsregel av innebörd att en person skall avhålla sig från sitt arbete om risk för smittspridning föreligger. Ett beslut om avstängning kan också fattas av tillsynsmyndigheten med stöd av livsmedelslagen. Detta kan leda till att tillsynsmyndigheten och behandlande läkare i ett enskilt fall av smitta kan göra skilda bedömningar rörande behovet av att avstänga en person från arbete. Det andra problemet består i att bestämmelserna rörande anmälningskyldigheten i de olika lagarna skiljer sig ifråga om vilken sjukdom eller smitta som skall anmälas och vem som skall göra den aktuella anmälan. Komplexa regler och otillräcklig samordning uppges leda till vissa brister i anmälningsförfarandet.

9.3.2 Miljöbalken (1998:808)

I miljöbalken, som trädde i kraft den 1 januari 1999, har femton lagar som berör miljö- och hälsoskyddsområdet sammansmältts. Av dessa är det främst hälsoskyddslagen (1982:1080), miljöskyddslagen (1969:387) och renhållningslagen (1979:596) som är av intresse från smittskyddssynpunkt. I den följande redogörelsen kommer endast hälsoskyddslagen att beröras särskilt. Målet med miljöbalken är att främja en hållbar utveckling och tillförsäkra levande och kommande generationer en hälsosam och god livsmiljö. I det andra kapitlet återfinns allmänna hänsynsregler som skall gälla all verksamhet och alla åtgärder enligt balken. Med åtgärd avses här sådan åtgärd som inte är av försumbar betydelse i det enskilda fallet. Hänsynsreglerna innebär bl.a. att alla försiktighetsmått som behövs skall vidtas så fort det finns risk för skada eller olägenhet för människors hälsa eller miljön.

Hälsoskyddslagen upphörde som nämnts att gälla när miljöbalken trädde i kraft. Flertalet av hälsoskyddslagens bestämmelser har emellertid inarbetats i balken eller i en till balken ansluten förordning. I miljöbalken återfinns dessa regler framförallt i kapitlet med särskilda bestämmelser om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd (kap. 9). Tillämpningsområdet för hälsoskyddsreglerna i miljöbalken är detsamma som för reglerna i hälsoskyddslagen och syftar till att förebygga och undanröja olägenheter för människors hälsa. Bestämmelserna tar sikte på olägenheter som har anknytning till användning av egendom, fast eller lös, dvs. olägenheter som har koppling till den fysiska miljön. I 3 § i kapitlet ges en definition av begreppet olägenhet för människors hälsa, som omfattar detsamma som det tidigare begreppet sanitär olägenhet enligt hälsoskyddslagen. Definitionen anger vilka störningar som är av sådan karaktär att balkens skyddsregler är tillämpliga. Med olägenhet för människors hälsa avses en störning som enligt medicinsk eller hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. Någon exemplifiering görs inte i lagen. I förarbetena till balken anges däremot exempel på sådana störningar, nämligen buller, kyla, drag, lukt, ohyra och andra skadedjur. Kapitlet rymmer vidare bestämmelser om att bostäder och lokaler för allmänna ändamål inte skall brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa uppstår och att de skall hållas fria från ohyra och skadedjur. Vidare föreskrivs att ägare eller brukare till berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att hindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Härutöver finns bestämmelser om bl.a. avloppsanläggningar och anläggningar för grundvattentäkter. Bestämmelser om tillsyn finns i ett särskilt kapitel (26 kap). Den närmare fördelningen av olika myndigheters ansvar och åligganden i detta hänseende anges emellertid i förordningen (1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. I balken föreskrivs dock att tillsynen över miljö- och hälsoskyddet inom kommunen, med undantag för sådan miljöfarlig verksamhet som kräver tillstånd, skall utövas av den eller de nämnder som fullmäktige bestämmer. I en uttrycklig bestämmelse i balken anges vidare att tillsynsmyndigheten skall kontrollera efterlevnaden av miljöbalken och de bestämmelser som följer av balken. Genom bestämmelsen understryks att tillsynsmyndigheten inte endast har rätt utan även en skyldighet att bedriva kontrollerande tillsyn genom myndighetsutövning med de verktyg som står till buds genom miljöbalkens regler. Liksom enligt hälsoskyddslagen har tillsynsmyndigheten rätt att meddela förelägganden och förbud, vilka får förenas med vite. En nyhet i förhållande till bl.a. hälsoskyddslagen är att tillsynsmyndigheten – om ett föreläggande eller beslut inte blir åttlytt – kan ansöka om verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten. Det finns emel-

lertid fortfarande möjlighet att istället förordna om rättelse på den enskildes bekostnad.

Förhållandet till smittskyddslagen

En förutsättning för att, med stöd av miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd, kunna ingripa mot djur eller objekt som sprider smitta är att förekomsten av smittämnen kan anses utgöra en sådan störning som omfattas av begreppet olägenhet för människors hälsa. Något klarläggande görs inte i denna fråga i förarbetena till vare sig den tidigare gällande hälsoskyddslagen eller nu den gällande miljöbalken. Det bör dock beaktas att hälsoskyddslagen har kommit att tillämpas på vitt skilda störningar som ansetts innebära fara för hälsan. Det har t.ex. varit fråga om buller från olika verksamheter, ventilation i lokaler och utsläpp av avloppsvatten. När det gäller djur har ärenden rört t.ex. verksamheter med djur som medfört ett påträngande illaluktande eller t.ex. hundar som oavbrutet skällt under en längre tid. Risken för smittspridning synes också ha varit ett av motiven för flera av bestämmelserna, bl.a. när det gäller djurhållning. Vidare finns inte något uttalande som motsäger att smittämnen kan anses ingå i olägenhet för människors hälsa. Beträffande det tidigare begreppet "sanitär olägenhet" synes frågan dock inte ha ställts på sin spets vid någon rättslig prövning.

Att åtgärder kan vidtas mot objekt med stöd av miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd är klart. Befogenheterna motsvarar härvid i princip de befogenheter som ges i smittskyddslagen. Däremot är det oklart i vilken mån bestämmelserna om hälsoskydd medger direkta ingripanden mot djur. Att den kommunala nämnden med stöd av hälsoskyddsbestämmelserna i ett enskilt fall kan t.ex. meddela förbud mot att ha ett djur som medför sanitär olägenhet i en bostad eller dylikt eller besluta om åtgärder mot skadedjur är klart. Bestämmelserna ger emellertid inte något uttryckligt stöd för ingripande åtgärder som riktar sig direkt mot andra djur än skadedjur.

När det gäller rätt till ersättning skall noteras att miljöbalken inte innehåller några regler om rätt till ersättning vid ingripanden enligt bestämmelserna om hälsoskydd.

9.3.3 Några andra lagar av betydelse för smittskyddet

Djurskyddslagen (1988:534)

Djurskyddslagen avser vård och behandling av husdjur och andra djur som hålls i fångenskap. Lagen innehåller bl.a. vissa grundläggande bestämmelser om hur djur skall hållas och skötas. Vidare finns bestämmelser om tillståndsplikt för viss djurhållning. Den lokala tillsynen utövas av kommunen medan länsstyrelsen svarar för den regionala och Jordbruksverket för den centrala tillsynen. Tillsynsansvaret är för närvarande föremål för utredning. Lagen torde såvitt gäller smittskyddet främst ha betydelse när det gäller att förebygga smittsamma sjukdomar.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Arbetsmiljölagen skall bl.a. skydda arbetstagare mot ohälsa. Till de faktorer som kan orsaka ohälsa räknas också smittämnen. Yrkesinspektionen utövar den löpande tillsynen under överinseende av Arbetarskyddsstyrelsen som har det centrala tillsynsansvaret.

9.3.4 Särskilda lagar rörande smittspridning från djur

Epizootilagen (1980:369)

Epizootilagen gäller allmänfarliga djursjukdomar. Det kan vara fråga både om sjukdomar som smittar endast mellan djur eller om zoonoser. Med zoonos menas sjukdom som smittar från djur till människa. Epizootilagen gäller endast vissa särskilt angivna sjukdomar f.n. omkring 30 stycken, däribland de samhällsfarliga sjukdomarna mjältbrand, rabies och tuberkulos. Salmonella regleras i särskild lagstiftning. De sjukdomar som omfattas av lagen är sådana som normalt inte skall förekomma bland djur i Sverige. Lagen föreskriver anmälningskyldighet vid misstanke om epizootisk sjukdom för den som har djuret i sin vård. Veterinärs anmälningskyldighet regleras i förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion. Vid misstanke om bl.a. epizootisk sjukdom skall denne skyndsamt underrätta Jordbruksverket, länsstyrelsen, smittskyddsläkaren, den kommunala nämnden och vederbörande distriktsveterinär. Han skall vidare omedelbart undersöka djuret. Om han har grundad anledning anta att epizootisk sjukdom föreligger skall han i den utsträckning det behövs, besluta om förbud

att besöka eller lämna den fastighet där sjukfallet inträffat eller där smitta annars kan antas förekomma och att utföra transporter till och från sådana fastigheter. Vid konstaterat fall har Jordbruksverket att, i den utsträckning det behövs, besluta om förbud enligt ovan eller om andra begränsningar i hanteringen av djur eller varor. Om det behövs skall verket också besluta om förbud mot transporter och andra begränsningar i hanteringen av djur eller varor inom områden där smitta förekommer och om tillträdesförbud till bl.a. vissa djurstallar. För att bekämpa och förebygga epizootiska sjukdomar har verket vidare rätt att utfärda föreskrifter om bl.a. avlivning av smittade eller misstänkt smittade djur, smittrening och undersökning i kontrollsyfte men också att meddela beslut och åtgärder i det enskilda fallet.

Jordbruksverket utövar den centrala tillsynen medan länsstyrelsen utövar tillsynen inom länet. Länsstyrelsen har därvid rätt att meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs för efterlevnaden av lagen eller dess följdföreskrifter. Ersättning av statsmedel utges för vissa kostnader eller förluster som uppkommit till följd av ett ingripande enligt lagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

Jordbruksverket leder och samordnar bekämpningen och de förebyggande åtgärderna enligt epizootilagen. I samråd med Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt och länsstyrelserna skall Jordbruksverket upprätta beredskapsplaner.

Jordbruksverket har på uppdrag av regeringen gjort en översyn av epizootilagstiftningen. I verkets rapport 1997:11 (Översyn av epizootilagstiftningen) föreslås förändringar i lagen i bl.a. följande avseenden. Anmälningförfarandet förenklas och länsstyrelsen ges ett ansvar för att berörda myndigheter, däribland smittskyddsläkaren, får kännedom om fall av misstänkt zoonos hos djur. Vidare föreslås verket, i egenskap av central tillsynsmyndighet, få samma befogenheter som länsstyrelsen att meddela föreläggande och förbud. För att göra ansvarsfördelningen tydligare föreslås härutöver att verkets ledande och samordnande roll klargörs genom att länsstyrelsen åläggs följa de beslut och direktiv som verket beslutar rörande bekämpning och förebyggande åtgärder. Här skall anmärkas att det i dagarna lagts en proposition (prop. 1998/99:88 "Bekämpning av smittsamma djursjukdomar") som i huvudsak bygger på de förslag som Jordbruksverket redovisat i sin rapport.

Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur

Bestämmelser för att bekämpa och hindra spridning av uppkommen salmonellainfektion hos djur finns i lagen om bekämpande av salmonella hos djur. Till skillnad från epizootilagen är lagen begränsad med avseende på djurslag till husdjur och andra djur som hålls i fångenskap. Enligt den praxis som Jordbruksverket tillämpar har lagens tillämpningsområde ytterligare begränsats till att omfatta lantbrukets djur och sällskapsdjur som är föremål för yrkesmässig uppfödning. Enligt lagen kan Jordbruksverket besluta om en rad olika åtgärder bl.a. slakt, oskadliggörande av ägg, smittrening, provtagning och vaccination. Vissa befogenheter kan delegeras till länsstyrelsen eller veterinär. Tillsynen över efterlevnaden av ovanstående beslut utövas genom veterinär som verket utsett. Jordbruksverket får meddela de förelägganden som uppenbart behövs för efterlevnaden av lagen. Enligt förordningen som ansluter till lagen skall Jordbruksverket leda och samordna bekämpningen och de förebyggande åtgärderna.

Ersättning får utges till den som har orsakats vissa kostnader och förluster på grund av beslut enligt lagen eller dess följdbestämmelser.

Lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

Lagen om provtagning på djur, m.m. avser bl.a. kartläggning och kontroll av smittsamma djursjukdomar samt åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma djursjukdomar. Ett av lagens huvudsyften är att möjliggöra för myndigheter att genomföra tvingande kontroller hos djurägare som inte ansluter sig till frivilliga kontrollprogram. Lagens tillämpningsområde är inte begränsat till vissa sjukdomar. Genom lagen öppnas möjlighet till bl. a. provtagning, undersökning, avlivning, isolering och andra begränsningar enligt lagen. Provtagning eller undersökning får utföras på bl.a. djur och djurprodukter. Enligt lagens förarbeten är främst djur som används i animalieproduktionen eller i övrigt för produktion av livsmedel aktuella för provtagning, men någon uttrycklig begränsning görs inte i lagen. Liksom när det gäller lagen om bekämpande av salmonella hos djur ger lagen befogenheter att vidta vissa åtgärder men föreskriver inte någon skyldighet att vidta dessa. Jordbruksverket har i egenskap av tillsynsmyndighet ansvar för att kontrollera att det som föreskrivs eller beslutas enligt lagen efterlevs. Verket får överlåta viss tillsyn inom länet till länsstyrelsen. Verket kan också överlåta åt en kommun att inom kommunen kontrollera att föreskrifter och beslut följs rörande dels hantering av djurkadaver och annat djuravfall, dels kontroll rörande mjölkproduktion. Lagen medger

möjlighet att föreskriva att djurägare skall bekosta bl.a. provtagning och undersökning. Enligt uppgift från Jordbruksverket står dock verket för kostnader vid utredning av akut sjukdom.

Jordbruksverkets förslag till en ny lag om zoonoser hos djur

Jordbruksverket har av regeringen haft i uppdrag att utvärdera lagen om bekämpande av salmonella hos djur och att studera behovet av en särskild lagstiftning om zoonotiska sjukdomar hos djur. Uppdraget redovisades i verkets rapport 1998:10 (Salmonella och andra zoonoser hos djur). Mot bakgrund av att behov föreligger av möjligheter till åtgärder mot spridning av zoonoser som inte omfattas av epizootilagen och mot smittämnen som inte orsakar sjukdom hos djur men väl hos människan föreslår Jordbruksverket en ny lag om zoonoser hos djur. Avsikten är att lagen skall ersätta lagen om bekämpande av salmonella hos djur.

Lagen avser sjukdomar eller smittämnen som kan spridas naturligt från djur till människa, med undantag för de sjukdomar som regleras i epizootilagen, och omfattar alla djurslag och typer av djurhållning. De avgränsningsproblem som kan uppstå i enskilda fall beträffande åtgärder med avseende på djur bör enligt förslaget lösas genom kontakter mellan ansvariga myndigheter enligt respektive regelverk. Enligt Jordbruksverket bör det emellertid aldrig vara aktuellt att vidta åtgärder med stöd av smittskyddslagen mot lantbrukets djur eller djur som är föremål för yrkesmässig uppfödning. Smittskyddslagen bör därför enligt rapporten begränsas till att avse endast sällskapsdjur.

Den föreslagna lagen är uppdelad i två delar. En del innehåller allmänna förebyggande åtgärder vilka föreslås gälla alla sjukdomar och smittämnen som omfattas av lagen, dvs. samtliga kända zoonoser som inte är epizootiska sjukdomar. Här återfinns bestämmelser om anmälningsskyldighet vid misstanke om sjukdom eller smittämne och möjligheter att genomföra smittutredningar. Den andra delen innehåller bestämmelser om egentliga kontroll- och bekämpningsåtgärder. Dessa åtgärder bör enligt förslaget begränsas till de zoonoser för vilka samhället har en mer omfattande strategi avseende kontroll och bekämpning. Enligt förslaget bör, tills dess att ytterligare kunskap samlats om aktuella djursjukdomar och smittämnen, endast salmonella bli föremål för kontroll- och bekämpningsåtgärder. Andra sjukdomar såsom EHEC och campylobacter torde kunna bli aktuella för sådana åtgärder när tillräcklig kunskap och erfarenhet samlats. Här skall erinras om den nyss nämnda propositionen (prop. 1998/99:88 "Bekämpning av smittsamma djursjukdomar") som helt nyligen överlämnades till riksdagen.

Propositionen överensstämmer i stora delar med Jordbruksverkets förslag. Dock föreslås i propositionen att lagen endast skall omfatta de sjukdomar och smittämnen om vilka det finns tillräcklig kunskap för en effektiv kontroll och bekämpning. För att skydda samhället mot sjukangrepp från sådana sjukdomar som faller utanför lagens tillämpningsområde föreslås istället att vissa kompletterande bestämmelser om kartläggning och förebyggande åtgärder införs i lagen om provtagning på djur, m.m.

9.4 Vissa problem rörande ansvarsfördelningen mellan olika aktörer med uppgifter av betydelse för smittskyddet

Inledningsvis kan konstateras att flera olika myndigheter har uppgifter inom det objektinriktade smittskyddet och att samarbetet mellan dessa i allmänhet synes fungera väl. Den föreliggande regleringen av ansvaret i olika lagar innebär emellertid att ansvaret för att ingripa ibland kan åvila olika myndigheter samtidigt och att problem därvid kan uppstå bl.a. rörande ledningsansvar framförallt vid kostnadskrävande utbrott.

När det gäller ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnden enligt smittskyddslagen har, enligt Statskontorets rapport, ett flertal kommuner framfört att bestämmelserna rörande ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnden bör göras tydligare. Osäkerheten om vem som ser till att nödvändiga utredningar genomförs anges vara ett det allvarligaste problemen med den nuvarande regleringen.

Frågor rörande ansvaret för åtgärder och det därmed sammanhängande kostnadsansvaret har, enligt vad kommittén erfarit, främst uppstått då smitta som kan överföras till människor förekommer eller misstänks förekomma hos djur. I smittskyddslagen har den kommunala nämnden ålagts ansvar för att vidta åtgärder mot djur. Enligt den befintliga lagstiftningen vad gäller kontroll och bekämpning av smittsamma djursjukdomar är det Jordbruksverket som i första hand har att vidta olika åtgärder. Denna dubbla reglering har emellanåt medfört osäkerhet beträffande vilken myndighet som har ansvar för att erforderlig utredning och andra åtgärder kommer till stånd.

Vad gäller de sjukdomar som omfattas av epizootilagen synes inte några problem ha förekommit. Jordbruksverket har beträffande dessa sjukdomar tagit på sig ansvar både för utredning och andra åtgärder. I lagen om bekämpande av salmonella hos djur är tillämpningsområdet

som nämnts begränsat till att avse husdjur och djur som hålls i fångenskap. Någon annan begränsning med avseende på vilka djur som omfattas av lagen görs inte. Enligt den praxis Jordbruksverket tillämpar vid salmonella ansvarar emellertid verket för utredning och andra åtgärder för att förhindra smittspridning endast när det gäller lantbrukets djur och djur i verksamhet som avser yrkesmässig uppfödning av sällskapsdjur. Sällskapsdjur som innehas av privatpersoner och djur i zooaffärer anses enligt verket falla inom kommunens ansvarsområde. Enligt vad som framkommit bl.a. vid kommitténs seminarium om det objektinriktade smittskyddet har inte sällan problem rörande kostnaderna medfört svårigheter att få till stånd provtagning på sällskapsdjur.

Frågor rörande kostnadsansvar för utredning har annars framförallt uppstått vid andra än de samhällsfarliga sjukdomarna. Problemen är särskilt märkbara när en för Sverige ny sjukdom uppträder och tillräcklig kunskap om sjukdomen och dess smittvägar saknas. Ett exempel på detta uppges vara utredningen med anledning av utbrottet av EHEC 1995. En faktor som torde vara av betydelse när det gäller frågan om vem som skall ansvara för kostnaderna är att det kan röra sig om ett avsevärt antal prover och att kostnaderna för provtagningen därmed kan uppgå till betydande belopp.

10 Karantänslagstiftningen

10.1 Bakgrund

Karantänsbestämmelser har funnits i många länder sedan lång tid tillbaka. De första internationella hälsovårdsbestämmelserna antogs av fjärde världshälsovårdsförsamlingen 1951; de ersatte ett stort antal icke samordnade hälsovårdskonventioner och andra överenskommelser mellan olika länder. Nu gällande internationella överenskommelse, International Health Regulations (IHR) antogs år 1969 (för en beskrivning av IHR samt av den pågående översynen därav, se vidare kapitel 20). I likhet med de flesta andra länder i världen har Sverige anslutit sig till IHR. Vidare har Sverige, Norge, Finland och Danmark träffat särskilda överenskommelser rörande den sanitära kontrollen över trafiken mellan länderna. Innebörden av dessa är bl.a. att de uppräknade länderna skall ses som en enhet i karantänssammanhang; vid resa mellan dessa krävs ingen kontroll. Den befintliga svenska karantänslagstiftningen har utformats i syfte att stå i överensstämmelse med åtagandena enligt IHR och de nordiska överenskommelserna.

Den svenska karantänslagstiftningen utgörs av karantänslagen (1989:290) och karantänsförordningen (1989:302). Närmare föreskrifter om tillämpningen har utfärdats av Socialstyrelsen. Syftet med karantänslagen är att ge skydd mot att de s.k. karantänssjukdomarna förs in i landet eller sprids till utlandet. Med karantänssjukdom avses sådan sjukdom som omfattas av IHR:s bestämmelser, dvs. gula febern, kolera och pest. Lagen omfattar in- och utförelse av dessa sjukdomar genom land-, luft- eller sjötrafik. Karantänslagen utgör ett komplement till smittskyddslagen, och innehåller främst bestämmelser om de ytterligare åtgärder som erfordras i karantänssyfte. Vid en hearing med företrädare för berörda myndigheter och organisationer som Socialdepartementet höll vid karantänslagens tillkomst bedömdes det nationella behovet av en karantänslagstiftning som litet. Det betonades dock att Sveriges karantänslagstiftning måste ses som ett uttryck för internationell solidaritet med WHO och de länder som är särskilt utsatta för karantänssjukdomarna. Bestämmelserna i karantänslagen har således tillkommit

främst p.g.a. Sveriges åtaganden enligt IHR och inte p.g.a. att ett praktiskt behov har ansetts föreligga.

10.2 Närmare om karantänslagens bestämmelser

Socialstyrelsen utövar den centrala tillsynen över karantänverksamheten. Vidare har Socialstyrelsen vissa speciella uppgifter, bl.a. att föreskriva vilka hamnar och flygplatser som skall vara s.k. karantänshamnar respektive karantänflygplatser samt att under vissa förutsättningar förklara ett område inom eller utom landet som smittat av karantänssjukdom. Socialstyrelsen har föreskrivit att nio hamnar skall vara karantänshamnar och att fem flygplatser skall vara karantänflygplatser. Vid dessa hamnar och flygplatser är berörda landsting och kommuner ansvariga för att det finns tillgång till den personal och utrustning som behövs för kontroll av trafiken.

Ansvar för de direkta åtgärderna enligt karantänslagstiftningen är uppdelat på samma sätt som i smittskyddslagen. Den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddet har ansvaret för åtgärder beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur; smittskyddsläkaren har ansvaret för övriga smittskyddsåtgärder. Smittskyddsläkaren skall också samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänflygplatser samt biträda den kommunala nämnden i dess uppgifter. Eftersom det inte är praktiskt möjligt för de kommunala nämnderna och smittskyddsläkarna att kontrollera alla transportmedel, allt bagage eller samtliga passagerare finns även bestämmelser om vissa skyldigheter för tullmyndighet, polis- och passkontrollpersonal.

I karantänslagen finns bestämmelser om särskilda åtgärder som skall vidtas vid bl.a. ankomst till och avresa från landet. Enligt lagen skall befälhavaren på ett fartyg eller luftfartyg i vissa fall lämna uppgifter till tullmyndigheterna om hälsotillståndet ombord, s.k. hälsodeklaration. Smittskyddsläkaren skall därefter underrättas om innehållet i hälsodeklarationen. Skyldigheten att avlämna hälsodeklaration är straffsanktionerad.

Karantänslagen innehåller inga egna bestämmelser om tvångsåtgärder mot personer. I lagen sägs uttryckligen att tvångsåtgärder endast får vidtas om det finns stöd för sådana i annan lagstiftning. Eftersom samtliga karantänssjukdomar ingår bland de samhällsfarliga sjukdomarna i den befintliga smittskyddslagen kan smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder bli tillämpliga även inom karantänverksamheten.

Enligt bestämmelserna i karantänslagen får ett fartyg eller luftfartyg inte av smittskyddsskäl vägras tillträde till landet. Motsvarande bestämmelser finns inte beträffande enskilda resanden.

Smittskyddsläkaren är skyldig att vid behov genomföra läkarundersökning och vaccination. Vidare skall han i vissa fall förhindra att en smittad person lämnar landet. Detta gäller om den smittade tagits in på sjukhus, meddelats förhållningsregel om isolering eller isolerats enligt smittskyddslagen. I dessa situationer skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som behövs för att hindra den smittade från att lämna landet. Vilka åtgärder som kan komma i fråga berörs endast flyktigt i förarbetena; det får enligt dessa bero på omständigheterna i det enskilda fallet. Endast sådana tvångsåtgärder som kan vidtas med stöd av smittskyddslagen kan emellertid komma i fråga. I andra fall än de som nu nämnts får en smittad person inte vägras utresa.

Vad gäller sanitära åtgärder beträffande laster, bagage och annat gods, transportmedel och djur innehåller karantänslagen endast allmänna bestämmelser. Lagen föreskriver att sanitära åtgärder skall vidtas utan dröjsmål och på ett sådant sätt att de inte vållar onödigt obehag, fara för någons hälsa, skada på transportmedel eller brandfara. Vidare skall försiktighetsåtgärder vidtas för att förhindra skada på åtgärdat gods. I karantänslagen ges vidare, i motsats till bestämmelserna i smittskyddslagen, en begränsning när det gäller vilket gods som får underkastas sanitära åtgärder. Post, tidningar och trycksaker får inte underkastas sanitära åtgärder (undantag görs om godset utgör någons bagage). Begränsningen gäller dock inte postpaket som misstänks innehålla livsmedel och som kommer från kolerasmittat område. Enligt förarbetena innebär nu beskrivna regler att aktuellt gods inte heller får underkastas åtgärder enligt smittskyddslagen; detta framgår dock inte av karantänslagens ordalydelse.

Karantänslagen inskränker möjligheterna att med stöd av smittskyddslagen tvångsvis vidta sanitära åtgärder. Om den kommunala nämnden har beslutat om sanitära åtgärder till skydd mot karantänssjukdomar beträffande ett fartyg eller luftfartyg får åtgärden inte vidtas mot befälhavarens vilja om farkosten omedelbart fortsätter sin resa. Farkosten får då inte anlöpa någon hamn eller gå ned på någon flygplats här i landet. Om det kan ske utan risk för smittspridning får dock farkosten om det behövs förses med bränsle, vatten och andra förnödenheter.

I karantänslagstiftningen finns särskilda regler om *råttbekämpning*. Bestämmelserna syftar till att förhindra att råttor förekommer i hamnar eller sprids på fartyg. Anledningen till detta är att pest bl.a. sprids med svartråttan. Det huvudsakliga ansvaret ligger på fartygets befälhavare som vid ankomsten till Sverige skall visa upp ett intyg på att utrotning

ombord ägt rum eller inte behövts (ett s.k. råttsaneringsbevis). Företes inget råttsaneringsbevis skall tullmyndigheten underrätta den kommunala nämnden, som i sin tur har att undersöka fartyget och vidta behövliga åtgärder. Socialstyrelsen har givit vägledning för sådan inspektion samt meddelat närmare föreskrifter om vilka kommuner som får utfärda råttsaneringsbevis m.m. (SOSFS 1996:20).

Den kommunala nämnden har enligt 17 § karantänslagen rätt att ta ut avgift för smittrening, desinfektion, utrotning av råttor och för undersökning av fartyg då något giltigt råttsaneringsbevis inte företetts. Socialstyrelsen har fastställt en enhetstaxa för dessa åtgärder (SOSFS 1996:20). I 17 § karantänslagen anges uttömmande de åtgärder enligt lagen för vilka avgift får tas ut. Detta innebär bl.a. att smittskyddsläkaren inte har rätt att ta betalt för vaccination eller för utfärdande av vaccinationsbevis.

10.3 Den faktiska tillämpningen av karantänslagstiftningen

Kommittén har, för att utröna i vilken utsträckning åtgärder enligt karantänslagstiftningen vidtagits sedan nuvarande karantänslags tillkomst, kontaktat Socialstyrelsen samt smittskyddsläkarna och miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna i Göteborg, Malmö och Stockholm. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen är det endast bestämmelserna om råttbekämpning som tillämpas rutinmässigt. Det är emellertid ovanligt att råttsanering behöver utföras. I övrigt har åtgärder enligt karantänslagen endast undantagsvis behövt vidtas. Denna bild har bekräftats av de övriga myndigheter som kommittén kontaktat.

När det gäller beredskap för tillämpning av lagen har smittskyddsenheten i Stockholm en handlingsplan för karantänssjukdomar vid Arlanda flygplats med instruktioner och ansvarsfördelning. Smittskyddsenheten i Göteborg har en särskild karantänsskyddsplan avseende pestsmitta vid Landvetter flygplats, och såväl i Göteborg som i Malmö finns telefonlistor över kontaktpersoner. Sedan karantänslagen trädde i kraft har dess bestämmelser emellertid, för de av kommittén kontaktade smittskyddsenheterna, endast aktualiserats vid två konkreta tillfällen. Det första fallet inträffade 1992 och gällde två personer som misstänktes ha smittas av kolera. Personerna befann sig på ett flygplan som skulle ankomma till Arlanda, och på flygplatsen och vid smittskyddsenheten i Stockholm förbereddes åtgärder inför landningen. Innan planet hunnit landa hade man emellertid kunnat konstatera att det rört sig om ett missförstånd och att smitta inte förelåg. Några ytterligare åtgärder

vidtogs därför inte. Det andra fallet inträffade 1994 i samband med att en epidemi av lungpest brutit ut i vissa regioner i Indien. Smittskyddsenheten kopplades här in först efter det att en person, som p.g.a. egna uppgifter misstänktes ha kunnat smittats av pest, anlant från Indien och tagits in på infektionsklinik i Stockholmsområdet. Efter kontakt med anhöriga till personen i fråga samt myndigheter i Indien kunde man emellertid konstatera att någon smittrisk inte förelåg. Ärendet avslutades därefter.

11 Lagen om s.k. bastuklubbar

11.1 Bakgrund till nuvarande reglering

Bastu- och videoklubbar för homo- och bisexuella män (fortsättningsvis benämnda *bastuklubbar*) blev allmänt kända i Sverige under 1970-talet. Vid tidpunkten för lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagens) införande våren 1987 fanns det i landet cirka tio sådana klubbar, främst i storstäderna. Verksamheten utmärkte sig genom att den möjliggjorde tillfälliga sexuella kontakter i klubblokalen.

Socialstyrelsen överlämnade i december 1986 en rapport till Socialdepartementet som belyste klubbarnas betydelse vad gäller spridningen av hivinfektion. I rapporten redogjordes bl.a. för en kartläggning av kontaktställen. Socialstyrelsen konstaterade att verksamheten vid klubbarna innebar en risk för spridande av smitta och att en frivillig överenskommelse som träffats mellan Riksförbundet för sexuellt lika-berättigande (RFSL) och några av klubbarna i Stockholm inte medfört några nämnvärda förändringar. Man menade att övervägande skäl talade för att det borde införas legala möjligheter att ingripa mot lokaler som underlättade tillfälliga sexuella kontakter. Även Aidsdelegationen tog under hösten 1986 upp frågan om smittspridningen på bastuklubbarna. Delegationen menade att risken för smittspridning var stor och att verksamheten inte kunde godtas från smittskyddssynpunkt. Som första åtgärd ställde man sig bakom ett försök till självsanering. Då det konstaterats att detta inte var tillräckligt förespråkades istället ett förbud mot verksamheten.

I propositionen (1986/87:149) till bastuklubbslagen uttalade departementschefen att hivsmittan fått en allt vidare spridning och inte längre var begränsad till vissa riskutsatta grupper. Hon menade att det därför var nödvändigt att vidta åtgärder mot miljöer som var särskilt farliga från smittskyddssynpunkt. Enligt departementschefen sade det sig självt att en miljö där människor träffas och har anonyma, sexuella kontakter som en naturlig och ofta avsedd umgängesform utgjorde en utomordentlig grogrund för spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Vidare framhölls att eftersom hivinfek-

tion utgjorde ett utomordentligt hot mot befolkningens hälsotillstånd så kunde verksamheter som underminerar arbetet med att begränsa smittspridningen inte godtas. Till sådana verksamheter ansågs bastuklubbarna för homo- och bisexuella män höra, och man fann heterosexuella klubbar med samma inriktning lika farliga. Man menade att särskilda lagstiftningsåtgärder var nödvändiga för att möjliggöra ingripanden mot klubbarna; någon befintlig lagstiftning ansågs i princip inte tillämplig. Då det gällde formen för de rättsliga åtgärderna diskuterades i propositionen två varianter. Den ena lösningen innebar att det genom förelägganden i det enskilda fallet skulle ges möjlighet att framtvunga en förändring av verksamheten på klubbarna som kunde godtas från smittskyddssynpunkt. Fördelen med denna lösning ansågs bl.a. vara att den epidemiologiska grunden för ett ingripande klart skulle komma till uttryck. Departementschefen menade dock att en sådan ordning skulle medföra mycket stora praktiska svårigheter, inte minst beträffande tillsynen över verksamheten. Det alternativ som i stället förordades – och genomfördes – var en generell kriminalisering av verksamheten genom ett straffsanktionerat förbud. I bastuklubbslagen förbjuds således anordnande av tillställning och sammankomst till vilken allmänheten har tillträde om den, med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet, är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare. Förbudet gäller såväl umgänge mellan kvinnor och män som mellan personer av samma kön.

Ett problem som uppmärksammades vid konstruktionen av bastuklubbslagen var klubbarnas relation till den grundlagsskyddade mötesfriheten. Enligt 2 kap. 1 § regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna bl.a. tillförsäkrad mötesfrihet. Mötesfriheten definieras i RF som en frihet att ordna och bevista sammankomst för upplysning, meningsyttring eller annat liknande syfte eller för framförande av konstnärligt verk. Undervisningssituationer, föredrag, debatter och diskussioner omfattas av mötesfriheten liksom gudstjänster och sammankomster för religionsutövning. Vidare omfattas teater- och biograf-föreställningar, konserter, poesiaftnar m.m. Att något är "konstnärligt" i lagens mening har inte en kvalitativ innebörd utan tar närmast hänsyn till formen för yttrandet. Även framförande av film vars konstnärliga värde kan diskuteras är grundlagsskyddat. Grundlagsskydd föreligger däremot inte då det enligt "vanligt språkbruk" framstår som helt främmande att överhuvudtaget tala om konstnärligt verk.

Vid sin granskning av förslaget till bastuklubbslag uttalade Lagrådet att det inte kunde uteslutas att den föreslagna lagstiftningen under vissa

förhållanden kunde innebära en begränsning i mötesfriheten. Det var därför viktigt att den förbjudna verksamheten avgränsades så klart som möjligt. Även departementschefen utgick från att den aktuella klubbverksamheten i vissa fall kunde omfattas av mötesfriheten.

11.2 Tillämpningen av reglerna

Av polismyndigheterna i Göteborg, Malmö och Stockholm är det endast polismyndigheten i Stockholm som uppgett sig ha någon egentlig erfarenhet av bastuklubbslagen. Polismyndigheten i Stockholm genomför årligen cirka fem kontroller av lokaler p.g.a. misstanke om brott mot bastuklubbslagen. I princip samtliga kontroller har avsett videoklubbar, där besökarna varit män. Kontrollerna har i några fall lett till att lokalerna stängts. Bara ett litet antal kontroller har utmynnat i åtal. Polismyndigheten anser att det är svårt att dra gränsen mellan vad som är tillåten och otillåten verksamhet, men menar att lagen oavsett tillämpningssvårigheterna har en viss kontrollfunktion.

Endast ett fåtal åtal för brott mot bastuklubbslagen har prövats av domstol. Kommittén har endast kunnat inhämta fyra avgöranden. Samtliga mål har prövats av hovrätt. Högsta domstolen har inte tagit upp något av avgörandena till prövning. Den centrala frågan i målen har varit om tillställningen i fråga varit särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge med annan besökare. Särskild vikt har därvid fästs vid lokalernas utformning och inredning. Tre av målen har rört s.k. videoklubbar, och i alla dessa fall har domstolarna ansett att brott mot bastuklubbslagen förelegat. Vid domstolarnas bedömning har vikt bl.a. lagts vid ljusförhållanden (dunkla rum eller helt mörklagda sådana), omotiverade avbalkningar (t.ex. uppdelning av lokalerna med bås) och övrig inredning. Även andra omständigheter har haft betydelse, såsom t.ex. förekomsten av använda kondomer på golvet, kondomautomater samt anslagstavlor för kontaktförmedling. Det fjärde målet gällde en "erotisk klubb" som hade regelbundna sammankomster i en från verksamheten fristående s.k. sexklubb. Lokalen bestod av ett rum inrett med scen, soffor, stolar och bord, ett rum för filmvisning och två s.k. poseringsrum. Annat befanns emellertid inte utrett, än att poseringsrummen var låsta. En polisman vittnade om att två kvinnor uppträtt nakna inför publik, varvid de haft sexuella kontakter med varandra. Tingsrätten fann, med hänsyn till lokalens utformning samt den verksamhet som förekom eller var avsedd att förekomma där, att tillställningarna varit särskilt ägnade att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge med andra besökare. De två åtalade arrangörerna dömdes därför för brott mot bastuklubbslagen. Hovrätten, däremot, fann att loka-

lerna inte på något avgörande sätt kunde anses avvika från vad som får anses normalt i en miljö som utformats för att tjäna som samlingspunkt för sammankomster. Vidare menade hovrätten att den omständigheten att vad som föreföll ha varit en otillåten pornografisk föreställning pågick vid polisens besök inte ledde till någon annan bedömning. Åtalet ogillades således.

11.3 Lagstiftningens betydelse för smittspridningen

Några statistiska uppgifter om antalet personer som i Sverige smittats av hivinfektion genom sexuella kontakter på bastuklubbar har inte kunnat erhållas. Inte heller har det funnits någon sådan information i de studier av hivpositiva där frågor ställts om smittvägar. Frågorna berörs dock något i en rapport av socionomen Mikael Westrell, "Livsstil och sexualitet hos homosexuella män – En beskrivning och analys av Venhälskohorten 1983–1993", januari 1997. I rapporten har Westrell sammanställt och analyserat ett antal frågeformulär besvarade av ett urval av de homo- eller bisexuella män som under tidsperioden besökt Venhälsan, en mottagning för homo- och bisexuella män på Södersjukhuset i Stockholm. Projektet med frågeformulär startade 1983 varvid 166 män valdes ut. Både hivpositiva och osmittade män ingick i denna grupp och samtliga kallades till årliga kontroller fram till och med 1993. Bortfallet har varit relativt stort bl.a. eftersom samtliga formulär inte har återfunnits och då inte alla kommit på årliga återbesök. För varje år har i snitt 74 formulär påträffats. Frågorna i formulären har vidare ändrats genom åren. Dessa faktorer medför att materialet inte präglas av sådan säkerhet att det klart har kunnat tolkas. För att kunna göra en grundligare analys har Westrell valt ut formulär från de 24 män, varav en hivpositiv, som gjort nio eller tio återbesök. Med grund i dessa formulär har Westrell bl.a. analyserat frågor om männens sexuella beteende.

Frågor om frekvensen av anonyma sexuella kontakter och platserna för dessa ingick inte i formulären åren 1985–1988. För övriga år har mellan 15 och 18 män uppgett att de haft anonyma sexuella kontakter under det år frågan ställdes (det framgår inte av studierna i vilken mån kondom användes vid dessa kontakter). Under 1983 och 1984 svarade en absolut majoritet av dessa män att de hade sina tillfälliga sexuella kontakter på "gay-sauna". Från och med 1989 var det endast enstaka patienter som uppgav "gay-sauna"; i övrigt var det en jämn fördelning mellan park, allmänna bad, "porrbio" och disco. Med tillfällig sexuella

kontakter avsågs i formulären kontakt med såväl känd partner som anonym partner. Det framgår inte i vad mån kontakterna ägde rum i Sverige eller utomlands.

För att få en uppfattning om i vilken utsträckning anonyma sexuella kontakter vid sådana sammankomster och tillställningar som avses i bastuklubbslagen uppges som motiv för hivtestning och i vad mån hivsmittade personer har uppgivit sådana kontakter som smittkälla har kommittén kontaktat några av sjukhusklinikerna i Stockholmsområdet (Venhälsan, hudklinikerna på Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset samt infektionskliniken på Danderyds sjukhus). På Venhälsan bedömdes det inte vara ovanligt att personer kommer för att testa sig p.g.a. att de haft på anonyma sexuella kontakter på videoklubb eller liknande, men bland de hivsmittade patienterna har endast ett fåtal uppgivit anonyma sexuella kontakter på sådan klubb som eventuell smittkälla. På de övriga klinikerna ansågs det vara mycket sällsynt att patienter uppgav sådana sexuella kontakter som motiv för provtagning eller som smittkälla.

I avhandlingen "Risk Factor Love – Homosexuality, Sexual Interaction and HIV Prevention" (1995) behandlar socionomen Benny Henriksson frågor om homosexuella mäns riskbeteende och förebyggande åtgärder. Henriksson har studerat riskbeteendet både vid tillfälliga sexuella kontakter på "erotiska oaser" (dvs. i parker, på offentliga toaletter och på videoklubbar) och i fasta relationer. Studierna bygger dels på en undersökning av tre videoklubbar i Stockholm, dels på intervjumaterial. Undersökningen av videoklubbarna har varit omdiskuterad bl.a. på grund av den metod med vilken den utfördes (sex män agerade som s.k. deltagande observatörer på klubbarna under sammanlagt 400 timmar sommaren och hösten 1991).

På grundval av observatörernas rapporter konstaterade Henriksson bl.a. följande. Videoklubbarna besöktes av män i alla åldrar varav flertalet identifierade sig som homosexuella. De flesta männen använde säkrare sextekniker och en del av männen var mycket kompetenta förhandlare när det gäller säkrare sexuellt beteende. Masturbation var vanligast och därefter oralsex; anala samlag utgjorde uppskattningsvis endast ett par procent av det sexuella umgänget. Vid de fall som observatörerna iakttog användes för det mesta – men inte alltid – kondom vid samlagen. I de fall kondom inte användes kunde detta, ansåg Henriksson, hänföras dels till individuella faktorer, dels till miljön som sådan; för många besökare var miljön laddad med sådana symboliska värden som kom i konflikt med ett säkrare sexuellt beteende vilket kan ha inverkan på det personliga agerandet. Vidare fanns det mycket få budskap om "säkrare sex" i de filmer som visades eller på annat sätt i lokalerna.

11.4 Något om situationen i de övriga nordiska länderna

Vare sig Norge, Finland eller Danmark har, till skillnad från Sverige, något förbud mot bastuklubbar. På Statens institut för folkhälsa i Norge har man kunnat fastställa att fyra eller fem personer smittats av hiv-infektion på bastuklubb. Om fler har smittats har inte kunnat utredas med någon högre grad av säkerhet, eftersom många av dem som frekventerar klubbarna och som smittats av hivinfektion även har oskyddat anonymt sex på andra ställen. Man menar att bastuklubbarna, trots smittrisen där, inte har någon central roll i epidemin eftersom det finns så många andra ställen där personer kan mötas och ha anonymt sexuellt umgänge (parker, offentliga toaletter m.m.). På Folkhälsoinstitutet i Finland uppger man att det sedan början av 90-talet skett en självsanering av klubbarna och att det nu endast finns ett fåtal kvar. Man har inte några egentliga uppgifter om verksamheten på klubbarna idag. I Danmark (Sundhetsstyrelsen) säger man sig inte känna till om någon på senare år smittats vid besök på bastuklubb. Emellertid har kunnat konstateras att det fortfarande förekommer oskyddat sexuellt umgänge på klubbarna. Några större ansträngningar vad gäller smittspårning görs dock ej i Danmark.

12 Straffrättsliga frågor m.m.

12.1 Inledning

Flera länder har särskilda straffbestämmelser som tar sikte på handlingar som medför att smittsamma sjukdomar överförs från en person till en annan. Gällande svensk rätt saknar emellertid sådana; 1988 års smittskyddslag innehåller inte några straffbestämmelser, och inte heller i brottsbalken finns några ansvarsbestämmelser som är särskilt avpassade för överföring av smittsamma sjukdomar. Som framgått av kap. 2.4.5 innehåller emellertid brottsbalken flera bestämmelser som alltefter omständigheterna i det enskilda fallet kan bli tillämpliga på förfaranden som innebär att smitta överförs eller riskeras att överföras. Tillämpningen av dessa bestämmelser har emellertid varit långt ifrån okomplicerad.

Syftet med det avsnitt som nu följer är främst att belysa de svårigheter som förelegat vid tillämpningen av befintliga straffbestämmelser. I princip samtliga domar på området har införskaffats och studerats (det rör sig om ett tjugotal avgöranden från hela landet). Den absoluta majoriteten fall gäller handlingar av sexuell natur som inneburit att överföring eller risk för överföring av hivsmitta förelegat. Något enstaka avgörande handlar om hepatit. Detta medför att det i framställningen nedan främst relateras till överföring av hivinfektion. De resonemang som förs gäller dock i princip även andra svåra smittsamma sjukdomar.

För att – utöver vad som framgår av domarna – få en uppfattning om praktisk erfarenhet av aktuell brottslighet och vilka problem som uppmärksammats under förundersökningarnas gång m.m. upprättades en enkät, som våren 1997 tillställdes landets åklagarkammare. I enkäten ställdes bl.a. frågor om tillämpningsproblem och infordrades synpunkter på straffrättsliga särbestämmelser beträffande hivinfektion. Nedan beskrivs (se kap. 12.7) några av de synpunkter som framförts från åklagarkammarna.

12.2 Kortfattad historisk bakgrund och något om frågans tidigare behandling

År 1918 infördes i strafflagen en särskild straffbestämmelse som tog sikte på spridning av veneriska sjukdomar. Vid införandet av brottsbalken togs bestämmelsen med vissa ändringar in i den befintliga lagen (1918 nr. 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar och sedermera överfördes den till 1968 års smittskyddslag. Bestämmelsen straffbelade könsligt umgänge för den som led av venerisk sjukdom och som hade vetskap eller misstanke om detta. Påföljden var böter eller fängelse i högst två år. För ansvar krävdes inte att den smittade hade uppsåt att sprida smitta eller att partnern verkligen löpt risk att smittas. Samma straffansvar gällde för den som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet på något annat sätt utsatte annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom (denna bestämmelse kunde, enligt de ursprungliga motiven, bl.a. tillämpas då en syfilisdrabbad amma överförde sjukdomen till barnet).

När smittskyddslagens regler år 1985 gjordes tillämpliga på hiv-infektion upphävdes straffbestämmelsen. Skälet till ändringen var bl.a. en önskan att stärka förtroendet för smittskyddsarbetet. I motiven (prop. 1985/86:13) konstaterades att totalt sex personer lagförts för brott mot bestämmelsen under åren 1972–1982. Departementschefen anförde att det ofta gjorts gällande att straffhotet avskräckte den som drabbats av venerisk sjukdom från att söka läkare, vilket bl.a. hängde samman med att smittskyddsläkaren under vissa förutsättningar var skyldig att anmäla misstanke om sådant brott. Enligt departementschefen fanns det skäl att anta att många av dem som drabbats av hivinfektion skulle dra sig för att uppsöka hälso- och sjukvården om straffhotet kvarstod. Det förhållandet att hivinfektionen inte var botbar medförde vidare andra hänsynstaganden än de som gällt tidigare, bl.a. ansågs inte rimligt att av den smittade kräva fullständig sexuell avhållsamhet för all framtid. I propositionen framhölls särskilt att upphävandet av den särskilda straffbestämmelsen inte innebar att könsligt umgänge vid venerisk sjukdom fortsättningsvis skulle vara straffritt. Det hänvisades i stället till straffbestämmelserna i 3 och 13 kap. brottsbalken. I förarbetena till nuvarande smittskyddslag framfördes samma ståndpunkter (SOU 1985:37, prop. 1988/89:5). Vidare framhöll departementschefen bl.a. att det finns tecken som talar för att den avskräckande effekt en kriminalisering åsyftar i stort uppnås genom den risk för tvångsisolering som föreligger beträffande den som utsätter andra för smitta.

I 1968 års smittskyddslag fanns en bestämmelse enligt vilken den som bröt mot meddelade föreskrifter om isolering och inskränkning i sin verksamhet kunde straffas med böter. Bestämmelsen gällde s.k. allmänfarliga sjukdomar som behandlades i öppen vård. I betänkandet inför nuvarande smittskyddslag (SOU 1985:37) föreslogs att smittskyddsläkarens förhållningsregler skulle vara bindande, och att den som inte följde dem skulle straffas med böter. Departementschefen menade emellertid att det inte var lämpligt med böter som påföljd för brott mot förhållningsregel. Det ansågs tveksamt om böter skulle kunna förmå den som bryter mot förhållningsregel att vidta rättelse, i synnerhet som man menade att det kunde antas att sådana brott oftast torde begås av personer med sociala problem (prop. 1988/89:5). Någon regel som straffbelägger brott mot förhållningsregler infördes därför inte i 1988 års smittskyddslag.

Justitieutskottet behandlade under hösten 1992 (1992/93:JuU5) en motion med förslag till lagändring av innebörden att överförande av hivsmitta skulle kunna betraktas som mordförsök. Utskottet avstyrkte bifall till yrkandet i motionen och uttalade att gällande rätt ger tillräckliga möjligheter till bestraffning av olika förfaranden som medför att aktuell smitta sprids. Frågan om straffansvar vid spridning av hivinfektion blev även 1995 föremål för särskild behandling i Justitieutskottet (1995/96:JuU4). Ett flertal motioner hade väckts, bl.a. med förslag till en särskild straffbestämmelse och till straffskärpning för medvetet överförande av hivinfektion. Yttranden över motionerna inhämtades från ett antal instanser; flera ställde sig positiva till särskild straffbestämmelse, medan andra bedömde befintliga brottsbalksregler vara tillfyllest och pekade på att en särreglering skulle kunna motverka arbetet mot spridningen av hivinfektion. Utskottet avstyrkte bifall till motionerna med hänvisning till det pågående arbetet i Straffansvarsutredningen (SOU 1996:185) och den planerade översynen av smittskyddslagen.

12.3 Närmare om tillämpliga bestämmelser i brottsbalken

Under 1990-talet har ett antal fall rörande gärningar som inneburit att hivinfektion överförts eller riskerat att överföras till annan prövats av domstolarna. Vid tillämpningen av bestämmelserna i brottsbalken på gärningarna har en mängd centrala straffrättsliga regler kommit att aktualiseras beträffande adekvans, påföljder, verkan av samtycke m.m. En särskild svårighet i dessa fall är vidare frågan om vilket uppsåt gär-

ningsmannen haft med sitt handlande. Högsta domstolen (HD) har avgjort tre rättsfall, och därvid bl.a. belyst problemet med bedömningen av gärningsmannens uppsåt. De problem som hänger samman med bedömningen av det s.k. subjektiva rekvisitet behandlas i ett särskilt avsnitt nedan, 12.4.1.

De bestämmelser som kan bli aktuella att tillämpa vid överföring av smitta återfinns i brottsbalkens 3 kap. (om brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (om allmänfarliga brott). I 3 kap. finns bestämmelser om mord (1 §), dråp (2 §), misshandel (5–6 §§), vållande till annans död (7 §), vållande till kroppsskada eller sjukdom (8 §) samt framkallande av fara för annan (9 §) som kan komma att tillämpas då en gärning riktar sig mot en enskild person. Vilken bestämmelse som kan komma ifråga beror på omständigheterna i det enskilda fallet, men en uppdelning kan göras mellan sådana fall då smitta överförs och då så inte skett. En annan uppdelning kan göras mellan fall då gärningen begåtts uppsåtligt och då den begåtts av oaktsamhet. Skillnaderna mellan de straff som kan bli aktuella för ett brott begånget uppsåtligt respektive av oaktsamhet är stora. Straffskalornas variationer markerar bl.a. den skillnad i straffvärde som traditionellt har ansetts föreligga mellan uppsåtliga brott och sådana som begåtts av oaktsamhet. Riktar sig gärningen mot allmänheten kan bestämmelserna i 13 kap. om spridande av gift eller smitta (7 §) eller vårdslöshet med gift eller smittämne (9 §) tillämpas.

12.3.1 Brott då smitta överförs

I de fall där smitta verkligen överförs kan bli aktuellt att döma för *mord, dråp, vållande till annans död, misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom*. För *mord* döms den, som uppsåtligt berövar annan livet. Påföljden är fängelse i tio år eller på livstid. Är brottet att anse som mindre grovt, skall dömas för *dråp*. Om den utsatte inte dör kan bli aktuellt att döma för försök till mord eller dråp. Den som av oaktsamhet orsakar annans död döms för *vållande till annans död* till fängelse i högst två år. Är brottet grovt är påföljden fängelse i lägst sex månader och högst sex år. Något åtal för fullbordat mord eller dråp beträffande gärning som inneburit överföring av hivsmitta har såvitt kommittén känner till inte prövats i Sverige. Vid ett tillfälle har frågan om ansvar för försök till mord prövats (Södra Roslags tingsrätt, 1993-04-23, DB 213). Målet gällde en hivsmittad man som haft oskyddade samlag med två kvinnor, vilka smittades. Tingsrätten ansåg att de objektiva förutsättningarna för försök till mord förelåg, men att det inte var styrkt att gärningsmannen hade uppsåt att döda. I Svea hovrätts dom av den 24 mars 1998 (vilken överklagats till HD) dömdes en per-

son som genom oskyddat sexuellt umgänge smittat annan med hiv för grov misshandel samt grovt vållande till annans död. Frågan om tillämpligheten av bestämmelserna om mord och dråp berörs i ett särskilt yttrande till Nytt Juridiskt Arkiv avd I (NJA) 1994 s. 614. I yttrandet utgår man från att de objektiva förutsättningarna för mord är uppfyllda då hivsmitta överförs genom sexuellt umgänge, dvs. att faran för att effektens (dödens) inträde är reell. Däremot pekas på det orimliga i att tillämpa läran om det s.k. eventuella uppsåtet på så sätt att ett frivilligt oskyddat samlag skulle kunna leda till ansvar för mord eller dråp (se vidare nedan, 12.4).

Ansvar för *misshandel* inträder om någon uppsåtligen tillfogat annan kroppsskada, sjukdom eller smärta. Påföljden är fängelse i högst två år. Är brottet att anse som grovt skall dömas för grov misshandel till fängelse i lägst ett och högst tio år. Åsamkar någon av oaktsamhet annan person sådan kroppsskada eller sjukdom som ej är ringa, döms för *vållande till kroppsskada eller sjukdom* till böter eller fängelse i högst sex månader. Är brottet grovt döms till fängelse i högst fyra år. Att hivinfektion är en sjukdom i bestämmelsernas mening har accepterats av domstolarna. Frågan är vad som krävs för att ett *tillfogande* i den mening som avses i bestämmelsen om misshandel skall anses föreligga. Att tala om att smärta eller kroppsskada tillfogas en person då denne utsätts för slag eller sparkar framstår som naturligt, men att ett tillfogande föreligger då sjukdom överförs genom sexuellt umgänge är kanske inte lika självklart. I NJA 1995 s. 448 konstaterade emellertid HD att kravet på att effekten (sjukdom) skall tillfogas var uppfyllt då båda parter frivilligt inlätit sig på sexuellt umgänge. Det har i praxis vid ett flertal tillfällen förekommit att bestämmelserna om misshandel tillämpats i fall då hivsmitta överförs vid sexuellt umgänge.

För att ansvar skall föreligga enligt någon av de ovan nämnda bestämmelserna fordras att gärningsmannens handlande *orsakat* sjukdomen; adekvat kausalitet skall ha förelegat. Ofta brukar sägas att adekvat kausalitet föreligger då den brottsliga gärningen vid tidpunkten för dess företagande innefattar en objektiv fara för den skadliga effekten och för effektens inträde just på det sätt som blivit fallet. När det gäller sexuellt umgänge har i praxis misshandel ansetts föreligga då smitta överförs vid ett enda samlag (NJA 1995 s. 119). Frågan torde bl.a. ha betydelse i fall där överföring ägt rum trots att skyddsmedel använts. Om adekvat kausalitet skulle föreligga i ett sådant fall har såvitt kommittén känner till inte prövats rättsligt; betydelsen av skyddsmedel är således oklar enligt praxis. I doktrinen (Madeleine Leijonhufvud, Hiv-smitta – straff och skadestånd, 1993) har dock anförts att kravet på adekvans inte synes tillåta att en hivsmittad som genomfört sexualhandling där skyddsmedel använts på ett riktigt sätt, men smitta ändå överförs, döms för

t.ex. misshandel. En annan svårighet i sammanhanget är att man måste kunna konstatera att smittan överförts från just den aktuella gärningsmannen, något som kan vålla svårigheter då målsäganden haft flera partners.

I praxis har man, då en gärning som inneburit att hivinfektion överförts vid sexuellt umgänge rubricerats som vållande till annans död, misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom, regelmässigt gjort bedömningen att det rört sig om ett grovt brott. Man har därvid bl.a. tagit fasta på att gärningens livsfarlighet och att det rört sig om en svår sjukdom. Frågan om när vållande till annans död samt vållande till kroppsskada eller sjukdom skall bedömas som grovt brott har behandlats av Straffansvarsutredningen. Utöver vissa situationer som gäller förande av motorfordon anges för närvarande vare sig i lagtext eller förarbeten vilka omständigheter som skall beaktas vid bedömningen huruvida grovt brott föreligger. Straffansvarsutredningen föreslår att det i lagtexten skall anges att kvalificerande omständigheter särskilt skall beaktas, bl.a. om gärningen medfört ett medvetet allvarligt risktagande. Som exempel på ett sådant medvetet risktagande anförs de fall då uppsåt inte kan anses styrkt vid överförande av hivsmitta.

12.3.2 Brott då smitta inte överförs

Om smitta inte överförs kan det bli aktuellt att döma för *försök till mord, dråp, misshandel eller grov misshandel eller för framkallande av fara för annan*. I praxis har vid ett flertal tillfällen förekommit att bestämmelserna om försök till grov misshandel tillämpats i fall då en hivsmittad haft oskyddat samlag med annan utan att denne smittats (bl.a. NJA 1994 s. 614 och 1995 s. 119).

Straffrättsligt ansvar för försök till brottslig gärning kan endast komma ifråga vid uppsåtliga gärningar. De närmare förutsättningarna för när ett straffbart försök anses föreligga anges i 23 kap. 1 § BrB. Det första kravet är att gärningsmannen skall ha påbörjat utförandet av ett visst brott; den s.k. försökspunkten skall vara uppnådd. Klart är att försökspunkten i nu aktuella fall är uppnådd om samlag i någon form ägt rum. Vidare skall fara för brottets fullbordan ha förelegat eller ha varit utesluten endast p.g.a. tillfälliga omständigheter. För att en sådan fara skall anses föreligga krävs att det funnits en beaktansvärd risk för att effekten skulle inträffa. Hur domstolarna rent allmänt bestämmer graden av risk vid försöksbrott varierar. Då det gäller fråga om fara för överföring av hivsmitta vid sexuellt umgänge får bedömningen göras med utgångspunkt från smittorisken vid respektive sexuell aktivitet. HD uttalade i NJA 1995 s. 448, där fråga bl.a. var om enstaka oskydda-

de vaginala samlag och enstaka oskyddade orala samlag där partnern vidrört den smittade kvinnans könsorgan med munnen, att fara för fullbordat brott förelåg eftersom smittorisken inte var försumbar.

Framkallande av fara för annan föreligger då någon av grov oaktsamhet utsätter annan för livsfara eller fara för svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom. Påföljden är böter eller fängelse i högst två år. Hiv-infektion räknas som allvarlig sjukdom i bestämmelsens mening. Faran för sjukdomen måste ha varit konkret; en bedömning måste göras i det enskilda fallet om en person verkligen skulle kunnat komma att smittas. När det gäller farebedömningen i hivfallen har denna i praktiken motsvarats av den bedömning som görs vid bedömningen av försök-brotten (se ovan).

12.3.3 Allmänfarliga brott

Vid allmänfarliga brott är gärningarna riktade mot allmänheten. Till skillnad från vad som gäller för brotten mot enskild behöver det inte klargöras vem angreppet riktar sig mot. För de flesta allmänfarliga brott gäller att fler än en person skall vara i farozonen.

De allmänfarliga brott som här kan komma i fråga är *spridande av gift eller smitta samt vårdslöshet med gift eller smittämne*. Spridande av gift eller smitta begås uppsåtligen, medan det för vårdslöshet med gift eller smittämne räcker med oaktsamhet. För att man skall kunna döma till ansvar krävs i båda fallen att någon framkallat allmän fara för människors liv eller hälsa t.ex. genom att överföra eller sprida allvarlig sjukdom. Påföljden för spridande av gift eller smitta är fängelse i högst sex år. Är brottet grovt skall dömas till fängelse i lägst fyra och högst tio år eller på livstid. Straffet för vårdslöshet med gift eller smittämne är böter eller fängelse i högst två år.

Att allmän fara i paragrafernas mening skall föreligga innebär att någon skall ha kommit i farozonen, men faran måste även hota en mer obestämd krets personer. Att blott en eller två människor hotas är enligt förarbetena inte tillräckligt. Däremot räcker det i och för sig att en enstaka person smittas, om det därigenom framkallas en allmän fara för spridning av smittan. Straffrättsligt ansvar föreligger även vid försök till spridande av gift eller smitta.

Frågan om en hivsmittad man kunde fällas till ansvar för spridande av smitta då han haft oskyddade samlag med fem kvinnor (varav två smittades) har prövats av HD i NJA 1995 s. 119. HD konstaterade inledningsvis att ansvar för fullbordat brott endast kunde vara aktuellt beträffande de två kvinnor som verkligen smittats, och att det inte kunde anses att smittoöverföringen till dessa framkallat sådan allmän fara

för människors liv och hälsa som krävs för att man skall kunna döma för spridande av gift eller smitta. Samlagen med dessa kvinnor tillsammans med samlagen med de tre kvinnor som inte smittats var dock tillräckligt för att man skulle anse att risk hade förelegat för att hans handlande hade kunnat leda till allmän fara för människors liv och hälsa. Mannen dömdes för försök till spridande av smitta. Brottet bedömdes som grovt (två justitieråd var dock skiljaktiga; de ansåg inte att det var styrkt att mannen hade uppsåt till brottet).

12.4 Särskilt om uppsåt, oaktsamhet och hivinfektion

12.4.1 Bedömningen i praxis

Uppsåt

I svensk straffrätt finns tre former av uppsåt; *direkt uppsåt* (då gärningsmannen avser att åstadkomma effekten), *indirekt uppsåt* (då gärningsmannen inte avser att åstadkomma effekten, men förstår att den är nödvändigt förbunden med det resultat han vill uppnå) och *eventuellt uppsåt* (då gärningsmannen inte avser att åstadkomma effekten, men inser att det finns risk för att effekten skall inträffa och skulle ha företagit handlingen även om han varit säker på att effekten skulle inträffa).

I Sverige torde ingen ha dömts för att med direkt uppsåt ha överfört eller försökt överföra hivinfektion vid sexuellt umgänge. Som påtalats bl.a. i det särskilda yttrandet till NJA 1994 s. 614 och i Straffansvarsutredningens betänkande torde gärningsmannen nästan aldrig ha för avsikt att smitta sin partner. Och även om så skulle vara fallet skulle detta mot gärningsmannens bestridande vara mycket svårt att bevisa. Att tillämpa indirekt uppsåt torde vara uteslutet i nu diskuterade fall; eftersom risken för överföring av hivinfektion vid sexuellt umgänge är förhållandevis låg kan smittoöverföringen inte anses vara en nödvändigt förbunden följd av oskyddat sexuellt umgänge. Den uppsåtsform som haft störst aktualitet är det eventuella uppsåtet. Svårigheterna att bedöma uppsåtsfrågorna har behandlats av HD i tre rättsfall.

Det första avgörandet där uppsåtsfrågorna berörs är **NJA 1994 s. 614**. A, som var hivsmittad, hade haft oskyddade samlag med en kvinna, som inte kände till A:s sjukdom. Kvinnan smittades ej. A åtalades för försök till grov misshandel alternativt framkallande av fara för annan. Tingsrätten fann styrkt att A vid åtminstone två tillfällen haft oskyddade samlag med kvinnan utan att upplysa henne om smittan och att A handlat med eventuellt uppsåt. Rätten ansåg att A måste ha insett

riskan för att han skulle kunna överföra hivinfektion till kvinnan och att han inte kan ha haft en aning om huruvida kvinnan skulle bli smittad eller inte. Enligt tingsrätten måste det därför anses att han vid samlagen inte brydde sig om huruvida kvinnan blev smittad varför det kunde hållas för visst att han skulle ha haft samlag även om han föreställt sig att hon skulle bli smittad. Tingsrätten dömde A för försök till grov misshandel och bestämde påföljden till fängelse i två år (påföljden innefattade även vissa andra gärningar). Hovrätten, som i övrigt fastställde tingsrättens dom, skärpte straffet till fängelse i tre år. Genom ett särskilt beslut begränsade HD sin prövning till att avse den straffrättsliga bedömningen av de gärningar som hovrätten funnit utgöra försök till grov misshandel och till påföljdsfrågan. HD fann vid denna begränsade prövning att förutsättningar för straffbart försök till grov misshandel förelåg samt fastställde påföljden till fängelse i tre år. Till följd av det processuella beslutet prövade HD således inte uppsåtsfrågan i det aktuella målet. Emellertid uttalade sig ett justitieråd, med huvudsakligt instämmande av tre andra, i ett särskilt yttrande och framhöll svårigheterna vid uppsåtsbedömningen i med aktuellt mål jämförliga fall. Justitierådet ansåg att det inte torde bereda några större svårigheter att pröva huruvida den tilltalade förstod att sexualpartnern utsattes för en smittorisk. Däremot blir det, enligt justitierådet, värre när domstolarna skall bedöma om samlaget skulle ha ägt rum även om gärningsmannen varit säker på att samlag skulle leda till smittoöverföring. Härvid anför han bl.a. följande.

"Den eventuella effekten – smittoöverföringen – kan inte konstateras omedelbart utan först efter en viss tid och då på grundval av särskilda medicinska undersökningar (Leijonhufvud a a s 17 f). Det är omöjligt att förutsäga om ett tilltänkt samlag kommer att leda till smittoöverföring. Gärningsmannens primära avsikt är inte alls att på något sätt skada motparten; han eller hon vill normalt ingenting annat än att ha ett samlag. Någon konfrontation med motparten förekommer inte eftersom båda är överens om att ha samlag. Mot bakgrund härav är det tydligt att det måste finnas någon särskild omständighet som kan läggas till grund för en bedömning att det andra ledet i det eventuella uppsåtet är uppfyllt. Vad det skulle kunna vara är svårt att förutse."

Yttrandet går därefter närmast ut på att det i hivfallen i princip skall dömas för något av oaktsamhetsbrotten grovt vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan.

NJA 1995 s. 119: B fick år 1986 besked om att han var hivpositiv enligt ett prov taget samma år. B hade mellan åren 1987 och 1992 oskyddade samlag med fem kvinnor och smittade två av dem. Kvinnorna kände inte till B:s sjukdom. B åtalades i nu berört hänseende för grov misshandel, försök till grov misshandel samt för spridande av smitta, grovt brott. Han bestred ansvar på grund av bristande uppsåt. Tingsrätten biföll åtalen för grov misshandel och försök till grov misshandel, men ogillade åtalet för spridande av smitta. Påföljden bestämdes till fängelse i sju år (påföljden innefattade även vissa andra brott). Hovrätten ändrade tingsrättens dom endast på så sätt att även åtalet för spridande av smitta, grovt brott, bifölls. HD (majoriteten) ändrade hovrättens dom i ansvarsdelen till att avse försök till spridande av smitta, grovt brott, men fastställde i övrigt hovrättens domslut. I domskälen hänvisade HD till det särskilda yttrandet i NJA 1994 s. 614 och betonade att det är viktigt att allmänna straffrättsliga principer inte tillämpas annorlunda när det är fråga om hivinfektion än då det gäller andra gärningar. HD konstaterade att B gjort gällande att han inte förrän 1992 fått klart för sig att han var smittad. Han uppgav att han inte tidigare trott på beskederna eller i varje fall förträngt vetskapen så att han inte var medveten om den när han hade samlag med målsägandena. HD redogjorde därefter för omständigheter som hade betydelse för bedömningen av uppsåtsfrågan (dessa kan sammanfattningsvis sägas utgöra en beskrivning av de olika tillfällen då B fått besked om att han hade hivinfektion och hur han vid flera av dessa tillfällen hade blivit erinrad om de förhållningsregler som gällde, men att han trots detta under tiden mellan och efter upplysningstillfällena hade oskyddade samlag med flera av målsägandena utan att berätta för dem om sin smitta). Vidare angav HD att B för flertalet av målsägandena (och även på direkta frågor) hade förnekat sin sjukdom, samt slog fast:

"Vid nu angivna omständigheter måste B ha varit medveten om sin HIV-infektion när han hade samlag med målsägandena. Han måste också haft klart för sig hur allvarlig en smittöverföring skulle vara för dem. B har trots detta inte använt kondom. Med hänsyn härtill och med beaktande av omständigheterna i övrigt finner HD att B handlat med ett sådant mått av hänsynslöshet gentemot målsägandena att det måste hållas för visst att han inte skulle ha avhållit sig från att genomföra samlagen även om han vetat att risken för smittöverföring skulle förverkligas. Därmed är det styrkt att han uppsåtligen gjort sig skyldig till misshandel och försök till sådant brott. Som domstolarna funnit är brotten att bedöma som grova."

Två justitieråd var skiljaktiga när det gällde uppsåtsbedömningen. Enligt deras bedömning kunde det inte med tillräcklig grad av säkerhet förutsättas att B skulle ha genomfört samlagen om han hade varit säker på att smittan därigenom skulle överföras. Emellertid ansåg de att B tagit en medveten risk att hans smitta skulle överföras till målsägandena. Härigenom hade han förfarit grovt vårdslöst och skulle enligt deras mening dömas för vållande till sjukdom, grovt brott, och framkallande av fara för annan.

NJA 1995 s. 448 gällde en hivsmittad kvinna, N, som haft oskyddade orala samlag med flera män och ett oskyddat vaginalt samlag. Även andra vaginala samlag hade förekommit, men N hade då medverkat till att kondom användes. N kände till sin smitta. De orala samlagen hade bestått dels i att hon vidrört människens könsorgan med sin mun, dels i att männen vidrört hennes könsorgan med sin mun. Männen (som inte kände till N:s sjukdom) blev inte smittade. N åtalades för försök till grov misshandel alternativt framkallande av fara för annan. Såväl tingsrätt som hovrätt dömde henne för försök till grov misshandel till fängelse i två år. Vid tingsrätten omfattade ansvaret samtliga oskyddade samlag. I hovrätten ogillades åtalet såvitt avsåg de fall då N med munnen berört människens könsorgan. Risken för smittoöverföring ansågs vid tidpunkten vara att bedöma som mycket osäker och det var också enligt hovrätten osäkert om N fått sådan information om att hon måste förstått att det fanns en beaktansvärd risk även vid sådan aktivitet. Beträffande övriga samlag anslöt sig hovrättens majoritet till tingsrättens bedömning att N fick anses ha eventuellt uppsåt. HD hänvisade i sina domskäl till det särskilda yttrandet i NJA 1994 s. 614 och till NJA 1995 s. 119. Det var, ansåg HD, klarlagt att N kände till att oskyddade vaginala samlag medförde smittorisk för partnern men utredningen gav inte lika entydigt belägg för att hon även förstått att orala samlag av aktuellt slag medförde smittorisk. HD fortsatte enligt följande.

"HD behöver emellertid inte ta bestämd ståndpunkt i frågan om vilken insikt N hade i sistnämnt hänseende. När det gäller det andra ledet i bedömningen av om eventuellt uppsåt föreligger ger nämligen utredningen inte stöd för slutsatsen att N varit helt likgiltig för om hennes sexualpartner blev smittade. I den delen är det av särskild betydelse att N, enligt vad utredningen visar, varit angelägen om att kondomer skulle användas vid vaginala samlag och att hon vid samvaron med W tog initiativet till att de skaffade kondomer innan de inledde det sexuella umgänget.

Det andra ledet vid tillämpningen av det eventuella uppsåtet är alltså inte uppfyllt i målet. Därmed är åtalet för försök till grov misshandel inte styrkt."

HD menade emellertid att N förfarit grovt oaktsamt och dömde henne för framkallande av fara för annan till fängelse i ett år.

Oaktsamhet

Om uppsåt inte är för handen kan, som ovan framgått, bli aktuellt att döma för brott begångna av oaktsamhet (vållande till kroppsskada eller sjukdom, vållande till annans död eller framkallande av fara för annan). Det subjektiva rekviritet oaktsamhet föreligger när gärningsmannen åtminstone borde förstå att en viss effekt skall eller riskerar att inträffa. Straffbar oaktsamhet kan indelas i medveten oaktsamhet (då gärningsmannen insett eller misstänkt risken för viss effekts inträde) och omedveten oaktsamhet (då gärningsmannen visserligen inte har insett eller misstänkt möjligheten för effektens inträde, men haft skälig anledning att räkna därmed). Utgångspunkten för bedömningen är om gärningsmannen iakttagit vad som kan anses vara normala aktsamhetskrav. Vad gäller gärningar som inneburit överföring eller risk för överföring av hivinfektion har domstolarna vid bedömningen av frågan av vad som kan anses vara normal aktsamhet lagt vikt vid de råd och förhållningsregler som ges till skydd för smittspridningen. Vilka förhållningsregler som meddelats och vad för annan information som givits har även betydelse vid bedömningen av om en viss gärningsman i det enskilda fallet kan anses ha handlat av oaktsamhet.

En fråga som, såvitt känt, inte prövats av domstol är om straffbar oaktsamhet kan föreligga även i ett sådant fall då en person inte känt till sin hivinfektion, men haft skäl att misstänka att han blivit smittad. I samtliga de mål som prövats synes gärningsmannen ha vetat om att han burit på smittan. Det är därför svårt att uttala sig om i vilka fall domstolarna skulle anse att gärningsmannen haft skälig anledning att anta att risk för smittoöverföring förelegat. Straffbar oaktsamhet skulle t.ex. kunna föreligga om gärningsmannen tidigare haft oskyddade samlag med en person han känt till varit hivsmittad, men underlåtit att undersöka om smittan överförts till honom själv.

12.4.2 Ett nytt uppsåtsbegrepp?

Straffansvarsutredningen har bl.a. haft i uppgift att pröva om den nuvarande nedre gränsen för uppsåt, dvs. det område som gränsar mot den medvetna oaktsamheten, bör konstrueras på annat sätt än som eventuellt uppsåt och i så fall föreslå en lämplig ordning. Bland annat med hänsyn till de problem som är förenade med tillämpningen av det eventuella uppsåtet har utredningen föreslagit att ett nytt uppsåtsbegrepp införas (det s.k. insiktsuppsåtet) och att definitionen av detta ges i lag.

Enligt Straffansvarsutredningen skall uppsåt föreligga först och främst då gärningsmannen haft för avsikt att åstadkomma den brottsliga effekten, "avsiktsuppsåt". Uppsåt skall emellertid också föreligga när effekten motsvarar vad gärningsmannen insett, uppfattat eller antagit om den. Denna uppsåtsform benämns "insiktsuppsåt" och föreslås ersätta nuvarande indirekta och eventuella uppsåt. I praktiken är det fråga om ett kvalificerat sannolikhetsuppsåt.

Insiktsuppsåtet skall för det första omfatta sådana fall, där gärningsmannen är säker på att effekten kommer att förverkligas genom gärningen. Uppsåtsformen omfattar vidare även fall där gärningsmannen inte varit säker på att effekten skulle förverkligas, men ändå haft tillräcklig insikt för att det skall kunna sägas att det var rimligt för honom att utgå från att så skulle vara fallet. Införandet av insiktsuppsåtet torde, menar Straffansvarsutredningen, i den praktiska rättstillämpningen inte medföra några större förändringar av det straffbelagda området för uppsåtliga brott. Dock kommer gränsdragningarna mellan uppsåt och oaktsamhet att förskjutas i vissa fall. Man förutser att uppsåt kommer att kunna konstateras i något fler fall än enligt gällande rättspraxis vid grövre våldsbrott där skjutvapen och kniv kommit till användning. Ett insiktsuppsåt torde t.ex., enligt utredningen, ha lett till att uppsåt att beröva annan livet hade bedömts föreligga i ett fall som NJA 1968 s. 500. Gärningsmannen var åtalad för försök till mord bestående i att han på nära håll skjutit med en skarpladdad pistol mot två personer, varvid skotten träffat i magtrakten. HD fann utrett att gärningsmannen måste ha menat att träffa målsägandena med skotten, men ansåg det inte styrkt att han avsett att döda eller att det med säkerhet kunde antas att han, om han hade föreställt sig skotten som ofrånkomligt dödande, inte skulle ha avhållit sig från att skjuta eller riktat vapnet annorlunda. HD dömde därför för grov misshandel. Att medvetet och med avsikt att träffa skjuta med pistol mot någons vitala kroppsdelar bör normalt leda till att gärningsmannen måste anses ha insett, uppfattat eller antagit att döden skulle inträda som en följd av skottlossningen. En tillämpning av insiktsuppsåtet torde därför, menar Straffansvarskommittén, ha lett till att gärningsmannen dömts till ansvar för försök till dråp.

När det gäller insiktsuppsåtets betydelse för bedömningen av gärningar som innebär överförande eller risk för överförande av hivinfektion vid sexuellt umgänge kommer, enligt Straffansvarsutredningen, den nya uppsåtsformen inte att innebära någon förenkling av uppsåtsprövningen i den meningen att fler fall kommer att bedömas som uppsåtliga. De svårigheter som för närvarande föreligger vid tillämpningen av det eventuella uppsåtet kommer att kvarstå vid en tillämpning av insiktsuppsåtet. Straffansvarsutredningen anser således att dess förslag inte innebär någon lösning på de problem som idag föreligger vid den straffrättsliga bedömningen av överföring av smitta.

12.5 Samtyckes straffrättsliga betydelse

En särskild fråga är hur ansvarsfrågan skall bedömas i fall där en person medvetet väljer att utsätta sig för risk att smittas av allvarlig sjukdom. Detta blir huvudsakligen aktuellt då det gäller smittrisk vid sexuellt umgänge. I svensk straffrätt utgör förekomsten av samtycke i vissa fall en s.k. allmän ansvarsfrihetsgrund. Samtycke har i princip ingen betydelse då det gäller ansvar för brott mot allmänheten eller staten (t.ex. spridande av smitta enligt 13 kap. 7 § BrB). Även i de fall då den brottsliga gärningen riktar sig mot en enskild är emellertid ett samtyckes ansvarsbefriande verkan begränsat.

År 1994 intogs en bestämmelse om samtycke i 24 kap. 7 § BrB. I bestämmelsen stadgas att en gärning som begås med samtycke från den mot vilken den riktar sig endast utgör brott om gärningen är oförsvarlig med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter. Bestämmelsen avsågs utgöra en kodifiering av gällande rätt. Enligt praxis (NJA 1993 s. 553 och 1997 s. 636 m.fl.) medför normalt sett inte ett samtycke till misshandel att gärningsmannen befrias från straffrättsligt ansvar; den enskilde har i princip inte rätt att förfoga över de regler som syftar till att upprätthålla respekten för liv och hälsa. Undantag görs om fråga är om ringa misshandel. Detta innebär att en osmittads samtycke till oskyddat samlag med en person han vet är hivsmittad inte kan medföra att den sistnämnde går fri från straff. Även då fråga är om oaktsamhetsbrott som rör våld mot person (vållande till kroppsskada eller sjukdom, framkallande av fara för annan) torde utrymmet för samtyckets ansvarsbefriande verkan vara mycket begränsat (jfr Jareborg, *Brotten* – första häftet 1984). Ett samtycke skall dock beaktas vid bestämmandet av gärningens straffvärde. Enligt 29 kap. 3 § BrB skall samtycke beaktas som för mildrande omständighet då straffvärdet bestäms, med hänsyn härtill

kan man t.o.m. utdöma lindrigare straff än vad som är föreskrivet för brottet.

12.6 Andra brott med anknytning till smittsamma sjukdomar

I praxis har, som ovan framgått, främst uppmärksammats sådana fall som rör hivinfektion och sexuellt umgänge. Åtal har emellertid väckts i ett par fall då en hivsmittad bitit en annan person. I ett av dessa fall dömdes gärningsmannen för misshandel, i ett annat för rån (här hade den hivsmittade gärningsmannen tagit struhtag på och bitit en läkare på ett sjukhus, samt tilltvingat sig hans plånbok). När det gäller överföring eller risk för överföring av hivinfektion vid andra handlingar än sexuellt umgänge torde tillämpningsproblemen i många fall vara desamma som de som föreligger då fråga är om handlingar av sexuell natur. Det gäller således bl.a. att bedöma risken för att smitta överförs genom aktuell handling samt gärningsmannens uppsåt.

Något bör även nämnas om sådana situationer då en person hotar med att överföra hivinfektion till en annan. Detta är inte helt ovanligt förekommande t.ex. i samband med ingripande av polis. Ansvar kan då under vissa förutsättningar komma i fråga för olaga hot (4 kap. 5 § BrB) eller hot mot tjänsteman (17 kap. 1 §).

Frågan om betydelsen av överföring eller risken för överföring av smittsam sjukdom aktualiseras även då det gäller brott enligt 6 kap. BrB, dvs. straffbestämmelser som tar sikte på sexuella övergrepp i olika former samt andra gärningar som har med sexuella handlingar att göra. I praxis synes det förhållandet att gärningsmannen varit hivsmittad och smitta överförts eller risk för sådan överföring förelegat medföra att sexualbrottet bedöms som grovt. Exempelvis bedömdes i Rättsfall från hovrätterna (RH) 1989:116 en våldtäkt som grov just med hänsyn till att gärningsmannen, som kände till sin hivsmitta och inte använde skyddsmedel, utsatt målsäganden för fara att smittas. Några andra försvårande omständigheter förelåg inte i fallet.

12.7 Åklagarenkäten

Under våren 1997 tillställdes 39 åklagarkammare en enkät, i vilken bl.a. ställdes frågor om vilken erfarenhet av brottsliga gärningar rörande överföring av smitta som kammaren hade, vilka problem med tillämpningen av gällande bestämmelser som förelegat samt infordrades

synpunkter på om det vore befogat att införa ett särskilt hivsbrott. Enkäten besvarades av 31 kammare. Vissa åklagarkammare har avgett ett för kammaren gemensamt svar medan det från andra enbart givits svar från viss åklagare. Svaren har vanligen varit ganska allmänt hållna, och det har inte varit möjligt att göra några djupare analyser härav.

Av de åklagarkammare som svarat har 18 stycken haft praktisk erfarenhet av aktuell brottslighet. I de allra flesta fallen har ärendena rört hivinfektion, men i några fall hade det varit fråga om hepatit. Vad gäller tillämpningsproblem har främst framhållits de svårigheter som föreligger att styrka gärningsmannens uppsåt. Bestämmelserna om sekretess i hälso- och sjukvården har också lyfts fram som ett problem (se vidare 12.9 nedan). Vissa åklagare har även pekat på de problem som kan föreligga när det gäller att fastställa att en målsägande, som haft flera partners, smittats av just den misstänkte och inte av någon annan person. Endast ett fåtal synpunkter har erhållits beträffande ett särskilt hivsbrott. Ingen enhetlig linje har här kunnat skönjas. Vissa anser att gällande reglering är tillfyllest, medan andra hävdar att det vore bra med en särskild reglering.

12.8 Sammanfattande kommentarer, straffbestämmelser

I svensk rätt saknas straffbestämmelser som specifikt tar sikte på fall då en person agerar på ett sådant sätt att smittsam sjukdom överförs från honom till en annan person. I brottsbalken finns emellertid ett antal bestämmelser som alltefter omständigheterna i det enskilda fallet kan bli tillämpliga på sådana förfaranden. Bestämmelserna återfinns i 3 kap. (om brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (om allmänfarliga brott). I rättspraxis finns flera fall där domstolarna tagit ställning till åtal för gärningar som inneburit överföring eller risk för överföring av hivsmitta. Det har då i huvudsak varit fråga om gärningar av sexuell natur.

Tillämpningen av befintliga bestämmelser har aktualiserat flera svåra frågor, bl.a. vilken risk för smittoöverföring som föreligger i det enskilda fallet och vilken betydelse ett samtycke från en informerad motpart skall tillmätas. En särskild svårighet är vidare att ta ställning till uppsåtsfrågan, dvs. att bedöma vilken avsikt gärningsmannen haft med sitt handlande. HD har i tre rättsfall gjort uttalanden om vilka krav på uppsåt som bör ställas vid överföring av hivsmitta. Rättsläget på denna punkt är dock fortfarande komplicerat.

Det kan således konstateras att det föreligger problem vid tillämpningen av brottsbalkens bestämmelser när det gäller handlingar som in-

nebär överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom. I praxis förekommer emellertid stundom liknande problem även beträffande andra brottsliga handlingar, inte minst då det gäller tillämpningen av det s.k. eventuella uppsåtet. Straffansvarsutredningen har bl.a. med anledning härav föreslagit ett nytt uppsåtsbegrepp, det s.k. insiktsuppsåtet. Enligt Straffansvarsutredningens egen uppfattning torde dock inte det nya begreppet underlätta bedömningen då det gäller överföring av smittsamma sjukdomar.

12.9 Sekretessfrågor vid utredning av brott

I vissa fall kan hälso- och sjukvårdssekretessen brytas vid misstanke om brott. När detta kan ske regleras i 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen (1980:100). Där föreskrivs att uppgift inom hälso- och sjukvården som angår misstanke om brott får lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet endast om det för brottet inte är föreskrivet lindrigare straff än två års fängelse. Sekretessen hindrar inte heller att uppgift som rör misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt 18 år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. Av de brott som det idag kan bli aktuellt att döma för vid överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom är det endast för mord, dråp, våldtäkt och spridande av smitta (grovt brott) som det inte är föreskrivet lindrigare straff än två års fängelse. Detta innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdssekretessen som huvudregel inte får brytas vid grov misshandel (minimistraff fängelse ett år), vållande till kroppsskada eller sjukdom, grovt brott (minimistraff fängelse 14 dagar) eller framkallande av fara för annan (minimistraff böter), vilka är de brottsrubriceringar som vanligen åsätts nu aktuella gärningar.

I kapitel 12.4.1 ovan har nämnts att uppgifter om t.ex. meddelade förhållningsregler kan utgöra viktig bevisning i mål som rör överföring av smitta, bl.a. då det gäller att bedöma gärningsmannens uppsåt. För att polis och åklagare skall få tillgång till den misstänktes patientjournal krävs emellertid i princip, då misstanken rör grov misshandel eller annat brott för vilket är föreskrivet ett lindrigare minimistraff än fängelse två år, att den misstänkte själv efterger sekretessen. Detta kan dock vara svårt att uppnå. I den enkät som tillställts åklagarmyndigheterna (se 12.7) har flera åklagare påpekat att det kan vara svårt att få fram nödvändig utredning på grund av sekretessbestämmelserna.

Ovan beskrivna regler om sekretess inverkar även på möjligheten att höra vissa vittnen vid rättegång. I rättegångsbalkens 36 kap. 5 § finns

begränsningar i möjligheten att ställa frågor till ett vittne (det s.k. frågeförbudet). Vård- och viss socialtjänstpersonal får enligt denna bestämmelse höras som vittnen om något som i deras yrkesutövning anförtratts dem eller som de i samband därmed erfarit endast om det är medgivet i lag eller om den, till vars förmån tystnadsplikten gäller, samtycker till det. Detta innebär i nu diskuterat sammanhang att personalen endast kan höras vid misstanke om sådana brott som enligt 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen medför att vårdsekretessen bryts. Motsvarande bestämmelser som gäller hörande av vittnen tillämpas då fråga är om företeende av skriftlig handling inför domstol, 38 kap. 2 § rättegångsbalken.

12.10 Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Vid vissa typer av brottsliga gärningar kan smitta överföras från gärningsmannen till målsäganden. I sådana fall kan det vara av intresse för målsäganden att få kännedom om gärningsmannens eventuella sjukdomstillstånd. En sådan kännedom kan oftast fås genom att blodprov tas från gärningsmannen. Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF) är emellertid medborgarna gentemot det allmänna skyddade mot varje påtvingat kroppsligt ingrepp. Blodprov anses vara ett sådant ingrepp. Begränsningar i detta skydd får enbart göras i lag och då bara för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. En begränsning får vidare aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den, 2 kap. 12 § RF.

Begränsningar i ovan nämnda skydd återfinns idag, såvitt här är av intresse, dels i rättegångsbalken, dels i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål med därtill hörande förordning. Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken får i vissa fall kroppsbesiktning (t.ex. blodprov) företas på den som är skäligen misstänkt för ett brott som kan medföra fängelse, om syftet med kroppsbesiktningen är att få fram omständigheter som kan vara av betydelse för utredningen av brottet. Däremot får kroppsbesiktning inte vidtas i syfte att *upptäcka* eventuellt brott. Eftersom frågan om den misstänkte är smittad eller inte måste ha konkret betydelse för bedömningen av gärningen är möjligheterna enligt rättegångsbalken till provtagning för att få vetskap om en eventuell smitta tämligen begränsade.

Ytterligare möjlighet att besluta om provtagning ges i lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål. Lagen reglerar, till skillnad från bestämmelserna i rättegångsbalken som avser alla typer av

smittsamma sjukdomar, endast provtagning beträffande hivinfektion. Syftet med lagen är att tillgodose målsägandens intresse av att kunna få reda på om han utsatts för smittrisk, och undersökning kan endast äga rum på målsägandens begäran. Risken för smitta måste ha uppstått genom en brottslig gärning. Undersökning kan exempelvis inte begäras av en polisman som råkar sticka sig på en spruta vid avvisitering av en narkotikamissbrukare eller som hjälpt en skadad person att tvätta av sig blod i samband med en trafikolycka. Beslut om undersökning fattas av åklagare eller domstol. Undersökning kan ske i fråga om den som skäligen kan misstänkas för sexualbrott varigenom hivinfektion kunnat överföras. Vidare kan undersökning ske i fråga om den som är skäligen misstänkt för något annat brott, men då endast om det p.g.a. särskilda omständigheter kan befaras att hivinfektion kunnat överföras genom brottet. Att särskilda omständigheter skall ha förelegat innebär enligt förarbetena att konkreta omständigheter skall peka på att hivinfektion verkligen kan ha överförts. Dels måste händelseförloppet varit sådant att det, med hänsyn till sjukdomens smittvägar, verkligen finns risk för smittoöverföring. Dels krävs att det finns särskild anledning att tro att den misstänkte är smittad. Det räcker inte med att han tillhör en särskild riskgrupp, utan misstanken om smitta måste vara mer konkret. Som typfall anges i förarbetena att den misstänkte själv i samband med brottet uttalat att han är smittad. Målsäganden och åklagaren skall underrättas om resultatet av en undersökning enligt lagen. En hänvisning i sekretesslagen 1 kap. 2 § och 7 kap. 1 § medför att undantag i sekretessen gäller i dessa fall.

13 Information och vissa andra förebyggande åtgärder

13.1 Inledning

Förebyggande (preventiva) insatser är en mycket viktig del av smittskyddsarbetet. Insatserna kan vara av olika karaktär. Information till allmänheten är ett exempel på en preventiv åtgärd som har stor betydelse oavsett vilken smittsam sjukdom det är fråga om. Andra exempel på förebyggande åtgärder är vaccinering och rådgivning i samband med testning. I detta kapitel beskrivs några av de förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar som förekommer i Sverige. Redogörelsen är på intet sätt uttömmande. Tyngdpunkten i kapitlet ligger på information men i kapitlet behandlas även särskilda insatser för hivpositiva. Någon utvärdering av de beskrivna åtgärderna ges inte här.

Inledningsvis förklaras indelningen av förebyggande åtgärder i primär-, sekundär- och tertiärprevention. Därefter redogörs allmänt för vissa förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar, varefter följer ett avsnitt om vaccinationsverksamheten. Några preventiva insatser mot sexuellt överförbara sjukdomar (s.k. STD) inklusive hiv/aids beskrivs särskilt. Slutligen behandlas hivtestning och rådgivning i samband därmed.

13.2 Olika typer av prevention

Prevention kan delas in i primär-, sekundär- och tertiärprevention. Med *primärprevention* menas åtgärder för att förhindra att människor smittas av en smittsam sjukdom. De primärpreventiva åtgärderna kan bestå av insatser i form av information och utbildning som syftar till att få människor att antingen ändra ett visst beteende eller att förstå hur de skall bete sig för att undvika att utsätta sig för risk att få en sjukdom. Andra primärpreventiva åtgärder är screening av blodgivare och av gravida för att hindra blodmottagare respektive foster från att smittas. Dessa åtgärder har även ett sekundärpreventivt syfte. Med *sekundär-*

prevention menas åtgärder som har till ändamål att tidigt upptäcka en sjukdom för att minimera perioden av smittsamhet. Genom att man så snart som möjligt får reda på om en person är smittad förkortas den tid under vilken den sjuke omedvetet sprider smitta. Sekundärpreventiva insatser kan vara uppmaning till provtagning, behandling och kontaktspårning. Bland sekundärpreventiva åtgärder vid kroniska infektioner ingår också olika psykosociala insatser för den smittade. Sekundärprevention bedrivs framförallt inom sjukvården, men också frivilligorganisationer spelar en stor roll här. Med *tertiärprevention* avses åtgärder som syftar till att förhindra att samma person på nytt smittas av en smittsam sjukdom samt till att lindra följdverkningarna av en sjukdom. Rådgivning i samband med behandling inklusive regelbundna återbesök kan ses som en tertiärpreventiv åtgärd.

13.3 Allmänt om förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar

Preventiva insatser görs mot i stort sett samtliga smittsamma sjukdomar. Den enskilde får bl.a. information om hur fortsatt smittspridning samt återinsjuknande skall undvikas då han söker vård på en läkarmottagning för en misstänkt infektionssjukdom. Många infektionskliniker har dessutom särskilda vaccinationsmottagningar (se vidare avsnitt 13.4), och i samband med vaccinering ges ofta information om hur man skall undvika även andra sjukdomar i det land man skall resa till. Hälso- och sjukvårdspersonalen får information och utbildning om smittsamma sjukdomar genom smittskyddsläkaren (se nedan). Vidare har de i sitt arbete hjälp av allmänna råd, utredningar och rapporter från Socialstyrelsen samt information från Smittskyddsinstitutet (SMI).

Det mer övergripande preventiva arbetet i ett län utförs till stor del av smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkarens insatser riktar sig dels till hälso- och sjukvårdspersonal, dels till allmänheten. Nästan samtlig hälso- och sjukvårdspersonal kommer i sitt dagliga arbete i kontakt med patienter som har olika typer av smittsamma sjukdomar, och där förebyggande åtgärder behöver vidtas. Personalen måste därför vara väl utbildad i dessa frågor. De flesta smittskyddsläkare sammanställer informationsblad om sjukdomars förekomst, utbredning i tid och rum, vem som löper risk att drabbas m.m. Dessa skickas ut till vårdcentraler, infektionsmottagningar m.fl. och används som hjälpmedel i det individinriktade arbetet. Riktade utbildningar samt telefonrådgivning till personal inom landsting och kommun förekommer också.

Smittskyddsläkaren når allmänheten med information bl.a. via massmedia. Det rör sig framförallt om annonser i tidningar och tidskrifter. Vissa smittskyddsläkare gör även inslag i radio och tv, t.ex. om vaccination mot influensa och om hur man skyddar sig mot olika typer av STD. Vidare förmedlas preventiv information genom broschyrer, som t.ex. kan distribueras genom miljö- och hälsovårdsförvaltningar, apotek eller läkarmottagningar. Primärpreventiva åtgärder kan även inriktas speciellt mot vissa grupper; information kan exempelvis ges genom informationsblad eller genom föreläsningar eller liknande. Exempel på en sådan riktad åtgärd är information till daghems-, häktes- och härbär-gespersonal om hur smitta av hepatit A och B kan undvikas och om pre- och postprofylax härför.

Även andra aktörer än smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdspersonal ger information till allmänheten om hur smittsamma sjukdomar kan undvikas. Livsmedelsindustrin informerar om risker vid beredning av råvaror, t.ex. att kyckling skall vara genomstekt till undvikande av campylobacter och legionella. Apoteken ger regelbundet ut broschyrer, bl.a. om STD och mag- och tarmsmitta. Den gravida kvinnan får vid sitt besök på mödravårdscentralen skriftlig information om hur hon skall skydda sig mot bl.a. livsmedelsburna infektioner. Folkhälsoinstitutet ger information om olika STD till allmänheten genom massmedia och broschyrer.

13.4 Vaccinationsverksamheten

Tillgången till vaccin har haft stor betydelse för att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Goda vaccinationsprogram är ett mycket kostnadseffektivt sätt att förhindra spridningen av många infektionssjukdomar, även om man numera inte tror att alla infektionssjukdomar kan utrotas genom vacciner. Vaccinationsprogrammen i Sverige har bl.a. inneburit drastiska minskningar av förekomsten av allvarliga sjukdomar som t.ex. difteri och polio. Vidare har spridningen av de tidigare allmänt förekommande barnsjukdomarna mässling, pås-sjuka och röda hund starkt begränsats.

I Sverige finns ingen allmän skyldighet att låta sig vaccineras. Emellertid föreligger en möjlighet att införa obligatorisk vaccination vid krig eller andra utomordentliga förhållanden. Enligt lagen (1952:270) om skyddssympning vid krig eller krigsfara m.m. får regeringen vid krig, krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden besluta att alla som befinner sig inom landet eller inom en viss del av landet skall vaccineras för att hindra smittspridning. Ett beslut om vaccination kan

även gälla vissa befolkningsgrupper som är eller kan bli särskilt utsatta för smitta.

Även om det inte föreligger någon skyldighet att låta sig vaccineras, verkar samhället för att vaccinationer skall erbjudas medborgarna. Rekommendationer om vaccinationsprogram har givits av Socialstyrelsen i allmänna råd. Vidare har Socialstyrelsen utfärdat särskilda föreskrifter om vaccinationsverksamheten (SOSFS 1990:20) som innehåller bestämmelser om bl.a. ansvaret för vaccineringen i det enskilda fallet, om dokumentation och om hantering av vaccinpreparaten. Vad gäller vaccinationsprogram finns f.n. rekommendationer om det s.k. allmänna vaccinationsprogrammet för barn samt om riktade vaccinationsprogram till vissa grupper av befolkningen som löper större risk än andra att smittas av viss sjukdom (t.ex. personer som i sin yrkesutövning löper risk att smittas). I övrigt kan vaccinationer äga rum i form av en individuellt upplagd profylaktisk behandling, t.ex. inför en utlandsresa. Syftet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn är att befolkningen skall erhålla ett grundskydd mot vissa infektionssjukdomar. Programmet infördes successivt i Sverige mellan år 1952 och 1958. De nu gällande rekommendationerna ges i Socialstyrelsens allmänna råd om vaccination av barn (SOSFS 1996:1 (M)). Enligt dessa rekommendationer bör det allmänna vaccinationsprogrammet innehålla vaccination mot difteri, stelkramp, polio, mässling, röda hund, påssjuka, kikhosta och haemophilus influenzae B (HIB). Diskussioner förs nu om vaccination mot vattkoppor bör införas.

Lagregler som ger uttryckligt besked om vem som har kostnadsansvaret för en vaccination saknas. I allmänhet ses vaccination som en individuell förebyggande åtgärd som den enskilde själv får bekosta. Vissa undantag finns dock. I somliga fall kan vaccinering i det enskilda fallet anses vara behövlig med hänsyn till det allmänna behovet av smittskydd och därför vara kostnadsfri enligt 63 § smittskyddslagen. Med hänsyn till ansvaret enligt arbetsmiljölagstiftningen för vidtagande av åtgärder mot hälsorisker i arbetet kan arbetsgivare i vissa fall vara skyldig att stå för kostnaden. Vaccinationsprogrammet för barn finansieras inom ramen för barn- och skolhälsovården, och kommunerna respektive landstingen svarar för kostnaderna. Landstingen står även för kostnaderna vid vaccination mot rabies då den enskilde utsatts för smitta. Vidare förekommer att enskilda landsting frivilligt påtagit sig kostnadsansvar för vaccinationer i vissa sammanhang, t.ex. när det gäller vaccination av patienter på vårdhem.

Vaccinationsverksamhet förekommer såväl inom offentlig hälso- och sjukvård som på enskild läkarpraktik. Vaccinationer utförs bl.a. på vårdcentraler, barnvårdscentraler och på vissa infektionskliniker. De flesta länen i landet har regionala rådgivande vaccinationsgrupper i

vilka smittskyddsläkaren spelar en central roll. De enskilda sjukvårdshuvudmännen beslutar, med beaktande av Socialstyrelsens allmänna råd på området, om innehållet i och omfattningen av vaccinationsverksamheten.

Socialstyrelsen utövar tillsyn över vaccinationsverksamheten. Inom Socialstyrelsen finns ett rådgivande organ, Socialstyrelsens expertgrupp för vaccinationsfrågor. I gruppen ingår representanter för Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SMI, Svenska Läkarsällskapet, Arbetarskyddsstyrelsen och smittskyddsläkarna. Expertgruppens uppgifter är bl.a. att lämna råd och upplysningar i vaccinationsfrågor på Socialstyrelsens begäran, följa utvecklingen på området, föreslå åtgärder och verka för samordning av vaccinationsåtgärderna. För försörjningen av vaccinationspreparat svarar kommersiella vaccinproducenter. Det finns inte något nationellt organ som ansvarar för att det finns tillgång till vaccin i landet.

Ansvar för att kontinuerligt följa upp vaccinationsprogrammets genomförande och immunitetsläget hos befolkningen åvilar SMI. SMI skall även genomföra forskning kring nya vacciner. De redskap som används för uppföljning är dels undersökningar av vaccinationstäckningen (dvs. antalet vaccinerade mot viss sjukdom) dels den epidemiologiska statistiken över smittsamma sjukdomar och undersökningar av immunitetsläget hos befolkningen. Den senaste immunitetsundersökningen (1990–1991) visade att immunitetsläget var gott hos de individer som varit föremål för det allmänna vaccinationsprogrammet, men att vissa brister förelåg hos de äldre generationerna. Männerna hade generellt sett en högre immunitetsfrekvens än kvinnorna. Detta ansågs huvudsakligen bero på att man inom försvaret sedan lång tid erbjudit vaccinationer för vissa sjukdomar.

13.5 Särskilt om förebyggande åtgärder mot sexuellt överförbara sjukdomar

Det förebyggande arbetet mot STD har en lång tradition i Sverige. De primärpreventiva åtgärderna består främst av information och de sekundärpreventiva bl.a. av kontaktspårning och behandling av smittade. När förekomsten av hivinfektion blev känd i landet vidtogs snabbt en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. Arbetet tog sitt avstamp i den långa erfarenheten av förebyggande arbete beträffande övriga STD. Information om hivinfektion, hur den smittas och om hur man kan skydda sig från att smittas utgjorde basen i det hivpreventiva arbetet. En särskild delegation, Aids-delegationen, med socialministern

som ordförande inrättades. Delegationens uppgifter var bl.a. att bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, att följa och initiera angelägen forskning och att bedöma och påtala behov av omedelbara åtgärder. Aids-delegationen avslutade sitt arbete 1992 i samband med att Folkhälsoinstitutet inrättades.

Sedan budgetåret 1986/87 har regeringen anslagit särskilda medel för hivpreventivt arbete. Anslaget har de senaste åren varit omkring 150 miljoner kr, varav cirka 60 miljoner kr disponerats av Folkhälsoinstitutet. Från anslaget har vidare fram t.o.m. 1997 utbetalats ett extra bidrag till kommuner och landsting i storstadsregionerna. I vårpropositionen för år 1997 uttalades att statens stöd till kommunernas och landstingens hivpreventiva arbete får anses ingå i det generella statsbidraget. För att värna den verksamhet som byggts upp i samarbete mellan kommuner, landsting och frivilligorganisationer har regeringen emellertid gett ett tillfälligt bidrag till storstadsområdena under år 1998 och detsamma har beviljats för år 1999.

13.5.1 Arbetet på öppenvårdsmottagningar

Information, rådgivning och provtagning för STD sker på många öppenvårdsmottagningar. Ett av syftena med rådgivningen vid behandlingsbara STD är att patienterna skall förstå hur de skall skydda sig i framtiden så att de inte återinsjuknar. Många landsting har bildat särskilda enheter för behandling av STD, s.k. *Sesam-mottagningar*. I vissa landsting har Sesam-mottagningarna även ett stort ansvar för utbildningen av primärvårdspersonal i framförallt sekundärprevention. Förebyggande åtgärder vad gäller hivinfektion sker även på infektionskliniker, där en stor del av hivtesterna utförs (om hivtestning se vidare avsnitt 13.6). Vid vissa infektionskliniker finns mottagningar med särskild inriktning på hiv/aids.

Förutom Sesam-mottagningarna finns ett antal andra särskilda mottagningar som arbetar med STD-prevention. Bland dessa kan särskilt nämnas ungdomsmottagningar (UM), Venhälsan, PH-center och mödravårdscentraler (MVC). Det finns cirka 200 UM i landet. Deras syfte är bl.a. att förebygga aborter och STD hos människor under 20 år. Vid UM ges rådgivning och information till de ungdomar som söker där, samt bedrivs uppsökande arbete i samband med skolornas sex- och samlevnadsundervisning. *Venhälsan* är Stockholms läns landstings särskilda mottagning för homo- och bisexuella män. Mottagningen startade som en kvällsmottagning 1982 för att diagnosticera asymptomatiska könssjukdomar och identifiera symptom på den då nyupptäckta sjukdomen aids. 1985 öppnades en dagmottagning för hivpositiva samt

en vårdavdelning; vårdavdelningen är numera stängd. *PH-center* är Stockholms läns landstings psykosociala öppenvårdsmottagning för homo- och bisexuella män. I första hand vänder sig mottagningen till dem som har hivrelaterad problematik samt till deras närstående. Mottagningen är den enda med denna inriktning i Sverige. De allra flesta *MVC* har särskilda preventivmedelsmottagningar, där sexuellt aktiva kvinnor kan få råd om preventivmedel. *MVC* arbetar också för att minska förekomsten av behandlingsbara STD.

13.5.2 Preventiva insatser från Folkhälsoinstitutet, landsting och kommuner samt frivilligorganisationer

Informationsinsatser för att hindra spridningen av STD görs bl.a. av Folkhälsoinstitutet, landsting och kommuner samt av olika organisationer. *Folkhälsoinstitutet* har som huvuduppgift att förebygga sjukdomar och ohälsa samt främja en god hälsa för alla. När det gäller smittsamma sjukdomar arbetar Folkhälsoinstitutet enbart med hiv/aids och andra STD. Informationsarbetet bedrivs på många olika sätt. Bland annat bedrivs kampanjer i massmedia samt ges information genom broschyrer, böcker, vykort m.m. Folkhälsoinstitutet ger ut en tidning, *Hiv-aktuellt*, om hiv/STD i ett brett sex- och samlevnadsperspektiv. Tidningen distribueras gratis till ett nätverk av s.k. vidareinformatörer över landet samt till ytterligare cirka 18 000 personer som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med hivproblematiken och behöver tillgång till aktuell information. En del av Folkhälsoinstitutets aidsanslag går till olika förebyggande projekt i landsting och kommun. Projekten är riktade mot målgrupperna för Folkhälsoinstitutets hiv/aidsprogram, nämligen ungdomar, män som har sex med män, invandrare och flyktingar samt hivpositiva och deras närstående.

I *kommunerna* ges information om STD vid sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna. Undervisningens främsta syfte är att genom information, kommunikation och utbildning främja ett säkrare sexuellt beteende. Skolans hivinformation startade i större skala läsåret 1985/86. Informationen integrerades sedan i den befintliga samlevnadsundervisningen. Vid en utvärdering har man funnit att kvaliteten på undervisningen varierar starkt mellan kommuner och också mellan skolorna i enskilda kommuner.

Frivilligorganisationerna har en viktig roll inom det preventiva arbetet mot STD, och då särskilt hivinfektion. Organisationerna har speciella möjligheter att nå sina målgrupper och de kan arbeta på ett friare sätt än vad myndigheterna har möjlighet till. Frivilligorganisatio-

nerna stöds till stor del av statliga medel från Folkhälsoinstitutet. De tre organisationer som får det mesta stödet är Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Stiftelsen Noaks Ark–Röda korset (Noaks Ark).

RFSU grundades 1933 och är en sexualpolitisk bildningsrörelse. Preventivt arbete mot hivinfektion är en del av organisationens STD-förebyggande arbete i stort. *RFSU*:s verksamhet riktas mot allmänheten, stundtals med fokus på ungdomar. *RFSL*, som bildades 1950, är en sexualpolitisk organisation som kämpar för att homosexuella skall få samma mänskliga och sociala rättigheter som andra. Organisationen har ett särskilt hivkansli, varifrån de centrala informationsinsatserna sköts. *Noaks ark* startade 1987 i syfte att förse allmänheten med information om hivinfektion. Stiftelsen skall även ge information och utbildning till personer som arbetar med frågor kring hivinfektion samt ge stöd till hivpositiva. *Noaks ark* erbjuder även stöd i form av gästhemsvärksamhet för personer som drabbats av hivinfektion. Stiftelsen har också en stödfond för hivpositiva och i undantagsfall även för deras närstående. Parallellt med stiftelsen finns sex stycken *Noaks Ark*-föreningar som är verksamma ute i landet.

Det finns även ett antal frivilligorganisationer med särskild inriktning på att stödja hivpositiva. *Riksförbundet för hivpositiva* (RFHP) är en paraplyorganisation för sex självhjälpsgrupper/föreningar för hivpositiva. Tre av dessa (*Positiva Gruppen Syd*, *Positiva Gruppen Väst och Positiva Gruppen Örebro*) är regionala grupper som är öppna för alla hivpositiva. Övriga tre föreningar riktar sig till särskilda målgrupper. *Positiva Gruppen* med säte i Stockholm är rikstäckande men öppen enbart för hivpositiva homo- och bisexuella män. *Kvinnocirkeln Sverige* vänder sig till landets alla hivpositiva kvinnor. *Kamratföreningen Convictus* riktar sig till hivpositiva f.d. missbrukare. Självhjälpsgrupperna/föreningarna verkar för att ge psykiskt och socialt stöd till sina medlemmar och arbetar bl.a. för att skapa en bättre social och medicinsk situation för alla hivpositiva.

Preventiva insatser bland *invandrargrupperna* har ansetts angelägna, bl.a. för att minska smittspridningen kring de redan smittade och för att motverka att invandrarna från länder med hög hivprevalens smittas vid besök i hemlandet. Den nyanlända invandraren ges visserligen information om hivinfektion och andra STD i samband med hälsoundersökning vid flyktingförläggningen. För en asylsökande torde dock rädslan för att vara hivsmittad sällan vara det mest överhängande bekymret. Det finns därför en risk för att information om sjukdomen och dess smittvägar inte når fram. Den information som ges till allmänheten om hivinfektion och andra STD kan vidare vara besvärlig att förstå för

många invandrare p.g.a. språksvårigheter. Andra åtgärder har därför ansetts nödvändiga.

Invandrarnas egna organisationer och föreningar spelar en viktig roll i det hivpreventiva arbetet. I ett stort antal lokala invandrarföreningar över hela landet anordnas hivförebyggande aktiviteter. Man samarbetar ofta med de kommunala eller landstingskommunala projekten och söker ekonomiskt stöd från dem. Även invandrarnas riksorganisationer spelar en betydelsefull roll, bl.a. eftersom de genom tidningar och tidskrifter kan nå ut till landsmän i små kommuner där underlag för en förening saknas.

Invandrare och flyktingar är vidare en av målgrupperna för Folkhälsoinstitutets hivarbete. Åtskilliga projekt har startats med stöd av Folkhälsoinstitutet. Ett sådant projekt är Oasen, vars målgrupp är hivsmittade afrikaner i Stockholmsområdet. Oasen, som har en lokal på Huddinge sjukhus, drivs av afrikaner med administrativt stöd från Svenska flyktingrådet. Syftet med Oasen är bl.a. att bryta isoleringen för hivsmittade afrikaner, att öka förståelsen och respekten för dem och att arbeta med prevention. Man gör bl.a. sjukbesök och har informationsträffar. Oasen bygger på kamratstöd för dem som deltar i aktiviteterna.

Ekonomiskt stöd från Folkhälsoinstitutet får också Afrikanska hälsoteamet. Hälsoteamet verkar i Stockholm och erbjuder afrikanska invandrare information om hivinfektion och andra STD, ger rådgivning åt dem som vill hivtesta sig samt stöd åt de hivsmittade. Verksamheten innefattar även stöd till alkohol- och narkotikamissbrukare. En viktig del av hälsoteamets arbete är att öka kunskapen om hiv/STD hos afrikaner och få dem att inte utsätta sig själva eller andra för risker. Man anordnar seminarier för akademiker, religiösa ledare och ledare för olika organisationer, vilka i sin tur kan sprida kunskaperna vidare. Hälsoteamet försöker även nå ut med information genom uppsökande verksamhet på t.ex. afrikanska festivaler, i organisationer och i kyrkor.

13.5.3 Något om de s.k. sprututbytesprojekten

Att hivsmitta sprids mellan narkomaner genom infekterade injektionsredskap uppmärksammades redan i början av den svenska hivepidemin. Liksom beträffande andra riskutsatta grupper består det hivpreventiva arbetet bl.a. av rådgivning och information. Sedan mitten av 1980-talet bedrivs dessutom i Malmö och Lund försöksverksamhet med utdelning och utbyte av sprutor och kanyler. Då verksamheten inleddes hade man bl.a. stöd av att Världshälsoorganisationen (WHO) förespråkade prevention i form av sprututbytesprogram eller åtgärder för att underlätta

rengöring av injektionsredskap. Sprututbytesprogram utgör numera en del av UNAIDS strategi för att motverka spridningen av hivinfektion.

I Malmöprojektet ingår årligen cirka 1 200 besökare; motsvarande siffra i Lund är cirka 300. För deltagande krävs att personen är injektionsmissbrukare och minst 20 år. Missbrukaren får inte vara inlagd på sjukhus, intagen på behandlingshem eller liknande. I princip utlämnas endast sprutor och kanyler om motsvarande antal begagnade verktyg återlämnas. Vid besöken får missbrukarna information om riskbeteende rörande hivinfektion och de erbjuds provtagning för hivinfektion och hepatit B (i Malmö även för hepatit C). Infektionsläkare finns tillgänglig. Man försöker påverka missbrukarna att söka vård och behandling.

Projektet i Malmö och Lund har varit mycket omdiskuterade med hänsyn till inriktningen av den svenska narkotikapolitiken. I Sverige finns inte något direkt förbud för läkare att vid sin behandling av en missbrukare förse denne med rena sprutor och kanyler. Enligt 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall emellertid läkaren handla i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har uttalat att en generell utdelning strider mot rådande riktlinjer för narkotikapolitiken, men att det är svårt att hävda att utdelning inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet om läkaren vid utlämnandet utifrån säkra kriterier kan dra slutsatsen att patienten skulle hamna i en mer riskabel situation om han inte fick rena sprutor och kanyler.

Socialutskottet har behandlat försöksverksamheten vid ett flertal tillfällen (1986/87SoU:19, 1988/89SoU:21, 1995/96SoU:5 samt 1997/98SoU:2). I betänkandet från 1995/96 uttalade utskottsmajoriteten bl.a. att de pågående projekten i Malmö och Lund inte bör avbrytas, men att verksamheten även fortsättningsvis borde ha karaktären av försök och syfta till att söka vetenskapligt stöd för dess värde i kampen mot aids. Vidare stod utskottet fast vid tidigare gjorda uttalanden om vikten av att försöksverksamheten bedrivs under noggrant kontrollerade former och i allt väsentligt omgärdas av de regler och villkor som hittills gällt. Utskottet förutsatte att huvudmännen dokumenterar sin verksamhet och att Socialstyrelsen förstärker sina insatser för att fortlöpande följa verksamheten och utvärdera denna. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottsmajoritetens bedömning. I det senaste betänkandet har utskottet med skärpning vidhållit sin tidigare inställning.

Socialstyrelsen överlämnade 1993 en utvärdering av försöksverksamheten till regeringen. Enligt Socialstyrelsen kunde inte de utredningar som genomförts ge något entydigt svar på vilka effekter som försöksverksamheten haft på smittspridningen av hivinfektion eller på missbruksutvecklingen i området. Försöksverksamheten granskades ånyo 1997; granskningen utfördes denna gång av Socialstyrelsens re-

gionala tillsynsmyndighet i Malmö. I inspektionsrapporten påtalade Socialstyrelsen vissa brister, bl.a. att kontakten och samarbetet med socialtjänsten var otillräcklig i Malmö, att man kunde behöva diskutera krav på märkning av verktyg och att dokumentationen av verksamheten var otillräcklig för att ge ett bra underlag för uppföljning och utvärdering. Inte heller i denna rapport kunde man dra några säkra slutsatser om försöksverksamhetens effekter, bl.a. eftersom antalet nyinsjuknade i hivinfektion i området var så lågt att säkra slutsatser ansågs svåra att dra. Socialstyrelsen menade dock att projekten i Malmö och Lund borde få fortsätta, men med krav på strikta och tydliga regler.

Hösten 1998 färdigställde, på Socialstyrelsens begäran, infektionskliniken i Malmö en rapport med utvärdering av sprututbytesverksamheten på kliniken. I rapporten har man bl.a. konstaterat att ingen ökad nyrekrytering av injektionsmissbruk skett, att en mycket hög frekvens av kanyler och sprutor återlämnats, att spridningen av hivinfektion bland de missbrukare som deltagit i projektet varit mycket låg (de få fall som upptäckts har smittats på annan ort eller eljest utanför projektet) samt att kontaktytorna i arbetet med sprutnarkomanerna ökat, eftersom sprututbytesprojektet innebär en ökad möjlighet för kuratorn att förmedla kontakt mellan enskilda narkomaner och narkomanvården.

13.5.4 Något om de s.k. metadonprogrammen

Metadon är ett narkotikaklassat läkemedel som vid regelbundet intag kan ersätta och i viss mån blockera opiater, främst heroin. I Sverige kan metadon användas för behandling av heroinmissbrukare som utan framgång provat annan behandling. Behandling med metadon introducerades i Sverige 1966 på Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Med hänsyn till bl.a. goda erfarenheter av metadonets terapeutiska effekt vid vård av narkomaner och till spridningen av hivinfektion bland narkotikamissbrukarna byggdes verksamheten ut under 1980- och 90-talet. Numera kan metadonbehandling ges vid enheter inom allmänpsykiatri i Uppsala, Stockholm, Lund och Malmö till sammanlagt högst 600 personer.

Programmen är strikt kontrollerade enligt regler som har beslutats av Socialstyrelsen (Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 1990:16 om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani, med ändringar i SOSFS 1991:33, 1994:19 och 1997:17). För att komma i fråga för underhållsbehandling med metadon skall patienten enligt Socialstyrelsens föreskrifter ha

- minst fyraårigt dokumenterat intravenöst opiatmissbruk,
- prövat drogfri behandling,
- fyllt 20 år,
- uppgifter som visar att avancerat sidomissbruk inte föreligger samt
- en acceptabel valfrihetssituation (inte vara anhållen, häktad samt inte dömd till eller intagen i fängelse)

Den 31 mars 1997 var totalt i Sverige 493 missbrukare inskrivna i metadonprogrammet, varav 80 var hivpositiva. Majoriteten av de hivpositiva missbrukarna, 61 personer, deltog i Stockholmsprogrammet. I de andra programmen var antalet hivpositiva patienter mycket få, vilket främst beror på att majoriteten av de hivpositiva missbrukarna finns i Stockholmsområdet. Enligt utvärderingar av socialtjänstens insatser för hivpositiva narkotikamissbrukare i Stockholm har metadonprogrammet utgjort ryggraden för hjälpen till flertalet av dessa. Heroinmissbrukare som är hivpositiva har vidare en viss förtur till behandling i Stockholm.

Socialstyrelsen har gjort en utvärdering av metadonprogrammen i Sverige vilken redovisats i rapporten "Metadonbehandlingen i Sverige. Beskrivning och utvärdering. SoS-rapport 1997:22". Enligt utvärderingen begår missbrukare som är inskrivna i metadonprogram avsevärt färre brott och vistas mindre i sjukhusvård jämfört med tiden före inskrivningen. Även i övrigt uppnår patienterna en förbättrad social situation. Någon särskild redovisning av situationen för de hivpositiva patienterna i programmen gjordes inte. Emellertid konstaterades att metadonbehandlingen hade positiva effekter även för dessa. Enligt Socialstyrelsen talar utvärderingen för att metadon är ett värdefullt behandlingsalternativ för personer med tungt heroinmissbruk där andra behandlingsinsatser misslyckats. För de flesta av patienterna tycks det emellertid ofta röra sig om en livslång behandling. Med beaktande av den inte obetydliga andel patienter som ofrivilligt blivit utskrivna och som inte återinskrivits påpekas dock att utvärderingen bekräftar erfarenheterna från andra länder, nämligen att metadon som behandlingsform har sina begränsningar.

13.6 Särskilt om rådgivning i samband med hivtestning

Hivtestning ses av många länder som ett betydelsefullt inslag i det förebyggande arbetet, bl.a. med hänsyn till möjligheten att i samband

med testningen ge rådgivning. Förutsättningarna för den svenska testpolicyn ges i Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter, SOSFS 1985:4 och 1989:18. Där sägs bl.a. att människor som lever riskfyllt och testat sig bör få provsvar vid återbesök. Detta gäller även om testet är negativt (men inte om provet tagits i samband med en screeningundersökning). Strategin ger förutsättningar för vårdgivaren att även erbjuda rådgivning. Vidare sägs att partners till hivpositiva skall erbjudas muntlig information och stöd. Ytterligare råd ges i Socialstyrelsens skrifter Hiv och aids i vården (Socialstyrelsen redovisar 1988:6) samt Hiv och aids i vården II (SoS-rapport 1991:46). Där anges bl.a. att patienten skall vara informerad om testet och om hivinfektion innan testet tas och att rådgivning skall ges framförallt till personer som uppger att de haft ett riskbeteende. Råd om säkrare sex bör ges redan vid första besöket. Provsvar bör erbjudas vid återbesök; annan bedömning kan dock göras i det enskilda fallet. Vid negativt provsvar kan information om hur man skyddar sig mot hivinfektion upprepas.

Rådgivning i samband med hivtest har ansetts som mycket viktig, och betydelsen härav har uppmärksammats allt mer. De flesta hivtesterna i Sverige utförs emellertid vid screeningverksamhet (t.ex. på blodcentraler och MVC), och på vissa mottagningar – t.ex. STD-kliniker – där hivtest erbjuds som rutin. Vid flertalet av dylika testningstillfällen finns inget behov av rådgivning, och någon sådan erbjuds därför inte. På specialistmottagningarna dit patienterna kommer enkom för hivtestning erbjuds dock rådgivning i större utsträckning. Där finns även tid för längre samtal, vilket är avgörande för att patienten skall få möjlighet att reflektera över sitt handlingsätt och kunna förändra ett framtida beteende.

14 Beteendevetenskapliga frågor

14.1 Inledning

I kapitlet redovisas kunskapsläget gällande olika beteendevetenskapliga aspekter av spridningen av smittsamma sjukdomar, bl.a. bakomliggande faktorer till riskbeteenden, beteendeförändringar och åtgärders inverkan på människors beteenden. Redovisningen bygger på såväl internationell som svensk forskning. Med hänsyn till den omfattande förekomsten av internationella studier rörande hivinfektion har det inte varit möjligt att göra en fullständig genomgång av denna forskning. Främst har valts sådana studier som publicerats i vetenskapligt ansedda tidskrifter och som genomförts under senare år. Som bilaga till betänkandet, del B, finns intaget referenslista över de arbeten som legat till grund för detta kapitel.

TVå stora internationella konferenser rörande hivinfektion och beteendevetenskapliga frågor har arrangerats med stöd av bl.a. UNAIDS (FN:s samlade program för hiv/aids) och Europeiska kommissionen. Dessa konferenser hölls i Berlin 1994 och i Paris 1998. Vid konferenserna har redovisats flera intressanta studier. Mycket få är dock ännu publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Med hänsyn till intresset av att få ta del av nya forskningsresultat har dock i kapitlet i vissa fall redovisats sådana. Konferensen som hölls 1998 benämns fortsättningsvis "Beteendekonferensen".

Kommittén har vidare under 1997 låtit genomföra särskilda studier bl.a. för att belysa frågor om smittskyddslagens inverkan på beteenden och om hur smittskyddslagens bestämmelser uppfattas. Frågor om hur människor uppfattar smittskyddslagens bestämmelser behandlas särskilt i kap.15.

Tyngdpunkten i kapitlet ligger på hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar då forskningen och kunskaperna beträffande beteendevetenskapliga aspekter vid andra sjukdomar är mycket begränsade.

14.2 Allmänt om kommitténs studier och metodologiska frågor

14.2.1 Särskilt om vissa svenska studier

Som redogjorts för i avsnitt 14.1 har kommittén låtit utföra särskilda studier för att belysa bl.a. beteendevetenskapliga frågor rörande smittsamma sjukdomar. För att bl.a. kunna jämföra skillnader och likheter mellan olika smittsamma sjukdomar har tre "typsjukdomar" valts; tuberkulos, hivinfektion och klamydia. Samtliga studier genomfördes under 1997. Dessa studier finns intagna som bilagor till betänkandet, del B. Här skall dock ges en kort presentation av studierna.

Socionomen Mikael Westrell har genomfört en enkätstudie bland hivpositiva patienter på infektionsmottagning 3, Danderyds sjukhus, Stockholm. Studien har redovisats i rapporten "Inte har väl doktorn tid med sånt", i fortsättningen benämnd "*Danderydsstudien*". I studien delades 224 enkäter ut och svarsfrekvensen var 40 %, dvs. 91 personer svarade. Dessa fördelade sig på 61 män, varav 33 homosexuella män, och 28 kvinnor, varav 27 heterosexuella kvinnor. Bland männen var 11 män av utländsk härkomst och bland kvinnorna var 16 kvinnor av utländsk härkomst.

Leg. läkaren Lars Olof Larsson har genomfört en studie bland patienter med tuberkulos på tre sjukhus i Sverige. Studien har redovisats i rapporten "Tuberkulos och smittskyddslagen", i fortsättningen benämnd "*Tbc-studien*". I studien delades 136 enkäter ut och svarsfrekvensen var 64 %, dvs. 87 personer svarade. Majoriteten av dessa var av svensk härkomst. Härutöver intervjuades 35 patienter av utländsk härkomst bosatta i Göteborg. Av de sammantaget 122 deltagande patienterna var 51 män och 71 kvinnor.

Leg. barnmorskan Tanja Tydén har genomfört en enkätstudie bland klamydiapatienter på fyra specialistmottagningar i Stockholm. Studien har redovisats i rapporten "Utvärdering av smittskyddslagens påverkan på personer med diagnosticerad klamydia", i fortsättningen benämnd "*Klamydiastudien*". I studien delades 240 enkäter ut och svarsfrekvensen var 80 %, dvs. 192 personer. Dessa fördelade sig på 88 män och 104 kvinnor. Majoriteten, 92 %, var heterosexuella män och kvinnor.

Kuratorerna Christina Persson och Gunilla Östlund har genomfört djupintervjuer med nio personer som i samband med kontaktpårning misstänkts ha kunnat smittats av hivinfektion och därför kallats till provtagning. Studien genomfördes på hivmottagningen på Huddinge sjukhus och på hivmottagningen på Danderyds sjukhus. Vid intervju-tillfället hade samtliga fått besked att de var hivnegativa. Studien har redovisats i rapporten "Jag kunde aldrig tro att det här skulle kunna

hända mig", i fortsättningen benämnd "*Intervjustudien*". Samtliga intervjuade, fyra män och fem kvinnor, var av svensk eller nordisk härkomst. Samtliga kvinnor var heterosexuella, två män homosexuella och en man bisexuell.

Utöver de studier kommittén har beställt har andra svenska studier genomförts under 1996–1997.

Socionomen Mikael Westrell har också genomfört en enkätstudie bland hivpositiva patienter på Venhälsan, en mottagning för främst homo- och bisexuella män på Södersjukhuset i Stockholm. Studien genomfördes under 1996–1997 och redovisades i rapporten "Var tog den lustfyllda sexualiteten vägen?", i fortsättningen benämnd "*Venhälsastudien*". I studien delades 390 enkäter ut och svarsfrekvensen var 62 %, dvs. 212 personer svarade. 89 % av männen var homosexuella, 6 % bisexuella och 4 % heterosexuella.

Kuratorn Torsten Berglund påbörjade 1997 en enkätstudie bland besökare vid två mottagningar för hivtestning i Stockholm; Venhälsan på Södersjukhuset och dess filial Klara hivmottagning. Syftet med studien är att få en bild av attityder och risker bland osmittade personer som söker för hivtestning. Berglund har färdigställt en delrapport till kommittén "Sexuell livsstil, hiv och säkrare sex", i fortsättningen benämnd "*Hivtestningsenkäten*". Delrapporten bygger på svar av 200 personer, vilket utgör minst 60 % av de personer som testat sig vid mottagningarna under studieperioden. Dessa fördelade sig på 149 män, varav 122 homo- eller bisexuella män, och 51 kvinnor, varav två bisexuella kvinnor.

Under 1989 och 1994 genomfördes, bl.a. på Folkhälsoinstitutets uppdrag, studier rörande allmänhetens kunskaper om och attityder till hivinfektion. En motsvarande studie utfördes på Folkhälsoinstitutets uppdrag av Claes Herlitz under 1997. Den sistnämnda studien vände sig till 4 000 män och kvinnor mellan 16 och 44 år. Svarsfrekvensen var 64 %, dvs. 2 527 personer svarade. Studien redovisades med jämförelser med de tidigare studierna i rapporten "Allmänheten och Hiv/aids", i fortsättningen benämnd "*Attitydstudien*".

14.2.2 Vissa metodologiska frågor

Resultat i frågeundersökningar påverkas alltid av olika metodologiska osäkerhetsmoment. Urval av tillfrågade och storlek på eventuellt bortfall bland de tillfrågade påverkar säkerheten på svarens representativitet och därmed generaliserbarheten av resultaten. Andra i det här sammanhanget viktiga faktorer sammanhänger med hur de tillfrågade besvarat frågorna, dvs. frågan om tillförlitligheten i svaren.

Beträffande frågor om bortfall och urval vad gäller de studier kommittén har beställt kan följande sägas. Såväl "Klamydiastudien" som "Tbc-studien" har ur statistisk synvinkel acceptabla bortfall, varför resultaten kan representera de patientgrupper som studierna avsåg att beskriva. Däremot har "Danderydsstudien" ett högt bortfall, 58 %, vilket innebär att resultaten inte är generaliserbara. Kontroll av bortfallet visade också brister i förhållande till patientgruppens sammansättning på infektionskliniken. Så är de homosexuella männen till viss del överrepresenterade i studien medan personer med utländsk härkomst däremot är underrepresenterade. Könsfördelningen är dock densamma som i patientgruppen på kliniken. Med hänsyn till bortfallet och nämnda brister i representativiteten är det inte säkert att resultaten på ett riktigt sätt speglar de allmänna uppfattningarna bland hivpositiva personer och studien kan därför inte i sig utgöra grundval för generaliseringar. "Danderydsstudien" får därför ses mer som ett komplement till andra studier, bl.a. "Venhäsestudien". Beträffande såväl "Venhäsestudien" som "Hivtestningsenkäten" får bortfallet och representativiteten i deltagandet anses acceptabla enligt gängse sätt att analysera dylika brister i den här typen av studier.

När det gäller tillförlitligheten i svaren är detta en fråga som är särskilt svårbedömd vid studier som rör känsliga områden, t.ex. enskildas sexualliv. Det föreligger risk för att den tillfrågade, medvetet eller omedvetet, lämnar osanna uppgifter eller uppgifter som för honom eller henne framstår som mer fördelaktiga, inte minst när det gäller handlingar som är mindre socialt accepterade. Emellertid torde risken för sådana felaktigheter vara betydligt mer begränsad då den tillfrågade anonymt fått besvara en skriftlig enkät.

Andra faktorer som kan påverka tillförlitligheten i svaren är bl.a. felaktigheter som uppstår p.g.a. glömska eller missförstånd rörande aningen vad som förevarit eller vad som efterfrågas. Så kan t.ex. den tillfrågade inte ha förstått att han eller hon deltagit i kontaktspårning eller ha glömt bort detta. Glömska kan också bero på att den tillfrågade velat tränga bort påfrestande eller besvärliga situationer som t.ex. då man som hivpositiv haft oskyddade samlag. Här bör också särskilt beaktas att när det gäller frågor om attityder till viss lagstiftning, som t.ex. smittskyddslagen, kan svaren vara beroende av den tillfrågades kunskaper om innebörden av lagregleringen och dess konsekvenser i praktiken.

Problemet är att det inte finns säkra metoder för att klarlägga tillförlitligheten i svaren. Detta påkallar således viss försiktighet vid tolkningen av resultaten i enskilda studier. Samtidigt torde de sammantaget dock ge en god bild av såväl de rent beteendevetenskapliga frågorna som hur smittskyddslagen uppfattas.

14.3 Andra smittsamma sjukdomar än hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar

Mycket litet forskning har bedrivits som rör smittade personers beteende eller beteende hos personer i riskzonen när det gäller andra sjukdomar än hivinfektion och de sexuellt överförbara sjukdomarna. Även om man inom infektionssjukvården har erfarenhet av vissa kroniska sjukdomar har vården i decennier präglats av strävan att kunna erbjuda behandling för alla infektionssjukdomar om patienten söker i tid. Innan de första patienterna diagnosticerades med hiv/aids hade man därför inte någon beteendevetenskaplig expertis på dessa kliniker, varför ej heller någon sådan forskning bedrivits i någon nämnvärd utsträckning.

Vissa mindre översikter och beskrivningar av riskfaktorer som t.ex. alkohol eller narkotikamissbruk har gjorts när det gäller t.ex. hepatit och difteri. Så har t.ex. en mindre epidemi av difteri i Göteborg 1984 beskrivits främst med avseende på smittspårningen, vid vilken det kunde konstateras att smittspridning skedde p.g.a. att smittan kom in bland en grupp människor med mycket liten motståndskraft i kombination med största tänkbara förutsättningar för smittspridning, nämligen grava narkotika- och alkoholmissbrukare. Vidare har Livsmedelsverket genomfört studier som visat att befolkningens kunskaper om hur man skall bete sig för att undvika mag- och tarmsjukdomar generellt sett är bristfälliga.

Inte heller när det gäller tuberkulos finns någon svensk vetenskaplig litteratur som beskriver beteenden hos dem som smittats av tuberkulos. Den allmänna erfarenheten har dock visat att information till befolkningen om smittvägar samt förbättrad levnadsstandard var, utöver sanatorieväsendet, de stora orsakerna till minskningen av tuberkulos redan på 1930-talet, dvs. innan behandling fanns tillgänglig. Kommittén har i syfte att belysa frågor om främst hur smittskyddslagens bestämmelser uppfattas av personer som smittats av tuberkulos genomfört en särskild studie. Studien redovisas huvudsakligen i kap. 15 men resultaten har i tillämpliga delar även tagits upp i den följande redovisningen.

14.4 Bakomliggande orsaker till riskbeteende vid hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar

14.4.1 Allmänt

Forskare världen över har ställt sig frågan varför människor, trots tillgången till skyddsmedel och kunskaper därom, utsätter sig för risken att smittas. Forskningen har därvid tagit sikte på bakomliggande psykosociala faktorer till risktagandet. Eftersom forskningen fokuserat på olika beteendemönster i olika grupper redogörs för resultaten på samma sätt.

14.4.2 Homosexuella män

Den allmänna uppfattningen är att homosexuella män i hela västvärlden tidigt förstod att de var särskilt riskutsatta och att de homosexuella männen, trots att smittspridning bland homosexuella män fortfarande äger rum, generellt sett har genomgått störst förändringar jämfört med andra grupper när det gäller riskbeteende. I det följande redovisas olika faktorer som visat sig ha särskild betydelse för riskbeteendet.

Fasta relationer

En amerikansk författare (*Hoff*) kom fram till att när det gäller att fatta beslut om huruvida man skall skydda sig eller ej fattar individer och par beslut om sitt sexualbeteende baserat på kunskap om det egna och partners hivstatus. Stora studier visar dock att cirka 25 % har ett annat hivstatus än de tror. Vid "beteendekonferensen" redovisades studier där 50–60 % av de nysmittade uppgivit att de smittats i fasta relationer. En australisk forskare beskrev på samma konferens hur parterna i en fast relation efter konstaterande att båda har samma hivstatus kan förhandla bort kondom i relationen. Säkerheten ligger i att båda har en absolut kännedom om varandras hivstatus, att kommunikationen fungerar och att man vid sexuella kontakter med andra personer är noga med att använda kondom. En holländsk studie med syftet att utvärdera sådant beteende visade dock att 18 % av de intervjuade personerna även hade oskyddade samlag med tillfälliga kontakter, vilket inte diskuterades i den fasta relationen.

En holländsk forskare (*Tielman*) intervjuade nära 2 000 homosexuella män 1984 och 1987. De flesta hade minskat antalet partner

och ändrat sin sexualteknik till en mer säker teknik. Den vanligaste orsaken till att man hade oskyddade sexuella kontakter var att man levde i ett fast förhållande.

Oskyddade anala samlag

Från "beteendekonferensen" rapporterades att åtskilliga studier bekräftar att homosexuella män fortsätter att ha oskyddade anala samlag. Studierna pekar också på att antalet homosexuella män som alltid skyddar sig och andra blir färre ju längre tiden går.

Den australiske forskaren *Gold* har i en studie visat att unga homosexuella, till skillnad från äldre homosexuella män, hade oskyddade anala samlag såväl med fasta som med tillfälliga anonyma partner. De äldre homosexuella männen hade företrädesvis oskyddade samlag med sin fasta partner. *Gold* fann att den främsta anledningen till de unga männens risktagande var att de var frustrerade över hur illa behandlade de blev av andra homosexuella män. I sin frustration över detta behandlade de sig själva illa genom att utsätta sig för risk att bli hivpositiva.

En kanadensisk forskare *Strathdee* har funnit att de män som hade en bakgrund av sexuella övergrepp utsatte sig dubbelt så ofta för oskyddade anala samlag med tillfälliga partner, jämfört med män som inte varit utsatta för sådana övergrepp.

Andra faktorer

Den norska forskaren *Prieur* djupintervjuade 64 homosexuella män 1988 varav nästan alla i sitt sexualliv tog hänsyn till att aids finns. Av de intervjuade hade över hälften under det senaste halvåret varit i en situation där risk förelegat att smitta skulle överföras. Samlade riskfaktorer för dem som tog de största riskerna var att de inte hade "erkänt" sin homosexualitet, att de hade fler partner det senaste året än övriga intervjuade och att de oftare drack alkohol i samband med sexuell kontakt. I jämförelse med övriga intervjuade hade de också i större utsträckning ett dåligt socialt nätverk och bodde kvar hos sina föräldrar. Färre i denna grupp var organiserade i föreningar för homosexuella. En gemensam faktor för dem som tog de största riskerna var också att de inte hade hivtestat sig.

Prieur fann också att de intervjuade männen uppgav rationella skäl att inte använda kondom; de vill tillfredsställa behovet av intimitet. *Benny Henriksson* (1993) kom i sin avhandling till liknande resultat, nämligen att närheten betydde så mycket att det var de homosexuella

männen som levde i längre kärleksrelationer som tog de största riskerna avseende hivinfektion. Oskyddade anala samlag symboliserar för många homosexuella att relationen är för evigt varför man enbart har sådana samlag i fasta parförhållanden. Därför är enligt Henriksson kärlek den största riskfaktorn.

I en journalstudie omfattande 1 007 patienter som uppsökt PH-center 1986–1994 fann *Westrell* att en liten grupp män som konstaterats vara nysmittade hade en överkonsumtion av alkohol. Männerna hade också givit uttryck för en svag självbild och självförakt. Psykiskt smärtsamma separationer från partner kännetecknade också denna grupp nysmittade. Sådana riskfaktorer fann även *Berglund* vid genomgång av kuratorsjournalerna på nydiagnostiserade individer 1992–1995 på Venhälsan.

Linder och Strandberg fann i djupintervjuer med fem homosexuellt nysmittade män 1996 sammanfattningsvis att alla var välinformerade om hur hivinfektion smittar och hur man skyddar sig, men att denna kunskap var underordnad lusten i de sexuella kontakterna. Olika slags förluster gjorde männen deprimerade och utgjorde utlösande faktorer till att de utsatte sig för allt större risk att smittas. Bidragande faktorer var personliga psykiska problem knutna bl.a. till identiteten. Flera av intervjupersonerna gav uttryck för att den egna existensen var knuten till att uppfylla andra människors behov och de uppfattade alla sig som isolerade. Samtliga gav på olika sätt uttryck för att de varit utsatta för mobbning, psykiska och/eller fysiska övergrepp eller hot därom under uppväxten. När männen hade det svårt eller på olika sätt mådde psykiskt dåligt sökte de sexuella aktiviteter. Vidare gav nästan alla uttryck för en ambivalent hållning till sina sexuella behov och uttryck.

Nilsson Schönnesson har i en rapport gått igenom den internationella empiriska kunskap som finns idag beträffande bidragande faktorer till oskyddade sexuella kontakter bland homosexuella män. Enligt henne kan individens riskbeteende förklaras med en komplext sammansatt väv av psykologiska, kognitiva och demografiska faktorer. Beträffande *psykologiska faktorer* har ett flertal studier visat på ett samband mellan droger, inklusive alkohol, psykisk obalans och sexuellt risktagande. Andra studier har visat samband mellan undvikande eller passivt förhållningssätt till hotet om hivinfektion och praktiserande av osäker sex. När det gäller *kognitiva faktorer* är en grundsten i de flesta teoretiska modeller kring hälsobeteenden den subjektiva upplevelsen av risk. Om individen gör bedömningen att hans sexuella beteenden gör honom till en potentiell måltavla för hivinfektion ökar sannolikheten att han förändrar sina sexuella riskbeteenden. Flera studier visar att enbart kunskap kring hivinfektion inte är tillräcklig för att individen skall ha skyddat sex. Därtill krävs attitydförändring eller en upplevelse av hiv-

infektion som en personlig angelägenhet. Beträffande de *demografiska faktorerna* visar ett flertal studier på ett samband mellan att ha en fast parrelation och att ha oskyddade samlag i denna relation.

Nilsson Schönnesson intervjuade 33 homosexuella män 1990 mot bakgrund av de ovan beskrivna faktorerna. Oavsett hivstatus fanns det enligt denna studie ett samband mellan följande faktorer och sexuellt risktagande vid orala och/eller anala samlag månaden innan intervjutillfället: lägre ålder, få vänner med hivinfektion, få vänner som avlidit i aids, ringa ångest och oro för hivinfektion, tveksamhet till säkrare sexualtekniker som hivpreventiv åtgärd samt alkoholpåverkan vid sexuellt umgänge.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar forskningen på en mångfacetterad bild av olika bakomliggande faktorer till att homosexuella män, trots kunskaper, utsätter sig för risken att smittas med hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar. De faktorer som särskilt uppmärksammas är behovet av intimitet som bevis för kärlek, att inte uppleva risken att smittas som ett hot för en själv, svag självbild, personliga förluster av olika slag, depression, alkoholkonsumtion och att personen tidigare varit utsatt för övergrepp av olika slag.

14.4.3 Intravenösa narkotikamissbrukare

Den viktigaste bakomliggande orsaken till att intravenösa narkotikamissbrukare (IV-missbrukare) utsätter sig för risk är själva narkotikaberoendet. Att dela spruta med en hivpositiv person utgör en av de allvarligaste riskerna för överföring av hivvirus. Den allmänna erfarenheten, som stöds av olika studier, är dock att IV-missbrukarna har lyckats minska riskbeteendet vid sprutdelning. Under 1990–1993 följde den engelske forskaren *Hunter* 2 062 IV-missbrukare och konstaterade en stor minskning i riskbeteende när det gällde hantering av sprutor. Undersökningar i Sverige har visat att nästan alla nysmittade IV-missbrukare vet när och från vem de fått smittan. *Käll* har också i en avhandling pekat på att öppenheten bland narkomanerna om det egna hivstatuset gör att man är väl medveten om när man utsätter sig för risk och att man också kalkylerar med den risken.

En annan riskfaktor som uppmärksammas är missbrukarnas sexuella kontakter. Forskning har därför inriktats på IV-missbrukarnas sexualbeteende, dock utan att koncentrera sig på de bakomliggande

riskfaktorerna på samma sätt som när det gäller de homosexuella männen.

Käll beskriver i sin avhandling bl.a. olika narkotikapreparats betydelse för sexualbeteendet och konstaterar att amfetaminmissbrukarna har större sexualbehov än andra missbrukare och att det är vanligare att de har både missbrukande och icke missbrukande sexualpartner. Det är bland de sexuellt aktiva amfetaminmissbrukarna som man nu framför allt diagnosticerar hivinfektion. Den öppenhet om sitt hivstatus som råder mellan missbrukarna räcker inte alltid i dessa fall. Så har t.ex. i parförhållanden där en av parterna är hivpositiv det varit lättare att förhindra smittöverföring vid sprutdelning (om sådan förekommer) än att ändra sexualbeteende.

Ett flertal internationella undersökningar tyder på att en majoritet av IV-missbrukarna har sexuella kontakter även med personer som inte missbrukar narkotika och att de flesta härvid har oskyddade samlag. Flera forskare har vidare visat att kvinnliga missbrukare i större utsträckning har sexuell kontakt med missbrukare. Missbrukande män har däremot oftare sexuell kontakt med kvinnor som inte missbrukar.

14.4.4 Heterosexuella

I en studie från Los Angeles (*Kusseling* och *Wenger* 1996) tillfrågades 652 sexuellt aktiva personer som besökte en STD-klinik och en studentmottagning om sin senaste sexuella kontakt och huruvida man då använde kondom eller ej. Sammanfattningsvis konstaterar författarna att konceptet "säker sex" ofta missuppfattas av heterosexuella. Man upplever det som "säkert" att ha en sexuell kontakt med en person som inte verkar vara homosexuell, narkoman eller från ett land där hivinfektion är vanligare. Man vet alldeles för litet om sin partner och hans/hennes tidigare partner för att kunna avgöra om sexuell kontakt utan kondom med just denna partner är "säker sex".

I ett svenskt perspektiv där kunskapsnivån är mycket hög pekar flera studier på att orsakerna till att heterosexuella personer utsätter sig för risk främst är att man inte tror sig vara riskutsatt.

Anderssons tvååriga studie (1990) omfattande 16–18-åriga kvinnor i Karlstad visade att kunskapsnivån inte påverkade sexualbeteendet. En faktor av mer socialpsykologisk karaktär, nämligen tidig sexualdebut (före 15 år), var däremot associerad till att man hade oskyddade samlag och fler partner.

Faber har för Folkhälsoinstitutet studerat heterosexuella svenskars beteende utomlands sett ur ett socialantropologiskt perspektiv. Hon intervjuade 27 svenska män som uppgav att de haft sexuella kontakter

med thailändska kvinnor i Thailand. En faktor som hade betydelse för om männen hade oskyddade samlag var att de inte insåg att kvinnorna var prostituerade, en annan att männen blev förälskade vilket innebar att man använde kondom de första dagarna men slutade med detta då förhållandet "kändes som en vanlig romans".

Faber djupintervjuade också 20 svenska kvinnor som uppgav att de haft semesterromanser utomlands. Hon kompletterade dessa med intervjuer i en fältstudie på Cypern. Även i den studien var förälskelsen den största riskfaktorn, dock hade alkoholkonsumtion också betydelse för beteendet.

När det gäller riskfaktorer för kvinnor kan man till viss del överföra den kunskap som finns beträffande olika riskfaktorer hos homosexuella. Det finns dock faktorer som ej går att generalisera, t.ex. vissa kvinnors utsatthet. Forskningen har länge antytt att kvinnors risk för att hivsmittas genom heterosexuella kontakter ökar om de har flera partner, om partnern inte använder kondom och om partnern kommer från länder där hivinfektion är mycket vanligt, s.k. högendemiska länder. För kvinnor i s.k. utvecklingsländer stämmer dock oftast inte detta. För dessa kvinnor, som vanligen endast har sexuell kontakt med en man under hela sin livstid, har mannens eventuella riskbeteende avgörande betydelse. Den senaste forskningen visar att även riskutsatta kvinnor i västvärlden inte behöver ha "eget" riskbeteende, utan att det avgörande är beteendet hos kvinnornas män, dvs. om männen har flera sexualpartner, har ett drogmissbruk m.m.

Flera studier visar vidare att kvinnors upplevelse av risk stämmer dåligt överens med den verkliga risk de utsätter sig för. Sociala och kulturella normer spelar stor roll. Ofta vet de inte om att de lever med en man som utsätter sig för större risker och använder därför inte kondom.

En riskfaktor som diskuterats mycket, främst utomlands, är prostitutionens betydelse för den heterosexuella spridningen. Det skall anmärkas att i ett svenskt perspektiv finns det knappast något fall där hivsmitta med säkerhet överförts vid en prostitutionskontakt i Sverige. Däremot är det inte ovanligt att framför allt män med gonorré uppger sin smittkälla vara en prostituerad kvinna utomlands.

I många länder finns vidare en stark koppling mellan prostitution och missbruk. Några studier har visat att alkohol och andra droger ökar risktagandet i sig men också att människor som söker sig till prostitutionsmiljön, främst kunderna, är allmänt intresserade av risktagande. En studie gjord av Stockholms socialtjänst 1992 innefattade intervjuer med 50 män som köpte sexuella tjänster på Stockholms gator. Majoriteten av dessa män ansåg att de inte hade något riskbeteende eftersom de "kände" de prostituerade som de hade osäker sexuell kontakt med.

Drygt hälften av de tillfrågade männen trodde inte att de själva kunde få hivinfektion av prostituerade och ungefär lika många svarade att vetenskapen om att de kunde drabbas av hivinfektion inte påverkade deras inställning till att vara tillsammans med en prostituerad kvinna.

14.5 Kunskaper om beteende hos hivpositiva

14.5.1 Allmänt

Internationellt och i Sverige har man först på senare tid fokuserat forskningen på beteendet hos hivpositiva. Särskilt med tanke på de nya medicinernas livstidsförlängande verkan torde det vara av största vikt att få kunskaper om sexualbeteendet hos hivpositiva.

På den senaste "beteendekonferensen" i Paris 1998 presenterades arbeten om hivpositivas beteenden och i vad mån man informerar sin sexualpartner om sin infektion. Vissa av dessa arbeten redovisas nedan. På några ställen i detta avsnitt görs jämförelser med vad klamydia- och tuberkulospatienterna uppgivit om sitt beteende.

14.5.2 Faktiskt beteende

Som tidigare redovisats har forskningen mest varit inriktad på bakomliggande faktorer som har betydelse för olika riskbeteenden när det gäller hivinfektion. Mycket begränsad del av forskningen har gällt de hivpositiva individernas faktiska beteende.

Möjligheten till professionell krisbearbetning har av många ansetts som avgörande för att hivpatienten skall klara av att leva med sin infektion utan alltför stora påfrestningar. Den allmänna uppfattningen är att den hivpatient som är i psykisk balans också har större möjligheter att tillgodogöra sig information angående hur han/hon bör undvika att utsätta andra för hivrisk. Den epidemiologiska situationen i Sverige och framför allt studier i USA visar dock att det förekommer att personer som är medvetna om sin hivdiagnos utsätter andra för risk att bli smittade. En studie kring nydiagnosticerade i Stockholm 1994 (*Åsander*) visade att minst 12 av 109 individer var smittade av redan kända hivpositiva.

I *Niklowitz* studie 1992 omfattande 117 hivpositiva individer i Schweiz var avsikten att utvärdera förutsägbara faktorer för riskbeteende. Nästan hälften av individerna uppgav att de sex månader före intervjun hade haft åtminstone ett oskyddat samlag, varav en tredjedel med en tillfällig kontakt. Nästan alla som hade heterosexuella partner

och 4/5 av de med homosexuella partner hade använt kondom minst en gång de senaste sex månaderna. De flesta uppgav att de hade ändrat sitt beteende efter diagnos såtillvida att de använde kondom oftare, hade färre tillfälliga kontakter och mer sällan hade anala samlag. Ju fler samlag man uppgav med sin fasta partner desto större risk fanns att man också hade erfarenhet av oskyddade samlag. Samma samband fanns inte när det gällde tillfälliga kontakter i den heterosexuella gruppen. För alla intervjuade fanns ett starkt samband mellan dålig självvaktning och större risktagande.

Marks gjorde en enkätstudie 1994 bland 609 hivpositiva homosexuella män i Los Angeles. Männerna uppgav sina sexuella aktiviteter de senaste två månaderna varvid 9 % av männen hade haft oskyddade anala samlag med en eller flera partner under denna tid. Främst förekom oskyddade anala samlag om den hivpositives partner också var hivpositiv. Oskyddade samlag i sådana situationer var tre gånger vanligare än i sådana situationer då den hivpositive mannen antingen visste att partnern var osmittad eller inte kände till partnerns hivstatus.

En annan studie från Los Angeles (*Wenger*) utgick från 227 hivpositiva personer och uppgifter om deras senaste samlag. 20 (9 %) intervjuade uppgav att de hade haft oskyddat samlag med sin senaste sexualpartner som var hivnegativ och 30 (13 %) att de hade haft oskyddat samlag med partner med okänd hivstatus. Kondomanvändning rapporterades vid 84 % av samlagstillfällena då man visste att partnern var osmittad. Motsvarande siffra om partnern var hivsmittad eller hade okänt hivstatus var 51 % respektive 59 %.

Icke publicerade studier från London och Köpenhamn pekar på att personer med känd hivinfektion också diagnosticeras med andra STD (sexuellt överförbara sjukdomar), vilket visar på att man har oskyddade kontakter. Så t.ex. hade 20 % av ett urval homo- och bisexuella män i London haft en sexuellt överförbar sjukdom efter det att de fått besked att de var hivpositiva.

Nilsson Schönnesson följde 1992 i en studie 29 hivpositiva homosexuella män. Denna studie bestod av en selekterad grupp som intervjuades vid fyra olika tillfällen under ett års tid. De flesta hade känt till sin diagnos i minst två år. Majoriteten av männen berättade att de i huvudsak praktiserade sexuella beteenden som inte motsvarade deras sexuella beteendepreferens, dvs. såsom de skulle vilja bete sig sexuellt. Ingen hade, enligt egen utsago, aktiva oskyddade anala samlag. Vid framför allt tillfälliga sexuella kontakter använde många av männen dubbelskydd vid anala och orala samlag, dvs. kondom och avbrutet samlag.

Ulla Backe-Nylund och *Leslie Pursche* vid Huddinge sjukhus redovisar i sin enkätstudie "Avhållsamhet eller ..." hivpositiva patien-

ters sexualvanor. Studien omfattar 90 patienter, 67 män och 23 kvinnor, och resultaten tyder på att en stor andel, omkring hälften, inte hade haft några sexuella kontakter de senaste tre månaderna. 9 av 23 kvinnor och 17 av 67 män hade enbart haft sexuell kontakt med fast partner. Inte någon av kvinnorna och 17 av männen hade haft tillfälliga kontakter. Vid förfrågan om sexualteknik med fasta partner framkom att de flesta, dock ej alla, använde kondom vid vaginala och anala samlag men ej vid orala samlag. Med något undantag angav samtliga som hade oskyddade samlag att de levde med hivpositiv partner eller partner med okänt hivstatus.

Westrells studier utgående från individer med hivinfektion på Venhälsan respektive Danderyds sjukhus och Tydéns klamydiastudie tar upp frågan om pågående sexuell livsstil, tabell 14:1.

Tabell 14:1 Sexuell livsstil hos personer med hivinfektion eller klamydia

<i>Sexuell livsstil</i>	<i>Venhälsesstudien 212 patienter</i>	<i>Danderydsstudien 91 patienter</i>	<i>Klamydiastudien 192 patienter</i>
Monogamt med en partner	29 %	44 %	48 %
Fast partner + tillfälliga partner	18 %	3 %	20 %
Enbart tillfälliga partner	25 %	8 %	29 %
Inga sexuella kontakter	28 %	44 %	2 %

De 212 patienterna i "Venhälsesstudien" var med några få undantag homosexuella män medan det i "Danderydsstudien" fanns patienter med skilda smittvägar. Som framgår av tabell 14:1 uppgav en stor del, 40 patienter, i "Danderydsstudien" att de inte hade några sexuella kontakter; av dessa var 19 homosexuella män, 14 heterosexuella män och 7 kvinnor. 12 av de 40 personerna var ej födda i Sverige. I "Klamydiastudien" uppgav 60 % av männen att de varit tillsammans med tillfälliga partner under senaste sex månaderna, motsvarande siffra för kvinnorna var 41 %. Som framgår av tabell 14:1 uppgav endast 2 % av samtliga tillfrågade att de inte haft någon sexuell relation de senaste sex månaderna. Av tabellen framgår att det är en stor skillnad mellan den blandade patientgruppen i "Danderydsstudien" och patienterna i "Venhälsesstudien" beträffande den sexuella livsstilen. Venhälsespatienterna uppvisar en sexuell livsstil som är relativt lik klamydiapatienternas.

I såväl "Danderydsstudien" som "Venhälsesstudien" ställdes frågor om huruvida kondom användes vid samlag. I "Danderydsstudien"

besvarades dessa frågor av 35 av de 51 patienter som uppgav sig ha sexuella kontakter. De allra flesta uppgav sig använda kondom eller "säkrare sex" vid penetrerande samlag, dvs. vaginala, orala eller anala samlag. Bland dem som hade fast partner som också var hivpositiv förekom oskyddade samlag. En av de män som hade tillfälliga sexuella kontakter uppgav att han oftast inte hade kondom vid orala eller anala samlag då han var "mottagande part". Även ett par av de kvinnor som ingick i studien uppgav att de inte använde kondom om de var "mottagande part" vid orala samlag med sin osmittade fasta partner. Det skall vidare anmärkas att fyra av de svarande, samtliga homosexuella män, uppgav att de inte hade penetrerande samlag med sin hivnegativa partner utan endast hade ömsesidig onani.

I "Venhäsestudien" uppgav ungefär 75 % av dem som levde med en hivpositiv partner att de inte använde kondom vid sexuell kontakt med denne. Bland de män som hade en partner som inte var smittad uppgav nästan samtliga att de använde kondom vid anala samlag och 70 % använde även kondom vid orala samlag. När det gällde tillfälliga kontakter uppgav nästan samtliga att man använde kondom vid anala samlag, men inte i lika hög utsträckning vid orala samlag.

14.5.3 Beteendeförändringar efter erhållande av hivdiagnos

En central fråga är huruvida individen förändrar eventuella riskbeteenden efter det att han eller hon får vetskap om sin hivdiagnos. Samhällets motiv till provtagning bygger bl.a. på att en beteendeförändring sker. Internationellt har detta varit en mycket omdiskuterad fråga. En uppfattning har varit att människor inte ändrar sitt beteende eller t.o.m. blir så psykologiskt stressade av hivbeskedet att det får till följd att de blir mer sexuellt aktiva. Frågan om möjligheten att påverka till förändring efter hivtestning behandlas närmare i avsnitt 14.8.1. De internationella studierna har redovisat motsägelsefulla resultat när det gäller frågan om förändring av beteendet efter erhållandet av hivdiagnos.

En studie där författarna ställer sig tveksamma till förändringen av beteendet är en studie av *Cleary* m.fl. 1991 som utgick från 243 personer som fått sin diagnos vid blodgivarscreening. När det gäller oskyddade samlag så uppgav initialt 68 % av männen och 58 % av kvinnorna att de haft oskyddade samlag veckan innan de erhållit hivbeskedet. Två veckor efter att man fått hivbeskedet uppgav fortfarande 40 % av männen och 38 % av kvinnorna att de hade oskyddade samlag. Författarna drog visserligen den slutsatsen att riskbeteendet reducerades i åtminstone ett kort perspektiv men att det var ett stort antal patienter som fort-

satte att ha oskyddade samlag trots att de fått kännedom om att de var hivpositiva.

Westrell har formulerat frågan om eventuella beteendeförändringar efter hivdiagnos lika i de båda studierna på "Venhäsestudien" och "Danderydsstudien" varför resultaten slagits samman i tabell 14:2. Sammanlagt 289 patienter har svarat på denna fråga.

Tabell 14:2 Beteendeförändring efter diagnos

Ändrat sitt beteende efter diagnos	Homosexuella män (n=234)	Bisexuella män (n=9)	Heterosexuella män (n=21)	Heterosexuella kvinnor (n=25)
JA	218 (93%)	8 (89 %)	18 (86%)	20 (80 %)
NEJ	16 (7 %)	1 (11 %)	3 (14%)	5 (20 %)

Oavsett kön och sexuell orientering tycktes de vanligaste beteendeförändringarna i "Danderydsstudien" vara att man helt slutat att ha sexuell kontakt med andra eller att man börjat använda kondom vid sexuell kontakt. De tre vanligaste beteendeförändringarna som männen i "Venhäsestudien" angav var att de börjat använda kondom framför allt vid anala samlag, att de har minskat antalet sexuella kontakter och att de efter hivdiagnosen börjat med "säkrare sex" utan att precisera vad detta innebar. Många uttryckte att de hade blivit "försiktigare". Den fjärdedel som angav att de levde helt utan sexuella kontakter angav att detta var en förändring jämfört med hur de levde innan de fick besked om att de var hivpositiva.

Totalt svarade 25 av 289 patienter (9 %) att de inte ändrat sitt beteende. Övervägande delen av dessa personer uppgav att de lever med en hivpositiv partner eller att de inte haft något riskbeteende som behöver förändras. De kan t.ex. ha blivit smittade för mycket länge sedan eller varit ovarsamma enbart vid smittotillfället. Några patienter uppgav dock att de fortfarande hade oskyddade samlag ibland vid tillfälliga sexuella kontakter.

Liknande resultat framkom även i Nilsson Schönnessons studie 1993 i vilken 29 hivpositiva homosexuella män intervjuades. Studien pekade tydligt på att de hivpositiva männen hade gjort stora sexuella beteendeförändringar. Alla utom en ansåg sig ha förändrat sitt sexuella beteendemönster efter sin hivdiagnos.

Dessa svenska studier – i motsats till vad många internationella forskare anser – tyder på att erhållandet av diagnos gör att hivpositiva förändrar sitt sexualbeteende. Samtidigt får uppmärksammas att även om majoriteten av dem som deltagit i de svenska studierna sagt sig ha förändrat sitt beteende innebär detta *inte* att samtliga av dem som

uppgivit förändringar därmed också helt har upphört med beteenden som kan innebära risk för smittspridning. Även för svenska förhållanden är således erhållandet av diagnosen i sig inte en tillräcklig åtgärd.

14.5.4 Öppenhet med diagnos

Det finns få studier som behandlar frågan om individens benägenhet att öppet tala om sin smittsamma sjukdom.

En mindre studie i Los Angeles (*Simoni*) omfattande 65 kvinnor med hivinfektion visade att de flesta berättade om sin hivinfektion för sina sexuella partner, något färre för sina närmaste familjemedlemmar och ganska få berättade öppet om sin diagnos för bekanta och arbetskamrater.

I en studie från San Francisco som omfattade 93 homosexuella hiv-positiva män intervjuades dessa ett år efter diagnosen. Efter ett år hade 92 % berättat för sina homosexuella vänner, 82 % för sina fasta partner, 56 % för nya partner under året, 46 % för sina arbetskamrater, 71 % för läkare, 37 % för sina tandläkare, 57 % för sina fysioterapeuter och 37 % för sina familjemedlemmar. De intervjuade upplevde att de fick minst stöd från manliga familjemedlemmar och tillfälliga sexualpartner.

Westrell konstaterar i sina rapporter att trots att hivinfektion nu varit känd i Sverige i över 15 år har en mycket stor andel hivpositiva personer svårt att berätta för sin omgivning om sin infektion. Enbart 10 % av 87 patienter som besvarade denna fråga i "Danderydsstudien" uppgav att *alla* i omgivningen var informerade, motsvarande andel i "Venhäsestudien" var 15 %. I Danderydsstudien uppgav vidare 58 % av de svarande patienterna att *ingen* i deras omgivning visste om diagnosen, motsvarande siffra i Venhäsestudien var 10 %.

Den stora skillnaden mellan studierna när det gäller hur många patienter som inte hade berättat för någon om sin hivinfektion synes främst ha sin förklaring i att en stor del av dessa patienter i "Danderydsstudien" hade ett utomeuropeiskt ursprung. Enligt studien hade dessa patienter svårare att berätta för sin omgivning än de patienter som var födda och uppvuxna i Sverige. Enligt studierna är det bland homosexuella hivpositiva män vanligt att man först berättar att man är homosexuell och därefter berättar om sin hivinfektion, beroende på den första reaktionen. För patienterna av utomeuropeiskt ursprung handlade oviljan att tala med personer i sin omgivning om hivinfektionen till stor del om rädslan för isolering och stigmatisering. En afrikansk kvinna kommenterade t.ex. att "Om mina vänner från mitt hemland skulle veta att

jag hade hiv skulle de aldrig velat träffa mig igen och jag skulle aldrig få en man."

Huruvida människor som bär på andra smittsamma sjukdomar talar öppet om sin sjukdom har belysts i "Tbc-studien" men inte i "Klamydiastudien". I "Tbc-studien" uppgav 54 % av patienterna att *alla* i omgivningen kände till diagnosen medan 14 % uppgav att *ingen* kände till den. Även i denna studie framkom att personer ej i Sverige födda var mer återhållsamma med att berätta om sin diagnos jämfört med de svenskfödda patienterna.

En särskild fråga är i vad mån den hivpositiva personen informerar *sin sexuella partner* om infektionen. I en studie av *Stein m.fl.* 1998 tas frågan upp om information till partner. 203 hivpatienter vid två kliniker i USA tillfrågades om de haft sexuella kontakter under de senaste sex månaderna. De som haft sexuella kontakter (129 individer) intervjuades om huruvida de avslöjat sitt hivstatus och om de använt kondom. 52 (40 %) av patienterna hade inte talat om att de hade hivinfektion. Av dessa hade hälften en fast partner som således inte kände till deras hivinfektion. 30 av de 52 patienterna uppgav vidare att de hade haft oskyddade sexuella kontakter vid något tillfälle. Vad som utmärkte dem som alltid talade om att de var hivpositiva när de skulle inleda en sexuell relation var att de var vita kvinnor med svagt kamratstöd men med ett starkt partnerstöd och ett färre antal partner. Bland de 99 som hade en fast partner hade 12 % inte talat om för denne att de hade hivinfektion. Den vanligaste orsaken till detta var att det var "alldeles för stressande", "partnern kommer att lämna mig", "jag måste ta itu med mina egna känslor först" och "partnern kan inte ta det". Patienter som uppgav sexuell kontakt med enbart en partner senaste sex månaderna var betydligt mer benägna att berätta om sin infektion än de som uppgav kontakt med flera sexualpartner under samma period. Kondomanvändning hade inget samband med om man informerade sin partner eller ej. Författarna konstaterar att det är starka inre krafter som verkar för att man skall slippa berätta att man har hivinfektion. Orsakerna kan vara risken att man blir avvisad, att man aldrig får tillfredsställa sin önskan om att träffa en partner eller att man blir nekad försäkringsskydd av olika slag.

En studie av *Perry* utgående från 129 hivpositiva personer (104 homo/bisexuella, 19 IV-missbrukare, 6 heterosexuella) visade att efter i genomsnitt 2,3 års vetskap om sin diagnos hade 29 % inte berättat för sin fasta sexualpartner och 30 % hade aldrig berättat för en sexuell kontakt om sin infektion. Det fanns ett samband mellan att inte berätta och mindre socialt stöd och sexuell kontakt med tillfälliga partner.

Andra amerikanska studier har visat att homosexuella män har mycket lättare att berätta om sin diagnos för sin fasta partner än för till-

fälliga partner. I en studie från San Francisco (*Stempel*) omfattande 93 hivpatienter fann man att ett år efter att patienterna fått sin diagnos hade de berättat för 82 % av sina fasta partner och för 56 % av sina tillfälliga partner. En studie visade att 89 % av de homosexuella männen berättade för sin fasta partner, en annan forskare konstaterar att 93 % av männen berättar för sina sexualpartner och i ytterligare en studie konstaterar man att 98 % berättar för sina sexualpartner om sin infektion (*Marks, Schnell, Mansergh, Hays*). *Schnells* studie tar även upp frågan om hur budskapet mottagits av partnern. 44 hivpatienter hade berättat för sina fasta homosexuella partner att de var hivpositiva. Patienterna intervjuades sex månader efter denna tidpunkt om hur relationen hade utvecklats. Majoriteten uppgav att relationen var bättre än någonsin.

Några studier har belyst frågan om sambandet mellan oskyddade samlag och information om hivinfektionen. Så hade i en studie av *Marks* bland 609 homosexuella män i Los Angeles 14 män (2 %) de senaste två månaderna haft oskyddade anala samlag varvid de inte hade informerat om sin hivinfektion. *Wenger* fann i sin studie (se avsnitt 14.5.2) att av 227 hivpositiva patienter hade 50 uppgivit att deras senaste samlag var oskyddat. 33 patienter informerade samtidigt om sin infektion men 17 partner fick inte vetskap om detta.

I en sydafrikansk studie av *Seidel* tillfrågades 15 personer om för vilka närstående man vågade berätta om sin infektion (tuberkulos, hiv eller en sexuellt överförbar sjukdom). Resultatet från denna studie visade att alla män och majoriteten av kvinnorna berättade för sina mödrar om tuberkulos och de flesta berättade även om hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Dock var det mycket stor skillnad när det gällde att berätta för sexualpartner och hustrur. 57 % av männen skulle inte informera sin hustru om en sexuellt överförbar sjukdom och 66 % skulle inte berätta om hivinfektion. Samtliga kvinnor ansåg dock att deras män hade rätt att veta. När det gällde tillfälliga sexualpartner skulle 71 % av männen och kvinnorna tillsammans berätta om sin hivinfektion.

I *Westrells* båda studier ("Danderydsstudien" och "Venhäsestudien") tillfrågades patienterna om det fanns situationer där de inte skulle kunna tänka sig att informera en sexualpartner om den egna hivinfektionen, varvid 209 av 303 patienter svarade på frågan (54 av 91 patienter i "Danderydsstudien" och 155 av 212 i "Venhäsestudien"). Totalt beskrev 55 % av de tillfrågade patienterna (44 % i "Danderydsstudien" och 58 % i "Venhäsestudien") situationer då de skulle undvika att berätta om sin hivinfektion. Några exempel får belysa patienternas ursäkter. "Om det framgår tydligt av situationen att det är en engångsträff och jag ser till att vi håller oss till säker sex, då anser jag

inte att jag är förpliktigad att underrätta om min hivinfektion" och liknande skäl angavs av flera. En utländsk kvinna skrev "Han kommer att bli rädd för mig, kanske också berätta för andra, och det är inte bra för jag vill leva hemligt med min hiv". Några uppger att utlandsresor med mycket alkohol kan få dem att ha sexuella kontakter vid vilka man inte berättar om hivinfektionen. Övriga 95 patienter (45 %) kunde däremot inte tänka sig att frånga att informera om att de hade hivinfektion vid en sexuell förbindelse.

14.5.5 De nya medicinernas inverkan på beteendet

En mycket intressant fråga är huruvida användandet av den nya medicinska behandlingen kommer att påverka riskbeteendet. Emellertid har tillgången till behandling bara funnits under en kort tid varför det endast finns ett fåtal studier som belyser denna fråga. Vid "beteendekonferensen" i Paris redovisades vissa ännu inte publicerade amerikanska studier som tyder på att hivpositiva under kombinationsbehandlingen och med icke mätbara virusmängder börjar anse att skyddade anala samlag inte längre är lika viktigt. När det gäller behandlingsmöjligheternas påverkan på osmittades riskbeteende redovisades andra studier som inte visade några tendenser till att de osmittade skulle ha ökat sitt riskbeteende på grund av de nya möjligheterna till behandling. Det bör här anmärkas att det naturligtvis är vanskligt att från dessa utländska studier dra några slutsatser beträffande hur situationen utvecklas i Sverige. Några svenska studier med denna frågeställning har inte genomförts.

14.6 Kunskaper om osmittade personer som varit riskutsatta

Med osmittade avses i detta avsnitt personer som inte bär på hivinfektion. Kommittén har för att belysa frågor om beteendet hos osmittade personer som varit riskutsatta genomfört två studier; "Hivtestningsenkäten" och "Intervjustudien". Huvudsakliga delar av dessa studier redovisas i kap.15 bl.a. när det gäller vilken inverkan man anser att smittskyddslagen har på det egna beteendet. Här redovisas uppgifter som speglar dessa personers riskuppfattning samt attityder till sexuella relationer med hivpositiva och till skyldigheten att informera om sin hivinfektion.

I "Hivtestningsenkäten" framkom att 67 % av de homosexuella männen, 88 % av de heterosexuella männen och 94 % av de hetero-

sexuella kvinnorna ansåg att hivpositiva alltid skall informera om att de är smittade med hivinfektion vid en eventuell sexuell kontakt. Inte någon av de heterosexuella männen och endast några enstaka av kvinnorna kunde tänka sig att ha sexuell kontakt med en person som är hivsmittad. Däremot uppgav 31% av de homosexuella männen att de skulle kunna ha sexuell kontakt med en person som uppger att han är hivpositiv. 56 % av de heterosexuella männen och 37 % av kvinnorna uppgav att de skulle ha oskyddade samlag med en person som uppger sig vara hivtestad. En mindre andel, 23 %, av de homosexuella männen uppgav att de skulle ha oskyddat samlag under sådana förhållanden.

Huvuddelen (7 av 9) av intervjupersonerna i "Intervjustudien" ansåg att hivpositiva skall vara skyldiga att berätta för sina partner om hivinfektionen. De tillfrågades också huruvida de vid en ny relation frågade om vederbörande tagit ett hivtest. Två intervjuade uppgav att de alltid frågade, fyra aldrig och tre frågade ibland. Fyra av dem som vid i vart fall något tillfälle frågade efter hivtest uppgav att de dessutom skulle fråga om testresultatet. De flesta av de intervjuade trodde att hivpositiva personer kan tänkas ha sexuell kontakt eller dela spruta utan att tala om att de är smittade. Allmänt trodde dock de intervjuade att det var lättare att vara ärlig vid sprutdelning än vid en sexuell kontakt.

Sju av de intervjuade sade sig aldrig ha varit med om att en blivande partner sagt sig vara hivpositiv. Av dessa uppgav tre intervjuade att de i en sådan situation skulle avstå helt från sexuellt umgänge och tre att de skulle avstå från penetrerande samlag. En av de intervjuade skulle ha samlag men endast om kondom användes. Två kvinnor hade varit med om en sådan situation och då haft sexuellt umgänge men krävt att kondom användes. Sex av de nio intervjuade uppgav däremot att man inte skulle kräva kondom om den blivande partnern uppger att hivtestet visat att han eller hon inte var smittad. Några hade varit med om en sådan situation, andra inte. Samtliga ansåg att det skall vara ett delat ansvar för att kondom används; dock ansåg fem intervjuade att huvudansvaret ligger hos den hivpositive.

I "Klamydiastudien" uppgav 10 % av de svaranden att de kände någon som hade hivinfektion. Enbart 8 % trodde att alla som hade hiv berättade det för sin sexualpartner och 28 % skulle fråga en ny partner om han/hon var hivpositiv.

14.7 Allmänhetens beteende och kunskaper om risk att smittas

14.7.1 Allmänt

Uppgifterna om allmänhetens beteenden är främst hämtade från Folkhälsoinstitutets sexualvanestudie från 1996 ("Sex i Sverige") och från *Herlitz* rapport "Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och vanor 1986–1997". Det bör här erinras om att i "allmänheten" naturligtvis även kan ingå personer med hivinfektion, klamydia eller andra infektionssjukdomar.

14.7.2 Sexualvanor och riskbeteende

Vid "beteendekonferensen" i Paris redovisades en EU-studie i vilken man jämfört sexualvanorna i elva västeuropeiska länder (Belgien, Finland, Frankrike, Grekland, Holland, Norge, Portugal, Spanien, Schweiz, Storbritannien och Tyskland). Studien visade på ett samband mellan ålder för samlagsdebut, som sjunker i hela Västeuropa, och sexuella aktiviteter senare i livet. Män och kvinnor skiljer sig åt enligt studien såtillvida att männen har flera sexuella partner under sin livstid, de är oftare otrogna och praktiserar oftare mindre vanliga sexuella aktiviteter som anala och orala samlag. De som har sexuella kontakter med någon av samma kön har ofta också haft sex med personer av motsatt kön.

Den svenska sexualvanestudien 1996 visar många likheter med EU-studien. Enligt den svenska studien äger samlagsdebuten rum betydligt tidigare i dag än för trettio år sedan och det totala antalet samlagspartner under livstiden har också ökat. Liksom i EU-studien har männen fler sexuella partner under sin livstid än kvinnorna och har även i större utsträckning än kvinnorna haft parallella sexuella relationer.

Av *Herlitz* rapport framgår att andelen personer som haft fler än två sexualpartner de senaste 12 månaderna ökat från 7 % 1988 och 1994 till 8 % 1997. Studierna visar vidare att förändringar ägt rum inom vissa åldersgrupper. Beträffande åldersgruppen 18–19 år har, i jämförelse med tidigare år, en större andel i 1997 års undersökning haft fler än två sexualpartner. Däremot har andelen personer i åldersgruppen 20–24 år med fler än två sexualpartner minskat mellan 1994 och 1997. Motsvarande resultat framkommer även i sexualvanestudien.

När det gäller kondom användning framgår av *Herlitz* rapport att andelen personer som använt kondom någon gång under den senaste månaden uppgick totalt 1997 till 23 % vilket inte utgjorde någon egentlig

förändring från tidigare år. I gruppen ensamstående utan fast partner uppgick andelen som använt kondom någon gång under den senaste månaden till 36 % 1988, 44 % 1994 och 43 % 1997. En från smittspridningssynpunkt angelägen grupp är de personer som under det senaste året haft samlag "första kvällen" utan att använda kondom. I Herlitz rapport utgjorde denna grupp 7 % 1989 och 1994 men ökade 1997 till 9 %. Företeelsen som sådan var lika vanlig bland manliga och kvinnliga tonåringar men i de äldre åldersgrupperna var detta beteende vanligare bland män än bland kvinnor. Den största ökningen mellan 1994 och 1997 hade dock ägt rum bland kvinnorna.

Enligt sexualvanestudien hade 72 % av dem som haft det senaste samlaget i en tillfällig relation inte använt kondom. Detta beteende var vanligast bland männen och särskilt i åldersgruppen 18–24 år. Enligt sexualvanestudien hade drygt var femte av de deltagande personerna någon gång haft en sexuellt överförbar sjukdom och drygt 6 % hade haft en sådan sjukdom mer än en gång.

14.7.3 Kunskaper om hivinfektion och riskuppfattning

Herlitz undersökningar visar att allmänhetens kunskaper om smittvägarna för hivinfektion är goda. Vidare var kunskapsnivån om hur hivinfektion *inte* smittar väsentligt högre 1997 än 1986 och något högre än 1994. Andelen av de svarande som t.ex. trodde att smittrisk för hivinfektion finns på offentliga toaletter var 30 % 1986, 16 % 1994 och 13 % 1997.

I 1997 års undersökning togs också in frågor om riskbedömningar för tuberkulos, klamydia och gonorré. Risken för att smittas med hivinfektion och tuberkulos bedömdes likartat; 3 % trodde det fanns mycket eller ganska stor risk för dem att smittas med någon av sjukdomarna. Något större andel trodde att det fanns mycket eller ganska stor risk att de skulle smittas med klamydia (6 %) respektive gonorré (5 %).

Knappt en tredjedel trodde att alla eller nästan alla berättar om sin hivinfektion om de skall ha en sexuell kontakt. Bland dem som uppgivit att de haft samlag "första kvällen" utan att använda kondom trodde 35 % att alla eller nästan alla hivpositiva berättar om sin infektion.

Totalt 27 % trodde att rädslan för hiv/aids kommer att minska p.g.a. de nya medicinerna och 24 % menade att man kommer att bli mindre noga med att skydda sig mot hivinfektion sedan de nya medicinerna kommit.

14.8 Metoder att bryta riskbeteenden

14.8.1 Testning och rådgivning som metod att åstadkomma beteendeförändringar

Ett av syftena med rådgivning i samband med hivtest är att om individen haft ett riskfyllt beteende skall han eller hon få hjälp med att förändra detta beteende till ett mindre riskfyllt sådant. Särskilt utomlands har stora resurser avsatts för att få svar på frågan om man uppnår förändringar genom rådgivning. Åtskilliga forskare och policyskrivande institutioner har hävdad att rådgivning före och efter hivtestning är viktig, men sällan beskrivs olika metoders effektivitet när det gäller beteendeförändring. Det skall redan här påpekas att det inte finns något entydigt svar. Forskarna har haft olika frågeställningar i studierna och få forskare har beskrivit exakt vad rådgivningen innehållit. Regelrätta jämförelser mellan studierna är därför mycket svåra.

En utbredd uppfattning är att om individen känner till sitt hivstatus kommer denna kännedom att påverka möjligheten till förändring. De studier som genomförts rörande hivtestning och dess konsekvenser för beteendeförändringar uppvisar dock motstridiga resultat. Vissa studier visar att hivpositiva män i högre utsträckning avstår från oskyddade anala samlag än osmittade eller otestade personer. En forskare fann det motsatta, dvs. att det var de osmittade männen som avstod från oskyddade anala samlag. En annan forskare fann att de män som testat sig var mer sexuellt aktiva och i större utsträckning hade skyddat sex än de otestade männen. Slutligen har flera forskare inte kunnat finna någon skillnad mellan testade och otestade.

I avsnitt 14.5.3 redovisades resultat från studier som enbart tagit sikte på beteende och beteendeförändringar efter hivpositivt resultat. Följande redovisning behandlar projekt som haft syftet att mäta värdet av testning och rådgivning när det gäller beteendeförändring.

Den stora amerikanska MACS-studien (Multicenter AIDS Cohort Study) som är ett samarbete mellan forskare i USA har till syfte att följa nära 5 000 homosexuella män. En delrapport omfattande 2 500 män som vid studiens start var osmittade visade att 3,8 % hade serokonverterat och blivit hivpositiva. "Passivt analsex" var den största riskfaktorn. 60 % av dem som fick personlig rådgivning vid utlämnandet av ett negativt hivtest fortsatte ändå att praktisera "passivt analsex". Rådgivningen borde därför, enligt författarna, ha varit mer koncentrerad på undvikande av detta beteende.

Higgins (1991) konstaterar i en översiktsartikel att all forskning sammantaget före 1991 tydde på att bland homosexuella män en minskning av riskfyllt sexualbeteende hade skett både bland testade och otes-

tade personer. Många studier tydde dock på att den största minskningen skett bland de män som testats hivpositiva. För narkomaner hade samma minskning i riskbeteende skett oavsett om testning och rådgivning ägt rum eller inte. I den heterosexuella gruppen av par där en var smittad hade stora förändringar skett till ett mindre riskfyllt beteende.

En stor studie 1993 i Florida visade att rådgivning och testning minskade förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar i en hivpositiv population. I jämförelse med den i studien ingående hivnegativa gruppen var förekomsten av gonorré lägre i den hivpositiva gruppen. Författarna ansåg dock att rådgivningen måste förbättras eftersom en stor andel av de hivpositiva i studien fortfarande hade ett riskbeteende vilket visade sig i att de reinfekterades av sexuellt överförbara sjukdomar.

I en studie av den amerikanske forskaren *Wykoffs* 1991 erbjöds 137 partner till hivpositiva i samband med hivtestningen en 45–60 minuter lång lektion om personlig risk och hur man skyddar sig. Vid utlämnandet av hivbeskedet fick alla en timmes rådgivning för att förstärka den tidigare informationen. De individer som diagnosticerades med hivinfektion rapporterade vid studiestarten 5,6 "sex- eller sprutdelningskontakter" under en period om sex månader. Efter 24 månader, varvid fyra rådgivningstillfällen hade ägt rum, uppgav dessa individer i medeltal 1,1 kontakter. För de osmittade sjönk antalet kontakter från fyra till två under motsvarande period. Författarna konstaterade att metoden åstadkom en omedelbar beteendeförändring men att man inte vet om den skulle bestå efter dessa två år.

Ramstedt intervjuade i en studie från Göteborg 1993 75 "STD-patienter" som fått rådgivning i samband med hivtestning efter utlandsresa där oskyddade sexuella kontakter förekommit. Intervjuerna ägde rum sex månader efter rådgivningen. Majoriteten upplevde rådgivningen positivt och av dem som under den närmaste tiden efter rådgivningen åter reste utomlands var det inte någon som hade oskyddade sexuella kontakter under resan.

En del forskare har studerat rådgivningens betydelse för sexualbeteendet i fasta parrelationer framför allt där hivstatus är olika. *Rådö* beskrev i en rapport från Danderyds sjukhus 1993 behovet av särskild rådgivning till heterosexuella par där en part var smittad. Hon fann bl.a. att patienter och partner hade olika psykologiska strategier för att försvara sitt beteende.

Den amerikanska forskaren *Padian* erbjöd i en studie 1991 parrådgivning till 144 par (fasta relationer) med olika hivstatus. I rådgivningen behandlades frågor om användande av kondom, valet av olika sexualtekniker, tillfälliga sexuella kontakter samt frågan om att leva i sexuell avhållsamhet. Paren besökte kliniken för rådgivning ungefär var

sjätte månad. I genomsnitt hade paren 2–3 samlag i månaden. Under studietiden serokonverterade inte någon av de osmittade. Författaren konstaterar att det är mycket effektivt att erbjuda professionell enskild rådgivning till osmittade partner och till deras hivpositiva partner samt parsamtal.

Colon utvärderade i Puerto Rico 1995 test och rådgivning till 374 intravenösa narkotikamissbrukare (IV-missbrukare) som stod utanför behandlingsprogram och fann i sina studier att IV-missbrukare behöver mycket rådgivning för att förstå innebörden av testresultatet. Riskbeteendet när det gäller sprutsmitta var i denna studie lika oavsett om hivresultatet var positivt eller negativt. Flera andra studier i USA visar dock på att IV-missbrukare som får reda på att de är hivpositiva ändrar sitt riskbeteende i avseende på sprutsmitta. När det gäller sexualbeteendet rapporterade de hivpositiva i *Colons* studie en stor förändring till ett säkrare beteende, medan andra studier visar på mycket små förändringar.

Käll behandlar i sin avhandling frågan om hur en verkligt riskutsatt grupp som IV-missbrukare kan förändra såväl sexualbeteende som sprutbeteende. Enligt henne kan den sjunkande hivincidensen bland IV-missbrukare, trots att t.ex. sprutdelning fortfarande förekommer, förklaras med flera faktorer. Betydelsen av testningen och rådgivningen sammanfattar hon enligt följande. Det viktigaste är troligen den tidiga upptäckten av infektionen genom att IV-missbrukarna erbjuds testning mycket ofta. På detta sätt förkortas tiden som personen är ovetande om sin infektion. Frivillig testning erbjuds på sjukhus, på häkten och i fängelser och missbrukare accepterar i mycket hög grad testningen. Det verkar t.o.m. vara så att det finns ett "kamrattryck" på att man skall testa sig och vara "öppen" med sin diagnos. I missbrukarkulturen i Sverige har man etablerat en egen "harm reduction"-strategi så att man fortsätter att dela sprutor men undviker att göra detta med hivpositiva. Detta innebär i många fall att hivpositiva får delta när några i en grupp skall injicera men får använda sprutan sist.

I en studie "Torsken i flickstimmet" i Stockholm som innefattade intervjuer med 50 män som köpte sex på Stockholms gator uppgav 18 av männen att de hade hivtestat sig. I rapporten framkommer inte om man uppgivit orsaken till hivtestning för sjukvårdspersonalen eller hur männen upplevt den eventuella rådgivningen men enligt studien är det tydligt att männen upplevde det hivnegativa provsvaret som bevis på att de kunde fortsätta sitt riskbeteende.

14.8.2 Andra metoder att förändra beteenden

Förutom testning och rådgivning har Sverige under ett flertal år bedrivit andra preventionsprojekt på många olika plan. Dessa har varit både allmänt inriktade och inriktade på specialgrupper. Även om få utvärderingar av enskilda projekt gjorts så har Brorsons och Herlitz undersökningar om attitydförändringar och beteendeförändringar visat att alla insatser sammantaget haft effekt. Av dessa undersökningar kan dock inte några slutsatser dras om eventuella effekter av enskilda kampanjer eller enskilda förebyggande åtgärder. Forskningen och teorier bakom metoder som använts poängterar behovet av hivpreventiva interventioner som är mångsidiga och som inriktar sig både på personer som utsätter sig för den största hivrisken och på den allmänna befolkningen. Det är inte helt enkelt att avgöra vilka metoder som har de bästa effekterna.

Internationell forskning har givit vid handen att det mest effektiva sättet att förändra beteenden är när man haft en teoretisk psykologisk grund att utgå från och att man involverar s.k. "förhandlingsteknik" i övningar. Det är viktigt att övningarna oavsett gruppstorlek pågår under en längre tid om man vill uppnå bestående beteendeförändringar. Det har också visat sig mycket effektivt att använda personer inom den egna gruppen för att i olika sammanhang propagera för ett nytt beteende.

14.9 Avslutande kommentarer

Beteendevetenskaplig kunskap när det gäller smittsamma sjukdomar i allmänhet exklusive hivinfektion och andra STD är mycket knapphändig vilket belyses av det ringa utrymme dessa kunskaper fått i detta kapitel. Som påpekats i avsnitt 14.2.1 har kommittén i syfte att belysa dessa frågor även beträffande andra smittsamma sjukdomar än hivinfektion låtit utföra särskilda studier beträffande klamydia och tuberkulos. Emellertid ger även dessa studier endast begränsad information i nu aktuella avseenden. De sexuellt överförbara sjukdomarna skiljer sig också i beteendevetenskapligt hänseende från andra smittsamma sjukdomar genom att frågor rörande sexualbeteendet i sig är mycket komplext sammansatta. Mot bakgrund av vad nu sagts rör analysen främst hivinfektion men i den mån det varit möjligt görs även jämförelser med andra smittsamma sjukdomar. Beträffande den beteendevetenskapliga forskningen rörande hivinfektion bör vidare anmärkas att det, bl.a. med hänsyn till kulturella skillnader som kan inverka på beteendet, kan vara vanskligt att dra generella slutsatser om svenska förhållanden med stöd av utländska studier.

Senare tids forskning har visat en mångfacetterad bild av olika bakomliggande faktorer till att personer utsätter sig för risken att smittas med STD/hiv. Följande faktorer har särskilt uppmärksammats; alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, behov av intimitet som bevis för kärlek, svag självbild, ingen upplevelse av hot att smittas och för kvinnor en av olika skäl betingad oförmåga att kräva kondom.

När det gäller beteendet hos hivpositiva individer är främst tre aspekter mycket intressanta, nämligen det faktiska beteendet, eventuell förändring av riskbeteendet efter diagnos och frågor rörande öppenheten kring sjukdomen, särskilt i vad mån man informerar en tilltänkt sexualpartner om sin infektion.

Vad först gäller det faktiska beteendet visar internationella forskningsresultat att en stor andel hivpositiva fortfarande har oskyddade sexuella kontakter. I de svenska studierna är det dock mycket få av de hivpositiva patienterna som uppger att de har oskyddade sexuella kontakter. Av dem som hade oskyddade samlag lever den största delen i relation med en hivpositiv partner.

Den svenska hivtestningspolicyn bygger på teorin att om man identifierar hivpositiva personer så förväntas dessa personer därefter följa lämnade förhållningsregler och inte sprida infektionen vidare. Internationella forskningsresultat i detta avseende ger dock en ganska motsäggelsefull bild av huruvida människor ändrar sitt beteende när de fått vetskap om att de är hivpositiva. De svenska studierna tyder däremot på att erhållandet av diagnos gör att hivpositiva förändrar sitt sexualbeteende. Samtidigt får uppmärksammas att även om majoriteten av dem som deltagit i de svenska studierna sagt sig ha förändrat sitt beteende så innebär detta *inte* att samtliga av de som uppgivit förändringar därmed också helt har upphört med beteenden som kan innebära risk för smittspridning. Även för svenska förhållanden är således erhållandet av diagnosen i sig inte en tillräcklig åtgärd utan måste kompletteras med andra metoder, t.ex. kontinuerlig rådgivning och stöd. Såväl den svenska som den internationella forskningen tyder på att sådan rådgivning där patienterna får reflektera över sitt beteende och där rådgivningen sker vid upprepade tillfällen resulterar i ett säkrare sexualbeteende. Rådgivning till par med olika hivstatus har visat sig vara en effektiv preventiv åtgärd liksom särskilda program med testning och rådgivning för IV-missbrukare.

När det gäller andra metoder än enskild rådgivning för att få till stånd en beteendeförändring har särskilt gruppövningar innehållande förhandlingsteknik och självförtroendeträning givit goda resultat. Det har också visat sig mycket effektivt att använda personer inom den egna gruppen t.ex. prostituerade och "trendiga" homosexuella på barer för att i olika sammanhang propagera för säkrare sexualbeteende.

Beträffande frågan om hivpositiva inför andra är öppna om sin diagnos visar studierna helt klart att det generellt inte är så. Mycket få uppgav att alla i omgivningen var informerade om att de var hivpositiva. Att uppmärksamma här är vidare att en mycket stor andel, 58 %, av patienterna i "Danderydsstudien" uppgav att ingen i deras omgivning kände till att de var hivpositiva. Detta rörde främst patienter som var av utländsk härkomst. Studien tyder här på att dessa patienter har svårare att berätta för sin omgivning än patienter som var födda och uppvuxna i Sverige.

Vid jämförelse med tuberkulospatienter framgår en mycket stor skillnad beträffande i vad mån man vill eller anser sig kunna berätta för sin omgivning. I motsats till de hivpositiva patienterna uppgav majoriteten, 54 %, i "Tbc-studien" att alla i omgivningen kände till deras sjukdom. Det skall dock anmärkas att även beträffande tuberkulos syntes patienter som var av utländsk härkomst vara mer återhållsamma med att berätta om sin diagnos.

Vad slutligen gäller frågan om huruvida patienterna informerar framför allt tillfälliga sexuella partner om sin hivinfektion visar både internationella och svenska studier att det inte är ovanligt att man avstår från att berätta om sin infektion. Det är tydligt att skyldigheten att informera en sexuell partner kan innebära stora problem och ett flertal hivpositiva kan, enligt studierna, tänka sig situationer då man skulle underlåta att informera en sexuell partner. Många av dessa hivpositiva har angivit som skäl härför att man är rädd för att bli lämnad ensam och ett flertal anser att det viktiga är att det är fråga om "säker sex", dvs. att man inte har oskyddade samlag.

Samtidigt visar studierna rörande personer som inte är hivsmittade att majoriteten av dessa personer anser att hivpositiva skall informera sin partner om att de bär på hivinfektion. De allra flesta synes inte tro att hivpositiva i praktiken alltid gör detta. Emellertid är det en förhållandevis stor grupp i Herlitz studie, 35 % av dem som uppgivit att de haft samlag första kvällen utan kondom, som trodde att alla eller nästan alla hivpositiva berättar om sin hivinfektion för en sexualpartner. Här kan dock reflekteras över om svaren egentligen mer skall ses som ett försvar av det egna agerandet än som verklig uppfattning. Emellertid pekar detta på, liksom de studier som visat att de flesta nydiagnosticerade hivpatienter inte vet om att de haft sexuell kontakt med en hivpositiv person, behovet av preventiva åtgärder som inte enbart riktar in sig på hivpositiva personer och deras beteende.

När det gäller osmittades kunskaper om bl.a. hivinfektion kan konstateras att undersökningarna visar att allmänhetens kunskaper om smittvägarna för hivinfektion är goda och det är relativt få som har en felaktig eller överdriven uppfattning om hur hivinfektion sprids. Enligt

Herlitz studie tror ytterst få, 3 %, att de själva löper mycket eller ganska stor risk för att bli smittade med hivinfektion eller tuberkulos. Bara obetydligt fler tror de löper mycket eller ganska stor risk för att smittas av klamydia och gonorré.