

15 Hur uppfattas bestämmelserna i smittskyddslagen?

15.1 Inledning

I utvärderingen av smittskyddslagen är en viktig fråga hur smittskyddslagens bestämmelser påverkar de människor som berörs av bestämmelserna. I syfte att belysa hur smittskyddslagens bestämmelser om bl.a. smittspårning, undersökningsskyldighet och förhållningsregler uppfattas ställdes frågor om detta i de beteendevetenskapliga studier kommittén har beställt. I det följande redovisas sammanfattningsvis vad som framkommit i studierna om de intervjuades uppfattning om smittskyddslagens bestämmelser. Studierna har närmare redogjorts för i kap. 14 och finns intagna som bilagor till betänkandet. Med osmittade avses liksom i kap. 14.6 personer som inte bär på hivinfektion.

15.2 Inställning till smittskyddslagen i allmänhet

15.2.1 Studier rörande smittade personer

I "Tbc-studien" framkom att majoriteten, 106 av 122 tillfrågade patienter, ansåg att smittskyddslagens bestämmelser behövdes för kontrollen av tuberkulos. Endast åtta patienter ansåg att samarbetet och kontakterna med behandlande personal påverkades negativt av smittskyddslagen. Även i "Klamydiastudien" ansåg majoriteten, 90 %, av de tillfrågade att det var bra att klamydia reglerades i smittskyddslagen.

När det gäller hivpositivas inställning till smittskyddslagens bestämmelser framkom i "Danderydsstudien" att 26 av de 91 tillfrågade patienterna ansåg att regleringen påverkade deras livssituation, inklusive det sexuella beteendet. Merparten av dessa ansåg att lagen har en negativ påverkan. Endast få av de tillfrågade, 6 av 70 svarande patienter, ansåg dock att relationen till läkaren påverkades av smittskyddslagens bestämmelser rörande förhållningsregler. I studien var det främst de homosexuella/bisexuella männen som var kritiska till smittskyddsla-

gens reglering av hivinfektion. Detta kan jämföras med resultaten i "Venhäsestudien" där 55 % av de tillfrågade ansåg att smittskyddslagen inte påverkade deras sexuella beteende och 63 % att lagen inte påverkade deras livssituation i övrigt. Av kommentarerna från dessa patienter framgår att man bl.a. anser att beteendet styrs av den egna moraluppfattningen och inte av lagens bestämmelser. Kommentarer från dem som varit negativt inställda i "Venhäsestudien" och "Danderydsstudien" har främst rört kritik mot den s.k. informationsplikten och den behandlande läkarens skyldighet att kontrollera och anmäla missförhållanden till smittskyddsläkaren, samt patientens rädsla för att själv komma ifråga för smittskyddslagens tvångsåtgärder.

15.2.2 Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta

Av Berglunds "Hivtestningsenkät" framgår att kännedomen om den svenska smittskyddslagstiftningen och de föreskrifter som gäller för hivpositiva personer genomgående var hög bland de tillfrågade personerna. I syfte att belysa uppfattningen om smittskyddslagens inverkan på beteendet fick de tillfrågade personerna ta ställning till några konkreta påståenden om lagens effekter.

I påståendet att "smittskyddslagens bestämmelser gör att jag undviker att utsätta mig för risken att bli hivpositiv" instämde helt eller delvis 32 % av de homosexuella männen, 44 % av de heterosexuella männen och 43 % av kvinnorna.

I påståendet "P.g.a. smittskyddslagen är risken liten att bli smittad av någon som känner till sin hivinfektion" instämde helt eller delvis 17 % av de homosexuella männen, 19 % av de heterosexuella männen och 34 % av kvinnorna. Övriga svar fördelade sig relativt jämnt mellan "Delvis avstånd", "Helt avstånd" och "Ej ta ställning".

Vidare instämde 22 % av de homosexuella männen, 16 % av de heterosexuella männen och 8 % av kvinnorna helt eller delvis i att "smittskyddslagens bestämmelser gör att jag skulle låta bli att hivtesta mig om jag verkligen trodde att jag var hivsmittad". Emellertid tog nära 60 % av samtliga tillfrågade män helt avstånd från detta påstående och av de homosexuella männen uppgav 78 % att smittskyddslagen inte hindrar dem från att ta reda på om de är smittade om de verkligen tror sig kunna vara det. Av dem som instämt i påståendet har många i kommentarer givit uttryck för att de uppfattar bestämmelserna som hotfulla eller svåra att följa. Emellertid bör här uppmärksammas att samtliga män som deltog i studien faktiskt hivtestade sig i samband med besvare av enkäten.

Däremot var det en större andel som trodde att smittskyddslagens bestämmelser påverkade andra människors benägenhet att testa sig. 50 % av männen och 26 % av kvinnorna instämde helt eller delvis i påståendet att "Smittskyddslagens bestämmelser gör att jag tror att andra skulle låta bli att testa sig om de verkligen trodde att de var hivpositiva".

De riskutsatta personer som intervjuats i "Intervjustudien" syntes, med något undantag, ha relativt liten kännedom om smittskyddslagens bestämmelser men uttryckte huvudsakligen positiva åsikter om de åtgärder och skyldigheter som regleras i lagen.

15.2.3 Allmänhetens attityder

I den av Herlitz 1997 genomförda studien rörande bl.a. allmänhetens kunskaper och attityder till hiv/aids ställdes också några frågor för att belysa beteendeeffekterna av smittskyddslagens bestämmelser rörande hivinfektion, gonorré, klamydia och tuberkulos.

Drygt hälften av de tillfrågade uppgav att smittskyddslagens bestämmelser medförde att de själva var extra noga med att skydda sig mot klamydia, gonorré och hivinfektion. Hälften av de tillfrågade trodde även att människor i allmänhet skyddade sig extra noga mot hivinfektion på grund av bestämmelserna i smittskyddslagen. Däremot trodde endast en fjärdedel att detta även gällde vid klamydia och gonorré.

Huruvida människor i allmänhet skulle avstå från att söka läkarhjälp p.g.a. smittskyddslagens bestämmelser trodde 14 % av de tillfrågade att så var fallet när det gäller hivinfektion. 12 % trodde att så var fallet vid klamydia och 11 % trodde att så var fallet vid gonorré. Mycket få av de tillfrågade uppgav dock att de själva skulle avstå från att söka läkarhjälp p.g.a. smittskyddslagens bestämmelser. Andelen, 4 %, som hade denna uppfattning var densamma vid alla tre sjukdomarna. Över 90 % av de tillfrågade uppgav vidare att man utan att vänta på kallelse från sjukvårdspersonal själv skulle uppsöka läkare om en f.d. partner meddelat att han/hon hade hivinfektion, gonorré eller klamydia.

Frågan om smittskyddslagens inverkan på benägenhet att uppsöka läkare ställdes också beträffande tuberkulos. Endast 8 % av de tillfrågade trodde att människor i allmänhet skulle avstå från att uppsöka läkare vid misstanke om tuberkulos och endast 3 % att de själva skulle avstå från att uppsöka läkare.

15.3 Särskilt om testning och kontaktspårning

15.3.1 Studier rörande smittade personer

I såväl "Danderydsstudien", "Tbc-studien" som "Klamydiastudien" ansåg en övervägande majoritet att den som utsatts för risk att ha smittats av hivinfektion, klamydia eller tuberkulos skall vara skyldig att låta sig undersökas av läkare.

74 patienter i "Danderydsstudien" svarade på frågan vad man skall göra med de personer som trots kallelse inte infinner sig för rådgivning och hivtest. 9 ansåg att ingen åtgärd borde vidtas, 32 tyckte att polishämtning skulle vidtas som sista utväg, 7 ansåg att man aldrig skulle använda polishjälp och övriga hade lämnat förslag på andra åtgärder. Dessa handlade om att vederbörande bör erbjudas "motivationssamtal" men också att "hembesök" bör ske, "övertalning", "någon typ av civilpolis" och tvångsåtgärd nämndes också.

I "Klamydiastudien" svarade 192 patienter på samma fråga och 86 kunde tänka sig polishämtning som sista utväg medan 46 uteslöt detta alternativ. Däremellan förekom förslag om åtgärder, likartade dem som patienterna i "Danderydsstudien" föreslog.

Av de tillfrågade i "Klamydiastudien" ansåg 90 % att det var bra att det enligt smittskyddslagen föreligger skyldighet att bedriva kontaktspårning och studien visar en stor acceptans för kontaktspårning som metod. Endast ett fåtal patienter uppger sig ha undanhållit information om personer som de haft kontakt med.

Resultaten är mer svårtolkade när det gäller "Danderydsstudien". Enligt denna studie var det endast 38 % av 87 svarande patienter – dvs. 33 patienter – som uppgivit sig ha varit med om kontaktspårning. Enligt studien förekom både positiva och negativa kommentarer om hur kontaktspårningen upplevdes med viss övervikt för de negativa. Kommentarererna hänför sig dock främst till den personliga upplevelsen av kontaktspårningen och belyser i mindre utsträckning uppfattningen till kontaktspårning i sig. I motsats till "Klamydiastudien" hade ett antal, 14 av 33 personer, undanhållit information om någon eller några kontakter.

Även i "Tbc-studien" är resultaten svåra att dra slutsatser från eftersom endast 55 av 122 tillfrågade har svarat på frågan om vad de ansåg om smittspårning. De som besvarade frågan var dock huvudsakligen positiva till att smittspårning ägde rum och ytterst få hade enligt egen uppgift undanhållit information om någon kontakt.

15.3.2 Studier rörande osmittade personer som varit riskutsatta

Som framgår av avsnitt 15.2.2 ansåg majoriteten av de tillfrågade i Berglunds "Hivtestningsenkät" att smittskyddslagens bestämmelser inte medförde att de skulle avstå från att låta sig läkarundersökas. Över 80 % av såväl de homosexuella/bisexuella männen som de heterosexuella männen och över 90 % av kvinnorna ville vidare bli kallade till provtagning om de hade uppgivits som kontakter i ett kontaktspårningsärende. Endast 9 % av de homosexuella männen och 7 % av de heterosexuella männen ville inte bli kallade till provtagning.

Majoriteten av de tillfrågade var positiva till kontaktspårning. 86 % av de homosexuella/bisexuella männen och 96 % av samtliga heterosexuella män och kvinnor svarade att de skulle medverka vid kontaktspårning om de befanns vara hivpositiva.

I "Intervjustudien" uppgav samtliga intervjuade att de skulle ha testat sig även om valet varit fritt och de ansåg också att alla uppgivna personer i ett kontaktspårningsärende skall låta sig undersökas. De intervjuade ställde sig positiva till kontaktspårning och samtliga uppgav att de skulle medverka vid kontaktspårning om de befanns vara hivpositiva. Två personer kunde dock tänka sig att undanhålla information i vissa situationer, t.ex. angående kontakter man skäms över eller om det är fråga om en anonym kontakt utomlands.

15.4 Särskilt om skyldigheten att följa förhållningsregler

I studierna har frågor som berört förhållningsregler ställts på olika sätt bl.a. avseende i vad mån man erhållit förhållningsregler, i vad mån man avser att följa förhållningsreglerna och förhållningsreglernas inverkan på relationen till läkaren.

I "Klamydiastudien" uppgav 96 % att de fått råd om hur man skulle förhålla sig tills klamydiainfektionen läkt. I "Danderydsstudien" (frågan ställdes ej i "Venhåsestudien") uppgav 82 % av de svarande att de fått förhållningsregler och i "Tbc-studien" uppgav 68 % av de tillfrågade patienterna att de fått förhållningsregler. Det skall här anmärkas att endast 13 % av de tillfrågade patienterna i "Tbc-studien" uppgav att de inte hade fått några förhållningsregler, övriga var inte säkra.

I såväl "Klamydiastudien" som "Tbc-studien" var majoriteten positivt inställda till att förhållningsregler meddelats. 90 % av de till-

frågade i "Klamydiastudien" hade för avsikt att följa förhållningsreglerna.

Som framgår av avsnitt 15.2.1 var det mycket få av de tillfrågade hivpositiva patienterna i "Danderydsstudien" som ansåg att relationen till läkaren påverkades av smittskyddslagens bestämmelser rörande förhållningsregler. I både "Venhäsestudien" och "Danderydsstudien" ansåg majoriteten att de kunde tala med sin läkare om eventuella sexuella problem. Kommentarer från dem som hade avvikande åsikter handlade bl.a. om rädsla för att läkaren skall meddela smittskyddsläkaren att patienten har problem och några beskyllde vårdpersonalen för att vara smittskyddslagens förlängda arm.

När det gäller hivinfektion har uppmärksamheten främst riktats mot skyldigheten att alltid informera en tänkt sexualpartner om sin hivinfektion. Som framgår av avsnitt 15.2.1 är det frågan om den s.k. informationsplikten och läkarens anmälningsskyldighet vid brott mot förhållningsregler som främst kritiserats av dem som uppgivit sig vara negativa till smittskyddslagens bestämmelser. Frågor om öppenhet om sin diagnos och i vad mån s.k. säkrare sexualtekniker används av hivpositiva har närmare behandlats i kap. 14. Av "Danderydsstudien" och "Venhäsestudien" framgår dock att 45 % av dem som besvarat frågan om informationsplikten inte kunde tänka sig att frånga att informera om sin hivinfektion vid en sexuell förbindelse. Övriga 55 % beskrev dock olika situationer där de skulle undvika att informera om sin hivinfektion (se närmare avsnitt 14.5.4). I avsnitt 14.5.2 framgår vidare att de tillfrågade i studierna säger sig ha mycket få "oskyddade" sexuella kontakter.

I det här sammanhanget skall beaktas att majoriteten av de tillfrågade i Berglunds "Hivtestningsenkät" ansåg att en hivpositiv alltid skall informera en sexuell kontakt om sin hivsmitta, nämligen 67 % av de homosexuella/bisexuella männen, 88 % av de heterosexuella männen och 94 % av kvinnorna. Även i "Intervjustudien" ansåg alla utom två intervjuade att den hivpositiva har en skyldighet att informera en sexuell kontakt.

15.5 Sammanfattande kommentarer

Smittskyddslagen har i den allmänna debatten varit föremål för kritik, särskilt vad gäller dess tillämpning vid hivinfektion. Som inledningsvis påpekats är vid utvärderingen av smittskyddslagen en viktig fråga hur människor, såväl smittade som osmittade, påverkas av lagens bestämmelser och hur de uppfattar dessa. I syfte att belysa dessa frågor har vissa studier genomförts under 1997. Några förhållanden bör

inledningsvis beaktas vid tolkning av resultaten. Även om det har eftersträvats att få likartade frågeställningar i de olika studierna har frågorna till viss del ställts på olika sätt och ibland varit allmänt hållna varför det inte är helt lätt att jämföra svaren. Det skall vidare beaktas att när det gäller t.ex. frågor om förhållningsregler är dessa inte helt jämförbara mellan de olika sjukdomarna eftersom förhållningsreglerna i vissa delar ser olika ut beroende på sjukdomen. Det är vidare så att svaren torde vara beroende av den svarandes kunskaper om lagen, vilket är svårt att analysera. Emellertid torde studierna sammantaget ge en god bild av hur vissa bestämmelser i smittskyddslagen uppfattas och vilken inverkan den har på dem som berörs.

Resultaten av de studier som bl.a. genomförts av kommittén pekar på en allmän positiv inställning till smittskyddslagen, även bland dem som smittats. I såväl "Klamydiastudien" som "Tbc-studien" framkommer att en övervägande majoritet anser att lagen är befogad vid dessa sjukdomar. Även bland hivpositiva patienter synes majoriteten ha en positiv inställning till lagen, även om det bland dessa patienter, särskilt bland homosexuella män, förekommer mer kritik än bland dem som smittats av klamydia eller tuberkulos och bland dem som deltagit i studierna rörande osmittade personer.

I vad mån lagen påverkar människors riskbeteende tas delvis upp i kap. 14. Av de resultat som redovisats i aktuellt kapitel är det av intresse att notera att majoriteten av de hivpositiva i såväl "Danderydsstudien" som "Venhäsestudien" inte ansåg att smittskyddslagens bestämmelser påverkade deras livssituation, inklusive det sexuella beteendet. Vad som avses härmed är visserligen svårtolkat men kommentarerna, i den mån sådana har lämnats, tyder på att man i de flesta fall inte uppfattar lagens bestämmelser som ett hot mot den egna livsföringen. Av dem, huvudsakligen homosexuella män, som sagt att lagen har inverkat på deras livssituation har flertalet framhållit lagens negativa inverkan och då främst effekterna av den s.k. informationsplikten samt lagens bestämmelser om läkarens anmälningskyldighet och om tvångsåtgärder.

Beträffande lagens inverkan på osmittade personers beteenden synes resultaten enligt "Hivtestningsenkäten" och Herlitz studier rörande allmänhetens attityder tyda på att lagen skulle ha en relativt stor inverkan på huruvida människor utsätter sig för risk att smittas. Särskilt verkar allmänheten ha en stor tilltro till lagens effekter i detta avseende. Emellertid bör dessa resultat tas med stor försiktighet. Det finns skäl att ifrågasätta vilka kunskaper om lagen människor i allmänhet har. Bl.a. den svenska sexualvanestudien pekar vidare på att många människor faktiskt utsätter sig för risk att smittas av t.ex. sexuellt överförbara sjukdomar genom oskyddade samlag med tillfälliga kontakter. I

"Hivtestningsenkäten" har de deltagande visserligen god kännedom om lagens bestämmelser men samtidigt får beaktas att dessa personer sökt sig till mottagningen för att testa sig för hivinfektion, vilket kan tyda på att de varit utsatta för smittrisk.

Frågor om smittskyddslagens inverkan på relationen till behandlande läkare har tagits upp i "Tbc-studien", "Danderydsstudien" och "Venhälsstudien". Framst har frågorna rört bestämmelserna om förhållningsregler. Det kan därvid konstateras att det såväl i "Tbc-studien" som i "Danderydsstudien" var ytterst få som ansåg att relationen påverkades negativt. Överlag har en majoritet av de deltagande i de olika studierna, oavsett sjukdom, varit positivt inställda till att förhållningsregler meddelas. Emellertid syns en klar skillnad mellan de hivpositiva patienterna och de som smittats av tuberkulos eller klamydia. Fler hivpositiva patienter var negativt inställda till förhållningsreglerna, främst de homosexuella männen. Även om majoriteten bland patienterna i "Danderydsstudien" ansåg att de kunde tala med sin läkare om eventuella sexuella problem fanns det ett flertal patienter som uttryckte rädsla för att läkaren skulle meddela smittskyddsläkaren om patienten hade problem att följa förhållningsreglerna. Den största kritiken har väckts mot den s.k. informationsplikten. Det är tydligt att skyldigheten att informera en sexualpartner kan innebära stora problem för individen och ett flertal hivpositiva kan, enligt studierna, tänka sig situationer då man skulle underlåta att informera en sexualpartner. Samtidigt visar studierna rörande personer som inte är hivsmittade att majoriteten av dessa personer anser att hivpositiva skall informera sin partner om att de bär på hivinfektion. Beträffande dessa frågor se vidare kap. 14.

Den allmänna uppfattningen i Sverige om testning, rådgivning och den kontaktspårning som sker efter positivt resultat är att det fungerar väl, mycket p.g.a. ett utbyggt sjukvårdssystem med möjlighet till rådgivning både före och efter testning och ett bra psykosocialt omhändertagande av smittade individer. Studierna visar att kontaktspårning som metod är väl förankrad hos majoriteten av såväl smittade som osmittade personer oavsett om det rör hivinfektion, klamydia eller tuberkulos. De allra flesta tillfrågade tycks också vilja få reda på att de varit utsatta för risk att smittas. I t.ex. "Hivtestningsenkäten" ville nästan samtliga bli kallade till läkarundersökning om de uppgivits som sexuell kontakt till en hivpositiv person. Samtidigt kan konstateras att kontaktspårning kan vara svår för vissa personer och att inte alla är positiva till att detta äger rum. Såväl "Klamydiastudien" som "Danderydsstudien" visar t.ex. att vissa av patienterna undanhållit information om sexuella kontakter vid kontaktspårning, främst bland de hivpositiva patienterna i "Danderydsstudien".

Här bör också uppmärksammas att det är en anmärkningsvärt liten grupp bland de tillfrågade i "Danderydsstudien" som säger sig ha varit med om kontaktspårning. Det är svårt att veta vad som ligger bakom detta. Det är inte troligt att kontaktspårning endast ägt rum i så liten utsträckning som svaren tyder på. Detta kan i stället vara ett uttryck för att kontaktspårningen ägt rum på ett sådant sätt att patienten inte själv varit medveten om att kontaktspårning *enligt lagen* ägt rum eller att den tillfrågade av olika anledningar förträngt att kontaktspårning ägt rum.

Majoriteten av de tillfrågade i studierna har vidare ansett att den som utsatts för risk att ha smittats av hivinfektion skall vara skyldig att låta sig undersökas. Det synes också vara ytterst få människor – oavsett sjukdom – som anser att bestämmelserna i smittskyddslagen medför att de skulle underlåta att uppsöka läkare om de trodde att de hade smittats. Däremot tror man i högre utsträckning att andra människor underlåter att uppsöka läkare p.g.a. smittskyddslagens bestämmelser. Motsvarande diskrepans mellan det egna förmodade agerandet och vad man tror om andras agerande återkommer när det gäller anonym testning vid hivinfektion. I "Hivtestningsenkäten" trodde en mindre del av de tillfrågade att de själva skulle avstå från testning om möjlighet inte gavs till anonym testning medan en större andel trodde att andra skulle avstå från hivtestning vid sådant förhållande.

16 Smittskyddsorganisationen

16.1 Inledning

I kapitlet behandlas frågor om ansvars- och uppgiftsfördelningen samt organisationen hos de centrala aktörerna inom smittskyddet enligt smittskyddslagen. Statskontoret har på kommitténs uppdrag utvärderat bl.a. den nuvarande smittskyddsorganisationens ändamålsenlighet. Utvärderingen har begränsats till att avse smittskyddsorganisationen i snäv bemärkelse på lokal, regional och nationell nivå, dvs. kommunerna, landstingen med smittskyddsläkarna, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet (SMI). Utvärderingen har redovisats i Statskontorets rapport nr 1998:25 "Smittskyddsarbetets organisation". I tillämpliga delar redovisas här vad som framkommit vid denna utvärdering. Frågor som hänför sig till det kommunala smittskyddsarbetet behandlas dock särskilt i kap. 9. Härutöver redovisas kostnaderna för och finansieringen av organisationen i kap. 18. Här skall också anmärkas att de enskilda läkarna har mycket betydelsefulla uppgifter för smittskyddet. Deras arbete redovisas inte särskilt här utan tas upp i samband med redovisning av de olika uppgifterna som åvilar dem (bl.a. i kap. 5 och kap. 6).

Statskontorets utvärdering genomfördes under perioden april–september 1998. Underlaget för utvärderingen har inhämtats bl.a. genom intervjuer med olika företrädare för berörda myndigheter. Vidare tillställdes samtliga smittskyddsläkare en enkät med frågor om bl.a. organisation, verksamhet och samverkan med andra aktörer. Härutöver genomfördes en intervjustudie med företrädare för ett urval av landets kommuner.

16.2 Landstinget och smittskyddsläkarna

16.2.1 Allmänt

Landstinget är enligt smittskyddslagen huvudman för smittskyddet med undantag för objektrinriktade åtgärder och för sådana konkreta åtgärder som åvilar de enskilda läkarna enligt smittskyddslagens bestämmelser.

I varje landsting skall enligt 6 § smittskyddslagen finnas en smittskyddsläkare som utses av den nämnd som inom landstinget utövar ledningen av hälso- och sjukvården. I frågor som inte gäller myndighetsutövning skall smittskyddsläkaren verka under nämnden. Detta innebär enligt förarbetena att landstinget har det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt avgör vilka resurser som skall avsättas för verksamheten. Den direkta ledningen av smittskyddsarbetet, verksamhetsplanering och organisation av smittskyddsarbetet i detalj ligger däremot på smittskyddsläkaren.

Smittskyddslagen innehåller, utöver bestämmelserna om smittskyddsläkaren, inte några regler om hur smittskyddet inom landstinget skall vara organiserat. Landstingen kan således själva bestämma hur smittskyddet skall organiseras under smittskyddsläkarens ledning.

Vad som sägs om landsting i smittskyddslagen gäller också kommuner som inte ingår i landsting. Fram till och med utgången av 1998 fanns 23 landsting och 3 s.k. landstingsfria kommuner (Malmö, Göteborg och Gotland) med ansvar för hälso- och sjukvård. Antalet smittskyddsenheter var vid tidpunkten för Statskontorets enkät till smittskyddsläkarna emellertid endast 24. Anledningen härtill var att Malmöhus läns landsting och Malmö stad hade en gemensam funktion för smittskyddsverksamheten sedan 1981 och att en sammanslagning av smittskyddsenheterna vid Göteborgs kommun och Bohus läns landsting ägt rum den 1 juli 1996. Fr.o.m. 1999 har landstingsindelningen ändrats på så sätt att Malmöhus läns landsting och Kristianstad läns landsting sammanlagts till Skåne läns landsting och Göteborgs och Bohus läns landsting, Älvsborgs läns landsting och Skaraborgs läns landsting sammanlagts till Västra Götalands läns landsting. Vid samma tidpunkt har Malmö och Göteborg trätt in i de nya landstingen, vilka också utgör regioner; Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

16.2.2 Smittskyddsläkarens organisation

I smittskyddslagen föreskrivs inte några särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkaren. Enligt förarbetena följer av namnet att det skall vara fråga om en läkare. Vidare förutsätts att endast sådan läkare utses

som har tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, i klinisk bakteriologi eller i klinisk virologi. Endast en smittskyddsläkare kan utses i ett landsting. Skälet härtill är enligt propositionen att mycket av de vinster som uppnås genom att beslutsfattandet och ansvaret för det övergripande smittskyddsarbetet samlas hos smittskyddsläkaren annars skulle kunna gå förlorat. Det finns emellertid inte något hinder mot att smittskyddsläkaren delegerar uppgifter som åvilar honom till läkare och annan personal som organisatoriskt knyts till honom. Den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagen får emellertid endast utövas av smittskyddsläkaren personligen eller av hans ersättare när han själv är förhindrad.

Något hinder mot att smittskyddsläkaren förenar sin smittskyddsläkartjänst med arbete vid t.ex. en infektionsklinik finns inte. I propositionen noterades att olägenheter kunde uppstå till följd härav men tillräckliga skäl ansågs inte finnas för att i smittskyddslagen ställa upp hinder mot en sådan ordning. Departementschefen förutsatte att smittskyddsläkartjänsten i de flesta landsting skulle innebära en heltidstjänst. Av Statskontorets utvärdering framgår dock att flera smittskyddsläkare även är verksamma som läkare inom den ordinarie vården. Hälften av smittskyddsläkarna arbetade deltid som smittskyddsläkare, varav en 80 %, sex 75 % och fem 50 %.

Vad avser *smittskyddsenshetens placering* i landstingsorganisationen framgår av utvärderingen att smittskyddsarbetet i fem fall var knutet till en infektionsklinik, i två fall till ett bakteriologiskt laboratorium och i ett fall till en hygienavdelning. I ett av dessa fall, Gotlands kommun, var smittskyddsarbetet knutet till samtliga tre alternativ. 18 enheter uppgavs vara organiserade på annat sätt. Det kunde här t.ex. vara fråga om att smittskyddsensheten utgjorde en egen basenhet, att den ingick som ett stabsorgan eller att den var samlokaliserad med sjukhushygien.

Antalet tjänster i smittskyddsläkarorganisationen uppgick omräknat i heltidstjänster till sammanlagt 93 tjänster, vilka upprätthölls av 116 anställda. 24 av de anställda var smittskyddsläkare. Den övriga organisationen skilde sig stort mellan de olika smittskyddsläkarna. Vid sju av smittskyddsensheterna, däribland enheterna i de tre storstadsområdena, fanns biträdande smittskyddsläkare. Heltidstjänster som biträdande smittskyddsläkare förekom endast vid storstadsområdenas enheter. Smittskyddsläkare, som saknade biträdande smittskyddsläkare, hade ersättare vid frånvaro men ersättaren hade inte något anställningsförhållande vid smittskyddsensheten. Vidare fanns totalt 40 sjuksköterskor samt 28 anställda med administrativa uppgifter. Bland dessa var det vanligt med tjänstgöring på deltid vid smittskyddsensheten. Vid vissa enheter, främst i storstadsområdena, förekom även andra yrkeskategorier, se nedan.

Antalet anställda vid de olika smittskyddsensheternas varierade mellan två och tjugotvå anställda. Störst personalresurser hade smittskyddsensheterna i storstadsregionerna. Smittskyddsläkaren i Stockholms läns landsting hade tjugotvå anställda, däribland en smittskyddsläkare, tre biträdande smittskyddsläkare, sex sjuksköterskor, en socionom, en psykolog och en jurist. Vid smittskyddsensheten i Göteborgs stad/Bohuslandstinget fanns en smittskyddsläkare, två deltidstjänstgörande smittskyddsläkare, fyra sjuksköterskor (som tillsammans upprätthöll 2,8 tjänster), en anställd med administrativa uppgifter och en konsulent. Smittskyddsensheten i Malmöhus läns landsting bestod av en smittskyddsläkare, två biträdande smittskyddsläkare, två sjuksköterskor, en socionom och en anställd med administrativa uppgifter. Övriga smittskyddsensheter hade mellan två och fem anställda.

Variationer i de olika smittskyddsensheternas resurser beror bl.a. på att det föreligger skillnader när det gäller invånarantal i de olika landstingen. För närmare uppgifter om landstingens resursanvändning hänvisas till kap. 18 där smittskyddsorganisationens kostnader behandlas.

Vidare fanns s.k. *kontaktläkare* i varje kommun i tio landsting och vid varje vårdcentral i fem landsting. I sex landsting uppgavs att "annan organisation" fanns, t.ex. kontaktläkare vid varje primärvårdsområde. I sex landsting saknades kontaktläkare med smittskyddsansvar. Dessa s.k. kontaktläkare har till uppgift att lokalt biträda smittskyddsläkaren i hans arbete.

16.2.3 Närmare om smittskyddsläkarens uppgifter

Smittskyddsläkaren har enligt smittskyddslagen ett flertal uppgifter av både allmän art och av myndighetskaraktär. De allmänna och grundläggande uppgifterna behandlas i 7 § smittskyddslagen. De myndighetsutövande uppgifterna består bl.a. i att pröva och ändra meddelade förhållningsregler och besluta om vissa tvångsåtgärder. Dessa uppgifter har närmare berörts i kap. 6, 7 och 8. I det följande redogörs därför främst för smittskyddsläkarens allmänna uppgifter enligt 7 § smittskyddslagen och för dennes samverkan och samarbete med andra aktörer på smittskyddets område.

Smittskyddsläkaren har enligt 7 § smittskyddslagen att *planera, organisera och leda smittskyddet*. Landstinget drar som nämnts upp riktlinjerna för och anslår medel till smittskyddsverksamheten. Den uppgift som ankommer på smittskyddsläkaren är att mer i detalj planera och organisera verksamheten liksom att ha den direkta ledningen över smittskyddsarbetet. I förarbetena anges härvid bl.a. att smittskyddsläkaren vid en epidemisk spridning av smitta har att ta ledningen över

det samlade smittskyddsarbetet. Någon direktivrätt mot t.ex. miljö- och hälsoskyddsnämnder eller läkare har han dock inte. Smittskyddsläkaren skall vidare *verka för samordning och likformighet av smittskyddet*. Detta innefattar främst att samordna olika aktörers verksamhet på smittskyddsområdet och att verka för gemensamma bedömningsgrunder och ett enhetligt handlande. Härutöver skall han *verka för att förebyggande åtgärder vidtas*. Ett exempel på förebyggande åtgärder är arbetet kring vaccinationer. Andra exempel är upplysning och information till allmänheten. Informationen kan ges på olika sätt. I många landsting framträder smittskyddsläkaren i tv och radio. Det förekommer också att smittskyddsläkaren producerar informationsbroschyrer, skriver artiklar för publicering i lokala tidningar och ger ut tidskrifter. Till förebyggande åtgärder hör också upprättandet av epidemiplaner. Det förebyggande arbetet kan även utföras i samarbete med andra. Exempel härpå är till exempel särskilda handlingsplaner för preventivt hivarbete. I ett flertal län finns också s.k. STD-grupper. Alla landets smittskyddsenheter deltar vidare i "STRAMA-grupper" som har till syfte att hindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier.

En ytterligare uppgift för smittskyddsläkaren är att *fortlöpande följa smittskyddsläget i landstinget*. Övervakning av de anmälningsskyldiga sjukdomarna i smittskyddslagen bygger på de anmälningar av inträffade sjukdomsfall som behandlande läkare gör. Smittskyddsläkarens informationsbehov tillgodoses i stor utsträckning genom dessa anmälningar. Nästan alla smittskyddsläkare får emellertid, enligt Statskontoret, rapporter om smittsamma sjukdomar även på annat sätt t.ex. genom muntliga meddelanden från personal inom hälso- och sjukvården, laboratorierapporter, mediainformation och uppgifter från enskilda. Det förekommer även att skolor, daghem och frivilligorganisationer informerar smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren har också möjlighet att i enskilda fall med stöd av bestämmelsen i 8 § smittskyddslagen få upplysningar från kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt från läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården om han behöver det för att fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen. I smittskyddsläkarens arbete ingår även att i övrigt övervaka smittskyddsläget t.ex. beträffande influensa, antibiotikaresistenta bakterier, vaccinationstäckning i skolan och immunitetsläget avseende difteri, stelkramp och polio.

Smittskyddsläkaren skall också *hjälpa kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete*. I förarbetena framhålls att det är av stor vikt att smittskyddsläkaren, som besitter sakkunskap på området, biträder andra som är verksamma inom smittskyddet och att den som behöver hjälp i sitt smittskydds-

arbete har rätt att få sådan av smittskyddsläkaren. Att *undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor* är en annan uppgift för smittskyddsläkaren. Undervisning av och information till ovannämnda yrkesutövare kan ges på olika sätt t.ex. genom telefonrådgivning, föreläsningar i olika frågor, besök i primärvården och anordnande av utbildningsdagar. De flesta smittskyddsläkare ger dessutom med viss regelbundenhet ut informationsblad som distribueras till vårdcentraler, infektionsmottagningar m.fl. Enligt Statskontorets rapport har samtliga smittskyddsläkare medverkat i undervisning av hälso- och sjukvårdspersonal och nästan alla i undervisning av hälsoskyddspersonal. Vidare har de, bortsett från några få smittskyddsläkare, medverkat i undervisning av annan personal, bl.a. polis, räddningstjänst, socialtjänst, kriminalvård, daghemspersonal och personal inom livsmedelshanteringen.

Smittskyddsläkaren skall också *lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor*. Enligt denna bestämmelse skall smittskyddsläkaren lämna enskilda information i smittskyddsfrågor. Oftast är det den enskilde som tar initiativ till kontakten. Smittskyddsläkarens uppgift att ge information till en större krets faller egentligen in under bestämmelsen om förebyggande åtgärder. Slutligen skall smittskyddsläkaren *även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd*. Bestämmelsen innebär ett generellt åliggande att även på annat sätt än som ovan beskrivits verka för ett effektivt smittskydd.

16.2.4 Samverkan

Ett effektivt smittskydd ställer krav på samarbete och samordning. I smittskyddslagen har därför tagits in en bestämmelse, 12 §, vari föreskrivs bl.a. att smittskyddsläkarna och de kommunala nämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet.

När det gäller smittskyddsläkarnas kontakter med andra aktörer inom smittskyddet var enligt Statskontoret smittskyddsläkarnas kontaktnät omfattande. Kontakterna var generellt tätast med infektionskliniker, behandlande läkare, mikrobiologiska laboratorier, sjukhushygien och SMI. Vad närmare *gällde kontakter med lokala eller regionala organ* hade alla smittskyddsläkarenheterna utom en kontakt med infektionsklinik *varje vecka*. Med behandlande läkare och mikrobiologiska laboratorier hade 21 respektive 20 enheter kontakt varje vecka. Drygt hälften av enheterna (14) uppgav samma kontaktfrekvens, dvs. kontakt varje vecka, när det gällde sjukhushygien, nio enheter när det gällde miljö-

och hälsoskyddskontor och åtta enheter såvitt gällde kontaktläkare och distriktssköterskor.

Med framförallt följande organ förekom kontakt *varje månad*; ungdomsmottagningar, lokala media, länsveterinärer, miljö- och hälsoskyddskontor, kuratorer vid "STD-mottagningar" och distriktssköterskor. Sporadiska kontakter, dvs. kontakter "*några gånger per år*", gällde i första hand landstingets beredskapsplanering, lokal polismyndighet, miloläkare, civilbefälhavarens kanslier, socialtjänsten, allmän försäkringskassa, länsstyrelsens miljöskydd och flyktingmottagning.

Vad härefter gäller frekvensen i kontakterna med *nationella myndigheter* framgår av rapporten följande. Med SMI förekom den tätaste kontakten. 16 smittskyddsenheter uppgav sig ha kontakt med institutet varje vecka medan övriga enheter angav att man hade kontakt med institutet varje månad. När det gäller *Socialstyrelsen* hade två enheter kontakt varje vecka, 13 enheter kontakt varje månad och 10 enheter kontakt några gånger per år. Övervägande antalet enheter angav att kontakterna med Folkhälsoinstitutet, Jordbruksverket, Statens Veterinärmedicinska anstalt och Livsmedelsverket ägde rum några gånger per år.

Enligt flertalet smittskyddsläkare (75 %) var den angivna kontaktfrekvensen också ett uttryck för hur angelägna kontakterna var för arbetet. Det framhölls dock att kontaktmönstret kunde variera över tiden och att aktörer som sällan kontaktades ibland kunde utnyttjas dagligen. Med vissa aktörer som t.ex. Livsmedelsverket ansågs kontakterna angelägna när de förekom. Detta förhållande gällde även kontakten med länsveterinären vid länsstyrelsen, med vilken samarbete kunde ske i frågor som rörde livsmedel eller smittsamma sjukdomar hos djur. Enligt förordningen (1997:1258) med länsstyrelseinstruktion skall länsstyrelsen ha länsexperter inom ett antal sakområden, bl.a. inom sakområdet för livsmedelskontroll, djurskydd och allmänna veterinära frågor. Samråd med länsveterinären kunde enligt Statskontorets rapport ske i såväl övergripande strategiska som konkreta frågor.

Samarbetet mellan smittskyddsläkaren och andra aktörer på smittskyddsområdet fungerade enligt Statskontorets utvärdering i allmänhet bra. Särskilt väl angavs kontakterna med behandlande läkare, infektionskliniker, primärvård, kommunernas miljö- och hälsoskydd och skolhälsovård fungera. Frågor handlades snabbt och praktiskt och närheten till aktörerna och ett omfattande kontaktnät ansågs underlätta samarbetet. Vidare möjliggjorde lokalmässig närhet till infektionskliniker och bakteriologiska laboratorier täta kontakter och snabba ingripanden vid hot.

16.3 Särskilt om huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen

I Statskontorets uppdrag har också ingått att utvärdera smittskyddsläkarens förhållande till landstinget bl.a. genom att belysa för- och nackdelar med att ha smittskyddsläkaren inordnad i landstingsorganisationen. I enkäten till smittskyddsläkarna ingick därför frågor om för- och nackdelar med ett landstingskommunalt respektive ett statligt huvudmannskap för smittskyddsläkarna. Dessa frågor besvarades av 23 av smittskyddsläkarna. Samtliga svarande smittskyddsläkare uppgav fördelar med nuvarande huvudmannskap. Drygt en tredjedel såg inte några fördelar med ett statligt huvudmannskap.

De fördelar med nuvarande huvudmannskap som angavs var sammanfattningsvis följande. Det framhölls att det var viktigt att få verka inom samma organisation som en stor del av medaktörerna eftersom detta leder till ett smidigt och bra samarbete. Det ansågs vara en fördel att smittskyddsenheten är en del av sjukvården eftersom detta underlättar kommunikationen, insynen och samverkan med bl.a. behandlande läkare, kliniker och laboratorier. Eftersom många smittskyddsläkare samtidigt är kliniskt verksamma uppfattades tillhörigheten som naturlig. Det framfördes också vara viktigt att så många olika funktioner som möjligt hölls samman inom landstinget med hänsyn till att detta underlättar samordningen, t.ex. då det gäller hygienuppgifter. En annan fördel som angavs med nuvarande huvudmannskap var närheten till den medicinska kompetensen. Närhet till landstingets ledande tjänstemän och förtroendevalda uppgavs ge goda möjligheter att få gehör för verksamheten samt medföra korta beslutsvägar och mindre byråkrati. Ytterligare en fördel med nuvarande huvudmannskap uppgavs vara att det underlättar rekrytering av personal till smittskyddet och ger bättre möjligheter till fortbildning och utveckling.

Nackdelar med nuvarande huvudmannskap uppgavs sammanfattningsvis vara följande. Den dubbla roll som smittskyddsläkaren har i många landsting genom att vara både behandlande läkare och myndighetsperson framfördes vara en nackdel. Vidare framfördes att det kan vara svårt att hävda oväld och integritet i en liten organisation och att verksamheten blir beroende av politiska beslut, som kan variera med skiftande majoriteter inom landstinget. Vidare angavs att nuvarande huvudmannskap medför stora variationer mellan smittskyddsenheterna i landet när det gäller resurser, arbetssätt och arbetsinnehåll. Ytterligare en nackdel angavs vara att de flesta landsting är relativt små och inte når upp till det befolkningsunderlag som erfordras för att kunna bygga upp en allsidig och effektiv smittskyddsorganisation. Det

uppgavs vara svårt att skaffa och vidmakthålla kompetens, särskilt i administrativt och juridiskt hänseende. De små landstingen angavs vidare medföra svårigheter att bygga upp en smittskyddsorganisation med ständig beredskap.

De fördelar med ett statligt huvudmannaskap som angavs var sammanfattningsvis följande. Det framhölls att den dubbla roll som vissa smittskyddsläkare har skulle försvinna och en tydligare myndighetsfunktion skulle kunna skapas. Ett statligt huvudmannaskap angavs kunna ge möjlighet till större likformighet i myndighetsutövningen och öka förutsättningarna för bättre samordning. Det uppgavs att ett statligt huvudmannaskap också skulle ge möjlighet att bygga upp en allsidig och effektiv smittskyddsorganisation med enhetlig ärendehantering som är oberoende av det enskilda landstingets ekonomi. En fördel uppgavs vara att objektiva smittskyddsintressen bättre kan tas till vara och att risken för ekonomiska påtryckningar eller repressalier i form av minskade anslag elimineras. Det framfördes också att ett statligt huvudmannaskap är överlägset vid nationella åtgärder som t.ex. samordnande av vaccinationsstrategier. Vidare uppgavs att samverkan med icke landstingskommunala myndigheter och verksamheter skulle öka och att samarbetet med Socialstyrelsen och SMI skulle förbättras ytterligare.

Nackdelar med ett statligt huvudmannaskap uppgavs sammanfattningsvis vara följande. Det angavs framför allt vara en nackdel att stå utanför landstingsorganisationen eftersom smittskyddsläkarna har ett omfattande samarbete med övriga delar av organisationen. Farhågor framfördes att risken för isolering skulle öka om det inte fanns anknytning till sjukvården och att det skulle bli svårare att få till stånd nödvändigt samarbete. En nackdel som framfördes var det finns en uppenbar risk för centralstyrning och byråkrati vid ett statligt huvudmannaskap samt att smittskyddsarbetet fjärmades från verkligheten p.g.a. svårigheter att se de lokala förutsättningarna för arbetet. Ett statligt huvudmannaskap uppgavs också medföra att en skiljelinje uppstår mellan ledning och planering och det praktiska smittskyddsarbetet. Vidare befarades administrativa problem i samarbetet för att minska smittspridningen.

16.4 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har enligt 65 § smittskyddslagen tillsyn över smittskyddet. Enligt Statskontorets rapport har Socialstyrelsen för uppgifterna inom smittskyddet organiserat en smittskyddssektion inom den nationella tillsynsenheten. Den nationella tillsynsenheten är skild från de regionala tillsynsenheterna, som är sex till antalet. Smittskyddssektionen

leds av en sektionschef, som är infektionsläkare och Socialstyrelsens specialsakkunnig i smittskydd. Sektionen består härutöver av ytterligare en infektionsläkare, en jurist och en samhällsvetare. Vid behov utnyttjas också den nationella tillsynsenhetens jurist.

Socialstyrelsens tillsynsansvar omfattar all verksamhet som bedrivs av myndigheter och andra som har ålagts ett ansvar enligt smittskyddslagen. För att kunna fullgöra sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen rätt att få tillgång till de handlingar och upplysningar som behövs samt att inspektera den smittskyddsverksamhet som bedrivs. De som kan bli föremål för sådan inspektion är de som har särskilda uppgifter inom smittskyddet, nämligen smittskyddsläkare, kommunala nämnder med uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen har vidare befogenhet att meddela de förelägganden som behövs för att lagen eller de föreskrifter som meddelats med stöd av lagen efterlevs. Ett föreläggande får förenas med vite.

Socialstyrelsen får också med stöd av 69 § smittskyddslagen och 10 § smittskyddsförordningen meddela föreskrifter om frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination. Med stöd i denna bestämmelse har Socialstyrelsen utfärdat bl.a. "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av smittskyddslagen (SOSFS 1989:18)". I Socialstyrelsens uppgifter ingår också att fatta beslut i enskilda fall rörande statens kostnadsansvar vid tillämpning av bestämmelserna om kostnadsfria förmåner i smittskyddslagen.

Enligt Statskontorets rapport utgör *tillsynsverksamheten* en viktig del av smittskyddssektionens arbetsuppgifter. Tillsynsresor görs för att se hur smittskyddet fungerar i praktiken. Ibland kan den direkta tillsynen medföra att problem uppmärksammas vilket i sin tur kan leda till att en föreskrift eller allmänt råd meddelas. Föreskrifter och allmänna råd kan också utfärdas med hänsyn till behovet av sådana på grund av de uppenbara risker som föreligger i samband med vissa verksamheter eller på grund av att man vill skapa en nationell strategi eller en enhetlig tillämpning. Anmälningar från bl.a. patienter handläggs av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. I ärenden som innehåller frågor om smittskydd, särskilt om de är av principiell karaktär, inhämtas dock utlåtande från smittskyddssektionen. I anslutning till sådana ärenden förekommer det att Socialstyrelsen begär in uppgifter, tar del av akter och också besöker aktuella kliniker.

Smittskyddssektionen har också en *expertfunktion* som innebär bl. a. att sektionen är remiss- och konsultinstans i samtliga ärenden hos Socialstyrelsen som rör frågor om smittskydd och infektioner. En del av sektionens arbete innefattar också kontakter med allmänheten och med media. Vidare representerar smittskyddssektionen Socialstyrelsen

i flera nationella organ och arbetsgrupper. Andra myndigheter med vilka ett viktigt samarbete förekommer är Jordbruksverket, Livsmedelsverket och Läkemedelverket. Smittskyddssektionen initierar och tillsätter också ett flertal arbetsgrupper av experter inom många för smittskyddet viktiga områden, vars arbete resulterar i olika rapporter.

Smittskyddssektionen har vidare täta *smittskyddsläkarkontakter*. Smittskyddsläkarna efterhör ofta Socialstyrelsens uppfattning i olika frågor. Smittskyddssektionen träffar även smittskyddsläkarna vid de smittskyddsläkarkonferenser som hålls två gånger per år. I svaren på Statskontorets enkät till smittskyddsläkarna framfördes att Socialstyrelsen gav smittskyddsläkarna ett bra stöd, särskilt i frågor av juridisk art.

Här skall anmärkas att enligt uppgift från Socialstyrelsen utgör smittskyddssektionen fr.o.m. den 1 januari 1999 en egen enhet, smittskydds-enheten. Enheten leds av en enhetschef som är medicinalråd.

16.5 Smittskyddsinstitutet

SMI skall enligt 8 § smittskyddsförordningen fortlöpande sammanställa anmälningar till institutet enligt 20 och 22 §§ smittskyddslagen och med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser för dessa till berörda myndigheter, läkare och veterinärer. I övrigt har institutet inte några i smittskyddslagen eller smittskyddsförordningen reglerade uppgifter. SMI:s uppgifter inom smittskyddet anges i stället i förordningen (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet och i de särskilda regleringsbrev.

SMI är en central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor nationellt och internationellt, aktivt medverka till att skyddet mot sådana sjukdomar upprätthålls och förstärks samt i dessa frågor samverka med berörda myndigheter och organisationer. Institutet skall särskilt informera om det epidemiologiska läget beträffande smittsamma sjukdomar bland människor, lämna förslag till åtgärder som kan hindra spridningen av sjukdomarna och aktivt medverka till att diagnostiken av de epidemiska sjukdomarna blir tillförlitlig och snabb. SMI skall också bedriva forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet samt som centralt expertorgan stå till förfogande för att mot avgift utföra diagnostik av unik natur.

I regleringsbrevet för 1997 uppställs verksamhetsmål för SMI:s verksamhetsgrenar smittskydd, forskning och utveckling, kvalitetsstöd, speciell diagnostik och försöksdjursverksamhet. Vad härvid gäller verksamhetsgrenen smittskydd skall denna medverka till en effektivare

spårning och behandling av smitta och smittsamma sjukdomar bland människor genom att

- bevaka, analysera och informera om det epidemiologiska läget internationellt och nationellt och föreslå åtgärder som detta kan föranleda till berörda myndigheter och organisationer,
- tidigt identifiera smittrisker i omgivande miljö för att snabbt kunna föreslå åtgärder för att minska uppkomst och spridning av smittsamma sjukdomar,
- bevaka resistensutvecklingen hos mikroorganismer mot antimikrobiella substanser,
- bevaka, analysera och informera om vaccinationstäckningen samt immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper och föreslå vaccinationsåtgärder.

SMI leds av en generaldirektör som också är ordförande i institutets styrelse. Under generaldirektören med kansli sorterar tio enheter, bl.a. den epidemiologiska, den bakteriologiska och den virologiska enheten. SMI har 250 anställda, varav sex professorer i smittskydd. Till organisationen har knutits två rådgivande nämnder; Centrallaboratorienämnden och Epideminämnden, i vilka den epidemiologiska utvecklingen och förslag till smittskyddsåtgärder diskuteras och presenteras. I dessa nämnder finns företrädare för de mikrobiologiska laboratorierna, smittskyddsläkare, infektionsläkare och sjukhuskliniker. Även Socialstyrelsen är representerad i Epideminämnden. För smittskyddet betydelsefullt samarbete sker även med andra myndigheter, främst Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Livsmedelsverket, Jordbruksverket och Folkhälsoinstitutet. SMI är vidare representerat i flera närliggande myndigheters styrelser och i ett stort antal nationella nämnder, referensgrupper och expertgrupper.

Institutet har också en central roll i det svenska smittskyddets kontakter med bl.a. andra länders smittskydds- och forskningsorganisationer och representerar i olika former Sverige i WHO och EU (se närmare om det internationella samarbetet i kap. 20).

SMI har också en omfattande utåtriktad informations- och utbildningsverksamhet inom smittskyddsområdet. Sådana aktiviteter genomförs ofta i samverkan med universitet och högskolor, andra myndigheter och organisationer. Vidare hålls s.k. SMI-dagar vid vilka olika epidemiologiska frågor behandlas för forskare, smittskyddsläkare och laboratoriepersonal.

SMI:s bevakning av infektionsläget baseras till stor del på rapportering enligt smittskyddslagen. Utifrån denna bevakning och genom utredningar av utbrott kan SMI ge expertråd och underlag till de lokala,

regionala och nationella instanser som har ansvar för olika uppgifter inom smittskyddet. En viktig del i den epidemiologiska bevakningen är också att samverka med bl.a. infektionskliniker, mikrobiologiska laboratorier och smittskyddsläkare. Enligt utvärderingen föreligger också i praktiken ett nära fortlöpande samarbete med bl.a. smittskyddsläkarna som fungerat väl.

Vad gäller SMI:s direkta utredningsinsatser framgår av institutets årsredovisning avseende 1997 att dessa varierade från i vissa fall telefonrådgivning under några minuter till utredningsinsatser som kunde kräva flera månaders arbete. Mer betydande utredningsinsatser, dvs. insatser som krävde minst en dags arbete, gjordes under 1997 vid 22 utbrott av smittsamma sjukdomar. I 18 fall kunde smittkällan bestämmas.

16.6 Sammanfattning av Statskontorets bedömningar av smittskyddsorganisationen

Inledningsvis skall erinras om att frågor om det kommunala smittskyddsarbetet samt om kostnader och kostnadseffektivitet inte berörs i detta kapitel. Beträffande dessa frågor hänvisas till kap. 9 och kap. 18.

Enligt Statskontorets bedömning visar utvärderingen att smittskyddsorganisationen i stort sett fungerar bra. Några stora strukturella problem har inte kunnat upptäckas och det har heller inte framkommit något som tyder på att nuvarande organisation inte skulle vara ändamålsenlig. Enligt Statskontoret förefaller den ansvars- och uppgiftsfördelning som finns mellan den centrala nivån, landstingsnivån och den kommunala nivån vara väl avvägd och i överensstämmelse med de grundläggande motiv som var utgångspunkter för nu gällande smittskyddslag. Enligt utvärderingen är samverkan och samarbetet aktörerna emellan omfattande och fungerar i allt väsentligt väl. Även samarbetet med andra aktörer synes fungera bra.

Även om smittskyddsorganisationen således i huvudsak bedöms fungera väl har Statskontoret i utvärderingen lyft fram vissa områden där bilden inte har varit helt problemfri. Såvitt avser smittskyddsarbetet på landstingsnivå konstaterar Statskontoret att det finns stora skillnader mellan de olika landstingens resursinsatser för att lösa likartade uppgifter, men att det troligen inte går att finna ett säkert samband mellan resursinsatserna och smittskyddssituationen i varje landsting.

Smittskyddsläkarens ställning som myndighet tas också upp i Statskontorets sammanfattande bedömningar. Statskontoret konstaterar att smittskyddsläkaren fortfarande i flera landsting har den dubbla rollen

att både vara behandlande läkare och ha ställning som myndighet. Enligt Statskontoret kan därvid hans roll som behandlande läkare komma i konflikt med rollen som smittskyddsläkare, vilket kan medföra att t.ex. smittskyddsarbetet inte får den prioritet och självständighet i förhållande till vården som avsetts. Statskontoret framhåller också att denna dubbla ställning även kan vara tveksam från rättssäkerhetssynpunkt.

Beträffande uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och SMI framstår denna i sina huvuddrag som klar och även väl fungerande i det praktiska arbetet. Emellertid föreligger vissa oklarheter bl.a. beträffande vissa instruktionspunkter. Ett exempel är frågan om vem som har initiativrätten när det gäller att utreda vissa epidemiologiska sakförhållanden. Statskontoret konstaterar dock att myndigheterna har ett nära samarbete och utvecklade informella kontakter.

Slutligen lyfter Statskontoret fram vissa frågor rörande den statliga styrningen och den nationella uppföljningen av smittskyddsarbetet. Statskontoret påpekar att åtgärder mot smittsamma sjukdomar är sektorövergripande frågor men att det inte finns något centralt organ som har ansvaret för att samordna eller styra insatserna. Statskontoret konstaterar härvid att Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet inte har ansvar för att samordna och leda smittskyddet samt att nuvarande tillsyn i hög grad är rådgivande och stödjande. Vidare konstaterar Statskontoret att SMI i kraft av sin överblick och kompetens inom det epidemiologiska området, enligt nuvarande bestämmelser, kan påverka men inte leda smittskyddet. Statskontoret påpekar i sin sammanfattande bedömning att det under utredningsarbetets gång framförts synpunkter att staten på nationell nivå borde ta ett ökat ansvar för smittskyddet men framhåller samtidigt att frågan om det behövs en förstärkt styrning av landstingens och kommunernas smittskyddsarbete kan diskuteras. Beträffande den nationella uppföljningen av smittskyddsarbetet visar vidare utvärderingen att det finns svårigheter att sammanställa material för att få kunskaper om sambandet mellan smittskyddsåtgärderna, deras kostnader och effekter. Dessa brister sammanhänger enligt Statskontorets bedömning bl.a. med att det inte från statsmakternas sida finns klara uppföljningskrav på alla aktörer.

17 Den enskildes ekonomiska förmåner

17.1 Ekonomiska förmåner vid undersökning, vård och behandling vid smittsam sjukdom m.m.

17.1.1 Förmåner enligt smittskyddslagen

I smittskyddslagen finns bestämmelser om kostnadsfria förmåner för den enskilde vid samhällsfarlig sjukdom. Enligt 63 § första stycket smittskyddslagen är all *undersökning, vård och behandling* som behövs från smittskyddssynpunkt vid sådan sjukdom gratis för den enskilde inom *landstingets hälso- och sjukvård*. Kostnadsfriheten gäller såväl undersökning för att utreda om patienten är smittad av en samhällsfarlig sjukdom som den vård och behandling som därefter krävs. En grundläggande förutsättning är dock att åtgärden behövs från smittskyddssynpunkt. Enligt förarbetena får detta inte ges en för begränsad tolkning utan kostnadsfriheten skall gälla alla åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Sjukdom som inte har något samband med den samhällsfarliga sjukdomen liksom skador och komplikationer som uppträder efter det att sjukdomen har upphört att vara smittsam eller som inte påverkar smittsamheten skall däremot inte medföra gratis hälso- och sjukvård.

När det gäller åtgärder av *privatläkare* är kostnadsfriheten begränsad. Enligt 63 § andra stycket smittskyddslagen är *undersökning* för att utreda om någon är smittad av en samhällsfarlig sjukdom gratis för patienten. Efterföljande vård och behandling omfattas däremot inte av kostnadsfriheten. Som en ytterligare förutsättning för kostnadsfrihet gäller att läkaren ifråga får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).

Den enskildes kostnader för *läkemedel* regleras i 63 § tredje stycket smittskyddslagen, vari stadgas att läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom är gratis. Även såvitt gäller läkemedel anges i förarbetena att bestämmelsen inte

får ges en för begränsad tolkning. Förutom läkemedel som leder till smittfrihet omfattas också läkemedel som minskar smittsamheten genom att t.ex. nedbringa mängden smittämne eller hämma dess tillväxt. Kostnadsfriheten gäller oavsett om läkemedlet förskrivits av läkare inom landstingets hälso- och sjukvård eller av privat verksam läkare och oavsett om den senare får ersättning enligt LOL eller ej.

De kostnadsfria förmånerna i 63 § har begränsats till att omfatta dem som är sjukförsäkrade enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), dvs. svenska och utländska medborgare som är bosatta i Sverige. För asylsökande och vissa andra utlänningar som söker uppehållstillstånd för att de är i behov av skydd finns bestämmelser om kostnadsfrihet vid bl.a. vård och åtgärder enligt smittskyddslagen i förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. Här skall också uppmärksammas att rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen medför bl.a. att ett krav i nationell lagstiftning på bosättning i landet inte kan upprätthållas beträffande dem som omfattas av förordningen.

Kostnadsansvaret för de ovan redovisade förmånerna är enligt 64 § smittskyddslagen uppdelat mellan landstinget och staten. Landstinget svarar för kostnader för undersökning, vård och behandling inom landstingets hälso- och sjukvård och för undersökning av privatläkare som får ersättning enligt LOL samt för läkemedel som förordnats inom den egna hälso- och sjukvården. För övriga kostnader svarar staten. Hit hör kostnader för läkemedel som förskrivits av privatläkare. Härutöver svarar staten enligt 7 § andra stycket smittskyddsförordningen för kostnader för undersökning, vård och behandling, dock inte läkemedel, av en patient som inte är sjukförsäkrad enligt AFL om läkaren är privat verksam och har ersättning enligt LOL samt visar att han inte har kunnat få betalt av patienten. Ersättning för de kostnader som staten skall svara för utbetalas av Socialstyrelsen.

För hälso- och sjukvård som omfattas av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen får landstingen ersättning från sjukförsäkringen enligt förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Något om tillämpningen av bestämmelserna

Enligt de uppgifter som kommit kommittén till del, däribland en opublicerad rapport från en utredning på uppdrag av Socialstyrelsen om fördelningen av kostnadsansvaret vid smittskyddslagens tillämpning, kan svåra gränsdragningsproblem uppstå när det gäller frågor om kostnadsfrihet för patienten. Bestämmelserna om gratis förmåner för patienten synes vidare i vissa fall ha tolkats mer snävt än vad som avsetts vid lagens tillkomst.

Bedömningen huruvida förutsättningarna för kostnadsfrihet är uppfyllda görs i regel av den enskilde läkaren, eventuellt efter hörande av smittskyddsläkaren. De s.k. smittskyddsbladen som smittskyddsläkarföreningen enats om kan också ge viss ledning vid bedömningen. Det slutliga avgörandet ligger emellertid hos den som skall svara för kostnaden, dvs. landstinget eller i vissa fall staten genom Socialstyrelsen. Patienten saknar rätt att klaga på det beslut som fattas i frågan.

Någon förteckning över vilka läkemedel som skall vara gratis för den enskilde enligt smittskyddslagen finns inte. Socialstyrelsens uppfattning i frågan kommer till uttryck genom de beslut Socialstyrelsen fattar i enskilda fall och bygger på medicinsk dokumentation rörande ett läkemedels effekt när det gäller smittsamheten. Socialstyrelsen har även möjlighet att höra styrelsens vetenskapliga råd i frågan.

Bedömningarna rörande huruvida ett läkemedel omfattas av kostnadsfrihet har enligt uppgifter från bl.a. Apoteksbolaget AB inte varit enhetliga i landet. Det förhållandet att skilda uppfattningar råder har bl.a. kunnat leda till att ett apotek, om apoteket bedömer att det inte kommer att få betalt av landstinget i fråga eller av Socialstyrelsen, inte kostnadsfritt lämnar ut ett läkemedel trots att den förskrivande läkaren angivit på receptet att det skall vara gratis.

17.1.2 Förmåner vid läkarundersökning m.m. enligt livsmedelslagstiftningen

Liksom i smittskyddslagen ställs i livsmedelslagstiftningen krav på läkarundersökning i vissa fall för att förhindra att smitta sprids. Enligt 32 § livsmedelsförordningen (1971:807) skall läkarundersökning och annan hälsokontroll, som den som sysslar med livsmedelshandling är skyldig att genomgå enligt föreskrifter av Livsmedelsverket, bekostas av den som driver livsmedelsverksamheten. Den som sysslar med livsmedelshandling kan också vara skyldig att genomgå läkarundersökning på uppmaning av tillsynsmyndigheten, vanligtvis miljö- och hälsoskyddsmyndigheten eller motsvarande nämnd. Kostnaden för sådan under-

sökning skall enligt 33§ samma förordning bestridas av myndigheten om den inte ersätts enligt smittskyddslagen.

17.1.3 Vissa förmåner enligt annan lagstiftning

I *lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade* finns bestämmelser om avgiftsbefrielse för den som vid behandling inom den svenska hälso- och sjukvården fått hivinfektion vid användning av blod eller blodprodukter. Dessa förmåner gäller även i vissa fall personer som fått hivinfektion av sådan person om de är eller har varit gifta med varandra eller sammanbott med varandra under äktenskapsliknande förhållanden. Förmånerna, som ersätts av sjukförsäkringen, innebär i princip att de personer som omfattas av lagen är befriade från att betala avgifter för sjukhusvård, tandvård och läkemedel. I detta sammanhang kan också nämnas att *lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård* innehåller särskilda bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet för närstående som vårdar en person som smittats på ovannämnt sätt.

Förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar innehåller bestämmelser om den vårdavgift som bl.a. de som ansökt om uppehållstillstånd som flyktingar eller skyddsbehövande i övrigt i utlänningslagens bemärkelse skall betala. Enligt 4 § nämnda förordning skall dock någon avgift inte erläggas för vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Här skall uppmärksammas att bland de utlänningar som inte omfattas av förordningen ingår utlänningar som ansökt om uppehållstillstånd i Sverige och som av särskilda skäl medgetts tillstånd att vistas här medan ansökan prövas. De som avses här är de s.k. anknytningsfallen, vilka i regel är nära anhöriga till personer som beviljats uppehållstillstånd och tagits emot av en kommun. För dessa föreligger alltså inte ovan nämnda avgiftsfrihet vid vård och åtgärder enligt smittskyddslagen.

Rätt till gratis undersökning och behandling vid gonorré, klamydia-infektion och syfilis har svenska och utländska sjömän som tillhör handelsflottan enligt *förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar*. Förordningen ansluter till en internationell överenskommelse i Bryssel den 1 december 1928 som Sverige ratificerat. Varje landsting med hamn för trafik med utlandet skall inom sitt område svara för nämnda undersökning och behandling. Förordningen innehåller också vissa bestämmelser rörande vad en befälhavare har att iaktta för att fartygspersonal skall få information om var och när gratis undersökning och behandling kan fås. Om sjömannen inte är sjukförsäkrad enligt AFL

svarar staten för kostnaderna för undersökning, behandling och läkemedel. I annat fall svarar landstingen för kostnaderna enligt bestämmelserna i smittskyddslagen. Ersättningen för kostnaderna som staten skall svara för utbetalas av Socialstyrelsen. Enligt uppgift från Socialstyrelsen har det veterligen inte förekommit något fall där statens kostnadsansvar aktualiserats.

17.2 Ersättning vid avstående från förvärvsarbete för att förhindra smittspridning

17.2.1 Ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga kan vara berättigad till ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare. Den som förlorat sin arbetsförmåga på grund av en smittsam sjukdom omfattas däremot inte av lagen utan är i stället hänvisad till förmåner enligt AFL såsom sjukpenning eller – om nedsättningen är varaktig eller bestående för avsevärd tid – till förtidspension respektive sjukbidrag.

Ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare kan utgå för inkomstbortfall, i form av *smittbärrarpenning*, och för resekostnader. En förutsättning för att smittbärrarpenning skall utgå är att personen i fråga måste avstå från förvärvsarbete antingen på grund av beslut enligt smittskyddslagen, livsmedelslagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av sistnämnda lag eller också på grund av en läkarundersökning som företas på eget initiativ och som syftar till att utröna om personen ifråga är smittad av en samhällsfarlig sjukdom eller har en sjukdom, skada eller dylikt som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda. Ett beslut enligt smittskyddslagen kan endast fattas vid samhällsfarlig sjukdom. Beslutet kan avse förhållningsregler om t.ex. isolering eller avstängning från arbete. Det kan också avse tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande eller tvångsisolering. De beslut enligt livsmedelslagstiftningen som avses kan t.ex. gälla skyldighet att genomgå läkarundersökning eller förbud att arbeta inom livsmedelshanteringen.

Smittbärrarpenning utges med belopp som motsvarar smittbärrarens sjukpenning och sjukpenningtillägg på grund av frivillig sjukförsäkring enligt AFL. Den kan utgå som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels smittbärrarpenning. Någon karensdag gäller inte utan ersättning utgår

från första dagen i ersättningsperioden. Vidare innehåller lagen regler till undvikande av dubbel kompensation för inkomstbortfallet. Smittbärapenningen skall således minskas med vissa i lagen angivna förmåner, som t.ex. sjukpenning eller föräldrapenningförmåner enligt AFL eller sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring, i den utsträckning förmånerna utges för samma tid. Avräkning skall även göras mot motsvarande förmåner som utges på grund av utländsk lagstiftning. Lagen innehåller också en bestämmelse som medger möjlighet att sätta ned eller dra in smittbärapenningen om smittbärapenningen inte följer förhållningsregler som getts med stöd av smittskyddslagen eller särskilda villkor i samband med beslut enligt livsmedelslagstiftningen.

Resekostnadsersättning är den andra formen av ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare. Enligt lagen föreligger rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i smittskyddslagen eller livsmedelslagstiftningen. Ersättningen bestäms efter en skälighetsprövning från fall till fall och kan utges oavsett behovet att avstå från förvärvsarbete. Resekostnadsersättning utgår inte om ersättning för resan kan utges enligt annan lagstiftning.

Ärenden enligt lagen om ersättning till smittbärare handläggs av försäkringskassan. En ansökan om ersättning skall göras skriftligen och till denna skall bifogas en kopia av det aktuella beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll. Avser ansökan smittbärapenning för företagen läkarundersökning eller resekostnadsersättning skall istället bifogas ett intyg om åtgärden.

Ersättning enligt lagen om smittbärare har under tiden 1993–1996 utgivits med i genomsnitt ca 4,4 miljoner kr per år. I en studie 1993 rörande salmonella uppskattades omkring 80 procent av den smittbärapenning som utges avse sjukdomen salmonella.

17.2.2 Tillfällig föräldrapenning

En förälder som behöver avstå från förvärvsarbete för vård av smittförande barn har inte rätt till ersättning enligt lagen om ersättning till smittbärare utan kan i stället vara berättigad till tillfällig föräldrapenning enligt AFL.

Enligt 4 kap. 10 § AFL har en förälder rätt till tillfällig föräldrapenning om barnet inte fyllt tolv år och föräldern behöver avstå från förvärvsarbete i samband med bl.a. sjukdom eller *smitta hos barnet*. Med smitta avses här enligt förarbetena, förutom de samhällsfarliga sjuk-

domarna enligt smittskyddslagen, mera allvarliga barnsjukdomar som medför risk att sjukdomen sprids. Tillfällig föräldrapenning utges också om föräldern behöver avstå från förvärvsarbete vid sjukdom eller *smitta hos barnets ordinarie vårdare*. Denne kan vara såväl en hemarbetande förälder som en dagbarnvårdare eller en släkting. Ett daghem kan emellertid inte jämföras med vårdare utan det måste vara fråga om enskild person.

Tillfällig föräldrapenning i aktuella fall kan utges under högst 60 dagar per barn och år. När dessa dagar tagits ut kan ersättning betalas ut under ytterligare högst 60 dagar per barn och år. Dessa senare ersättningsdagar kan dock inte tas i anspråk vid den ordinarie vårdarens sjukdom eller smitta.

Riksförsäkringsverket rekommenderar i verkets Allmänna råd 1995:7, Föräldraförmåner, att bestämmelserna tillämpas så att ersättning betalas ut även när ett barn *misstänks* sprida smitta och därför inte får vistas inom den ordinarie barnomsorgen.

Frågor om ersättning på grund av smitta hos barn har aktualiserats bl.a. i samband med de insatser som gjorts i Malmöhus län för att förhindra spridning av resistent pneumokocker bland daghemsbarn. I nämnda län inhämtade smittskyddsläkaren ett klagande från försäkringskassan att resistent pneumokocker utgjorde sådan smitta som enligt kassans uppfattning grundade rätt till tillfällig föräldrapenning.

17.3 Ersättning för kostnader och förluster vid smittskyddsingripande mot objekt m.m.

Enligt 34 § *smittskyddslagen* får den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet låta förstöra gång- och sängkläder, husgeråd, möbler och andra föremål av personlig natur samt låta avliva sällskapsdjur, om det är nödvändigt för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Nämnden skall därvid betala skälig ersättning till den som drabbats av ett beslut om förstöring. Enligt vad som framkommit bl.a. vid kommitténs och Statskontorets kontakter med miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna i olika kommuner (jfr kap. 9) torde bestämmelsen om förstöring knappast ha använts.

Frågan om ersättning då ett sällskapsdjur avlivats regleras inte i smittskyddslagen utan i stället i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom (se nedan). Här skall erinras om att bestämmelser om ersättning vid smittskyddsåtgärder riktade mot djur också finns i

epizootilagen (1980:369) och förordningen (1984:306) om bekämpande av salmonella hos djur (jfr kap. 9).

I *förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom* finns bestämmelser om ersättning för företagsförluster och dylikt vid vissa ingripanden för att förhindra smittspridning. Genom förordningen ges möjlighet till ersättning i de fall det anses oskäligt att den skadelidande själv skall bära förlusten. En grundläggande förutsättning för ersättningsreglernas tillämpning är att ingripandet skett enligt smittskyddslagen och avsett de samhällsfarliga sjukdomarna upptagna under 1.1 och 1.2 i bilagan till smittskyddslagen eller sjukdomarna legionärssjuka, papegojsjuka eller tularemi eller enligt livsmedelslagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av sistnämnda lag.

Vad som ersätts är i huvudsak förluster på grund av förstörda varor och förluster på grund av driftsavbrott eller annat intrång i näringen. När det gäller ersättning till företag för utbetalda löner och ersättning för förlorad arbetsinkomst är ersättningen begränsad till visst belopp. Detta belopp har justerats vid flera tillfällen för att följa sjukpenningens utveckling men efter 1966 har någon höjning inte skett. Enligt en särskild bestämmelse kan ägaren till ett sällskapsdjur få skälig ersättning för den kostnad och förlust som åsamkats honom om en myndighet låtit avliva djuret.

Ersättningen enligt förordningen skall minskas med vad som kan utfås på grund av försäkringsavtal. Det föreligger vidare inskränkningar i ersättningsmöjligheterna vid bl.a. vållande eller försummelse av den skadelidande.

Frågor om ersättning enligt förordningen prövas av Kammarkollegiet. Under perioden 1993–1997 prövade Kammarkollegiet drygt 50 ansökningar. Den absolut övervägande delen av dessa ansökningar avsåg ingripanden enligt livsmedelslagstiftningen. I endast några enstaka fall hade ingripandet som låg till grund för ansökan skett med stöd smittskyddslagen.

18 Samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar

18.1 Inledning

I detta kapitel behandlas samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar. Någon samlad bild av dessa kostnader i Sverige finns inte, vare sig när det gäller sådana kostnader som direkt orsakats av sjukdomarna eller när det gäller kostnaderna för samhällets åtgärder att förhindra vidare spridning. Försök har gjorts i olika sammanhang att beräkna kostnaderna. Flera svårigheter har dock förelegat bl.a. på grund av att nödvändig grundinformation om enskilda åtgärder eller enskilda kostnadsposter saknas. För att åskådliggöra olika kostnader ges i kapitlet exempel på sådana beräkningar beträffande kostnader i olika avseenden. De olika studierna kan emellertid inte ge någon grund för en korrekt samlad bedömning. Det är vidare svårt att jämföra de olika beräkningarna bl.a. med hänsyn till att skilda beräkningsmetoder har använts för beräkningarna och med hänsyn till att underlaget för beräkningarna många gånger är ofullständigt och bygger på olika antaganden. Vidare omfattar vissa beräkningar av kostnaderna samtliga infektionssjukdomar medan andra har avgränsats till samtliga i smittskyddslagen anmälningspliktiga sjukdomar eller till de samhällsfarliga sjukdomarna.

Redovisningen i kapitlet bygger främst på en studie över samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar av smittskyddsläkaren Hans Fredlund och professor Johan Giesecke (fortsättningsvis benämnd *Fredlund m.fl.*, publicerad i *Läkartidningen* nr 6 1998;95:522–526), Socialstyrelsens rapport 1996 "Vad kostar sjukdomarna" och den utvärdering av smittskyddsorganisationen Statskontoret genomförd på kommitténs uppdrag (se närmare kap. 16).

18.2 Smittskyddsorganisationens kostnader

I Statskontorets uppdrag ingick att redovisa kostnaderna för smittskyddsorganisationen i snäv bemärkelse, dvs. Smittskyddsinstitutet

(SMI), Socialstyrelsen, smittskyddsläkarna och kommunerna. Av särskilt intresse har här varit landstingens kostnader för smittskyddsorganisationen. Av Statskontorets rapport framgår emellertid att någon samlad kostnadsbild inte har kunnat ges eftersom landstingen har svårt att redovisa flera kostnadsposter på ett enhetligt sätt. Vidare skiljer det sig markant mellan de olika landstingen beträffande vad som ingår i smittskyddsläkarnas budget, t.ex. när det gäller huruvida smittskyddsläkaren får anslaget medel för laboratorieanalyser och fria läkemedel.

Enligt rapporten uppgick *Socialstyrelsens* kostnader 1997 för tillsyn och föreskrifter rörande smittskyddet till 4 miljoner kr. *SMI:s* kostnader för den del av verksamheten som mer direkt är föranledd av smittskyddslagen uppgick till 45,1 miljoner kr. *Kommunernas* kostnader för det direkta smittskyddet har i rapporten uppskattats till storleksordningen 5 miljoner kr.

Landstingens kostnader för *smittskyddsläkarnas verksamhet*, med grund i statskontorets enkät till smittskyddsläkarna, har uppgivits uppgå till 100,3 miljoner kr. Härav avser 43,8 miljoner kr lönekostnader för smittskyddsläkarorganisationen och 11,5 miljoner kr vissa drifts- och övriga kostnader. Resterande belopp hänför sig till kostnader för uteblivna patientavgifter och tvångsisolering, se vidare avsnitt 18.3 nedan. Till detta kommer bl.a. kostnader för laboratorieprov och fria läkemedel vid de samhällsfarliga sjukdomarna samt för information och utbildning. För de smittskyddsläkare som redovisat dessa kostnader i enkäten uppgick sådana kostnader till sammanlagt omkring 39 miljoner kr. Statskontoret framhåller emellertid att kostnaderna för smittskyddsverksamheten torde vara väsentligt högre än vad som kunnat redovisats.

Enligt Statskontorets rapport uppgick smittskyddsläkarenheternas löne- och driftskostnader (utöver lokal och telefon) 1997 till totalt ca 52 miljoner kr. Beräknat per invånare var den genomsnittliga kostnaden därvid 5:85 kr. Emellertid var spännvidden mellan de olika landstingen mycket stor. Kostnaden per invånare varierade mellan 2:27 kr (Landstinget i Östergötland) och 13:83 kr (Gotlands kommun).

Smittskyddsverksamheten, med den avgränsning som gjorts ovan, är i huvudsak offentligt finansierad. För landstingen utgörs dock en mindre del av finansieringen av patientavgifter. Det bör dock erinras om att för de samhällsfarliga sjukdomarna är undersökning och läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt helt kostnadsfria för patienten. För SMI:s del är den verksamhet som medräknats ovan anslagsfinansierad. Emellertid har SMI också avgiftsfinansierad verksamhet för bl.a. diagnostik av smittämnen.

18.3 Kostnader för vissa smittskyddsåtgärder

Bland de konkreta smittskyddsåtgärder som omfattas av smittskyddslagens bestämmelser ingår bl.a. för den enskilde kostnadsfri undersökning, vård och behandling i vissa fall vid samhällsfarliga sjukdomar. Det har emellertid visat sig mycket svårt att få kunskap om kostnaderna för dessa förmåner. Enligt en grov uppskattning beräknar Statskontoret att kostnaderna för uteblivna patientavgifter uppgår till 16 miljoner kr årligen. Någon motsvarande uppskattning beträffande kostnaden för de fria läkemedlen, dvs. den del av läkemedelskostnaden patienten själv skall betala, har inte kunnat erhållas.

Enligt Fredlund m.fl:s beräkning kan de årliga laboratoriekostnaderna för de enligt smittskyddslagen anmälningspliktiga sjukdomarna uppskattas till 115 miljoner kr. I Statskontorets rapport var de redovisade totala kostnaderna för de samhällsfarliga sjukdomarna ca 20 miljoner kr för 16 landsting. Med grund i de redovisade kostnaderna skulle en omräkning till riket enligt Statskontoret indikera på att kostnaderna ligger runt 90–130 miljoner kr per år.

Beträffande kostnaderna för tvångsåtgärder har kostnaden för tvångsisolering enligt Statskontoret beräknats uppgå till 29 miljoner kr 1997. Någon uppgift om vad tvångsundersökning kostar samhället har inte kunnat erhållas.

Kostnaderna för blodgivarscreening beräknas enligt Fredlund m.fl. uppgå till ca 70 miljoner kr per år och för mödrahälsovårdsscreening till 40 miljoner kr per år. Vidare uppskattar Fredlund m.fl. kostnaderna för barnvaccinationsprogrammet till 115 miljoner kr årligen och skolvaccinationsprogrammet till 24 miljoner kr.

Här bör också nämnas kostnaderna för Folkhälsoinstitutets preventiva arbete när det gäller hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. I institutets budget för år 1999 har ca 51 miljoner kr anslagits för denna verksamhet. Härutöver har staten beviljat 84 miljoner kr som tillfälligt bidrag till storstadsområdena för hivpreventivt arbete.

Beträffande kostnaderna för smittutredning vid objektrelaterad smitta har Statskontoret beräknat att kommunernas kostnader till följd av vatten- och livsmedelsburen smitta uppgår till 2,5 miljoner kr årligen. Enligt Jordbruksverket uppgick kostnaderna 1997 för utredning vid salmonella hos djur till ca 5,7 miljoner kr.

18.4 Direkta och indirekta kostnader för smittsamma sjukdomar

I föregående avsnitt har olika uppskattningar presenterats av kostnader för organisation och åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Av intresse är också att belysa de kostnader i övrigt som förekomsten av de smittsamma sjukdomarna orsakar samhället. Sådana kostnader kan delas in i direkta kostnader, varmed här avses kostnader för den öppna och den slutna vården samt läkemedelskostnader och indirekta kostnader, varmed avses kostnaderna för samhället i övrigt och för den enskilde. Nedan redogörs för olika uppskattningar av sådana direkta och indirekta kostnader.

18.4.1 Sjukvårdens direkta kostnader

Sluten vård

Samlade uppgifter för hela riket avseende kostnader för den slutna vården vid olika sjukdomar saknas. Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om diagnos och vårdtid kan emellertid ge en viss uppfattning om i vilken utsträckning olika sjukdomar föranlett sluten vård och med ledning av dessa uppgifter kan kostnaderna till viss del belysas. Någon rättvisande bild ger dock inte dessa uppgifter, bl.a. på grund av att flera sjukdomstillstånd kan föreligga samtidigt. Det skall också beaktas att kostnaderna är beroende av vilka insatser från sjukvårdens sida som krävs vid det aktuella vårdtillfället. Så kan kostnaden för ett vårddygn i genomsnitt beräknas till omkring 4 000 kr. Om sjukdomstillståndet emellertid är sådant att det föranleder vård på en intensivvårdsavdelning kan vårddygnskostnaden istället uppgå till omkring 20 000 kr.

Även om uppgifterna från patientregistret inte kan ge grund för några tillförlitliga kostnadsberäkningar kan dessa ändå ge en viss bild av kostnadsläget. För de samhällsfarliga sjukdomar som rapporterats till SMI 1996 har sammanlagt 16 858 vårddygn registrerats där den samhällsfarliga sjukdomen angivits som huvuddiagnos. Vid en vårdkostnad om 4 000 kr per vårddygn skulle kostnaden för den slutna vården för de samhällsfarliga sjukdomarna 1996 uppgå till närmare 68 miljoner kr. Bland dessa samhällsfarliga sjukdomar svarade tuberkulos för 7 658 vårddygn, vilket skulle motsvara 30,6 miljoner kr. Vidare registrerades hivinfektion som huvuddiagnos under 1 709 vårddygn vilket skulle motsvara 6,8 miljoner kr och salmonella under 2 333 dagar vilket skulle motsvara 9,3 miljoner kr.

Vid övriga anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddslagen skulle vid en motsvarande beräkning kostnaderna för slutenvård 1996 uppgå till 59, 2 miljarder kr, varav campylobacter svarade för de största kostnaderna.

Ett försök att skatta kostnaderna för den slutna vården på grund av infektionsrelaterade sjukdomar har också gjorts i studien av Fredlund m.fl. Enligt denna analys beräknas kostnaderna för slutenvård uppgå till 2,4 miljarder kr. Som jämförelse kan nämnas att i Socialstyrelsens rapport beräknades kostnaderna år 1991 för slutenvård vid sjukdomsgruppen infektionssjukdomar och parasitsjukdomar till ca 0,8 miljarder. Emellertid utgör denna grupp endast en begränsad del av de infektionsrelaterade sjukdomarna, eftersom sådana även förekommer under bl.a. sjukdomsgrupperna andningsorganens sjukdomar och sjukdomar i urin- och könsorganen.

Öppen vård

Fredlund m.fl. skattar kostnaden för läkarbesök inom primärvården på grund av infektioner till omkring 1,7 miljarder kr per år. I Socialstyrelsens rapport uppskattades kostnaderna för enbart sjukdomarna i sjukdomsgruppen infektions- och parasitsjukdomar 1991 till ca 1 miljard kr. I dessa kostnader ingår dock såväl primärvård som öppen specialistvård. Som ovan anmärkts upptar emellertid denna sjukdomsgrupp endast en del av infektionssjukdomarna.

Läkemedelskostnader

På grundval av statistik från Apoteksbolaget för 1995 har Fredlund m.fl. beräknat att apotekskostnaderna för infektionssjukdomar uppgår till ca 1,3 miljarder kr.

18.4.2 Indirekta kostnader

Enligt Socialstyrelsens rapport beräknades de indirekta kostnaderna, avseende kostnader för mortalitet, förtidspension och tillfällig sjuklighet, för sjukdomsgruppen infektions- och parasitsjukdomar 1991 uppgå till ca 2,5 miljarder kr. Med indirekta kostnader avsågs här produktionsbortfallet, dvs. de varor och tjänster som en nation går miste om till följd av att vissa människor drabbas av sjukdom.

Beträffande kostnader för sjukskrivning p.g.a. infektionssjukdom betalas de första två veckorna av arbetsgivaren. Riksförsäkringsverket

för heller inte någon löpande statistik över hur utbetald sjukersättning fördelar sig på olika diagnoser. Någon uppgift om kostnaderna för sjuk-skrivning vid smittsam sjukdom kan därför inte erhållas. Riksförsäkringsverket har emellertid genomfört vissa studier bl.a. för antal sjuk-dagar och diagnos under 1990. Av studien framgick att av sammanlagt drygt 121 miljoner ersatta sjukdagar år 1991 svarade sjukdomsgruppen infektions- och parasitsjukdomar för 4 miljoner sjukdagar. Drygt hälften av dessa berodde på "olika tarminfektioner". Härutöver svarade infektioner i andningsorganen för 12 miljoner sjukdagar och influensa för 3,5 miljoner sjukdagar.

Under 1996 utbetalades 4,7 miljoner kr i ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare (jfr kap. 17). Huvuddelen av dessa ersättningar torde hänföra sig till personer som smittats av salmonella.

Vidare utbetalades under 1996 tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn med 2,2 miljarder kr. Enligt Fredlund m.fl.:s studie torde en övervägande del av denna kostnad kunna hänföras till infektionssjukdomar.

18.4.3 Kostnadsberäkningar för vissa sjukdomar

Beträffande vissa sjukdomar finns studier som närmare belyser kostnaderna som dessa sjukdomar föranlett. Här skall ges några sådana exempel. Den genomsnittliga kostnaden, direkta och indirekta kostnader inbegripna, för *hepatit B* hos vuxna har beräknats uppgå till ca 22 000 kr per patient, varav 13 000 hänförde sig till medicinsk vård. Kostnaderna för inhemska fall av *salmonella* har, enligt en studie som även den grundade sig på förhållanden 1992, beräknats sammanlagt till knappt 10 miljoner kr varav 48 procent avsåg direkta kostnader. Här bör dock uppmärksammas att i majoriteten av de fall av salmonella som diagnosticeras i Sverige har smittan erhållits utomlands. Kostnaderna för salmonella är således väsentligt högre än denna beräkning. De direkta och indirekta kostnaderna vid okomplicerad *klamydia* har enligt Fredlunds m.fl.:s artikel beräknats till sammanlagt 12 miljoner kr årligen.

I Socialstyrelsens rapport 1994:3 "HIV och AIDS i vården i stor-stadsregionerna" uppskattades landstingens kostnader vid *hiv/aids* totalt till 300–480 miljoner kr per år. Därav avsåg 200–360 miljoner kr somatisk vård och 100–120 miljoner kr preventiva psykosociala insatser. Enligt en analys vid Huddinge sjukhus har vården förändrats sedan början av 1990-talet bl.a. på så sätt att mindre kostnadskrävande vårdformer har börjat tillämpas. Samtidigt har läkemedelskostnaderna

ökat till att numera utgöra nästan 50 procent av den sammanlagda budgeten för hiv/aidsvården. Analysen visade att totalkostnaden för en hivpatient vid Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus och vid den s.k. Venhälsan (se kap. 13.5.1) 1997 uppgick till mellan 97 000 och 128 000 kr, varav mellan 43 000 och 60 000 kr avsåg kostnader för hiv-läkemedel. För de tre Stockholmsklinikerna, som tillsammans har kontakt med omkring 1 400 hivinfekterade, uppgår den årliga kostnaden för hivläkemedel till omkring 70 miljoner kr. Några direkta studier över kostnaderna för *vårdrelaterade infektioner* i Sverige finns inte. I Socialstyrelsens rapport 1998:19 "Vårdrelaterade infektioner. En verksamhetsöversyn" presenteras olika försök att uppskatta dessa kostnader. I rapporten konstateras dock att beräkningarna är ofullständiga och bygger på vissa antaganden. Enligt vad som presenteras i rapporten beräknades vårdkostnaderna för postoperativa infektioner till 675 miljoner kr 1988. Vidare beräknas kostnaderna för vård av patienter med antibiotikautlöst diarré vara i storleksordningen 250–500 miljoner kr. Här kan också nämnas att vården av patienter med MRSA (meticillinresistenta stafylokocker jfr kap. 4) i Göteborg beräknas ha kostat i storleksordningen 6 miljoner kr 1995.

18.5 Avslutande kommentarer

Som framhållits i inledningen finns inte någon samlad bild av vad de smittsamma sjukdomarna kostar samhället. Att det inte är möjligt att närmare beräkna samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar beror delvis på att många frågor kring smittsamma sjukdomar är svåra att värdera ekonomiskt. Bristerna beror emellertid till stor del också på att uppgifter rörande olika kostnader saknas eller inte finns redovisade på ett sådant sätt att de kan ligga till grund för samhällsekonomiska analyser. I kapitlet har redovisats olika försök att beräkna och uppskatta kostnader för smittsamma sjukdomar. Från dessa olika beräkningar kan dock inte de sammanlagda samhällskostnaderna fastställas. Fredlund m.fl. har med grund i de sammanställda beräkningarna av olika kostnader försökt att uppskatta de totala kostnaderna. Deras slutsats är att samhällets kostnader för att förebygga smittsamma sjukdomar rimligen kan uppskattas till någon miljard kr per år och att samhällets kostnader för dem som blivit smittade kan uppskattas ligga mellan 5 och 10 miljarder kr.

19 Utländsk rätt

19.1 Smittskyddslagstiftning i Norden

19.1.1 Danmark

Smittskyddet regleras genom *lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme* som trädde i kraft 1980. Lagen gäller endast vissa uppräknade sjukdomar (dit hör inte hivinfektion eller aids), och de sjukdomar som omfattas indelas i allmänfarliga sådana (bl.a. fläckfeber och difteri) och övriga (t.ex. salmonella, tuberkulos och hepatit A). Vissa av bestämmelserna omfattar endast de allmänfarliga sjukdomarna. Sundhetsministern kan emellertid besluta att bestämmelserna även skall kunna tillämpas på övriga smittsamma sjukdomar då dessa uppträder på ett särskilt elakartat sätt eller har stor utbredning eller när existerande hygieniska förhållanden innebär en särskild risk för smittspridning. Sundhetsstyrelsen har utfärdat en kungörelse om läkares skyldighet att anmäla smittsamma sjukdomar. Somliga sjukdomar, bl.a. de allmänfarliga sjukdomarna och aids (men inte hivinfektion), är individuellt anmälningspliktiga.

Epidemikommissionen, en smittskyddsorganisation som finns i varje amtskommun (närmast motsvarande län), fattar beslut om flertalet av de åtgärder som regleras i smittskyddslagen. Kommissionen kan t.ex. låta avspärra områden, förbjuda offentliga möten, helt eller delvis stänga verksamheter som rör framställning eller distribution av livsmedel samt förbjuda smittbärare att arbeta inom sådan verksamhet, använda allmänna kommunikationsmedel m.m. Vidare kan förordnas att den som lider av en allmänfarlig sjukdom eller kan antas vara smittad av sådan skall låta sig läkarundersökas, isoleras och läggas in på sjukhus. Lagen anger ingen gräns för hur länge en isolering kan pågå. Om utbredningen av en allmänfarlig sjukdom inte kan hindras genom isolering kan sundhetsministern besluta att tvångsbehandling skall tillgripas; sådant beslut förutsätts endast fattas i extraordinära situationer. Sundhetsministern kan även förordna om tvångsvaccinering inom ett avgränsat område eller av en begränsad personkrets. Någon skyldighet för läkare att meddela förhållningsregler finns inte.

Könssjukdomar är uttryckligen undantagna från smittskyddslagens tillämpningsområde. Vissa bestämmelser rörande dessa återfinns i form av rekommendationer i den s.k. vejledning som Sundhetsstyrelsen har utarbetat för diagnosticering och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar. När det gäller smittspårning anges att läkaren i möjligaste mån skall försöka motivera sin patient att delta i sådan, men patienten har inte någon skyldighet att uppge vilka kontakter han haft. Möjlighet till anonym testning av sexuellt överförbara sjukdomar finns.

I den danska strafflagen finns en särskild ansvarsbestämmelse om överförande av smittsamma sjukdomar. Enligt bestämmelsen kan den som på ett hänsynslöst sätt upprepade gånger eller under i övrigt särskilt försvarande omständigheter framkallar fara för att annan skall smittas med en livshotande och obotlig sjukdom dömas till böter eller fängelse i högst fyra år. Bestämmelsens tillämpningsområde är inte begränsat till de sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen utan har en generell räckvidd. Enligt förarbetena innebär bestämmelsens utformning emellertid att den f.n. endast kan tillämpas på hiv/aids.

19.1.2 Norge

Den norska smittskyddslagen, *lov 5 aug. 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer*, trädde i kraft den 1 januari 1995. Lagen omfattar alla smittsamma sjukdomar, men skiljer mellan allmänfarliga och övriga smittsamma sjukdomar. Vilka sjukdomar som räknas till den förstnämnda kategorin bestäms av Social- och hälsodepartementet (bl.a. anses tuberkulos, difteri, hivinfektion och olika typer av hepatit som allmänfarliga smittsamma sjukdomar). Vissa av lagens bestämmelser gäller endast de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna.

Statens helsetilsyn har meddelat föreskrifter rörande anmälningsplikten av smittsamma sjukdomar. Ett antal förtecknade sjukdomar skall anmälas till SIFF (motsv. Smittskyddsinstitutet) och till kommunläkaren. Ett mindre antal sjukdomar, bl.a. gonorré, hivinfektion och syfilis, skall utan angivande av personuppgifter endast anmälas till SIFF.

Den som har skäl att tro att han har smittats av en allmänfarlig smittsam sjukdom har fyra typer av skyldigheter; att ge besked till och uppsöka läkare för nödvändig undersökning, att ge nödvändiga upplysningar som kan klargöra smittförhållandena, att ta emot smittskyddsvägledning samt att låta sig isoleras när det är nödvändigt. Skyldigheterna är emellertid inte sanktionerade. Önskemål om anonym hivtestning godtas.

Kommunstyrelsen kan besluta om att ett flertal olika åtgärder skall vidtas för att motverka smittspridning; bl.a. kan mötesförbud, stängning

av verksamheter och desinfektion komma ifråga. Beslut om tvångsåtgärder mot person fattas av den s.k. smittskyddsnämnden efter framställan av kommunläkaren (kommunläkaren har i vissa fall möjlighet att tillsammans med en läkare utsedd av fylkeskommunen fatta interimistiska beslut). Vägrar en smittad person att efter anmaning låta undersöka sig, kan beslutas att vederbörande skall läggas in på sjukhus för undersökning eller isolering i högst sju dagar. Dessa åtgärder får bara vidtas i syfte att klarlägga om en allmänfarlig smittsam sjukdom föreligger. Som ytterligare förutsättning gäller dessutom att åtgärden skall vara nödvändig för att motverka smittspridning. Tvångsundersökning kan således ej komma i fråga om resultatet av undersökningen har liten eller ingen betydelse för att motverka att sjukdomen överförs till andra. I smittskyddslagens förarbeten pekas på att det mot denna bakgrund vanligtvis inte är möjligt att företa hivtestning med tvång.

Om det är nödvändigt för att förebygga eller förhindra spridning av allmänfarlig smittsam sjukdom skall den smittade anmanas att låta isolera sig. Motsätter den smittade sig detta kan beslutas om tvångsisolering på sjukhus. Sådant beslut får inte fattas innan det övervägts om den smittade kan ges tillfredsställande behandling eller vård eller få annat erbjudande om frivillig smittförebyggande åtgärd. Det förutsätts att tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen skall stå tillbaka för andra åtgärder som ligger närmare till hands för att lösa smittproblemet. Tvångsisolering kan endast komma ifråga om isolering vid en helhetsbedömning är den mest försvarliga lösningen i förhållande till faran för smittöverföring och den belastning som tvångsingreppet kan antas medföra. Det skall dessutom vara övervägande sannolikt att smittan sprids om isolering inte sker. När det gäller att bedöma faran för smittspridning skall bl.a. kännedomen om sjukdomens smittsamhet och smittvägar vägas samman med uppgifter om den enskildes kontakter med omgivningen och hans uppförande. Behovet av isolering vid sjukdomar som smittar vid vanligt socialt umgänge (t.ex. tuberkulos) är anorlunda än beträffande sjukdomar som inte smittar vid sådant umgänge (t.ex. hivinfektion). Isolering får pågå i högst tre veckor. Genom nya beslut kan isoleringen förlängas med högst sex veckor åt gången, men får inte pågå under längre tid än ett år. Det är emellertid inte uteslutet att en person kan bli föremål för isolering på nytt om smittfaran kvarstår.

Enligt 155 § i den norska strafflagen skall den som har skäligen grund att tro att han är smittsam med en allmänfarlig smittsam sjukdom och som av oaktsamhet överför smitta eller utsätter annan för fara att smittas dömas till fängelse i högst tre år. Strafflagen innehåller även ett par bestämmelser som är direkt kopplade till smittskyddslagen. I 357 § stadgas att den som överträder föreskrifter meddelade med stöd av

smittskyddslagen skall dömas till böter eller fängelse i högst tre månader. Har konkret fara för smittspridning förelegat skall i stället 156 § tillämpas. Enligt denna paragraf skall den som överträder allmänna bestämmelser som meddelats till skydd mot smittsamma sjukdomar eller överträtt individuella föreskrifter som meddelats med stöd av smittskyddslagen dömas till böter eller fängelse i högst två år, om han haft vetskap om att han därigenom vållat fara för att smittan skulle kunna komma att spridas till många personer. Drabbas en målsägande av betydande kroppsskada eller avlider kan straffet bli fängelse i högst fyra år.

19.1.3 Finland

Den finska smittskyddslagen indelar de sjukdomar som omfattas i tre kategorier; allmänfarliga, anmälningspliktiga och andra smittsamma sjukdomar. I förordning bestäms vilka sjukdomar som är hänförliga till respektive kategori. Bland de allmänfarliga återfinns bl.a. ehec och tuberkulos och bland de anmälningspliktiga hivinfektion samt hepatit B och C.

Läkare, tandläkare och somliga laboratorier är skyldiga att göra anmälan om vissa smittsamma sjukdomar. Anmälan om allmänfarlig smittsam sjukdom skall innehålla den smittades namn och personnummer, medan uppgift om namn inte skall lämnas då fråga är om anmälningspliktig sjukdom. Vid hivsmitta skickas anmälan direkt till Folkhälsoinstitutet som vidarebefordrar uppgifterna utan personnummer till hälsocentral samt sjukvårdsdistrikt. Möjlighet ges till anonym testning av hivinfektion.

Om allmänfarlig smittsam sjukdom som medför risk för smitta konstaterats eller med fog kan förväntas skall hälsovårdsmyndigheterna utan dröjsmål vidta nödvändiga åtgärder för att förhindra att sjukdomen sprids. Hälsovårdsnämnderna kan därvid bl.a. förordna om isolering av bostäder och vårdanstalter, stängning av läroanstalter och daghem samt besluta om desinfektion eller förstöring. Ansvarig läkare vid hälsocentral kan förordna om undersökning av personer som är eller misstänks vara smittade och om andra försiktighetsåtgärder. Dessa kan omfatta föreskrifter som gäller personlig hygien, arbete, skolgång och andra levnadsförhållanden. Läkaren skall vidare sörja för att lämplig vård anvisas. Vid allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom är, om läkaren finner detta nödvändigt för att motverka smittspridning, den smittade eller misstänkt smittade skyldig att delta i smittspårning. Sanktioner mot patienter som vägrar att medverka saknas emellertid.

Hälsovårdsnämnden kan besluta om tvångsisolering av den som insjuknat eller misstänks ha insjuknat i allmänfarlig smittsam sjukdom (således inte hivinfektion eller aids). I brådskande fall kan ansvarig läkare vid hälsovårdscentral besluta om isolering; beslutet måste dock genast underställas hälsovårdsnämnden. Isolering kan ske om risken för att sjukdomen skall sprida sig är uppenbar och spridningen inte kan förhindras med hjälp av andra åtgärder eller om personen i fråga inte kan eller vill underkasta sig de andra åtgärder som krävs till förhindrande av smittspridning. Innan tvångsisolering tillgrips skall alla andra möjliga sätt att hindra smittspridning prövas. Utgångspunkten är att den isolerade personens frihet inte skall begränsas i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att hindra att smitta sprids och att vården skall baseras på hans samtycke. Lagen medger emellertid att vård ges även utan samtycke. Isolering kan pågå i högst två månader. Efter framställan från hälsovårdsnämnden kan länsrätten besluta om förlängning med tre månader. Således kan isolering pågå under högst fem månader i sträck.

Den finska smittskyddslagen innehåller en bestämmelse om straffansvar för den som uppsåtligen eller av oaktsamhet försummar att iaktta för honom utfärdade förhållningsregler och därigenom vållat risk för spridning av allmänfarlig smittsam sjukdom. Gärningsmannen kan i sådant fall dömas för "orsakande av smittorisk" till böter eller fängelse i högst sex månader; detsamma gäller den som förordnats att hålla sig isolerad men som underlåter att iaktta inrättningens ordningsregler. Vidare finns i den finska strafflagen en bestämmelse som straffbelägger uppsåtligt spridande av farsot. Bestämmelsen omfattar dock endast fall då gärningsmannen ger upphov till en epidemi genom att smitta ett flertal personer. I andra fall kan strafflagens bestämmelser om bl.a. misshandel och vållande till kroppsskada eller sjukdom komma i fråga.

19.2 Smittskyddslagstiftning i övriga Europa

19.2.1 Tyskland

Smittskyddet regleras i den federala Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (*Bundes-Seuchengesetz*). För vissa sexuellt överförbara sjukdomar finns dessutom specialbestämmelser i federala Geschlechtskrankheitengesetz. Smittskyddslagen omfattar samtliga smittsamma sjukdomar. Vissa federala författningar reglerar särskilda frågor hänförliga till hiv/aids, bl.a. sådana som rör ekonomiskt bistånd.

Behandlande läkare är skyldig att anmäla vissa i smittskyddslagen förtecknade sjukdomar till hälsovårdsnämnden. Enligt en speciallag skall hivfall anmälas till ett centralt register. Den smittades identitet får därvid inte röjas. Anmälan av aids görs på frivillig basis.

Smittskyddslagen innehåller bl.a. regler om förebyggande åtgärder, tvångsåtgärder, kostnader och sanktioner. Hälsovårdsmyndigheterna kan vidta en mängd åtgärder för att kontrollera smittsamma sjukdomar, t.ex. kan i vissa fall beslutas om att en enskild skall genomgå läkarundersökning, ställas under särskild övervakning, beläggas med yrkesförbud eller isoleras. Tvångsisolering får endast ske i mycket speciella fall.

Bestämmelserna i smittskyddslagen kan kompletteras med regler på delstatsnivå. Exempelvis har Bayern antagit en mängd särregler beträffande hiv/aids. Hivtest, som i andra delstater i princip är fakultativt, är i Bayern obligatorisk för somliga kategorier (t.ex. prostituerade och intravenösa missbrukare) och ett negativt hivtest är en förutsättning för att uppehållstillstånd skall beviljas (vissa undantag görs emellertid, bl.a. för EU-medborgare). De bayerska myndigheterna har meddelat en rad regler som hivpositiva måste följa, bl.a. föreligger en skyldighet för den som är smittad att berätta för sexualpartners om sin infektion. Bryter en smittad mot reglerna vid upprepade tillfällen och därigenom sprider smitta och orsakar fara för andra kan han tvångsisoleras efter beslut av domstol.

De tyska domstolarna har tillämpat bestämmelserna i Strafgesetzbuch (motsv. brottsbalken) om grov misshandel och försök till grov misshandel vid bedömningen av straffansvar för gärningar som inneburet överföring eller fara för överföring av smitta. Bestämmelserna har bl.a. tillämpats på fall rörande överföring av hivinfektion vid sexuellt umgänge.

19.2.2 Österrike

Österrikes smittskyddslag, *Epidemiegesetz*, omfattar en mängd smittsamma sjukdomar (kolera, lepra, pest, malaria, hepatiter m.fl.). Tuberkulos regleras i en särskild lag, *Tuberkulosegesetz*, och vissa sexuellt överförbara sjukdomar (gonorré, syfilis, *ulcus molle* och lymfogranuloma inguinale) i *Geschlechtskrankheitsgesetz*. Vare sig *Epidemiegesetz* eller *Geschlechtskrankheitsgesetz* är tillämplig på hivinfektion eller aids; här gäller i stället en särlag, *Aidsgesetz*.

Epidemiegesetz innehåller bl.a. regler om anmälningsplikt. I lagen finns vidare bestämmelser om tvångsåtgärder som kan vidtas för att begränsa smittspridning, t.ex. obligatorisk undersökning, tvångsvård,

övervakning och isolering av personer som är eller misstänks vara smittade. Isolering kan ske i den enskildes hem eller på sjukhus eller liknande institution, och kan bara komma i fråga beträffande sjukdomar som förtecknats i särskild förordning. Andra åtgärder som kan vidtas enligt lagen är desinfektion eller förstörelse av lösöre samt utrymning av bostäder. Tuberkulosegesetz innehåller liknande bestämmelser. Beslut om tvångsåtgärder enligt de båda lagarna tas av lokal hälsovårdsmyndighet efter hörande av behandlande läkare.

Enligt bestämmelserna i Aidsgesetz är bl.a. behandlande läkare skyldiga att anmäla fall av aids (men inte hivinfektion) till socialdepartementet. Anmälan skall innehålla den sjukes initialer, födelsedatum och kön. Vidare finns i lagen regler om att prostituerade med jämna mellanrum måste låta testa sig, att prostitution är förbjuden för hivpositiva och att läkare är skyldiga att ge hivsmittade patienter detaljerade upplysningar och råd. Bestämmelser om kontaktspårning och tvångsåtgärder saknas.

I den österrikiska strafflagen finns en specialbestämmelse som tar sikte på överföring av smittsamma sjukdomar från en person till en annan. Den som uppsåtligen äventyrar annans hälsa med vissa smittsamma sjukdomar kan dömas till böter eller fängelse i högst tre år. Begås brottet av oaktsamhet är straffskalan böter eller fängelse i högst ett år. För ansvar enligt bestämmelsen fordras inte att smitta verkligen överförts; det räcker med att en smittad företagit en handling genom vilken smittoöverföring kan ske. Flera underrätter har tillämpat bestämmelsen på hivsmittade som haft oskyddat sexuellt umgänge med annan.

19.2.3 Nederländerna

Nederländerna antog en ny smittskyddslag under 1998. Lagen omfattar endast vissa uppräknade smittsamma sjukdomar och bland dessa ingår inte hiv/aids. Kontrollen av hiv/aids baseras i stället främst på frivilligt samarbete. Vissa specialförfattningar på området förekommer, bl.a. rörande framställningen av blodprodukter.

Enligt smittskyddslagen skall behandlande läkare anmäla vissa sjukdomar till den kommunala hälsomyndigheten. Anmälan av hivinfektion och aids sker på frivillig basis.

Chefen för den kommunala förvaltningen har befogenhet att förordna om en rad smittskyddsåtgärder. Han kan t.ex. besluta att en person skall undersökas av läkare, om avstängning av smittbärare från arbetsplatser och skolor samt om förstöring av lösöre. Han kan även besluta om tvångsisolering. Ett sådant beslut måste dock bekräftas av domstol för att vara giltigt. För att tvångsisolering skall kunna komma ifråga

måste det röra sig om vissa, särskilt förtecknade, sjukdomar. Förteckningen kan ändras tämligen snabbt genom beslut av hälsoministern (ministerns beslut är dock interimistiskt och måste inom viss tid fastställas av riksdagen). För närvarande återfinns bl.a. polio, tuberkulos, difteri, rabies och virala hemorragiska febrar i förteckningen. Tvångsisolering får endast ske om en person vägrar att följa de förhållningsregler som givits honom, inte frivilligt låter isolera sig samt utgör en allvarlig fara för sin omgivning. Varje annan möjlighet att komma tillrätta med problemet måste ha prövats innan beslut om tvångsisolering tas. Isolering sker på sjukhus och upphävs först då personen ifråga antingen väljer att frivilligt underkasta sig åtgärder eller inte längre kan smitta annan.

Den nederländska strafflagen innehåller ingen bestämmelse som särskilt tar sikte på överföring av smitta från en person till en annan, men i vissa fall kan det bli aktuellt att använda sig av straffbestämmelserna som rör våld mot person.

19.2.4 Frankrike

Den grundläggande franska smittskyddslagstiftningen återfinns i Code de la santé publique (i texten nedan förkortad CSP). Bestämmelserna kompletteras av förordningar och regler utfärdade på lokal nivå. CSP innehåller bl.a. bestämmelser om obligatorisk vaccination och anmälningsplikt rörande vissa sjukdomar (t.ex. råder obligatorisk anmälningsplikt beträffande aids, varvid den smittades identitet inte får röjas; hivinfektion rapporteras på frivillig basis).

Då en epidemi eller annan överhängande fara hotar folkhälsan kan prefekten (ung. motsv. landshövdingen) besluta om omedelbar verkställighet av åtgärder som regeringen föreskrivit i förordning. Exempel på sådana åtgärder är förstörelse av livsmedel och isolering på sjukhus av personer som smittats av vissa smittsamma sjukdomar (t.ex. smittkoppor, kolera och pest). Åtgärderna får emellertid endast vidtas om omständigheterna är exceptionella.

Bekämpningen av de sexuellt överförbara sjukdomarna syfilis, gonorré, ulcus molle och klamydia behandlas i ett eget avsnitt i CSP. Personer som lider av sådan sjukdom är skyldiga att undergå läkarundersökning och behandling till dess smittrisen försvunnit. Prefekten kan i vissa fall besluta att en smittad skall tvångsintas på sjukhus. Även för bekämpningen av hivinfektion finns ett särskilt kapitel. Där fastslås att staten skall bestämma inriktningen på kampen mot sjukdomen. Vidare förordnas att det i varje del av landet skall anvisas åtminstone en mottagning som utan kostnad för den sökande och utan att avslöja dennes

identitet skall genomföra hivtest. Till dessa bestämmelser finns en rad specialförfordningar, bl.a. rörande hivtestning (som i princip är frivillig, med undantag för vissa grupper som t.ex. blodgivare). Det finns ingen skyldighet för hivpositiva att motta vård eller informera sina sexualpartners. Något program för kontaktspårning finns inte.

Straffansvar för överföring av hivinfektion till sexualpartners har såvitt känt inte prövats av franska domstolar. Ansvar för annan typ av överföring av smitta från en person till en annan har prövats enligt bestämmelserna i strafflagen, bl.a. enligt dem som rör förgiftning.

19.2.5 Italien

Den italienska smittskyddslagen reglerar smittsamma sjukdomar som t.ex. röda hund och tuberkulos, men däremot inte hiv/aids. Olika typer av frågor relaterade till hiv/aids såsom övervakningssystem, finansiering av vård och testningsförfarande regleras i stället genom specialförfattningar. Rapporteringen av aids är obligatorisk och skall ske på så sätt att den smittades identitet inte avslöjas. Det finns ingen lag som syftar till att hindra spridningen av hivinfektion med medel såsom t.ex. tvångstestning, tvångsbehandling eller isolering.

Enligt en bestämmelse i italiensk grundlag skall medicinsk behandling vara frivillig om inte annat bestämts i lag. Det har i lag förordnats att tvångsvård kan ske beträffande sexuellt överförbara sjukdomar. I italiensk doktrin konstateras emellertid att undantaget inte är tillämpligt på aids, i vart fall inte så länge som sjukdomen är obotlig.

Vid uppsåtlig smittspridning kan vissa ansvarsbestämmelser i strafflagen som rör spridande av epidemi tillämpas. Såvitt känt har inte frågan om överföring av hivinfektion vid sexuellt umgänge prövats av italiensk domstol.

19.2.6 Storbritannien

Den allmänna smittskyddslagen *Public Health (Control of Disease) Act 1984* utgör tillsammans med *Public Health (Infectious Diseases) Regulation 1988* den författningmässiga basen för kontroll av smittsamma sjukdomar. Den brittiska smittskyddslagen omfattar generellt fem anmälningspliktiga sjukdomar: kolera, pest, återfallsfeber, smittkoppor och tyfus. Dessutom gäller vissa av bestämmelserna även andra smittsamma sjukdomar, t.ex. aids (men som huvudregel inte hivinfektion), tuberkulos, mässling och påssjuka. Särskilda bestämmelser om de sexuellt överförbara sjukdomarna syfilis, gonorré och *ulcus molle* finns i

Venereal Disease Act 1917. Vissa specialförfattningar rörande hiv/aids reglerar bl.a. sekretess, provtagning och statistik. Hivtestning är i princip frivillig.

Smittskyddslagen ger bl.a. regler om anmälningsskyldighet (rapportering av hiv- och aidsfall sker dock på helt frivillig basis) samt om olika typer av tvångsåtgärder som myndigheterna kan ta till för att hindra utbredningen av smittsamma sjukdomar. De flesta bestämmelserna är inte tillämpliga på aids; dock är reglerna om tvångsundersökning, inläggning på sjukhus och isolering tillämpliga på sjukdomen. Beslut om tvångsisolering fattas av domstol, och det finns ingen begränsning av den tid under vilken isolering kan bli aktuell. Domstolen kan i sitt beslut föreskriva när isoleringen skall upphöra men tiden kan förlängas genom ett nytt beslut.

Den brittiska regeringen ser f.n. över straffbestämmelserna i *Offences Against the Person Act 1861* för att dessa skall bli enklare att tillämpa på bl.a. uppsåtlig smittspridning i syfte att allvarligt skada annan. Det torde emellertid redan idag vara möjligt att med stöd av lagen väcka åtal för sådan gärning. Enligt uppgift från Department of Health har det sannolikt inte förekommit något fall i England eller Wales där en person dömts för att ha smittat annan med hivinfektion vid sexuellt umgänge.

19.3 Sammanfattande kommentarer

Vid en jämförelse mellan svensk och utländsk smittskyddslagstiftning kan endast försiktiga slutsatser dras. Skall man göra en ordentlig och säker jämförelse måste de grundläggande skillnaderna mellan de olika staternas rättsordningar beaktas, och hänsyn måste även tas till andra faktorer som ett lands klimat, ekonomi, drog- och sexualpolitik, flyktingpolitik m.m. Vissa iakttagelser beträffande de studerade staterna kan dock göras.

I samtliga stater finns övergripande lagar som reglerar smittskyddet. Liksom den svenska smittskyddslagen omfattar de allmänna smittskyddslagarna i Norge, Finland och Tyskland hivinfektion; även den franska smittskyddslagen innehåller ett par bestämmelser rörande denna. Storbritanniens smittskyddslag är i vissa fall tillämplig på aids. Smittskyddslagarna i Danmark, Österrike, Nederländerna och Italien omfattar vare sig hivinfektion eller aids.

Skyldighet för sjukvårdspersonal att anmäla förekomsten av vissa svåra sjukdomar till en central instans förekommer i alla de studerade staterna. Hivinfektion är en anmälningsskyldig sjukdom i Danmark, Norge, Finland och Tyskland. I Danmark, Norge, Österrike, Frankrike och

Italien skall fall av aids anmälas. Anmälan av hivinfektion och aids sker på frivillig basis i Nederländerna och Storbritannien.

Möjligheter att i särskilda fall vidta tvångsåtgärder för att förhindra smittspridning finns i samtliga staters smittskyddsreglering. Det kan t.ex. röra sig om tvångsundersökning, tvångsvaccinering, stängning av verksamheter eller övervakning. Tvångsisolering är en åtgärd som i de flesta länder förekommer i någon form, men isolering p.g.a. hivinfektion eller aids med stöd av smittskyddslagens regler kan endast ske i ett fåtal länder. Isolering p.g.a. hivinfektion kan (förutom i Sverige) ske i Norge och Tyskland. De allra flesta tyska delstaterna begagnar sig dock inte av denna möjlighet. I Storbritannien kan isolering av aidssjuka äga rum under vissa bestämda omständigheter. Tvångsomhändertagande av personer som smittats av hivinfektion kan emellertid i många länder ske enligt författningar om psykiatrisk vård eller narkomanvård, om de smittade även har problem av psykisk beskaffenhet eller av missbruksnatur.

I många länder använder sig domstolarna av bestämmelserna i respektive lands strafflag om misshandel och motsvarande brott för att bedöma gärning som inneburit överföring eller risk för överföring av hivinfektion eller annan svår sjukdom. Den danska, norska och österrikiska strafflagen har särskilda ansvarsbestämmelser som tar sikte på gärningar som innebär att smittsam sjukdom överförs eller riskerar att överföras från en person till en annan.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det i staternas smittskyddslagstiftningar finns många drag som förenar, men också flera som skiljer sig åt. Skillnaderna kan bl.a. bero på olikheterna i staternas rättstradition och deras epidemiologiska historia. Att försöka dra någon slutsats om lagstiftningens inverkan på respektive lands epidemiologiska situation låter sig knappast göras; vad som är orsak och verkan är svårt att säga.

20 Internationellt samarbete

20.1 Inledning

På internationellt plan bedrivs, bl.a. inom FN och EU, ett omfattande arbete för att minska utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Mycket av arbetet inom de internationella organisationerna består av framtagande av olika typer av handlingsplaner och program. Det mer konkreta smittskyddsarbetet utförs vanligen av mindre organ och sammanslutningar, men då ofta inom ramen för de stora organisationernas program.

Det finns inget formellt smittskyddssamarbete mellan de nordiska länderna. Smittskyddsinstitutet (SMI) beviljades emellertid av regeringen i juni 1997 bidrag om tio miljoner kr för utveckling och stärkande av smittskyddet i det s.k. nordiska närområdet åren 1997–2000. Avsikten är att SMI skall kontakta och samarbeta med de organ som motsvarar institutet i bl.a. de baltiska staterna samt övriga nordiska länder. Vidare skall institutet och dess motsvarigheter hålla sig informerade om planer och insatser som företas av Nordiska ministerrådet och Världshälsoorganisationen (WHO) samt samordna sitt arbete med dessa.

20.2 Arbetet inom FN

Bland det arbete som bedrivs inom WHO för att motverka smittsamma sjukdomar märks t.ex. utarbetande av överenskommelser, upprättande av övervaknings- och informationssystem samt bedrivande av vaccinations- och forskningsprogram. Dessutom är WHO en av de organisationer som står bakom FN:s samlade program mot hiv/aids, UNAIDS. En viktig del av WHO:s verksamhet är arbetet genom de s.k. Collaborating Centres. Ett Collaborating Centre är ett laboratorium eller en institution som har experter på diagnos och epidemiologi vad gäller smittsamma sjukdomar och zoonoser. Centret samarbetar med ett eller flera länder. På SMI finns fyra Collaborating Centres, för bl.a. legionella.

WHO:s tjugoandra Världshälsoförsamling antog 1969 en överenskommelse om det sanitära arbetet mellan länderna, International Health Regulations (IHR). Överenskommelsen, som reviderats vid ett antal tillfällen, ligger till grund för den svenska karantänslagstiftningen (se kap. 10). IHR:s syfte är att ge största möjliga skydd mot att vissa sjukdomar sprids internationellt med minsta möjliga hinder för den internationella trafiken. De sjukdomar som regleras i IHR är f.n. gula febern, kolera och pest. Härutöver finns några särskilda stadganden om malaria. Bestämmelserna i IHR är av olika karaktär. Vissa är av tvingande natur (t.ex. skyldigheten att i vissa fall hålla WHO underrättad om smittskyddssituationen i landet), medan andra behandlar de åtgärder som *får* vidtas av det enskilda landet och anger det mest restriktiva förbudet som får tillämpas.

För närvarande pågår en översyn av bestämmelserna, vilken kan få inverkan på svensk lagstiftning på området. Sedan IHR:s tillkomst har sjukdomspanoramats förändrats. Vidare har den internationella samfärdseln ökat, vilket har medfört en ökad risk för spridning av vissa sjukdomar. Det har ansetts som en brist att IHR inte omfattar regler mot andra sjukdomar än gula febern, kolera och pest. Vidare har ifrågasatts om kolera, bl.a. med hänsyn till förbättrade möjligheter till behandling, skall ingå i regleringen. Av de rapporter som givits över revisionsarbetet framgår bl.a. att det vid ett expertmöte konstaterats att de grundläggande principerna i IHR bör kvarstå men att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten. Därvid har föreslagits omedelbar rapportering av vissa definierade symptom på ett antal sjukdomar av internationell betydelse. Vidare har rekommenderats att IHR skall ge klarhet i vad som anses vara olämpliga och onödiga kontrollåtgärder samt att en vägledning bör antas för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna. WHO har tillsatt en särskild arbetsgrupp för att utarbeta ett utkast till förändring av bestämmelserna. Ett färdigt förslag tros kunna presenteras för Världshälsoförsamlingen under 1999.

Med stöd från WHO har olika övervakningssystem upprättats, bl.a. för läkemedelsresistent tuberkulos och för livsmedelsburna infektioner och förgiftningar. Övervakningen av läkemedelsresistent tuberkulos är global och har bedrivits sedan 1994. Den syftar till att på ett standardiserat sätt samla information om hur omfattande och allvarligt resistensproblemet är i olika länder. Övervakningssystemet för kontroll av livsmedelsburna infektioner och förgiftningar omfattar de europeiska länderna och är avsett att utgöra ett stöd i förebyggandet och kontrollen av livsmedelsburna sjukdomar i regionen. Programmet syftar särskilt till att identifiera orsakerna till livsmedelsburna sjukdomar samt deras epidemiologi, att sprida insamlad information samt att samarbeta med na-

tionella myndigheter i deras ansträngningar att stärka prevention och kontroll.

För att stödja global övervakning av antibiotikaresistens har WHO tagit fram informationssystemet WHONET. WHONET är en datormjukvara som skall kunna användas av mikrobiologer, kliniker och av andra yrkesgrupper som sysslar med infektionskontroll på den plats i världen där de arbetar. Systemet har i praktiken ännu inte fått någon större genomslagkraft.

Ett av de specialprogram som WHO medverkar i är Tropical Disease Research Program, ett program för forskning och utbildning vad gäller tropiska parasitära sjukdomar såsom lepra, flodblindhet och malaria. Programmet initierades av FN:s utvecklingsprogram, Världsbanken och WHO och stöds av dessa jämte ett stort antal länder och s.k. nongovernmental organisations. Med hjälp från programmet har ett nätverk av forskningslaboratorier växt upp runt om i världen.

WHO är vidare en av de FN-organisationer som står bakom FN:s samlade program mot hiv/aids i världen, UNAIDS. UNAIDS ersätter bl.a. WHO:s globala program mot aids, som funnits sedan 1986. Sverige var mycket aktivt vid tillkomsten av UNAIDS och har etablerat en ständig dialog med huvudkontoret kring organisationens arbete. Enligt programmets strategiska plan skall UNAIDS leda och stödja åtgärder som syftar till att förhindra överföring av hivinfektion, sörja för förbättrad omsorg om och bättre stöd till redan smittade, nedbringa individernas och samhällets utsatthet för smitta samt lindra epidemins effekt på hälsa, uppehälle och välbefinnande såväl för den enskilde som för samhället. UNAIDS försöker identifiera sunda handlingsätt och strategier för förebyggande arbete och vård. Stöd ges till forskning som syftar till att utveckla nya hjälpmedel och angreppssätt. Vidare hjälper UNAIDS regeringar, samhällsgrupper och andra aktörer med att bygga upp kompetens för att själva kunna motverka epidemin, samt bedriver bl.a. verksamhet inom området övervakning och kontroll. SMI har nyligen utsetts till Collaborating Centre för UNAIDS.

20.3 Arbetet inom EU

Genom Maastrichtfördraget, som trädde i kraft den 1 november 1993, fick EG särskilda befogenheter på folkhälsans område. Artikel 3 o anger som politisk målsättning att gemenskapens verksamhet, på de villkor och i den takt som anges i fördraget, skall innefatta "bidrag till att uppnå en hög hälsoskyddsnivå". I artikel 129 (som omarbetades genom Amsterdamfördraget) återfinns den grundläggande bestämmelsen om folkhälsan. Inledningsvis sägs i artikeln att en hög skyddsnivå för män-

niskors hälsa skall säkerställas när gemenskapens hela politik och verksamhet utformas och genomförs. Vidare sägs bl.a. att gemenskapens insatser, som skall komplettera den nationella politiken, skall inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. Det ställs krav på att medlemsländerna tillsammans med kommissionen skall samordna sina policier och program på dessa områden.

Skyddet för hälsan har även inverkan på grundreglerna om fri rörlighet för varor och personer. Enligt artikel 100a skall förslag till åtgärder för att upprätta den inre marknaden bl.a. utgå från en hög hälsoskyddsnivå. Principerna för den inre marknaden har kompletterats med restriktioner. Den fria rörligheten för varor kan begränsas med stöd av artikel 36, vilken tillåter vissa restriktioner för import och transitering i syfte att skydda människors liv och hälsa. Enligt artikel 56 och rådets direktiv av den 25 februari 1964 (64/221/EEG) finns i viss mån även möjlighet att i detta syfte inskränka den fria rörligheten för personer.

I november 1993 antog kommissionen ett meddelande om ramen för åtgärder på folkhälsans område (KOM (93) 559). Meddelandet uppställer kriterier för insatserna på folkhälsoområdet samt anger åtta prioriterade områden inom vilka program skall utvecklas. Ett antal sådana program har nu antagits av Europaparlamentet och rådet. Programmen är inte juridiskt bindande för medlemsstaterna, men kan användas av EG-domstolen i syfte att tolka eller klargöra nivån av hälsoskydd i juridiskt bindande gemenskapsåtgärder som t.ex. direktiv. Ett av de program som antagits rör aids och vissa andra överförbara sjukdomar (beslut nr 647/96/EG av den 29 mars 1996) och utgör en fortsättning på det av rådet antagna programmet "Europa mot aids" (rådets beslut nr 91/317/EEG och Europaparlamentets och rådets beslut nr 1729/95/EG) vilket gällde 1991–1995. Det nya programmet, som inte enbart rör aids utan även andra smittsamma sjukdomar, avser perioden 1996–2000 och har en total budget om 49,6 miljoner euro. För arbetet med programmet har kommissionen tillsatt en särskild kommitté som består av två representanter för varje medlemsstat samt en företrädare för kommissionen som ordförande. Från Sverige deltar SMI och Folkhälsoinstitutet. Programmets syfte är att minska spridning av och dödlighet i aids samt förekomsten av andra smittsamma sjukdomar. Detta skall ske genom ett utökat samarbete mellan medlemsländerna och genom en samordning av ländernas förebyggande politik och program. Vidare skall man stödja olika icke-statliga organisationer, inklusive sammanslutningar av personer som berörs av hivinfektion. Fyra särskilda områden inom vilka insatser skall utföras har utpekats: övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar, smittskyddsåtgärder, information, undervisning och utbildning samt stöd till hivsmittade och aidssjuka och bekämpning av

diskriminering. Inom programmets ram ges, efter ansökan, ekonomiskt stöd till enskilda projekt som inriktas på något av de fyra områdena. Projekten är inte permanenta utan tilldelas resurser för en period i taget.

Åtgärder till förebyggande av smittsamma sjukdomar vidtas emellertid även utanför det ovan beskrivna programmet. Gemenskapen har tillsatt en kommitté för utvecklingen av ett nätverk för medlemsländernas epidemiologiska övervakningssystem. Medlemsstaterna har åtagit sig att följa de beslut som fattas av kommittén. De myndigheter som deltar i nätverket från svensk sida är Socialstyrelsen och SMI. Syftet är att de nationella övervakningssystemen skall samordnas genom nätverket, vilket skall kunna vara till nytta både i rutinmässiga och mer brådskande situationer. Nätverket skall bidra till att förbättra förebyggande åtgärder mot och kontrollen av allvarliga smittsamma sjukdomar. De uppgifter som lämnas till nätverket skall vara av allmän karaktär och inte möjliggöra identifiering av enskilda.

Under de senaste åren har problemet med antibiotikaresistens uppmärksamats alltmer inom EU. Ett antal initiativ har tagits i denna fråga. Sverige deltar såväl på det humanmedicinska som på det veterinära området med expertis för att forma de europeiska strategierna mot antibiotikaresistens. Under 1998 pågick en stor utredning där flera av EU-kommissionens direktorat medverkade samt det europeiska läkemedelsverket, WHO och läkemedelsindustrin. Utredningen utmynnade i vissa konkreta förslag till åtgärder. Vidare har EU-kommissionens konsumentdirektorat tillsatt en tvärvetenskaplig expertkommitté som skall lämna sin slutrapport i april 1999.

Inom gemenskapen har vidare, genom rådets direktiv 92/117/EEG, etablerats ett rapporteringssystem för zoonoser. I direktivet fastslås att det är nödvändigt att genom lämpliga åtgärder förhindra och minska förekomsten av zoonoser som genom animaliska livsmedel kan utgöra ett hot mot människors hälsa, och att det därför är tillrådligt att samla in epidemiologisk information om vissa zoonoser. Direktivet föreskriver bl.a. att varje medlemsland skall utse särskilda referenslaboratorier, att det på nationell nivå skall samlas in uppgifter om vissa zoonotiska agenser samt att kommissionen varje år skall underrättas om de tendenser och källor till zoonotiska infektioner som konstaterats under det gångna året.

Ett arbete som leds direkt av kommissionen och som har hög prioritet bland EU:s medlemsländer berör samarbetet med USA på smittskyddsområdet. År 1996 fattades beslut om en "New Transatlantic Agenda" i 101 punkter. En av dessa punkter var inrättandet av en EU-US Task Force för övervakningen av smittsamma sjukdomar. De konkreta förslagen till samarbete har bl.a. rört ett utbytesprogram för fältepi-

demiologer och en global övervakning av mikrobiell resistens där det existerande WHONET skall utvärderas.

21 Smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter

21.1 Inledning

I kapitlet ges en översiktlig redogörelse för de för smittskyddsfrågorna relevanta internationella konventionerna om mänskliga rättigheter och andra internationella dokument som berör dessa frågor. Tyngdpunkten läggs vid frågor som berör tvångsåtgärder. I avsnitt 21.4 ges en närmare redogörelse för art. 5 och art. 8 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Kapitlet avslutas med en analys av förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser och Europakonventionen.

Redogörelsen i avsnitt 21.4 och analysen i avsnitt 21.5 bygger främst på följande rättsfallsredogörelser och kommentarer om Strasbourgorganens praxis samt på genomgång av tillgängliga domar från den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen) respektive rapporter från den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna (kommissionen).

- Danelius H., *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis – en kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, Norstedts Juridik, Stockholm, 1997, jämte av honom presenterade rättsfallsöversikter i Svensk Juristtidning.
- van Dijk P. m.fl., *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, Kluwer Law and Taxations Publishers, Holland, 1990
- Fawcett J.E.S., *The application of the European Convention on Human Rights*, Clarendon Press, Oxford, 1987
- Harris D.J. m.fl., *Law of the European Convention on Human Rights*, Butterworths, London, 1995.

Kommitténs ordförande och huvudsekreterare har vidare besökt Europadomstolen och Europarådets enhet för hälsofrågor (Health Division) och diskuterat frågor rörande smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter med Michael O'Boyle, chef på Europadomstolens sekretariat, och med Henry Scicluna och Piotr Mierzewski, chef respektive tjänsteman vid enheten för hälsofrågor. Frågorna rörande tolkningen av Europakonventionen har vidare diskuterats med Hans Danelius, justitieråd och medlem av kommissionen, och med David J Harris, professor i internationell offentlig rätt vid University of Nottingham, England.

21.2 Allmänt om konventionerna om mänskliga rättigheter

21.2.1 Inom FN

1966 antogs den *internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter* (FN-konventionen) och den *internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*. Konventionerna trädde i kraft 1976. Utöver dessa grundläggande konventioner har också ett flertal särskilda konventioner antagits. Rättigheterna i FN-konventionerna har också utvidgats genom tilläggsprotokoll. För övervakningen av konventionerna har särskilda kontrollprocedurer inrättats.

FN-konventionen behandlar de traditionella mänskliga rättigheterna. Bestämmelserna om de särskilda fri- och rättigheterna finns i art. 6-27. Här återfinns bl.a. rätten till livet (art. 6) förbud mot tortyr m.m. (art. 7) rätten till domstolsprövning och särskilda rättssäkerhetsgarantier i domstolsförfarandet (art. 14) och rätten till privat- och familjeliv m.m. (art. 17). Enligt art. 4 får avsteg från förpliktelseerna enligt konventionen göras om det föreligger ett allmänt nödläge som hotar nationens fortbestånd. Emellertid är förbudet mot tortyr och förbudet mot retroaktiv strafflagstiftning s.k. absoluta rättigheter, dvs. avsteg får aldrig göras från dessa förbud.

Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter innehåller bestämmelser som är avsedda att garantera envar vissa minimirättigheter i ekonomiskt, socialt och kulturellt hänseende. Konventionen har karaktären av målsättningskonvention. Staterna skall enligt art. 2 till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa att de i konventionen inskrivna rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet genom alla därtill ägnade medel. Detta skall i första hand ske genom åtgärder på lagstiftningens område. De individuella rättigheterna återfinns i art. 6-15. Här är art. 12 av särskilt intresse. Artikelns behand-

lar rättigheter avseende hälsa och kan ses som en programförklaring för hälso- och sjukvården. Enligt artikeln erkänner konventionsstaterna rätten för envar att såväl psykiskt som fysiskt åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Staterna skall därvid vidta åtgärder som är nödvändiga för att bl.a. förhindra uppkomsten av, behandla och kontrollera epidemier, folk- och yrkessjukdomar samt andra sjukdomar.

21.2.2 Inom Europarådet

Den *europiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna* (Europakonventionen) antogs 1950. Den *europiska sociala stadgan* antogs 1961. Sverige ratificerade Europakonventionen 1953, det år då konventionen trädde i kraft. Sedan den 1 januari 1995 är konventionen införlivad i den svenska nationella rätten (jfr lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna).

Europakonventionen innehåller bestämmelser om medborgerliga och politiska rättigheter. De särskilda fri- och rättigheterna återfinns i art. 2-14. Artiklarna behandlar rätten till liv (art. 2), förbud mot tortyr samt omänsklig och förnedrande behandling och bestraffning (art. 3), förbud mot slaveri, trældom och tvångsarbete (art. 4), rätten till frihet och personlig säkerhet (art. 5), rätten till domstolsprövning och garantier i domstolsförfarandet (art. 6), förbud mot att döma till straff utan stöd i lag och mot retroaktiva straffdomar (art. 7), rätten till skydd för privat- och familjeliv (art. 8), rätten till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet (art. 9), rätten till yttrandefrihet (art. 10), rätten till församlings- och föreningsfrihet (art. 11), rätten att ingå äktenskap och bilda familj (art. 12), rätten att föra talan vid inhemsk myndighet om kränkningar av fri- och rättigheterna (art. 13) samt förbud mot diskriminering (art. 14). Konventionens materiella regler har utvidgats genom fyra tilläggsprotokoll bl.a. rörande äganderätten, rätten till personlig rörelsefrihet och vissa bestämmelser om brottmål.

Här skall nämnas att enligt art. 15 får avvikelser göras från åtagandena enligt konventionen och tilläggsprotokollen då särskilda omständigheter föreligger. Så är fallet under krig eller i annat allmänt nödläge som hotar nationens existens. Vissa rättigheter, t.ex. rätten till liv enligt art. 2 och förbudet mot tortyr m.m. enligt art. 3, är dock absoluta vilket innebär att avvikelser inte får göras från dessa rättigheter.

Övervakningen av efterlevnaden av Europakonventionen innehåller ett mer effektivt kontrollsystem än övriga internationella konventioner bl.a. eftersom kränkningar kan prövas vid en särskild domstol vars

beslut blir bindande för berörd medlemsstat. Fram till den 1 november 1998 skedde prövningen av påstådda kränkningar av *den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna* och av *den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna* (fortsättningsvis kommissionen resp. Europadomstolen). Dessa båda kontrollorgan är numera ersatta med en domstol, Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna. Uppgifter när det gäller övervakningen åvilar också Europarådets ministerkommitté.

Den *europeiska sociala stadgan* innehåller bestämmelser som grovt kan delas in i kategorierna skydd avseende arbete (t.ex. rätten till arbete och arbetsvillkor), socialt skydd (bl.a. hälso- och sjukvård och rätt till socialt bistånd) samt skydd rörande områden utanför arbetsmiljön (bl.a. rättigheter för barn och familjer). Stadgan inleds med uppräkningslista av ett antal rättsgrundsatser och principer som har karaktär av programförklaringar och följs därefter av 19 artiklar med bindande förpliktelser. Enligt stadgan skall de fördragsslutande parterna erkänna att målet för den politik som de skall fullfölja med alla lämpliga medel, såväl nationellt som internationellt, skall vara att uppnå sådana förhållanden att rättsgrundsatserna och principerna skall kunna förverkligas. Såvitt gäller frågor om rätten till hälsa sägs i inledningen att "Envar äger rätt att komma i åtnjutande av all hjälp som kan bidra till att ge honom bästa möjliga hälsa". Denna grundsats motsvaras av art. 11 enligt vilken ratificerande stat förbinder sig att trygga den enskildes rätt att bevaras vid god hälsa genom att vidtaga erforderliga åtgärder i syfte att bl.a. i möjligaste mån undanröja orsakerna till ohälsa, att tillhandagå med råd och upplysningar till hälsans förbättrande och för utvecklande av känslan av personligt ansvar i hälsoangelägenheter samt att i möjligaste mån förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar och andra sjukdomar.

Rättigheterna enligt stadgan har utvidgats genom tilläggsprotokoll. Under 1990-talet har stadgan genomgått en revision. Vid revideringen har bl.a. tillagts vissa rättigheter. Den reviderade stadgan öppnades för undertecknade 1996 men har ännu inte trätt i kraft.

Europarådets ministerkommitté har också antagit ytterligare konventioner rörande de mänskliga rättigheterna. Här skall särskilt nämnas *den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning* (antagen 1987) och *den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin* (antagen 1997). Enligt den först nämnda konventionen, som utgör ett komplement till art. 3 i Europakonventionen, skall en särskild kommitté, Europarådets tortyrkommitté, genom besök på fängelser, institutioner o.dyl. undersöka hur personer behandlas under frihetsberövande. Avsikten är att kommittén skall om möjligt förstärka sådana personers

skydd. Resultat och rekommendationer redovisas i landrapporter. Syftet med den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin är att skydda de mänskliga rättigheterna och respekten för människors värde i biologisk och medicinsk verksamhet. Konventionen innehåller bl.a. principer och föreskrifter om information, samtycke, användningen av genteknologi, medicinsk forskning m.m.

21.3 Frågor om mänskliga rättigheter och smittsamma sjukdomar i internationella rekommendationer m.m.

21.3.1 Allmänt

Före hiv-epidemins inträde ifrågasattes sällan de internationella organen användandet av tvångsåtgärder vid smittsamma sjukdomar. Här skall dock erinras om den särskilda överenskommelsen rörande åtgärder till förhindrande av spridning av vissa smittsamma sjukdomar, International Health Regulations, vilken närmare beskrivs i kap. 20. Frågor om förhållandet mellan mänskliga rättigheter och hiv/aids har däremot återkommande varit föremål för diskussioner i olika internationella organ och ett stort antal resolutioner, deklarationer och rekommendationer har antagits. Så har t.ex. nästan samtliga organ inom FN antagit resolutioner m.m. som berör hiv/aids och mänskliga rättigheter. Vidare har dessa frågor behandlats vid flera internationella konferenser. Frågor som rört diskriminering p.g.a. hiv/aids har rönt stor uppmärksamhet, men också frågor om tvångsåtgärder och rätten till konfidentialitet. I den följande framställningen redovisas de viktigaste uttalanden och rekommendationer som gjorts av Världshälsoorganisationen (WHO), FN:s kommission för mänskliga rättigheter och Europarådet.

21.3.2 WHO

WHO har inte antagit närmare riktlinjer rörande förhållandet mellan åtgärder mot smittsamma sjukdomar och de mänskliga rättigheterna. I ett flertal dokument har dock betonats vikten av respekt för de mänskliga rättigheterna som förutsättning för en framgångsrik hivprevention och vissa generella uttalanden har gjorts. I en resolution antagen av Världshälsoförsamlingen 1988, WHA 41/24, uppmärksammas medlemsstaternas ansvar för att trygga hälsa för alla och kontrollera spridningen av

hivinfektion men även den enskildes ansvar att inte utsätta sig själv eller andra för risk att smittas av hivinfektion. Världshälsoförsamlingen uppmanar medlemsstaterna att skydda hivpositivas och aidssjukas mänskliga rättigheter och värdighet samt förhindra diskriminerande behandling av dessa.

I Geneve 1989 anordnade WHO i samarbete med FN:s center för mänskliga rättigheter en internationell konsultation rörande frågor om aids och mänskliga rättigheter. Vid konsultationen deltog ett antal experter inom områdena juridik, mänskliga rättigheter, etik, religion och folkhälsa. Syftet med konsultationen var främst att ge en bättre förståelse för dimensionen mänskliga rättigheter när det gäller hiv/aids. Under konsultationen diskuterades de olika rättigheternas betydelse men några slutsatser om innebörden av dessa i förhållande till olika åtgärder mot spridningen av hiv/aids gavs inte i dokumentet.

I en resolution 1992, WHA 45/35, uttalade Världshälsoförsamlingen att när det gäller hiv/aids finns det inte några folkhälsoskäl för åtgärder som begränsar individens rättigheter, särskilt åtgärder som innebär tvångsvis screening (om detta begrepp se kap. 5). Detta uttalande har senare vidhållits i ett antal resolutioner.

1986 tillkom WHO:s globala program mot aids. I samband med att strategierna för det globala förebyggande programmet fastställdes behandlades i ett särskilt dokument sociala aspekter av prevention och kontrollåtgärder. I detta dokument, "Social Aspects of AIDS Prevention and Controlprograms", framhölls bl.a. att förebyggande arbete och kontrollåtgärder kan utföras effektivt på ett sådant sätt som respekterar och skyddar mänskliga rättigheter samt att det inte finns några folkhälsoskäl som berättigar isolering, karantän eller några diskriminerande åtgärder enbart av den anledningen att en person misstänks ha eller har smittats av hivinfektion. Grunden för detta var enligt dokumentet främst det förhållandet att hivinfektion inte sprids genom social kontakt (casual contact) utan nästan enbart sprids genom handlingar som står under individens kontroll. Dessa ståndpunkter har sedermera vidhållits i senare antagna globala program för hiv/aids-prevention samt i olika riktlinjer som antagits av WHO:s globala program för aids och av det organ som 1996 tog över aidsprogrammet, UNAIDS.

21.3.3 FN:s kommission för mänskliga rättigheter

Frågor om hiv/aids och mänskliga rättigheter har sedan slutet av 1980-talet behandlats i ett flertal resolutioner och rapporter av såväl FN:s kommission för mänskliga rättigheter och dess underkommission för förhindrande av diskriminering och skydd för minoriteter. I resolutio-

nen 1989/11 fastslog FN:s kommission för mänskliga rättigheter att alla män och kvinnor är berättigade till skydd mot diskriminering som är relaterad till deras hälsotillstånd. I ett antal efterföljande resolutioner fastslås att diskriminering som grundas på hiv/aids är förbjuden enligt de internationella reglerna om mänskliga rättigheter och staterna uppmanas att försäkra sig om att deras lagar, handlingsprogram m.m. respekterar de mänskliga rättigheterna, däribland individens rätt till privatliv och integritet, samt förbjuder diskriminering grundad på hiv/aids.

I september 1996 hölls i samarbete med UNAIDS en andra internationell konsultation om hiv/aids och mänskliga rättigheter. Vid konsultationen deltog 35 experter inom området för aids och mänskliga rättigheter. Konsultationen antog riktlinjer för hiv/aids och mänskliga rättigheter vilka FN:s kommission för mänskliga rättigheter i resolutionen 1997/27 inbjuder staterna att efterfölja. Riktlinjerna behandlar dels frågor rörande de grundläggande principerna om mänskliga rättigheter och dels olika åtgärder som staterna bör vidta för att tillse att de mänskliga rättigheterna respekteras och för att uppnå de hivrelaterade folkhälsomålen. Staternas direkta åtgärder har manifesterats i 12 huvudpunkter rörande bl.a. utformningen av hälso- och strafflagstiftning samt tillgången till stöd och hjälp för grupper som är särskilt utsatta.

Av särskilt intresse är frågor som rör de grundläggande principerna om mänskliga rättigheter. I riktlinjerna framhålls inledningsvis att främjandet och skyddet av de mänskliga rättigheterna utgör ett grundläggande element för förhindrande av spridningen av hivinfektion och för att minska sjukdomens följder för dem som smittats. Enligt riktlinjerna är främjandet av de mänskliga rättigheterna nödvändigt både för att skydda de smittades inneboende värdighet och för att nå folkhälsomålen, därvid bl.a. att minska sårbarheten för hivinfektion och att förbjuda individer och befolkningsgrupper att ta ansvar för hiv/aids. Man uppmärksammar vidare förhållandet mellan främjande av hälsa och främjande av mänskliga rättigheter och påpekar att dessa har det gemensamma målet att främja och skydda individens rättigheter och välmående samt att de samverkar på olika sätt.

I dokumentet berörs ett vitt antal rättigheter. Stor vikt läggs vid frågor om diskriminering och det betonas återkommande att diskriminering av hivpositiva eller aids sjuka utgör ett brott mot de mänskliga rättigheterna. När det gäller inskränkningar av de rättigheter som manifesterats i de olika internationella dokumenten om mänskliga rättigheter konstateras att folkhälsa har accepterats som en giltig grund för inskränkningar och att stater ofta hänvisar till detta skäl när det gäller åtgärder som t.ex. tvångstestning och frihetsberövande. Enligt riktlinjerna utgör emellertid folkhälsa sällan ett legitimt skäl för inskränkningar av mänskliga rättigheter när det gäller hiv/aids. Inskränkande

åtgärder kan vara effektiva vid smittsamma sjukdomar som sprids genom sociala kontakter ("contagious by casual contact") och som kan botas, men är ineffektiva när det gäller hivinfektion. I dokumentet tas avstånd från tvångstestning och man framhåller vikten av sekretessskydd rörande uppgifter om den enskildes hälsotillstånd och personliga förhållanden. Beträffande rätten till frihet och personlig säkerhet framhålls i riktlinjerna att frihetsberövande åtgärd, t.ex. isolering, inte får äga rum enbart på den grunden att individen är hivpositiv. Däremot kan det enligt riktlinjerna i särskilda undantagsfall vara berättigat med begränsningar av friheten då det rör sig om avsiktliga och farliga beteenden. Sådana exceptionella fall skall dock bli behandlade enligt vanliga hälsobestämmelser eller strafflagar med tillbörlig hänsyn till det processuella skyddet.

21.3.4 Europarådet

Inom Europarådet har antagits tre rekommendationer som rör hiv/aids och frågor om etik och mänskliga rättigheter; ministerkommitténs *rekommendation (nr R (87)25) om en gemensam europeisk folkhälso-policy rörande bekämpningen av aids och rekommendation (R (89)14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m.* samt parlamentets *rekommendation 1116 (1989) angående aids och mänskliga rättigheter*. Härutöver har ministerkommittén antagit två rekommendationer, nr R (87) 6 och nr R (94) 10, som tar upp frågor dels om hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar på fängelser, dels om den medicinska behandlingen av hivinfektion.

Den rekommendation som väckt särskild uppmärksamhet i Sverige är *rekommendation (R (89)14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m.* eftersom Sverige som enda land lade ned sin röst då ministerkommittén antog rekommendationen. I röstförklaringen anförde Sverige att rekommendationen innehöll vissa punkter som Sverige hade allvarliga invändningar mot. Det gällde hivpositivas rättigheter, provtagningen, samt karantän och isolering. Bakgrunden till Sveriges inställning var främst att smittskyddslagen i vissa situationer ger möjligheter till tvångsingripanden mot den som är hivpositiv.

I rekommendationen anges ett antal principer som medlemsstaterna bör ta hänsyn till vid upprättandet av nationella handlingsprogram för bekämpningen av hivinfektion. I rekommendationen framhålls generellt att respekten för hivpositivas och aidssjukas mänskliga och sociala rättigheter är av avgörande betydelse för framgången av förebyggande folkhälsoprogram.

De principer som behandlas i rekommendationen rör områdena för folkhälsoprogram, hälsopersonal, epidemiologisk forskning, sociala förhållanden (t.ex. arbete och skola) och försäkringsfrågor. Vad som här främst är av intresse är de principer som rör folkhälsoprogram och kontrollåtgärder. I rekommendationen förespråkas frivilliga åtgärder och aktiva informationsinsatser såväl på individnivån som för den allmänna befolkningen, varvid särskilt framhålls vikten av att nå sådana grupper som är särskilt utsatta för risk att smittas av hivinfektion. Medlemsstaterna skall vidare tillse att rapportering av aidsfall, och i förekommande fall hivfall, endast äger rum för epidemiologiska syften och under tillbörlig konfidentialitet.

Rekommendationens principer grundas på den vetenskapliga kunskapen om hivinfektion och dess spridningsätt och på det förhållandet att det saknas botemedel och vaccin mot sjukdomen. Med hänsyn härtill är enligt rekommendationen frivillig provtagning kombinerad med rådgivning det mest effektiva sättet att förhindra spridning av hivinfektion. Ministerkommittén tar uttryckligen avstånd från screening (närmare om detta begrepp se kap. 5) som äger rum under tvång och betraktar sådana åtgärder som oetiska och ineffektiva medel. Enligt uttalanden i rekommendationens "explanatory memorandum" ligger det slutliga avgörandet om individen skall genomgå provtagning för hivinfektion hos honom själv och inte hos samhället. Enligt rekommendationen skall också partnerspårning ske med den smittades samtycke. Undantag görs dock för vissa speciella situationer då den smittade vägrar att medverka till att kontakta en ovetande person som sjukvårdspersonalen känner till. Ministerkommittén tar vidare uttryckligen avstånd från alla former av tvångsisolering av hivpositiva eller aidssjuka. Grunden för denna princip är enligt "explanatory memorandum" att en sådan åtgärd anses vara oetisk och ineffektiv med hänsyn till att hivinfektion inte smittar genom vanlig social kontakt, till den långa tid som råder innan aids utvecklas samt till avsaknaden av botemedel.

21.4 Särskilt om Europakonventionen

21.4.1 Några inledande anmärkningar

I avsnittet redogörs närmare för de artiklar som är av störst intresse för smittskyddslagens bestämmelser om tvångsåtgärder, nämligen art. 5 om rätten till personlig frihet och art. 8 om rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.

Innebörden av Europakonventionens artiklar tolkas och bestäms genom kommissionens och Europadomstolens praxis. Den fortsatta redo-

görelsen av konventionsbestämmelserna bygger därför på Strasbourgorganens avgöranden. Därvid bör följande uppmärksammas.

När det gäller tolkningen av konventionen följer av internationella bestämmelser (1969 års Wien-konvention om traktaträtten) att konventionen bl.a. skall tolkas med hänsyn till dess ändamål och syfte ("object and purpose"). Strasbourgorganen har lagt stor vikt vid att söka tolka konventionen på detta sätt. Europadomstolen har bl.a. i målet *Tyrer mot Storbritannien* 1978 slagit fast att konventionen är ett levande instrument som måste tolkas i enlighet med rådande förhållanden. Domstolen väger därvid många gånger in vad som kan anses vara en gemensam europeisk syn på förhållanden. Av betydelse är då bl.a. Europarådets rekommendationer och hur frågan bedömts i de olika europeiska länderna.

Många frågor rörande innebörden av konventionsartiklarna har vidare inte prövats av Europadomstolen men däremot av kommissionen. Det bör här anmärkas att kommissionens ställningstaganden inte är juridiskt bindande för staterna och att domstolen har det avgörande ordet. Om domstolen har en annan uppfattning än kommissionen i en viss fråga skall kommissionen efterfölja domstolens tolkning. Att kommissionen och domstolen har kommit till olika avgöranden har förekommit ett antal gånger. I frånvaro av domstolsavgörande utgör emellertid kommissionens avgöranden en viktig källa för tolkningen av konventionen.

21.4.2 Rätten till personlig frihet

Allmänt

Skyddet mot olagliga och godtyckliga frihetsberövanden är ett centralt moment i Europakonventionen. Europadomstolen har i flera fall framhållit betydelsen av denna rättighet i ett demokratiskt samhälle. I art. 5 garanteras rätten till personlig frihet och säkerhet. Artikeln reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Skydd mot andra former av begränsningar i rörelsefriheten återfinns i art. 2 i fjärde tilläggsprotokollet. Emellertid är gränsdragningen mellan dessa artiklar inte helt klar.

Artikelns innehåller en uttömmande uppräknings av i vilka fall frihetsberövande är tillåtet. Enligt Europadomstolens praxis skall uppräknade fall ges en restriktiv tolkning. De särskilda fallen tas upp under sex punkter, se närmare nedan. Härutöver innehåller artikelns bestämmelser som skall ge garantier för rättssäkerhet vid frihetsberövandet.

För samtliga fall av frihetsberövande gäller att frihetsberövandet skall äga rum i den ordning lagen föreskriver och dessutom vara lagligt (lawful). I Europadomstolens praxis har dessa begrepp i många fall inte behandlats separat. Vad som avses härmed är att frihetsberövandet skall stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen (såväl när det gäller den materiella grunden som när det gäller det processuella förfarandet) och med bestämmelserna i konventionen samt att det inte är godtyckligt. Det ställs således krav på rimliga rättssäkerhetsgarantier vid frihetsberövandet. Att frihetsberövandet skall stå i överensstämmelse med konventionen innebär även att den nationella lagen i sig måste vara förenlig med konventionen.

Vid prövningen av huruvida frihetsberövandet har ägt rum i enlighet med den nationella lagen accepterar såväl Europadomstolen som kommissionen oftast statens tolkning.

Genom kravet på att frihetsberövandet inte får vara godtyckligt har Strasbourgorganen erhållit ett instrument vid bedömningen av staternas handlande som på sitt sätt motsvarar kravet i art. 8–11 på att inskränkningen skall vara "nödvändig i ett demokratiskt samhälle" (se vidare avsnitt 21.4.3). I sin redogörelse diskuterar Harris m.fl. relativt ingående begreppet godtycklighet och hur långt kommissionen och Europadomstolen härvidlag anser sig kunna gå i sin övervakning av staternas handlingar. Huvudsakligen anses ett frihetsberövande vara godtyckligt om det inte står i överensstämmelse med det i artikeln särskilt godtagna ändamålet eller med artikeln i övrigt. Även om frihetsberövandet är lagligt i konventionens mening kan det vid vissa av de uppräknade fallen i artikeln ändå anses vara godtyckligt om frihetsberövandet inte bedöms vara *proportionerligt* i förhållande till ändamålet. Strasbourgorganens förhållningssätt har skilt sig beroende på typen av frihetsberövande. När det gäller straffrättsliga frihetsberövanden är såväl kommissionen som domstolen obenägen att ifrågasätta den nationella straffrättsliga bedömningen. På motsvarande sätt har man inte ansett sig kunna ifrågasätta den materiella grunden för beslut om utvisning eller utlämnande vid frihetsberövande. Däremot har Europadomstolen i mål som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka vid prövningen av godtycklighet granskat frihetsberövandet med grund i de materiella omständigheterna i det enskilda fallet, t.ex. huruvida det finns tillförlitliga bevis om personens hälsotillstånd och om frihetsberövandet i övrigt är motiverat med hänsyn till omständigheterna, se mer om detta nedan. Det skall dock redan här nämnas att i de fall granskningen även omfattar en bedömning av den materiella grunden tillåts staterna en viss tolkningsmarginal ("margin of appreciation").

Tillåtna fall av frihetsberövande

Som inledningsvis redogjorts för uppräknas i artikeln under sex punkter de fall där frihetsberövande får äga rum. Av intresse i smittskyddssammanhang är dock främst p. 5.1.b som medger frihetsberövande med anledning av att någon har underlåtit att uppfylla föreläggande av domstol eller som syftar till fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet och p. 5.1.e som tillåter frihetsberövande till förhindrande av smittsam sjukdom eller av en person som är psykisk sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare. Övriga punkter tar upp bl.a. straffrättsliga frihetsberövanden och frihetsberövande inför utvisning.

Frihetsberövanden enligt art. 5.1.b

Enligt art. 5.1.b medges frihetsberövande i två fall. Det ena fallet tar sikte på situationen då någon underlåtit att uppfylla ett föreläggande meddelat av domstol och det andra då frihetsberövande sker i syfte att få till stånd ett fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet. Europadomstolen har varnat för att ge bestämmelsen en extensiv tolkning. Såväl kommissionen som Europadomstolen har framhållit att det måste vara fråga om en specifik konkret skyldighet och inte om en allmän skyldighet att leva ett laglydigt liv. Frihetsberövandet får inte heller ha till syfte att straffa för en redan utförd handling. Det måste vidare finnas klara tecken på att den som berövas friheten inte varit beredd att frivilligt fullgöra sin skyldighet.

Skyldigheterna som skall fullgöras enligt 5.1.b kan vara av mycket skiftande art. Så har t.ex. godtagits frihetsberövanden av personer som inte uppfyllt skyldighet att undergå psykiatrisk undersökning, att undergå blodprovstagning, att betala böter, att vistas på viss ort eller att fullgöra militärtjänst.

Frihetsberövanden enligt art. 5.1.e

Denna punkt tar upp ett antal artskilda omständigheter där frihetsberövande är tillåtet. De fall som prövats av kommissionen och Europadomstolen har rört personer som ansetts lida av psykisk sjukdom samt fall som rört lösdriveri. Såvitt framgått finns det inte några rapporterade fall som avsett frihetsberövande till förhindrande av spridning av smittsamma sjukdomar.

Europadomstolen har i ett antal fall som rört psykiskt sjuka personer givit vägledande principer för tillåtligheten enligt 5.1.e. Det fall i vilket

flera grundläggande frågor behandlades är Winterwerp mot Nederländerna 1979. Härfter har principerna utvecklats i bl.a. X mot Storbritannien 1981, Luberti mot Italien 1984 och Ashingdane mot Storbritannien 1985.

Sammanfattningsvis innebär dessa principer följande. Psykisk sjukdom är ett flexibelt begrepp vars innebörd kan förändras med tiden. Inte under några förhållande får en person anses vara psykiskt sjuk bara därför att hans åsikter eller uppförande avviker från vad som är normalt. Utöver att frihetsberövandet måste vara i överensstämmelse med syftet för inskränkningen enligt 5.1.e måste frihetsberövandet också vara motiverat med hänsyn till omständigheterna i det aktuella fallet.

För att frihetsberövandet inte skall anses godtyckligt måste vidare följande villkor vara uppfyllda. Personen i fråga måste på ett tillförlitligt sätt och med stöd av objektiv medicinsk sakkunskap visas lida av psykisk sjukdom. I brådskande fall kan dock ett frihetsberövande ske utan att medicinsk utredning hunnit inhämtas men ett sådant frihetsberövande får endast vara av kort varaktighet. Den psykiska sjukdomen måste vidare i sig vara av sådan art och grad att den motiverar ett frihetsberövande. Frihetsberövandet får endast fortsätta så länge störningen består.

I såväl Winterwerpsfallet som i Lubertifallet har Europadomstolen sagt att även om Europadomstolen har det sista ordet när det gäller huruvida dessa krav är uppfyllda har den svarande staten tillåtits en viss frihet (margin of appreciation) vid bedömningen av situationen. I Lubertifallet jämte ett antal andra har domstolen vidare accepterat att när det gäller personer som kan vara farliga för allmänheten har staten rätt att inta en försiktig hållning vid bedömningen av huruvida personen skall släppas fri med hänsyn till att hans tillstånd har förbättrats.

När det gäller tiden för frihetsberövandet nämns inte något om detta i artikeln utom såvitt avser vissa frihetsberövanden av straffrättslig art. Emellertid har kommissionen i fall rörande frihetsberövanden vid bl.a. utvisning ansett att vid bedömningen av lagligheten av sådana beslut hänsyn även kan tas till varaktigheten av frihetsberövandet. I de fall som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka personer har Europadomstolen dock utgått från att dessa kan vara obestämda till tiden och beroende av utvecklingen av personens psykiska hälsotillstånd (bl.a. Winterwerpfallet).

Som nämnts ovan har inte några fall prövats rörande frihetsberövande vid smittsamma sjukdomar. Kommentarer om tolkningen av konventionen i dessa fall är mycket sparsamma i litteraturen. Fawcett konstaterar kort att kontrollen av smittsamma sjukdomar i allmänhet måste anses vara en sak för inhemsk lag och administration men att sta-

terna kan vara bundna av bestämmelserna i den internationella överenskommelsen *International Health Regulations* (jfr kap. 20). I Harris m.fl. diskuteras dock frågan mer ingående och enligt deras bedömning kan det presumeras att de principer som gäller för psykisk sjukdom med relevanta modifieringar också skall tillämpas när det gäller fall rörande smittsam sjukdom. Enligt deras bedömning innebär kraven att det måste finnas bevis på att spridningen av sjukdomen kommer att hindras av en policy som innehåller frihetsberövande. När det gäller hivinfektion anser de att det kan vara så att tillämpningen av frihetsberövande i dessa fall motverkar sitt syfte genom att driva problemet under jord. Tillämpningen av frihetsberövanden vid hivinfektion väcker därför enligt deras uppfattning särskilda frågor rörande nödvändigheten och rättfärdigandet av åtgärden.

Garantier för rättssäkerhet vid frihetsberövande

I artikeln ställs, under p. 2–4, särskilda villkor som har till syfte att garantera rättssäkerheten för den som frihetsberövats. Sammanfattningsvis innebär dessa villkor huvudsakligen följande.

Den som frihetsberövats har rätt till underrättelse om skälen för frihetsberövandet. Enligt Europadomstolen (*Van der Leer mot Nederländerna* 1990) gäller detta krav på underrättelse alla former av frihetsberövande enligt art. 5. Underrättelsen skall ges på ett enkelt och icke tekniskt språk som personen kan förstå och upplysa om de viktigaste rättsliga och faktiska grunderna för frihetsberövandet. Underrättelsen skall vidare lämnas skyndsamt.

Den som frihetsberövats har också rätt att få lagligheten av frihetsberövandet snabbt prövad av domstol. Med domstol har även godtagits annat organ som uppfyller kraven på oberoende och judiciell procedur. Ett organ som enbart är rådgivande och inte beslutande är dock inte godtagbart. Domstolsprövningen skall omfatta lagligheten av frihetsberövandet varvid domstolen måste göra en prövning av de faktiska omständigheterna som ligger bakom frihetsberövandet. Däremot behöver prövningen inte omfatta rena lämplighetsöverväganden. Huruvida kravet på en snabb prövning är uppfyllt är enligt Europadomstolens praxis beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Tiden räknas fram till dess att slutligt beslut föreligger.

Utöver vad som nu nämnts ställs i artikeln inte uttryckliga krav på förfarandet i övrigt. Av Strasbourgsorganens avgöranden framgår att proceduren i vart fall måste uppfylla rimliga rättssäkerhetskrav. Europadomstolen har därvid uttalat krav på att förfarandet skall vara kontradiktoriskt. Detta innebär att beslutet inte får fattas på uppgifter eller be-

vis som den berörde inte har fått ta del av och bemöta. Däremot har inte ställts några generella krav på att proceduren skall vara muntlig eller att förfarandet skall vara offentligt. Emellertid har Europadomstolen slagit fast att personer som frihetsberövats p.g.a. psykisk sjukdom har rätt att bli hörda personligen eller, om det är nödvändigt, genom någon form av representant. Vidare har domstolen framhållit att när det är fråga om psykiskt sjuka personer kan krav ställas på särskilda processuella garantier.

Här bör också art. 6 beaktas. Artikelnen behandlar rätten till domstolsprövning och rättssäkerhet i både brottmål och mål om civila rättigheter och skyldigheter. Art. 6 innehåller mer långtgående krav än art. 5, bl.a. krävs att förfarandet i allmänhet skall vara muntligt och offentligt och att domen skall avkunnas offentligt. Det bakomliggande syftet bakom kravet på offentlighet är att garantera en rättvis rättegång genom offentlig insyn. Enligt doktrinen torde kravet på att domen skall avkunnas offentligt innebära att åtminstone huvuddragen i domskälen offentliggörs vid sidan av domslutet. Huruvida de rättigheter som skyddas av konventionen skall anses som sådana civila rättigheter som avses i art. 6 är dock oklart. Europadomstolen har lämnat frågan öppen i flera mål. Någon enhetlig uppfattning återfinns inte heller i doktrinen. Även om Strasbourgorganen inte synes ha ansett att rättssäkerhetskraven enligt art. 5 måste vara de samma som krävs för en rättvis rättegång enligt art. 6 har dock den praxis som utvecklats hos Europadomstolen medfört att ett flertal av de krav på rättssäkerhet som ställs i art. 6 också kommit att tillämpas på beslut som rört frihetsberövande enligt art. 5. Som ovan redogjorts för har särskilda hänsynstaganden gjorts då det varit fråga om personer med psykisk sjukdom. Enligt Harris m.fl. har domstolen också generellt antytt att när frihetsberövandet kan komma att omfatta en längre tid måste den rättsliga proceduren ge rättssäkerhetsgarantier som inte är märkbart mindre än vad som krävs vid prövning i brottmål.

21.4.3 Rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.

I art. 8 återfinns förpliktelser för staterna som avser att ge skydd mot godtyckliga ingrepp i människors privata sfär. Enligt artikelnen har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Skyddet enligt artikelnen är emellertid inte absolut utan kan begränsas under vissa förutsättningar. Dessa förutsättningar är att inskränkningen har stöd i lag, tillgodoser något av de ändamål som räknas upp i artikelnen samt är nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att

tillgodose ändamålet. De ändamål för vilka inskränkningar får göras är statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd, förebyggande av oordning eller brott, skyddandet av hälsa eller moral eller av andra personers fri- och rättigheter.

Att en inskränkning skall ha stöd i lag innebär enligt Europadomstolens praxis inte enbart att inskränkningen skall regleras i lag. Lagen måste dessutom uppfylla vissa krav på rättssäkerhet; den skall vara tillgänglig och förutsebar för allmänheten. Detta innebär bl.a. att grunderna för inskränkningen skall vara tillräckligt preciserade i lagen. Hur detaljerat förutsättningarna måste anges beror enligt Europadomstolen på vad inskränkningen avser. Domstolen har i en del fall, t.ex. då det rör omhändertagande av barn, godtagit att de tillämpande myndigheterna lämnats en viss diskretionär beslutanderätt. Kravet är emellertid att ramen för bedömningen är tillräckligt avgränsad för att ge individen skydd mot godtyckliga ingrepp. Domstolen har också i vissa fall tagit hänsyn till om det i övrigt funnits tillräckliga rättssäkerhetsgarantier mot godtycklighet, t.ex. genom möjlighet till rättslig prövning.

Att inskränkningen skall vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle innebär enligt Europadomstolens praxis att den skall vara motiverad av ett starkt samhällsbehov och att skälen för inskränkningen är relevanta och tillräckliga. Vidare måste inskränkningen stå i rimlig proportion till det syfte som skall tillgodoses. Nödvändigheten av åtgärden skall avgöras i belysning av alla omständigheter i målet. Staterna har tillerkänts viss frihet att avgöra nödvändigheten ("margin of appreciation"). Emellertid är denna rätt inte obegränsad utan det slutliga avgörandet åvilar Europadomstolen. Den exakta omfattningen av statens tolkningsföreträde beror på vilken rättighet det är fråga om, vilket samhällsligt intresse som görs gällande och på de särskilda omständigheterna i det enskilda fallet. Strasbourgorganen har vidare i många fall sökt utröna vad som kan anses vara uttryck för en allmän europeisk syn och därvid lagt vikt vid bl.a. förhållandena i de olika europeiska länderna.

De skyddade intressena i art. 8 är formulerade i allmänna ordalag och omfattar sinsemellan olika element. Några allmänna definitioner av vad Europadomstolen anser att respektive intresse omfattar har inte givits.

I rätten till privatliv ingår bl.a. *den fysiska integriteten*. Art. 8 omfattar bl.a. skydd mot medicinska undersökningar, även sådana av mindre betydelse. Något avgörande av Europadomstolen rörande frågor om medicinska tvångsundersökningar föreligger inte. Kommissionen har dock prövat ett antal fall som rört tvångsundersökningar som ägt rum främst på straffrättens område och därvid accepterat de skäl staterna uppgivit för ingripandena. Så har t.ex. kommissionen godtagit blodprovstagning vid misstänkt trafikonykterhetsbrott med hänsyn till skyd-

det för andras rättigheter och psykiatrisk undersökning i brottmål med hänsyn till förebyggande av oordning eller brott och till skyddet för hälsa samt provtagning i faderskapsmål med hänsyn till skyddet för andra personers rättigheter.

Skydd mot insamlande och användning av information om en person omfattas också av rätten till privatliv. Strasbourgorganen har främst behandlat mål som rör utlämnande av uppgifter. Europadomstolen har därvid uttalat att skyddet av personliga uppgifter, inte minst medicinska uppgifter, är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjelivet. Samtidigt har domstolen konstaterat att andra intressen kan utgöra skäl för inskränkningar i skyddet av personliga uppgifter. Så har Europadomstolen godtagit bl.a. att medicinska uppgifter lämnats till försäkringskassan i ett ärende om arbetsskadeförsäkring med hänsyn till landets ekonomiska välstånd (M.S. mot Sverige 1997). Europadomstolen har härvid fäst särskild vikt vid huruvida uppgifterna var sekretessskyddade även hos den mottagande myndigheten. Av särskilt intresse är här två fall som båda rör hivinfektion.

I målet TV mot Finland 1994 ansåg kommissionen att lämnandet av uppgifter om att en intagen var hivpositiv till den personal som var direkt ansvariga för hans vård och som själva hade tystnadsplikt var berättigat såsom nödvändigt för att skydda andra personers rättigheter. Kommissionen fäste särskild vikt vid att uppgifterna var sekretessskyddade även hos berörd personal.

I målet Z mot Finland 1997 hade Europadomstolen att pröva huruvida bl.a. röjandet i en brottmålsdom av en persons identitet och hivstatus samt beslut om tidsbegränsning av sekretessen rörande medicinska uppgifter utgjorde en kränkning av respekten för privatlivet. Uppgifterna rörande Z, som ej själv var part i målet, användes som bevisning vid bedömningen av huruvida straffrättsligt ansvar förelåg för hennes make. Europadomstolen ansåg att allmänna intressen, såsom utredande av brott och insyn i rättegångsförfarandet, kan vara ett legitimt syfte för inskränkningar av den personliga integriteten. Samtidigt konstaterade domstolen att skyddet av personliga uppgifter är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjeliv. Europadomstolen uttalade, bl.a. med hänvisning till Europarådets rekommendation nr R (89) 14 (se avsnitt 21.3.4), vidare att särskilt när det gäller hivinfektion måste intresset av att skydda att uppgifter mot personens vilja inte lämnas ut till andra väga tungt vid bedömningen av om åtgärden står i proportion till syftet med åtgärden. Enligt Europadomstolen stred det mot Z:s rätt enligt art. 8 att hennes identitet och hivstatus hade offentliggjorts i målet och att sekretessen beträffande övriga uppgifter hade begränsats till 10 år. Däremot

godtog Europadomstolen att vittnesmål av Z:s läkare och hennes medicinska journaler användes som bevismedel bl.a. med hänsyn till att läkarna hördes bakom stängda dörrar.

Enligt Europadomstolens praxis ingår även *sexuella relationer* i rätten till privatlivet. I målet *Dudgeon mot Storbritannien* 1981 beskrev domstolen det sexuella livet som den mest intima aspekten av det privata livet och framhöll att det därför måste föreligga särskilt allvarliga skäl för att en inskränkning skall anses legitim i förhållande till ändamålen i art. 8. Målet rörde kriminalisering av homosexuella relationer. I detta mål jämte ett antal andra har Europadomstolen intagit den utgångspunkten att staten inte skall ingripa med lagstiftning eller på annat sätt mot privata frivilliga homosexuella relationer mellan vuxna människor. Starka skäl för en inskränkning av denna rätt är t.ex. skyddet av minderåriga eller andra som befinner sig i beroendeställning eller som annars inte har förmåga att fatta helt frivilliga beslut. Däremot har domstolen i *Laskey m.fl. mot Storbritannien* 1997 godtagit kriminalisering av sadomasochistiska handlingar med hänsyn till skyddet för hälsa.

Skyddet för familjeliv har främst omfattat frågor om vårdnaden om och umgänge med barn, om barn som omhändertagits för samhällsvård m.m. Skyddet för familjeliv kan också komma i fråga när någon är frihetsberövad och det föreligger inskränkningar i rätten att mottaga besök eller på annat sätt upprätthålla kontakten med familjen. Strasbourgorganen har i ett antal mål framhållit att frihetsberövanden i form av häktning eller intagning på kriminalvårdsanstalt nödvändigtvis måste medföra vissa inskränkningar men samtidigt får begränsningarna i kontakten med familjen inte vara oproportionerliga. Motsvarande bedömning har gjorts rörande frihetsberövades rätt till korrespondens.

21.5 Förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser och Europakonventionen

21.5.1 Inledande kommentarer

Att staterna har ett ansvar för att bekämpa spridning av smittsamma sjukdomar framgår klart av såväl FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som av den Europeiska sociala stadgan. Skyddet för hälsa är en vidare en av grunderna för vilken inskränkningar av vissa rättigheter får göras enligt Europakonventionen. Detta kommer till uttryck i art. 5.1.e när det gäller frihetsberövande för att förhindra spridning av smittsam sjukdom och i art. 8 när det gäller inskränkningar i bl.a. privatlivet. Som tidigare redogjorts för uppställs

emellertid ytterligare krav för att en åtgärd till skydd för hälsan skall vara godtagbar enligt konventionen. Några mål som rört tvångsåtgärder till förhindrande av smittsam sjukdom har, såvitt känt är, inte kommit till prövning. Det är därför naturligtvis svårt att uttala sig om Europadomstolens tolkning av konventionen i dessa fall. Det får här också beaktas att innebörden av konventionens artiklar inte är statisk utan är föremål för utveckling genom domstolens praxis, varvid hänsyn har tagits till de vid avgörandet rådande förhållandena. Europadomstolen väger många gånger in vad som kan anses utgöra allmänt godtagna principer eller en allmän gemensam europeisk standard. De deklARATIONER och rekommendationer som har antagits av bl.a. Europarådet när det gäller åtgärder mot hiv/aids torde därför kunna ha betydelse för Europadomstolens bedömning.

Vid införandet av Europakonventionen som svensk lag gjorde Fri- och rättighetskommittén (Fri- och rättighetsfrågor, SOU 1993:40) en översiktlig genomgång av svensk lagstiftnings överensstämmelse med konventionens regler och praxis. Såvitt avser smittskyddslagen berördes endast tvångsisolering och togs upp som exempel på frihetsberövanden i svensk lag. Enligt kommitténs bedömning torde tvångsisolering stå i överensstämmelse med art. 5 i konventionen. Emellertid diskuterades inte frågan närmare.

Här skall också nämnas att Europarådets tortyrkommitté (om denna se avsnitt 21.2.2) uppmärksammade smittskyddslagen i en rapport om Sverige från 12 mars 1992. Kommittén hade vid sin undersökning besökt bl.a. den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen på Beckomberga sjukhus. Kommittén anförde i rapporten att det vid besök på enheten inte framförts några klagomål om dålig behandling och att det inte heller i övrigt framkommit några tecken på sådan behandling. Kommittén konstaterade emellertid att det saknades klara regler om vilka rättigheter de tvångsisolerade hade. Kommitténs rapport ledde till att regler härom infördes i smittskyddslagen (43–43 b §§).

21.5.2 Tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering

Enligt smittskyddslagen kan frihetsberövande äga rum i två fall, dels som tillfälligt omhändertagande (37 §) och dels som tvångsisolering (38 §).

Som framgår av avsnitt 21.4.2 medger art. 5 i Europakonventionen frihetsberövande i syfte att förhindra spridning av smittsam sjukdom under förutsättning att frihetsberövandet ägt rum i den ordning som

lagen föreskriver och i övrigt är lagligt. Med hänsyn till den betydelse rätten till skydd mot godtyckliga frihetsberövanden har i Europakonventionen och till den strikta tolkning av undantagen som ges i Europadomstolens praxis torde undantaget för spridning av smittsam sjukdom emellertid inte kunna tolkas så att det medger en rätt till tvångsisolering vid alla fall av smittsam sjukdom. Även i dessa fall torde Strasbourgorganen ställa krav på nödvändigheten och proportionaliteten av frihetsberövandet. Enligt doktrinen bör de principer som utvecklats beträffande frihetsberövande vid psykisk sjukdom i tillämpliga delar vara relevanta även i dessa fall. Dessa principer ställer bl.a. krav på att personen på ett tillförlitligt sätt visats vara psykiskt sjuk, att sjukdomen är av sådan art och grad att den motiverar ett frihetsberövande och att frihetsberövandet endast pågår så länge sjukdomen består.

Tillåtna frihetsberövanden enligt smittskyddslagen är begränsade till s.k. samhällsfarliga sjukdomar. Vidare ställs krav på att särskilda skäl skall föreligga för att tvångsisolering respektive tillfälligt omhändertagande skall få vidtas. Tvångsisoleringen, liksom det tillfälliga omhändertagandet, skall vidare omedelbart upphöra om det inte längre finns skäl för åtgärden. Det bör här också beaktas att för de allra flesta smittsamma sjukdomar där tvångsisolering kan vara aktuell torde det, med hänsyn till bl.a. möjligheterna till medicinsk behandling, i praktiken endast bli fråga om kortvarig tvångsisolering.

Med utgångspunkt från vad som ovan sagts bör bestämmelserna om tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering allmänt sett inte föranleda problem i förhållande till konventionen. Begreppet smittsam sjukdom i konventionen torde avse sådana sjukdomar som på erkänt medicinskt vetenskapliga grunder klassificeras som smittsamma sjukdomar. En motsvarande tillämpning av de krav som ovan redovisats beträffande psykiatriska tvångsomhändertaganden bör emellertid leda till att det måste vara fråga om en allvarlig smittsam sjukdom och att det finns klara skäl som kan rättfärdiga tvångsisoleringen. Med hänsyn bl.a. till att tvångsisolering, med undantag för hivinfektion, är ett erkänt instrument av de internationella organen (jfr t.ex. International Health Regulations, kap. 20) och till att någon enhetlig syn inte synes föreligga mellan de olika europeiska ländernas bedömning av för vilka sjukdomar tvångsisolering får äga rum är det dock rimligt att anta att det föreligger ett inte alltför begränsat utrymme för den enskilda staten att bestämma om nödvändigheten av tvångsisolering. Så t.ex. torde det vara mindre problem att motivera frihetsberövanden vid allvarliga smittsamma sjukdomar som sprids genom "vanlig" social kontakt och som är behandlingsbara.

Man kan dock inte utgå från att domstolen kommer att ha samma uppfattning som den enskilda staten när det gäller bedömningen av en

enskild sjukdom. En särskild fråga är hur Europadomstolen skulle se på tvångsisolering vid hivinfektion. Som redogjorts för i tidigare avsnitt tas i flertalet av de internationella dokumenten avstånd från tvångsisolering av hivpositiva. Det bör vidare beaktas att bestämmelser som ger möjlighet till tvångsisolering i dessa fall endast synes förekomma i ett fåtal länder i Europa. Eftersom Europadomstolen många gånger söker utröna vad som kan anses vara uttryck för en allmän europeisk syn finns det anledning att anta att Europadomstolen skulle ha en restriktiv syn på huruvida det finns grund för tvångsisolering vid hivinfektion. Särskild betydelse för domstolens bedömning torde Europarådets ministerkommittés rekommendation R (89) 14 ha i vilken uttryckligen tas avstånd från alla former av tvångsisolering av hivpositiva. Europadomstolen har bl.a. i målet Z mot Finland 1997 fäst särskild vikt vid uttalandena i denna rekommendation.

Ett särskilt problem som hänger samman med bl.a. att det inte finns botemedel mot hivinfektion är tvångsisoleringens varaktighet. Smittskyddslagen innehåller inte någon yttersta tidsgräns för tvångsisolering. Art. 5 säger dock inte uttryckligen något om tiden för frihetsberövanden som nu är ifråga. Vidare har Europadomstolen utgått från att frihetsberövanden som avser psykisk sjukdom kan vara obestämda till tiden och beroende av utvecklingen av personens psykiska hälsotillstånd. Det torde därför kunna antas att Europadomstolen också kan acceptera att tiden för tvångsisolering är beroende av i vad mån den smittade själv kan eller vill medverka till åtgärder som förhindrar smittspridning. Med hänsyn till det avståndstagande från tvångsisolering vid hivinfektion som ges uttryck för i internationella dokument kan det dock inte uteslutas att Europadomstolen kan vara mindre benägen att acceptera att hivpositiva är föremål för långvarig tvångsisolering. Här bör beaktas att vid hivinfektion är beteendet hos den smittade av avgörande betydelse. Vid långa isoleringstider kan tvångsisolering därför principiellt sett anses närma sig ett frihetsberövande i syfte att förebygga brottslig gärning, vilket inte är tillåtet enligt art. 5. Vidare medför ett frihetsberövande inskränkningar av den enskildes rätt till privat- och familjeliv, vilka skyddas av art. 8. Längden av frihetsberövandet torde därvid ha betydelse för hur starkt det samhällseliga intresset av frihetsberövandet måste överväga i jämförelse med den enskildes rätt till privat- och familjeliv. Med hänsyn till det sätt varigenom hivinfektion sprids och till att hivinfektion generellt sett har en relativt låg smittsamhet vid andra smittvägar än blodsmitta kan det därför inte uteslutas att ett långvarigt frihetsberövande också kan komma i konflikt med art. 8 i Europakonventionen.

Som inledningsvis redogjorts för i detta avsnitt ställer art. 5 krav på att frihetsberövandet skall vara lagligt i konventionens mening. En

särskild fråga är här om detta krav också, i likhet med vad som gäller för inskränkningar i rättigheterna enligt art. 8, innebär krav på lagens tillgänglighet och förutsebarhet. Kommissionen har i några fall som berört art. 5 antytt att så är fallet men frågan har inte prövats närmare. Med hänsyn till att frihetsberövande är en mycket ingripande åtgärd är det dock rimligt att utgå från att rättssäkerhetskraven inte ställs lägre än vid ingripanden som omfattas av art. 8. Enligt Harris m.fl. bedömning torde det inte föreligga några skäl för att ett sådant krav inte skall ställas även i fall som avses i art. 5. Viss tveksamhet kan därför föreligga beträffande huruvida smittskyddslagens bestämmelser om tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering uppfyller kraven på förutsebarhet. Kriterierna för dessa åtgärder är relativt allmänt hållna och lämnar i stor utsträckning åt de tillämpande myndigheterna att avgöra när det kan anses vara motiverat att vidta åtgärden. Med beaktande av att de relevanta omständigheterna kan variera stort mellan de enskilda fallen, bl.a. med hänsyn till sjukdomarnas olika smittsätt och smittrisker, torde det kunna accepteras att inte helt precisa kriterier utformas i lagen. Domstolen har i vissa fall godtagit att de tillämpande myndigheterna lämnats en viss diskretionär prövningsrätt. Emellertid bör beaktas att ett frihetsberövande är en mycket ingripande åtgärd för den enskilde varför kraven på precisering torde ställas högre än t.ex. då det är fråga om tvångsundersökning.

Art. 5 ställer vidare vissa ytterligare villkor i syfte att garantera rättssäkerheten för den som blivit föremål för frihetsberövande, nämligen att den frihetsberövade snarast möjligt underrättas om skälen för åtgärden och att han eller hon kan få lagligheten av åtgärden snabbt prövad av domstol. I avsnitt 21.4.2 har redogjorts för innebörden av dessa villkor enligt Strasbourgorganens praxis. Enligt kommitténs bedömning torde de processuella bestämmelser som gäller för frihetsberövanden enligt smittskyddslagen uppfylla konventionens krav i dessa avseenden.

21.5.3 Tvångsundersökning

Smittskyddslagen innehåller bestämmelse om tvångsundersökning av personer som misstänks ha smittats av samhällsfarlig sjukdom (36 §). Som framgår av avsnitt 21.4.3 omfattar skyddet för privatlivet i art. 8 även medicinska undersökningar varför åtgärden måste vara förenlig med villkor som ställs i artikeln. Några fall som rört tvångsundersökning i smittskyddssyfte har, såvitt erfarits, inte prövats av Strasbourgorganen. Kommissionen har dock godtagit tvångsundersökning i andra sammanhang bl.a. med hänsyn till förebyggande av oordning och brott

och till skyddet för hälsa. Tvångsundersökning i smittskyddssyfte torde kunna anses vara motiverad av hänsyn till skyddet för hälsa. Det torde också få anses föreligga ett starkt samhälleligt intresse av att snabbt kunna få upptäcka förekomsten en allvarlig smittsam sjukdom för att kunna vidta åtgärder mot vidare smittspridning. De ingrepp som medges vid undersökningen är också sådana som inte orsakar annat än obetydliga men. Tvångsundersökning enligt smittskyddslagen torde därför kunna anses vara en sådan åtgärd som är tillåten enligt art. 8. Med hänsyn till det avståndstagande från tvångsundersökning vid hivinfektion som kommit till uttryck i olika internationella dokument kan dock Europadomstolen komma att ha en mer restriktiv syn på huruvida tvång kan anses vara befogat vid hivinfektion.

Inte heller i övrigt torde bestämmelsen om tvångsundersökning anses strida mot kraven i art. 8. Vad som dock bör beaktas är dels att de förutsättningar för tvångsundersökning som anges i smittskyddslagen är relativt allmänt hållna, dels att smittskyddsläkaren beslutar om tvångsundersökning och att detta beslut inte går att överklaga. Som tidigare redogjorts för ställs i art. 8 krav på att åtgärden skall vara förutsebar, dvs. att grunderna för åtgärden skall vara tillräckligt preciserade i lagen, men art. 8 innehåller inte något uttryckligt krav på domstolsprövning. Enligt kommitténs bedömning torde tvångsundersökning i smittskyddssyfte, bl.a. med hänsyn till variationerna mellan de olika sjukdomarnas smittvägar och smittrisker, vara en sådan åtgärd där Europadomstolen kan godta att de tillämpande myndigheterna tillerkänns en viss diskretionär prövningsrätt i de enskilda fallen. Emellertid har Europadomstolen i vissa fall fäst avseende vid huruvida det funnit möjlighet till domstolsprövning av beslutet. Om möjlighet till rättslig prövning saknas, som är fallet vid tvångsundersökning enligt smittskyddslagen, är det inte otänkbart att Europadomstolen kan komma att ställa krav på en tydligare precisering av förutsättningarna för när tvångsundersökning får äga rum.

Vidare kan tvångsundersökning också innebära ett frihetsberövande enligt art. 5, närmare bestämt ett frihetsberövande i syfte att tvinga personen att fullgöra en i lag föreskriven skyldighet (art. 5.1.b). Så har t.ex. kommissionen i ett mål rörande ett beslut av domstol om tagande av blodprov i ett faderskapsmål (*X v Österrike* 8278/78) varit av den åsikten att genomförandet av en blodprovstagning under tvång utgör ett berövande av friheten även om frihetsberövandet är mycket kortvarigt. Enligt art. 5 har den som berövats friheten rätt att få lagligheten av beslutet prövad av domstol. Förhållandet mellan denna rätt och så kortvariga frihetsberövanden som nu är i fråga har, såvitt framkommit, dock inte prövats av Europadomstolen. Kommissionen har i ett fall (*X och Y mot Sverige*, 7376/76) uttalat att när frihetsberövandet är så

kortvarigt att det upphör före den tid som krävs för en snabb prövning vid domstol står det förhållandet att möjligheten till domstolsprövning saknas inte i strid med bestämmelsen i art. 5. Huruvida även Europadomstolen skulle lägga en sådan mer praktisk syn på frågan är dock oklart.

21.5.4 Några andra frågor

Smittskyddslagen innehåller ett antal andra bestämmelser som kan innebära inskränkningar av rättigheter som omfattas av art. 8 i konventionen.

Enligt 13 § smittskyddslagen är den som misstänks ha smittats eller är smittad av en samhällsfarlig sjukdom skyldig att följa de *förhållningsregler* som meddelats av den behandlande läkaren. Förhållningsreglerna kan innebära allt från hygieniska åtgärder till att avhålla sig från att utöva visst arbete eller från umgänge med andra. I förhållande till art. 8 bör följande beaktas. De skyddade intressena i art. 8 är allmänt formulerade och har i Strasbourgorganens praxis kommit att beröra sinsemellan mycket olika förhållanden. Vidare är inte alla åtgärder en stat vidtar mot den enskildes privatliv att anse som ett ingrepp i artikelns mening. Av betydelse är t.ex. hur omfattande ingreppet kan anses vara och i vad mån en åtgärd är förenad med sanktioner. Här skall uppmärksammas att kommissionen t.ex. inte ansåg förbudet mot aga enligt 6 kap. 3 § föräldrabalken vara ett ingrepp i konventionens mening, bl.a. med hänsyn till att det inte finns någon sanktion direkt knuten till förbudet (sju personer mot Sverige, 8811/79). Mot bakgrund av dessa förhållanden får det anses vara oklart i vad mån nu nämnda skyldighet enligt smittskyddslagen generellt sett innebär en inskränkning av i artikeln skyddade intressen. Emellertid kan det inte uteslutas att art. 8 kan bli tillämplig i enskilda fall. I sådana fall torde inskränkningen dock kunna anses vara förenlig med art. 8 med hänsyn till skyddet för hälsa.

Ytterligare en fråga rör bestämmelserna om *inhämtande och användande av information*. Smittskyddslagen innehåller ett flertal bestämmelser avseende utbyte mellan smittskyddsaktörerna av uppgifter rörande enskilds hälsotillstånd och personliga förhållanden, bl.a. 20–24 a §§ om anmälan av inträffat sjukdomsfall eller påträffat smittämne, anmälningar om bl.a. brott mot meddelade förhållningsregler enligt 25 § och om underlåtelse att inställa sig för undersökning 26 § samt övriga bestämmelser om uppgiftsskyldighet som t.ex. enligt 8 § och 29–31 §§.

I rätten till privatliv enligt art. 8 ingår också skydd mot insamlande och användande av information om person, bl.a. medicinska uppgifter.

Europadomstolen har, som tidigare nämnts, uttalat att skyddet av personliga uppgifter, inte minst medicinska uppgifter, är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjelivet. Samtidigt har domstolen konstaterat att andra intressen kan utgöra skäl till inskränkningar i skyddet av personliga uppgifter. Så har domstolen t.ex. godtagit att medicinska uppgifter utlämnats till domstol med hänsyn till intresset av att utreda brott och till det allmännas intresse av ge insyn i rättegångsförfarandet (Z mot Finland 1997) samt till försäkringskassan i ett ärende om arbetsskadeförsäkring med hänsyn till skyddet för landets ekonomiska välstånd (M.S. mot Sverige 1997). I målen har domstolen därvid fäst särskild vikt vid att uppgifterna var sekretesskyddade även hos den mottagande myndigheten.

Vid en översiktlig bedömning av aktuella bestämmelser om uppgiftslämnande m.m. i smittskyddslagen torde dessa kunna anses vara förenliga med art. 8. Uppgiftsutbytet får anses vara motiverat med hänsyn till skyddet för hälsa och skyddet för andra personers rättigheter. Uppgifterna är vidare sekretesskyddade hos den mottagande myndigheten.

I smittskyddslagen medges vidare *vissa restriktioner under tvångsisoleringen*, däribland rörande rätten att vistas utanför sjukhusområdet och rätten att ta emot besök. Den isolerades frihet får dock inte underkastas annan begränsning än som påkallats av ändamålet med isoleringen. Här bör beaktas att Europadomstolen framhållit att frihetsberövanden med nödvändighet måste medföra vissa inskränkningar när det gäller bl.a. rätten till familjeliv och korrespondens men att inskränkningarna inte får vara oproportionerliga eller sträcka sig utöver vad som normalt kan accepteras. Grunden för de inskränkningar vid tvångsisolering som tillåts enligt smittskyddslagen är främst att hindra smittspridning samt i vissa fall även upprätthållande av säkerheten och ordningen vid sjukvårdsinrättningen. Bestämmelserna som sådana torde inte kunna anses sträcka sig utöver vad som är befogat. Vid en översiktlig bedömning av aktuella regler torde dessa därför stå i överensstämmelse med vad som är tillåtet enligt art. 8 (jfr dock avsnitt 21.5.2 om restriktioner vid långa frihetsberövanden).

II
Överväganden
och
förslag

22 Allmänna överväganden

22.1 Inledning

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

Utredningen har mot bakgrund av detta sökt införskaffa och sammanställa ett så gott kunskapsunderlag som möjligt för belysning av tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser och lagens effekter för smittskyddet. För att få ett allsidigt underlag för utvärdering av åtgärder för att förhindra smittspridning har särskild uppmärksamhet givits åt frågor av beteendevetenskaplig natur.

I det följande lämnar kommittén först en översiktlig redovisning av de slutsatser som kan dras om den aktuella situationen i Sverige och om effekterna av den nuvarande regleringen. Därefter diskuterar kommittén principiella utgångspunkter och övergripande ställningstaganden som enligt kommitténs mening bör vara vägledande för en ny reglering på området. En närmare diskussion av förutsättningarna för olika åtgärder återfinns i respektive kapitel.

22.2 Kommitténs kartläggning och utvärdering

I ett internationellt perspektiv är situationen i Sverige när det gäller smittsamma sjukdomar gynnsam. Den inhemska spridningen av mer allvarliga smittsamma sjukdomar i Sverige är begränsad. För ett flertal smittsamma sjukdomar, däribland de sexuellt överförbara sjukdomarna, har antalet nysmittade personer under den senaste 10–15-årsperioden

minskat markant eller legat på en konstant nivå. Dock har de senaste två åren märkts en viss ökning av främst klamydia och gonorré. Samtidigt kan konstateras att infektionssjukdomar fortfarande tillhör de vanligast förekommande sjukdomarna och att de utgör ett väsentligt problem både för samhället i stort och för den enskilde individen som drabbas. Så till exempel utgör mag- och tarmsjukdomar ett inhemskt problem av mer betydande art. Vidare är risken för spridning av smittsamma sjukdomar från andra länder större än tidigare på grund av det ökade utbytet med omvärlden, däribland människors möjligheter till snabba förflyttningar över världen.

Att Sverige har en god situation när det gäller förekomsten av smittsamma sjukdomar beror på många olika samverkande faktorer. Yttre faktorer som haft inverkan är bl.a. de förbättringar i det allmänna hälsoläget och av levnadsförhållandena som skett under 1900-talet samt de ökade medicinska kunskaperna om sjukdomarnas uppkomst och möjligheterna att skydda sig mot dessa. Befolkningens bildningsnivå är dessutom hög och det är lätt att få ut relevant information om smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet har också medfört att det funnits tillgång till läkemedel för behandling av sjukdomarna och till vacciner i förebyggande syfte. Vidare har i Sverige lagts stora resurser på olika insatser för att tidigt kunna kontrollera och förhindra spridningen av de smittsamma sjukdomarna. Den allmänna uppfattningen, till vilken kommittén ansluter sig, är att denna förebyggande inriktning på det svenska smittskyddsarbetet torde ha haft stor betydelse för den gynnsamma situation vi befinner oss i. Hur mycket som beror på lagstiftningen på området är dock svårt att bedöma. Kommittén återkommer nedan till denna fråga.

En slutsats man kan dra av ovanstående situationsbeskrivning är att den rädsla som traditionellt finns när det gäller smittsamma sjukdomar ofta är överdriven, ibland uppblåst av media. Det finns skäl att understryka att man i dag bör se mer nyanserat och realistiskt på många av de allvarigare smittsamma sjukdomarna och att de glädjande nog inte utgör samma fara för människor i Sverige som förr. Samtidigt finns anledning till vaksamhet och beredskap mot förändringar i spridningen eller karaktären av de smittsamma sjukdomarna som gör att dessa på nytt blir ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige. Ett exempel som visar vikten av sådan vaksamhet är situationen när det gäller läkemedelsresistenta smittämnen.

Av kommitténs kartläggning av situationen i andra länder framgår att såväl smittskyddssituationen som lagregleringen och åtgärderna skiljer sig mycket åt i olika länder. En viktig fråga är vilken betydelse landets smittskyddslagstiftning och åtgärder har för den epidemiologiska utvecklingen i det enskilda landet. Det är emellertid förenat med

stora svårigheter att avgöra vad som är effekter av det enskilda landets smittskyddslagstiftning och vad som är effekter av andra faktorer, som t.ex. geografisk belägenhet, hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad eller sociala och politiska förhållanden. Några ordentliga jämförelser låter sig därför inte göras.

En särskild fråga i det här sammanhanget är de epidemiologiska effekterna av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot människor som bär på eller misstänks bära på smitta; dvs. möjligheterna till tvångsundersökning, tillfälligt tvångsomhändertagande och tvångsisolering. Kommittén vill här inledningsvis framhålla att kartläggningen visat att tvångsingripanden av detta slag inte har använts i någon stor utsträckning och att sådana åtgärder i förhållande till andra insatser utgör en mycket liten del i smittskyddsarbetet. Tvångsingripandenas betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige torde redan av detta skäl vara begränsad. Underlaget är vidare för litet för att man skall kunna dra några säkra slutsatser om vilka epidemiologiska effekter tvångsingripandena har haft. Det ligger i sakens natur att sådana effekter är svåra att mäta och bedöma, bl.a. med hänsyn till att man inte vet hur situationen skulle ha sett ut om möjligheter till tvångsingripanden inte funnits. Det torde vidare vara så att betydelsen av möjligheten till tvångsåtgärder är beroende av den enskilda sjukdomens art såsom bl.a. sättet för överföring av smitta och graden av smittsamhet. En studie som Smittskyddsinstitutet utfört på uppdrag av kommittén tyder sålunda på att åtgärder såsom isolering knappast har någon effekt på utvecklingen av hiv epidemin som den förlöpt i vårt land. Härav kan naturligtvis inte dras några slutsatser beträffande effekterna vid en epidemi av annat slag.

Tillämpningen av smittskyddslagens bestämmelser, utöver tvångsbestämmelserna, har enligt kommitténs utvärdering inte i stort vållat problem. Beträffande tvångsbestämmelserna föreligger dock flera frågor som föranleder särskilda överväganden. Kommittén vill inledningsvis påpeka att kartläggningen visar att tvångsåtgärderna allmänt sett använts på ett nyanserat och väl avvägt sätt. Emellertid visar underlaget att när det gäller t.ex. tvångsundersökning förekommer skillnader mellan smittskyddsläkarnas tillämpning av bestämmelsen som framstår som mindre lämpliga. Detta torde bl.a. bero på att bestämmelsen i sig inte ger tillräckligt utrymme för en epidemiologisk bedömning av behovet av åtgärden. När det gäller tvångsisolering kan ifrågasättas om grunderna för åtgärden är tillräckligt preciserade, vilket framstår som betänkligt med hänsyn till rättssäkerheten för den enskilde. Enligt den genomgång av akterna kommittén gjort rörande personer som tvångsisolerats kan konstateras att tvångsisolering i princip uteslutande tillgripits beträffande personer som burit på hivinfektion och att den

kommit att rikta sig huvudsakligen mot människor som i övrigt ofta är utsatta och relativt lätt identifierade, såsom narkotikamissbrukare, psykiskt störda och prostituerade, och mot människor av utländsk härkomst, främst från den afrikanska kontinenten. I vissa fall har tvångsisoleringen sträckt sig över mycket långa tidsperioder, ibland upp till flera år. Skälen för tvångsisolering synes enligt akterna i vissa fall vara mer socialt motiverade och gå utöver smittskyddslagens syfte, som ju tar sikte enbart på risken för smittspridning. Det har också förekommit att tvångsisolering använts i brist på annan vård eller stöd till den enskilde. Detta finner kommittén vara djupt otillfredsställande. Det förhållandet att det inte finns någon yttersta tidsgräns för hur länge en person kan vara tvångsisolerad kan vidare ifrågasättas från flera olika synpunkter och det finns skäl för tveksamhet till om detta kan anses förenligt med Europakonventionen. Kommittén anser därför att aktuella bestämmelser – oavsett deras eventuella epidemiologiska effekt – måste ses över bl.a. i syfte att garantera den enskildes rättssäkerhet.

Utöver tvångsbestämmelserna föreligger också andra principiella problem i smittskyddslagen. Det kan sålunda diskuteras om lagens uppdelning av sjukdomar på samhällsfarliga respektive anmälningspliktiga är adekvat. För vissa av de sjukdomar som nu enbart är klassificerade som anmälningspliktiga sjukdomar kan vissa åtgärder, som t.ex. smittspårning och meddelande av råd till enskilda rörande åtgärder för att förhindra smittspridning, vara lika viktiga som vid de samhällsfarliga sjukdomarna även om det inte finns behov av tvångsåtgärder. Kommittén anser därför att förändringar bör göras för att i möjligaste mån anpassa bestämmelserna till det verkliga behovet av åtgärder vid olika typer av sjukdomar.

Kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visar att smittskyddsarbetet huvudsakligen är väl fungerande och att smittskyddsorganisationen i stort fungerar bra. Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan nationell och lokal nivå synes också vara väl avvägd. Samtidigt har dock bl.a. den utvärdering Statskontoret gjort för kommittén pekat på olika problembilder. Utvärderingen ger dock inte anledning att göra några grundläggande förändringar av nuvarande organisation eller ansvarsfördelning. Kommittén vill också lyfta fram frågorna om nationell styrning och samordning av smittskyddsverksamheten. Underlaget pekar här på vissa svårigheter som föreligger att idag utöva nationell samordning och styrning. Svårigheterna hänger dels samman med att smittskyddsverksamheten berör så många olika aktörer utan någon gemensam central myndighet, dels med att det saknas en samlad nationell uppföljning som kan ge statsmakterna underlag för beslut. I dag är det t.ex. inte möjligt att få en samlad bild av samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar eller ett

tillräckligt underlag för att utvärdera smittskyddsverksamhetens prestationer. Enligt kommitténs uppfattning är det väsentligt att metoder och rutiner utvecklas för att möjliggöra en sådan uppföljning och utvärdering. Det är också av vikt att det nationella ansvaret för bl.a. samordning av åtgärderna tydliggörs.

Kartläggningen har vidare visat på vissa andra problem som sammanhänger med att ansvaret för smittskyddsåtgärderna är uppdelat mellan olika huvudmän, beroende på om det är fråga om smitta från person, livsmedel eller andra objekt eller djur. Främst har detta rört ansvarfrågor rörande smittspridning från djur och frågor rörande samverkan vid epidemiska utbrott. Bl.a. har framkommit att samarbetsformerna är varierande och att osäkerhet ibland har förelegat när det gäller ansvaret för åtgärder. Vilka befogenheter smittskyddsläkaren har vid t.ex. större utbrott framgår inte heller klart av smittskyddslagen. Till viss del är sådana problem ofrånkomliga med hänsyn till det uppdelade ansvaret och i praktiken har problemen många gånger kunnat lösas. Emellertid bör man i smittskyddslagstiftningen eftersträva en klarare ansvarsfördelning än vad som nu är fallet.

Kunskaperna om hur hivinfektion överförs och hur man skall skydda sig mot att smittas är allmänt utbredda. Emellertid visar forskningen att enbart kunskap inte är tillräckligt för att undvika smittfarliga situationer utan att andra bakomliggande psykosociala faktorer i väsentlig grad styr den enskildes beteenden. Sexualitetens komplexitet i sig har också betydelse i sammanhanget. Sådana faktorer kan medföra att man, oavsett kunskaper, utsätter sig själv eller andra för risk att smittas. De svenska beteendevetenskapliga studierna visar att majoriteten av dem som smittats av bl.a. hivinfektion tar stort ansvar för att hindra vidare spridning av sjukdomen, men att den enskilde i vissa fall har svårt att följa givna förhållningsregler, däribland skyldigheten att informera om sin sjukdom och att använda skydd vid sexuellt umgänge. En fråga av särskilt intresse är vilken inverkan smittskyddslagens bestämmelser om skyldigheter och om tvångsåtgärder har på människors förhållningssätt till smittsamma sjukdomar. De studier som gjorts beträffande dessa frågor tyder på att det finns en relativt stor acceptans för dessa bestämmelser och att de också anses relevanta. Samtidigt får det konstateras att det är utomordentligt svårt att veta hur människors beteenden påverkas av ett sådant regelsystem som det svenska smittskyddet bygger på. Av kommitténs underlag framgår emellertid klart att insatser som rådgivning och psykosocialt stöd är mycket viktiga delar i arbetet att förhindra smittspridning. Enligt kommittén är det därför av största betydelse att lagstiftningen också ger möjligheter till och tillräckligt utrymme för insatser av sådant slag.

När det gäller straffrättsliga sanktioner då någon smittat eller utsatt annan för risk att smittas av smittsam sjukdom har det uteslutande varit fråga om hivinfektion. Av den genomgång av praxis och av de uppgifter från den enkät kommittén tillsänt landets åklagarmyndigheter framgår att flera problem finns rörande tillämpningen av brottsbalkens bestämmelser vid nu ifrågavarande gärningar. Dessa problem har både varit av principiell och praktisk art. Främst har problemen rört frågan kring uppsåt och de skillnader i straffvärde som föreligger för i praktiken likartade situationer. Det är svårt att förutse hur en gärning kan komma att bedömas straffrättsligt, vilket är betänkligt från rättssäkerhetssynpunkt. För att åstadkomma en mer enhetlig och förutsebar rättstillämpning på området anser kommittén att en särskild straffbestämmelse bör införas rörande överförande av allvarlig smittsam sjukdom. Någon anledning att begränsa en sådan straffbestämmelse till att enbart avse hivinfektion finns inte. De straffrättsliga problem som förekommer när det gäller hivinfektion kan i princip föreligga även då det gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar. Som kommittén återkommer till i det följande bör man också undvika att särskilt utpeka hivinfektion i lagstiftningen, vilket kan bidra till fördomar och stigmatisering av hivsmittade människor i allmänhet.

I kommitténs uppdrag ingår också att göra en översyn av lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter. Några konkreta belägg för att lagen haft någon inverkan på den faktiska smittspridningen av hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar har inte kunnat erhållas. Detta medför enligt kommitténs uppfattning att det är svårt att hävda att ett totalförbud mot bastuklubbarna är motiverat av smittskyddsskäl. Lagen har dessutom visat sig vara svår att tillämpa i praktiken. Emellertid är den på klubbarna utövade verksamheten av sådan art att man svårigen kan bortse från den smittrisk som kan föreligga. Samhället måste därför ha möjlighet att ingripa om konkreta missförhållanden föreligger. Bestämmelser som medger ett sådant ingripande kan föras in i ordningslagen, varvid den särskilda s.k. bastuklubbslagen kan upphävas.

Många av problemen med den nuvarande regleringen kring smittsamma sjukdomar har att göra med att den har kommit att tillämpas på hivinfektion, som skiljer sig från de tidigare kända smittsamma sjukdomarna för vilka bestämmelserna ursprungligen utformats. Hivinfektion medför såvitt man f.n. kan bedöma livslång smittsamhet och leder till för tidig död, i regel efter tio till femton år. Det kan dock konstateras att det under de senaste tio åren gjorts betydande framsteg såväl när det gäller de medicinska kunskaperna om sjukdomen som när det gäller uppehållande behandling. De nya behandlingsmetoder som framtagits synes kunna skapa möjligheter att hindra inträdet av

aidsrelaterade sjukdomar och därmed ge förutsättningar för ett längre och friskare liv. Spridningen i Sverige har inte heller tagit den utveckling man först befarade, tvärtom har epidemin legat på en konstant, internationellt sett, låg nivå. De kunskaper som nu finns om hivinfektion och de möjligheter till behandling som kan skönjas visar enligt kommitténs mening att nuvarande reglering beträffande hivinfektion i många avseende är onödigt långtgående och utpekande, vilket kan bidra till stigmatisering och diskriminering av smittade. Det finns skäl att arbeta för en förändring av synen på sjukdomen så att denna blir mer realistisk och tolerant, varvid utrymme kan skapas för ökad öppenhet kring sjukdomen. En del i ett sådant arbete bör enligt kommittén vara att undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang. Detta gäller t.ex. smittskyddslagens bestämmelser om skyldighet att lämna uppgifter i vissa fall och sekretessen i mål som rör tvångsisolering. Emellertid får det beaktas att även om de svenska undersökningarna tyder på att allmänhetens attityder till hivinfektion i större utsträckning har blivit mer realistiska förekommer fortfarande fördomar och obefogad rädsla inför sjukdomen. Att helt avskaffa alla särbestämmelser som finns för hivinfektion torde därför inte vara möjligt i nuläget. Sålunda bör möjligheten till anonym hivtestning behållas tills vidare. Den långsiktiga inriktningen bör dock vara att särbestämmelserna helt avskaffas. Kommittén vill här framhålla att sådana förändringar i lagstiftningen bör stödjas av saklig och nyanserad information.

22.3 Några allmänna utgångspunkter för en ny smittskyddslag

Att smittsamma sjukdomar inte i nuläget utgör ett stort hot mot folkhälsan i Sverige har som tidigare sagts sin grund i att vi har vidtagit aktiva åtgärder för att förhindra uppkomsten och spridningen av sjukdomarna, bl.a. genom att spåra upp och begränsa smittvägarna. För att säkerställa en motsvarande positiv utveckling även i framtiden bör samhället även fortsättningsvis upprätthålla ett effektivt smittskydd med i huvudsak samma inriktning som hittills. För detta krävs bl.a. att det föreligger en klar ansvarsfördelning och att den grundläggande organisationen är enhetlig i landet. Detta medför enligt kommittén att det fortfarande är motiverat med en särskild smittskyddsorganisation. Den erfarenhet och kompetens som byggts upp inom den nuvarande smittskyddsorganisationen bör dessutom tas till vara. I likhet med vad som konstaterades vid tillkomsten av nuvarande smittskyddslag torde detta kräva en

särskild reglering vid sidan av hälso- och sjukvårdslagen. De särskilda skyldigheter – för såväl samhället som den enskilde individen – och åtgärder som erfordras för ett effektivt smittskydd talar också för en särskild lag. Om åtgärder anses behöva kunna genomföras mot den enskildes vilja krävs dessutom särskilt lagstöd.

Syftet med smittskyddslagens bestämmelser skall vara att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. I sammanhanget bör erinras om att skyddet mot smittsamma sjukdomar också regleras genom annan lagstiftning, t.ex. när det gäller sjukdomar som kan spridas från djur till människa. När det gäller det objektnriktade smittskyddet kan åtgärder som riktar sig mot objekt som sprider smitta i de allra flesta fall genomföras med stöd av andra lagar, t.ex. miljöbalken och livsmedelslagen. Dubbelreglering bör undvikas för att inte skapa oklarhet om ansvaret för åtgärder m.m. Grunden för smittskyddslagen bör därför enligt kommitténs mening vara att den i första hand inriktar sig på åtgärder som syftar till att hindra spridning av smitta från person till person.

Spektrumet av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mer ordinära sjukdomar. Enligt kommittén finns inte anledning att frångå principen att smittskyddslagen i princip skall omfatta alla smittsamma sjukdomar som kan spridas till eller mellan människor. En begränsning bör dock göras till sjukdomarna som kan innebära ett inte ringa hot mot de smittades hälsa. Emellertid är inte behovet av åtgärder likartat för samtliga sjukdomar. Lagen måste därför vara utformad så att den så långt är möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. I följande avsnitt redogör kommittén för etiska överväganden som bör ligga till grund för bedömningar om huruvida åtgärder mot den enskildes vilja skall kunna vidtas. Ett grundläggande krav för vilken åtgärd som skall eller får vidtas – oavsett om den bygger på frivillighet eller ej – måste vidare vara att åtgärden i fråga är motiverad vid en epidemiologisk bedömning. I lagen måste också ges möjlighet att snabbt kunna möta nya och oväntade problem. Dessa förhållanden bör beaktas när det gäller utformningen av bestämmelser rörande såväl anmälningsystem som andra direkta smittskyddsåtgärder.

22.4 Etiska och principiella överväganden

Smittskyddslagen ger upphov till vissa principiella konflikter mellan samhällets intresse av ett effektivt smittskydd och individens anspråk på skydd mot ingrepp i den personliga friheten. Kommittén har för sin del funnit att det inte går att ge ett enhetligt svar på hur sådana konflik-

ter skall lösas, utan avgörandet måste bygga på en avvägning mellan de olika intressen, samhälleliga och individanknutna, som i varje särskilt fall står mot varandra. Dessa avvägningar rymmer både politiska, etiska och rättsliga aspekter och är i princip en uppgift för lagstiftaren. De allmänna överväganden i denna del som gjorts av kommittén redovisas här, då de till stor del kommer att styra utformningen av kommitténs förslag till ny lagstiftning på området.

Smittskyddslagen anlägger ett annat perspektiv än hälso- och sjukvårdslagen. Det är här främst frågan om att skydda andra individer än den smittade. Man kan säga att hälso- och sjukvårdslagen har ett patientperspektiv, medan smittskyddslagen har ett samhällsperspektiv. Smittskyddslagen ger uttryck för synen att enskilda måste vara beredda att acceptera vissa intrång i sin integritet när det krävs för att skydda andra människor från smitta. I hälso- och sjukvårdslagen anges däremot uttryckligen att hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (2 a §).

Till skillnad från annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område innehåller nu gällande smittskyddslag relativt långtgående skyldigheter för den enskilde och möjligheter för samhället att tillgripa vissa tvångsåtgärder då den enskilde inte frivilligt medverkar till åtgärder för att förhindra smittspridning. Grunden för detta har ansetts vara det övergripande intresset att förhindra smittspridning och synen att det måste anses vara ett gemensamt intresse för alla samhällsmedlemmar att de allvarliga smittsamma sjukdomarna bekämpas och hålls nere så långt som möjligt. Regleringen har också motiverats med att samhället, när det är nödvändigt, måste kunna ingripa med tvångsåtgärder mot den smittbärare som utan hänsyn till sina medmänniskor genom sin livsföring utsätter andra för risk att bli smittade.

Att just smittsamma sjukdomar givits en sådan särställning jämfört med andra sjukdomar som kan innebära hot mot folkhälsan torde till stor del ligga i att utbrott av smittsamma sjukdomar förr var ett så utomordentligt allvarligt hot mot många människors liv och hälsa, bl.a. på grund av avsaknaden av medicinsk behandling av sjukdomarna. Rädslan för smittsamma sjukdomar låg djupt hos människorna, och nödvändigheten av olika åtgärder för att begränsa smittan ifrågasattes inte. I vårt samhälle har också funnits en tradition och kanske också en förväntan att berörda myndigheter skall vidta de åtgärder som krävs för att skydda befolkningen.

I sammanhanget bör dock erinras om att stora och betydelsefulla delar av de epidemiologiskt inriktade insatserna inom smittskyddet kan genomföras utan någon konflikt med motstående enskilda intressen. Detsamma gäller i fråga om de viktiga förebyggande insatserna mot smittsamma sjukdomar. Det huvudsakliga smittskyddsarbetet genom-

förs på frivillighetens väg och möjligheterna till tvångsåtgärder spelar i praktiken inte någon framträdande roll. Kommittén anser att dessa förhållanden måste återspeglas i de överväganden som görs beträffande eventuella möjligheter till ingripanden mot den enskildes vilja. Härvid är det väsentligt att betona att oavsett vilka avgöranden man gör beträffande ingripanden med tvång måste tyngdpunkten i smittskyddsarbetet ligga på det frivilliga förebyggande arbetet.

Från etiska och rättsliga synpunkter är det de vid tvångs-ingripanden föreliggande konflikterna mellan individens intresse och samhällets intresse som skapar störst problem. Den nu följande diskussionen tar därför upp olika etiska och principiella frågor och överväganden som rör sådana konflikter.

Den första grundläggande frågan som måste ställas är om intresset av smittskydd är så starkt att det generellt rättfärdigar intrång i enskildas mest grundläggande rättigheter, såsom den personliga friheten. Det är lätt att svara ett alltför förbehållslöst ja på denna fråga. Var och en kan föreställa sig allvarliga situationer där en farlig smittsam sjukdom sprider sig okontrollerat och hotar stora befolkningsgrupper. Som ovan sagts finns också en tradition av att samhället skall kunna vidta de åtgärder som krävs för att skydda befolkningen. Enligt kommittén måste även en ny smittskyddslag förutsättas ge erforderliga handlingsmöjligheter i åtminstone sådana nödsituationer. Att skyddet mot smittsamma sjukdomar i och för sig kan vara ett sådant intresse som kan rättfärdiga bl.a. frihetsinskränkningar framgår också av olika internationella dokument på området, såsom Europakonventionen.

Samtidigt är det självklart att intresset av ett effektivt smittskydd inte berättigar till vilka ingrepp som helst i den enskildes frihet eller integritet. Samhällsintresset måste här som i många andra fall vägas mot individens berättigade krav på skydd mot allt för långtgående ingrepp i den privata sfären. Ingreppet måste från olika synpunkter anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Krav på att ingreppet skall vara nödvändigt och proportionerligt ställs bl.a. i Europakonventionen.

Vilka avvägningar som, mot bakgrund av empiriska kunskaper om de olika sjukdomarna och effekter av olika åtgärder, således skall göras hänger samman med vilken grundläggande syn på människan man ansluter sig till och vilka etiska principer som man anser skall ha betydelse för bedömningen.

Inom den medicinska etiken brukar analysen av olika handlingsalternativ sägas vila på huvudsakligen fyra grundläggande principer. Dessa principer är enligt kommitténs mening tillämpliga även vid en analys som rör samhällets smittskydd och kan utgöra en god grund för analysen av föreliggande konflikter.

- Självbestämmandeprincipen (*autonomy*) innebär att var och en själv bör få bestämma över sitt eget liv och sina handlingar. Vidare innebär självbestämmandeprincipen att även andra människors rätt till självbestämmande skall respekteras. Självbestämmandet kan dock inte alltid utövas (se nedan).
- Lidande(minimerings)principen (*non-maleficence*) innebär att man inte bör skada eller orsaka lidande. Av flera alternativ skall man välja det som orsakar minst skada.
- Godhets(maximerings)principen (*beneficence*) innebär att varje människa har en positiv förpliktelse att göra gott. Detta innebär också att man bör förebygga skada och eliminera lidande.
- Rättvis principen (*justice*) innebär att lika bör behandlas lika. Det vore omoraliskt att särbehandla olika människor om det inte finns etiskt godtagbara skäl. Att t.ex. neka vårdbehövande människor tillgång till vård enbart på grund av deras ålder eller livsstil torde inte kunna ses som en godtagbar grund för särbehandling i förhållande till andra vårdbehövande.

Dessa etiska principer äger i allmänhet giltighet, men inte obetingat. De kan också komma i konflikt med varandra. När det gäller smittskyddet kan man urskilja en klar konflikt mellan den s.k. självbestämmandeprincipen och den s.k. godhetsprincipen. I självbestämmandeprincipen ligger också ett inneboende problem med hänsyn till att en persons rätt till självbestämmande kan stå i konflikt med andra personers rätt till självbestämmande. I smittskyddssammanhang uppstår frågan om vems intresse som bör väga över – den smittade/misstänkt smittades eller de osmittades. Frågeställningen kan formuleras enligt följande; "Vems intresse skall tillgodoses på vems bekostnad och varför?" (framfört av professor Göran Hermerén vid Statens medicinsk-etiska råds seminarium den 3 september 1987 "Etiska konflikter i samband med AIDS"). De nu uppställda etiska principerna ger inte själva svaret på hur dessa konflikter skall lösas och vilken princip som skall vara vägledande. Någon generell bedömningsregel kan knappast heller formuleras. De många intressen av en åtgärd som kränker en enskild behöver t.ex. inte göra åtgärden försvarbar från etisk synpunkt. Hänsyn måste tas till många faktorer som t.ex. tyngden i de olika intressena och allvaret i konsekvenserna. I en sådan analys blir dock människosynen och synen på människovärdet viktiga ingredienser.

I vårt samhälle ansluter sig de flesta till den *humanistiska människosyn* som innebär att människan är ett subjekt, ett jag, som har frihet, ansvar och mänsklig värdighet. Hon får aldrig betraktas eller behandlas som medel. Människan är alltid ett mål i sig. Den humanistiska män-

niskosynen förutsätter att individen kan välja mellan olika alternativ på basis av sina egna etiska överväganden.

Enligt den humanistiska människosynen är människan något annat och vida mer än hennes biologiska eller ekonomiska värde. Det är nämligen med avseende på människovärdet som alla människor är lika. Att respektera en människas människovärde innebär att man alltid och under alla omständigheter betraktar och behandlar henne som en individ, dvs. som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Det är också i uppfattningen om människovärdet som de mänskliga rättigheterna är förankrade. Människosyn – människovärde – mänskliga rättigheter är den etiska bas där man kan och bör förankra värdegemenskapen i samhället. Kommittén vill erinra om att denna etiska bas självklart gäller också för samhällets smittskydd.

Innebörden i människovärdesbegreppet ligger nära det vi menar med integritet. Såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen talar om "respekt för den enskildes självbestämmande och integritet" utan att definiera vad man avser med integritet. Detta leder inte sällan till att man blandar ihop integritet och självbestämmande (autonomi). I vårt språkbruk leder ordet integritet tankarna till varje människas rätt att få upprätthålla sin värdighet, oavsett yttre förhållanden. Varje människa har integritet oberoende av intellektuell duglighet, moralisk förträfflighet eller fysiskt tillstånd. Varje människa har också rätt till självbestämmande, men inte alltid förmåga att utöva denna rätt beroende på intellektuella, psykiska eller fysiska hinder. Integriteten kan dock aldrig avstås. Den kan bara respekteras eller kränkas; det är en konstant egenskap som hör ihop med det mänskliga livet.

Kommittén anser att smittskyddsarbetet måste vara förankrat i en humanistisk människosyn där principerna om alla människors lika värde samt den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt är viktiga inslag. Den humanistiska människosynen talar enligt kommitténs uppfattning för en större tydlighet när det gäller respekten och skyddet för individen än vad som är fallet enligt nuvarande smittskyddslag.

Smittade människor har, med denna grundläggande värderingsbas, samma värde och rätt till skydd av samhället som andra samhällsmedlemmar. Att man bär på en smittsam sjukdom kan inte minska människovärdet eftersom människovärdet ligger i varje människas blotta existens. I vid mening har alla ett intresse och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Utgångspunkten bör därför vara att var och en så långt möjligt bör vidta rimliga försiktighetsmått för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas av allvarliga smittsamma sjukdomar. Detta följer inte enbart av de etiska övervägandena utan också av att det är inte möjligt för samhället att skydda befolk-

ningen mot alla smittrisker. Det kan inte heller anses vara en möjlig, om ens eftersträvansvärd, uppgift för samhället att helt övervaka de personer som bär på en allvarlig smittsam sjukdom. Samtidigt är det också så att den som bär på eller misstänker sig bära på en smittsam sjukdom i vissa fall får ett särskilt ansvar för förhindrande av vidare spridning av sjukdomen.

Enligt kommittén måste perspektivet hos en ny smittskyddslagstiftning vara annorlunda än det perspektiv som råder i hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med smittskyddet är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och inte primärt att vårda den enskilde som drabbats av en sjukdom. Oavsett detta medför den humanistiska människosynen, enligt kommitténs uppfattning, att en smittskyddslag även måste ge skydd för den som är smittad. Detta innebär bl.a. att det ställs krav på att samhället gör det möjligt för den enskilde att uppfylla de krav man ställer på honom eller henne. Den enskilde måste sålunda kunna ställa anspråk på att få det stöd och hjälp han eller hon behöver för att kunna ta sitt ansvar. Kommittén återkommer bl.a. i kap. 24 till hit hörande frågor.

Den människosyn som kommittén förespråkar och den redovisade övergripande inriktningen på smittskyddet som följer av den humanistiska människosynen utgör utgångspunkter för överväganden rörande i vilka fall ingripanden mot människor med tvång får vidtas i smittskyddet. Detta synsätt medför vissa begränsningar i hur långtgående åtgärder mot enskilda som kan tillåtas med hänvisning till önskemålet om ett effektivt smittskydd. Kommittén bedömer det som angeläget att lagstiftningen så långt det nu låter sig göras klarlägger sådana övergripande principer och begränsningar, helst i form av klara författningsbestämmelser.

Alla lagar skall utformas så att de tillgodoser grundläggande krav på skydd för enskildas mänskliga rättigheter. Det innebär exempelvis att en lag inte får ge utrymme för godtyckliga ingrepp från myndigheters sida, att regleringen av enskildas rättigheter och skyldigheter skall vara klar och tolkningen förutsebar, att beslut om ingrepp i enskildas civila rättigheter skall kunna överprövas av domstol, m.m. (för en närmare redovisning hänvisas till kap. 21). Att även en smittskyddslag måste uppfylla sådana grundläggande rättssäkerhetskrav är inget nytt och knappast kontroversiellt, även om man i detaljer kan ha olika meningar om vad som är möjligt att åstadkomma.

Det får alltså anses självklart att en modern smittskyddslag måste tillgodose alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får användas och villkoren därför. Hur dessa regler i detalj skall utformas återkommer kommittén till i senare kapitel (kap. 26).

I ett så omfattande regelverk som smittskyddslagstiftningen finns dock en rad detaljfrågor att ta ställning till där kanske inte de grundläggande värderingarna, som t.ex. den humanistiska människosynen, alltid ger tillräckligt svar. Kommittén har därför enat sig om att söka formulera vissa övergripande principer som kan underlätta bedömningarna av förutsättningarna för åtgärder som får genomföras mot den enskildes vilja. Dessa principer redovisas och kommenteras i kap. 26. I detta sammanhang bör emellertid framhållas – utöver att det måste vara fråga om en allvarlig smittsam sjukdom för vilken det finns ett klart epidemiologiskt behov av åtgärden – att åtgärder mot den enskildes vilja inte bör få genomföras annat än då det finns ett mer akut behov av åtgärden och andra möjligheter inte längre står till buds. Samhället måste härvid ha fullgjort sitt ansvar när det gäller alternativ till tvångsåtgärden. Det är sålunda inte godtagbart att en enskild blir föremål för t.ex. en frihetsberövande åtgärd av det skälet att samhället brister i sitt ansvar för adekvata alternativa insatser.

23 Sjukdomarna i smittskyddslagen och anmälningsförfarandet

23.1 Allmänt om sjukdomarna i smittskyddslagen

Enligt kommitténs mening finns inte anledning att frångå principen att smittskyddslagen skall omfatta alla smittsamma sjukdomar som kan spridas bland människor. Dock anser kommittén att undantag bör göras för sjukdomar som endast utgör ett ringa hot mot de smittades hälsa. För sådana mycket lindriga sjukdomar torde det inte vara aktuellt med särskilda smittskyddsåtgärder.

I gällande smittskyddslag indelas de smittsamma sjukdomarna i samhällsfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Skyldigheter och tvångsåtgärder är i princip knutna till de samhällsfarliga sjukdomarna. Emellertid kan vissa åtgärder, som t.ex. skyldigheten att bedriva smittspårning, vara lika viktiga vid vissa andra smittsamma sjukdomar. Vidare framstår inte tvångsåtgärder som motiverade vid somliga av de sjukdomar som ingår bland de samhällsfarliga sjukdomarna. Med hänsyn härtill kan det ifrågasättas om indelningen av sjukdomar i den befintliga smittskyddslagen är adekvat. Enligt kommitténs mening bör utgångspunkten i stället vara att lagens bestämmelser om åtgärder skall anpassas till det verkliga behovet för de olika sjukdomarna.

De effektivaste åtgärderna mot smittspridning är vanligen preventiva insatser såsom information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde kan vidta samt medicinsk behandling för redan smittade personer. Dyliga insatser är relevanta beträffande alla de sjukdomar som lagen föreslås omfatta. I vissa undantagssituationer bör emellertid samhället kunna ta till åtgärder som inkräktar på den enskildes integritet för att hindra smittspridning, oavsett om den enskilde själv är beredd att medverka till att så sker eller ej. Sådana åtgärder är naturligtvis inte erforderliga beträffande samtliga smittsamma sjukdomar utan endast beträffande sjukdomar som utgör ett större och mera allvarligt hot mot befolkningens hälsa. Behovet av smittskyddsåtgärder beror emellertid inte bara på vilken sjukdom det är fråga om utan även

på den befintliga epidemiologiska situationen. Det är därför eftersträvansvärt att den nya smittskyddslagen präglas av ett visst mått av flexibilitet. Visserligen har Sverige i modern tid haft en tämligen stabil situation då det gäller uppträdandet av nya smittsamma sjukdomar. Denna bild är dock inte nödvändigtvis konstant. Sjukdomspanoramat är skiftande och vilka smittsamma sjukdomar som kan dyka upp i framtiden är svårt att förutse. Vidare kan idag kända sjukdomar förändras och anta en mer elakartad form, t.ex. på grund av antibiotikaresistens. Det vore i och för sig eftersträvansvärt om det vid lagregleringen av varje enskild smittskyddsåtgärd kunde anges vilka sjukdomar som åtgärden är avsedd för. Detta torde emellertid vara en mindre lyckad lösning, eftersom man bl.a. skulle riskera att lagen blev svårtillämpad, oflexibel och oöverskådlig. Någon typ av indelning av sjukdomarna verkar således vara ofrånkomlig.

Kommittén har därför stannat vid att de åtgärder som kan vidtas med tvång i den föreslagna smittskyddslagen endast skall kunna tillämpas på en viss kategori allvarliga sjukdomar som kommittén föreslår benämns *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. Vilka sjukdomar som här avses bör i lagen beskrivas genom en definition som omfattar ett antal kriterier. För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom måste den uppfylla den i lagen uppställda definitionen. En prövning måste således göras av varje enskild sjukdom. Närmare precisering av vilka sjukdomar som omfattas av kriterierna synes dock vara nödvändig, bl.a. med hänsyn till vikten av förutsägbarhet i lagstiftningen samt till olika typer av sekretessfrågor. För att öka lagstiftningens flexibilitet föreslås att regeringen preciserar sjukdomarna i förordning; en liknande ordning finns idag bl.a. i narkotikalagstiftningen. Genom att denna uppgift läggs på regeringen ökar möjligheten att vid behov snabbt kunna vidta åtgärder mot nya smittsamma sjukdomar som plötsligt uppträder i landet. De rättssäkerhetskrav som måste ställas tillgodoses bl.a. genom den i lagen angivna definitionen, vilken begränsar regeringens befogenheter. Noteras bör att det inte finns någon skyldighet för regeringen att förklara en sjukdom som allmänfarlig smittsam sjukdom bara för att den uppfyller kriterierna.

Beträffande övriga åtgärder enligt lagen bör frågan om vilka sjukdomar som skall omfattas av åtgärderna bedömas utifrån det föreliggande behovet. Dessa frågor tas upp i de delar av den allmänna motiveringen där de olika åtgärderna behandlas.

23.1.1 Särskilt om allmänfarliga smittsamma sjukdomar

I kap. 26 fastslår kommittén vissa principer för när tvångsåtgärder kan komma ifråga. Utifrån dessa har kommittén utarbetat den definition av allmänfarliga smittsamma sjukdomar som framgår av författningsförslaget, s. 27. Kommittén föreslår att allmänfarliga smittsamma sjukdomar skall definieras som sjukdomar som kan överföras mellan människor och som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas.

Ett grundläggande krav för att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom i lagens mening bör vara att den kan överföras mellan människor. Endast vid sjukdomar som smittar på detta sätt finns det skäl att vidta tvångsåtgärder mot en enskild för att hindra fortsatt smittspridning. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men därefter inte vidare omfattas således inte av begreppet. Övriga kriterier som kommittén föreslår utgör ett mått på den fara sjukdomen innebär för den enskildes hälsotillstånd. Vid en bedömning av om en sjukdom omfattas av kriterierna skall man utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige. Vidare bör man utgå från den genomsnittliga risken för den som smittas att drabbas av följderna. För en närmare redogörelse för innebörden av de föreslagna kriterierna, se författningskommentaren kap. 36.1. Det skall observeras att kommittén föreslår att vissa ytterligare kriterier rörande själva sjukdomarna skall vara uppfyllda för att isolering oberoende av samtycke eller s.k. särskilda föreskrifter skall kunna komma till stånd. Dessa kriterier återfinns i den föreslagna bestämmelsen som reglerar isolering, 33 §, och tar sikte på sjukdomarnas förmåga att utbreda sig bland befolkningen. Se kap. 26 samt författningskommentaren kap. 36.1.

Med utgångspunkt i den ovan beskrivna definitionen på allmänfarliga smittsamma sjukdomar menar kommittén att följande sjukdomar f.n. bör anses omfattas av de föreslagna kriterierna.

difteri	paratyfoidfeber
fläckfeber	pest
gula febern	polio
hepatit B	rabies
hepatit C	tuberkulos
hivinfektion	tyfoidfeber
kolera	virala hemorragiska febrar
meningokockinfektion	exkl. nefropathia epidemica
mjäлтbrand	återfallsfeber

Samtliga sjukdomar kan spridas mellan människor samt ge någon eller några av de konsekvenser som beskrivs i definitionen. För en beskrivning av de enskilda sjukdomarna och deras konsekvenser, se Anders Thoréns beskrivning och analys av smittsamma sjukdomar i den särskilda bilagan till betänkandet (del B). I förhållande till de sjukdomar som enligt gällande lag är samhällsfarliga innebär den nya definitionen bl.a. att tvångsåtgärder inte kan vidtas beträffande vissa typer av hepatiter samt beträffande salmonella, shigella, gonorré, klamydia, syfilis och ulcus molle. Kommittén vill dock understryka att enligt kommitténs förslag skall bestämmelserna om anmälningskyldighet samt smittspårning fortfarande tillämpas vad gäller dessa sjukdomar (se nedan 23.2, kap. 24 och författningskommentaren 36.1). Det finns dock anledning att med uppmärksamhet följa utvecklingen och vid behov förändra indelningen av sjukdomarna.

23.2 Anmälningsförfarandet

Enligt gällande smittskyddslag skall läkare till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet anmäla konstaterade fall av samhällsfarlig sjukdom samt annan anmälningspliktig sjukdom. I vissa fall skall läkaren även göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Regeringen har meddelat föreskrifter om vilka sjukdomar som, utöver de samhällsfarliga, skall anmälas. Även fortsättningsvis bör smittskyddslagen innehålla ett system för dylika anmälningar.

Ett anmälningsystem för smittsamma sjukdomar har, som nämnts i kap. 5.3, två syften. Det ena är att snabbt ge kunskap om inträffade fall för att direkta åtgärder skall kunna vidtas. Det andra är att ge mer långsiktiga kunskaper om utbredningen av sjukdomarna för att bl.a. ge grund för utvärderingen av smittskyddet och utvecklandet av åtgärdsstrategier. Med utgångspunkt i dessa syften föreslår kommittén att behandlande läkare skall göra anmälan dels i fall av smittsam sjukdom som påkallar smittskyddsåtgärder utöver behandling av patienten, dels i fall av smittsam sjukdom som är föremål för nationell epidemiologisk uppföljning. Även läkare vid mikrobiologiskt laboratorium samt obducerande läkare skall vara skyldiga att göra anmälan. Anmälan skall, i likhet med vad som gäller enligt befintliga bestämmelser, göras både till smittskyddsläkaren och till Smittskyddsinstitutet. Däremot bör det fortsättningsvis inte åvila behandlande läkare att även göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Under kommitténs arbete har framkommit att kommunerna idag relativt ofta får kunskap om fall av inträffad sjukdom alltför

sent och att anmälningarna inte sällan är ofullständigt ifyllda (se kap. 9.2.4). Enligt kommittén framstår det som lämpligare att i detta fall en underrättelseskyldighet läggs direkt på smittskyddsläkaren. I hans skyldigheter bör således ingå att kontakta relevanta objektansvariga myndigheter. Smittskyddsläkaren har den övergripande bilden av smittskyddsarbetet och har lättare än behandlande läkare att identifiera vilka ytterligare myndigheter som bör informeras. Han eller hon har dessutom i uppgift att verka för en samordning av smittskyddsåtgärderna.

Vilka konkreta sjukdomar som skall anmälas bör bestämmas av regeringen i förordning. En brist i den nu gällande lagen är att anmälningskyldigheten inte omfattar kliniskt misstänkta sjukdomsfall. Kommittén föreslår att både konstaterade fall och kliniskt misstänkta fall skall anmälas. Den anmälningskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han gör sin anmälan, vilket medför att viktiga tidvinster kan göras. Beträffande vad som här avses med misstanke, se författningskommentaren kap. 36.1.

Innehållet i anmälan bör i princip motsvara vad som gäller enligt befintlig smittskyddslag. Uppgifter skall således lämnas om den smittades identitet, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de åtgärder som läkaren vidtagit för att förhindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet. Enligt befintliga bestämmelser (21 § i gällande smittskyddslag) föreligger ett skydd för den smittades identitetsuppgifter samt smittkälla då det gäller sjukdomar som omfattas av 1.3 i bilagan till smittskyddslagen, dvs. gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle. Det kan ifrågasättas om detta skydd bör bibehållas. Avsaknad av identitetsuppgifter i anmälan kan medföra att åtgärder för att begränsa smittspridningen fördröjs; utredningsarbetet underlättas om den smittades identitet är känd. Bristen på identitetsuppgifter kan dessutom innebära att smittskyddsläkarens arbete med att följa smittsamhet försvåras, bl.a. i sådana fall då en hivsmittad patient även har annan allvarlig smittsam sjukdom (t.ex. tuberkulos). Användningen av olika typer av koder kan vidare leda till vissa problem såsom förväxling. Dessa svårigheter talar för att undantaget för vissa sjukdomar bör upphävas. Som framgår av kap. 22 anser kommittén vidare att man bör arbeta för en förändring av synen på hivinfektion så att denna blir mer realistisk och tolerant och att en del av detta arbete bör vara att undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang, även vad gäller sekretessfrågor. Till kommittén har emellertid från olika håll framförts vikten av att identitetsskyddet för de sexuellt överförbara sjukdomarna behålls. Det har bl.a. anförts att uppgivandet av identitetsuppgifter vad gäller de ifrågavarande sjukdomarna även kan motverka möjligheten att minska smittspridningen, eftersom det kan befaras att en person som misstänker att han kan vara smit-

tad av dylik sjukdom avhåller sig från att uppsöka sjukvården om hans identitetsuppgifter sprids. Kravet på att identitetsuppgifter skall lämnas kan vidare få till följd att behandlande läkare i enskilda fall helt underlåter att fullgöra sin anmälningskyldighet av hänsyn till patientens integritet. Kommitténs slutsats är att övervägande skäl får anses tala för att skyddet för identitetsuppgifter vid anmälan av fall av nu diskuterade sjukdomar för närvarande skall kvarstå. Regeringen bör därför ges behörighet att föreskriva att identitetsuppgifter samt uppgift om smittkälla inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar.

24 Individens skyldigheter och rättigheter

24.1 Den enskildes ansvar m.m.

Avsikten med flera av de förändringar som föreslås av kommittén är att lägga större betoning på läkar–patientrelationens betydelse för smittskyddsarbetet. Enligt kommitténs uppfattning överensstämmer ett förhållningssätt som grundar sig på samarbete och förtroende bättre med de förhållanden som råder i praktiken. En fråga som då aktualiseras är vad som kan begäras av den enskilde för att skydda sig själv och andra mot smittrisk.

Med hänsyn till de konsekvenser förekomsten av smittsamma sjukdomar har, såväl för bl.a. folkhälsan i stort som för de individer som smittas av sjukdomen, är förhindrandet av spridningen av smittsamma sjukdomar en angelägenhet som enligt kommitténs mening berör alla i samhället. Som framhållits i kap. 22 är kommittén av den uppfattningen att i vid mening alla individer har ett intresse och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Det bör också beaktas att det varken är etiskt eller praktiskt möjligt för samhället att skydda befolkningen mot alla smittrisker. Beträffande de enskilda individernas ansvar anser kommittén därför att utgångspunkten måste vara att var och en så långt möjligt bör vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas. Enligt kommitténs mening bör smittskyddslagen innehålla en särskild bestämmelse som framhåller detta gemensamma ansvar.

Samtidigt är det ofrånkomligt att den som bär på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar för att undvika att andra utsätts för smitta. Ett krav på att alla människor i alla situationer skall förfara på ett sådant sätt att de inte utsätts för smittrisk är inte realistiskt. Man kan t.ex. inte ställa krav på att människor i allmänhet vaccinerar sig eller genomgår annan medicinskt förebyggande behandling. Ett flertal av de smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen sprids vidare på ett sådant sätt att andra människor kan ha svårt att skydda sig mot smitta, t.ex. när det är fråga om luftburna smittämnen. I sådana fall är det enligt

kommitténs mening rimligt att ett större ansvar läggs på den smittade. Den smittade har också många gånger i kraft av vetenskapen om att han eller hon är smittad större möjlighet att vidta åtgärder för att minska smittrisen. Det bör här beaktas att de åtgärder den smittade kan vidta i de allra flesta fall utgör relativt begränsade inskränkningar i livsföringen.

Enligt kommitténs uppfattning talar nu nämnda skäl sammantaget för att den som bär på en smittsam sjukdom även fortsättningsvis bör ha en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk. Skyldigheten bör enligt kommitténs mening inte begränsas utan gälla samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag.

Någon särskild sanktion för de fall den smittade underlåter att iakttäna nu nämnd skyldighet bör inte införas. Det kan dock erinras om möjligheterna till straffrättsliga ingripanden i vissa fall då en person smittat någon eller utsatt någon för smittrisk. Beträffande de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna kan vidare tvångsåtgärder i form av isolering oberoende av samtycke komma ifråga i vissa fall.

Kommittén anser vidare att skyldigheten bör ges en allmän utformning med hänsyn till att behovet av åtgärder är så starkt skiftande mellan de olika sjukdomarna och de situationer den enskilde kan befinna sig i. Det bör här erinras om att i de allra flesta fall kan sjukdomen botas eller smittsamheten nedbringas genom medicinsk behandling. Enligt kommitténs uppfattning är det rimligt att utgå från att de allra flesta människor som smittats av en sjukdom också tar emot den medicinska behandling som erbjuds. Emellertid får här observeras att den smittade, i likhet med vad som gäller i dag, inte heller enligt kommitténs förslag bör ha någon skyldighet att genomgå medicinsk behandling. I de fall den smittade inte vill genomgå sådan behandling får det åligga honom eller henne att på andra sätt undvika att utsätta andra för smittrisk. De medicinska och praktiska råd läkaren enligt kommitténs förslag har att ge den enskilde får därvid naturligtvis stor betydelse som vägledning för vad den smittade har att iakttäna.

I den mån det ställts krav på den enskilde bör det också föreligga en skyldighet för samhället att genom stöd och annan hjälp göra det möjligt för den enskilde att ta sitt ansvar. Kommittén behandlar i kap. 33 frågor om de ekonomiska förmåner den smittade bör ha. Härutöver har enligt kommitténs mening samhället också ett ansvar att stödja smittade personer så att de kan leva ett så normalt liv som möjligt. Såsom framhålls i nästföljande kapitel torde det särskilt vid svåra långvariga sjukdomar vara så att det inte främst är de medicinska frågorna om behandling och dylikt som är avgörande för den enskilde utan den enskilde behöver också stöd i sin livssituation. Olika psykiska och sociala faktorer

har betydelse för huruvida den smittade har förmåga att ta ansvar för att inte utsätta andra för smittrisk. Det är därför av största vikt att den som bär på en smittsam sjukdom t.ex. genom stödsamtal har möjlighet att diskutera och bearbeta sådana svårigheter som är knutna till ansvaret.

Som framgår av kartläggningen över tvångsisolering har majoriteten av dem som tvångsisolerats haft svåra missbruksproblem och/eller allvarliga psykiska störningar. Sådana problem har inget direkt samband med den smittsamma sjukdomen men kan ha avgörande betydelse för huruvida den enskilde kan uppfylla sitt ansvar. Kommittén vill här poängtera betydelsen av att sådana problem uppmärksammas tidigt och att den enskilde får tillgång till erforderligt stöd eller behandling för dessa.

Med hänsyn till den betydelse åtgärder i form av bl.a. psykosocialt stöd har för den enskildes möjligheter att frivilligt medverka till att förhindra vidare smittspridning bör det uttryckligen framgå av smittskyddslagen att den smittade skall erbjudas psykosocialt stöd om det behövs av smittskyddsskäl. På samma sätt bör framgå att den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom och som är i behov av särskilda behandlingsinsatser, t.ex. för en underliggande missbruksproblematik, skall erbjudas detta. Avsikten är här inte att skapa en rättighet för den smittade i så måtto att den enskilde har en absolut rätt att kräva en viss åtgärd eller med stöd av smittskyddslagen få rätten prövad av domstol. Enligt kommitténs förslag ansvarar smittskyddsläkaren ytterst för att tillse att den smittade får de stöd- eller behandlingsinsatser som behövs. I de fall den smittade inte får erforderlig hjälp eller stöd kan han eller hon vända sig till smittskyddsläkaren. Det bör vidare framhållas att det psykosociala stödet eller de särskilda behandlingsinsatserna skall behövas av smittskyddsskäl, dvs. ha betydelse för huruvida den smittade kan ta sitt ansvar för att skydda andra mot smittrisk. Bestämmelserna omfattar således inte insatser den smittade kan behöva på grund av ett allmänt behov av stöd eller hjälp.

24.2 Särskilt om den s.k. informationsplikten

En särskild fråga rör skyldigheten för en smittad person att underrätta andra om att han eller hon bär på en smittsam sjukdom. Denna s.k. informationsplikt har särskilt uppmärksammats vid hivinfektion. De som ställt sig kritiska mot bestämmelserna om förhållningsregler har här betonat svårigheterna som denna plikt medför för den enskilde och ifrågasatt riktigheten av att ålägga en smittad person en sådan skyldighet. Av de beteendevetenskapliga studierna har tydligt framgått att skyldigheten att informera en sexualpartner om att man är hivpositiv kan

innebära stora problem och många hivpositiva kan, enligt studierna, tänka sig situationer då man skulle underlåta att informera om att man är smittad. Svårigheter med att vara öppen om sin sjukdom förekommer emellertid enligt studierna även beträffande andra smittsamma sjukdomar som tuberkulos.

Enligt kommitténs mening bör en person som utsätts för en smittrisk kunna ställa krav på att få vetskap härom. Det är den enskilde själv som måste få avgöra huruvida han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas och också besluta om under vilka förutsättningar han eller hon vill inleda en relation med annan person. När det gäller hivinfektion framgår av de beteendevetenskapliga studierna att den övervägande andelen bland de tillfrågade personerna som inte var hivpositiva också anser att den som är hivpositiv skall informera sin sexualpartner. Ett argument mot att fastställa en skyldighet att underrätta en sexualpartner kan vara att informationen i sig egentligen inte förhindrar smittöverföring. Man skulle därför kunna hävda att det är tillräckligt att den som är smittad ser till att tillräckliga försiktighetsåtgärder vidtas. Emellertid går det inte att bortse från att oavsett huruvida s.k. säkrare sexualtekniker används kvarstår en viss risk för att smitta kan överföras, t.ex. om en kondom går sönder. Vidare har kommittén poängterat att såväl osmittade som smittade personer har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks. För att även den osmittade personen skall kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i vilka förhållanden som råder. Kommittén anser därför att den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom skall vara skyldig att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer. Dessa principiella ställningstaganden kan enligt kommittén inte begränsas till enbart hivinfektion utan samma krav bör kunna ställas även när det gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar.

Informationsskyldigheten får betydelse också i den situationen att den smittade söker vård. Till skillnad från den situation då det är fråga om sexuell kontakt kan den smittade oftast inte själv vidta några skyddsåtgärder då han eller hon är föremål för vård och behandling. Här skall uppmärksammas att särskilda föreskrifter rörande skyddsåtgärder mot blodsmitta och vid smittfarligt arbete har utgivits av Arbetskyddsstyrelsen. Socialstyrelsen har vidare utfärdat föreskrifter och allmänna råd beträffande förebyggande åtgärder mot spridning av bl.a. hepatit B och även utgivit generella rekommendationer rörande förebyggande åtgärder mot infektioner i vården. Om de rekommendationer som givits följs torde riskerna för smittöverföring i de flesta fall vara mycket begränsade. Det kan visserligen hävdas att vårdpersonal alltid skall iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder eftersom patienten själv kan

vara ovetande om sin infektion och vårdpersonalen kan inte heller förlita sig på att information verkligen ges. Emellertid medför uppgifter från patienten att vårdpersonalen kan vidta de särskilda skyddsåtgärder som eventuellt är nödvändiga. Inte minst gäller detta då det är fråga om situationer då särskild risk för smittöverföring föreligger t.ex. blodprovstagning och operationer då det är fråga om sjukdomar som smittar genom blod. Enligt kommittén bör det därför åligga den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom att också informera vårdpersonal i sådana situationer då smittrisk föreligger.

Samtidigt får beaktas att, som framgått ovan, det föreligger många svårigheter för den enskilde att informera om sin sjukdom och att den smittade många gånger ställs inför en svår situation. De beteendevetenskapliga studierna visar tydligt att viljan att berätta kan komma i konflikt med andra starka känslomässiga faktorer som påverkar beteendet. Som framhållits i föregående avsnitt måste utgångspunkten vara att i den mån det ställts krav på den enskilde föreligger också en skyldighet för samhället att genom stöd och annan hjälp göra det möjligt för den enskilde att ta sitt ansvar. Av betydelse är vidare att människors attityder till allvarliga smittsamma sjukdomar är realistiska och toleranta och att man arbetar för att undanröja fördomar och obefogad rädsla. Det är också viktigt att den enskilde blir bemött på ett värdigt sätt inom t.ex. vården och att berörda yrkesutövare har sådana kunskaper att de kan korrekt hantera situationen då den enskilde upplyser om sin sjukdom.

24.3 Skyldighet att medverka vid smittutredning

Enligt gällande smittskyddslag har den enskilde skyldighet att i vissa fall söka läkare och låta sig undersökas samt att genom att ge upplysningar till läkaren medverka vid smittspårning. Kommittén har i föregående kapitel framhållit vikten av att man tidigt kan nå människor som kan misstänkas ha smittats av en smittsam sjukdom av allvarligare art, bl.a. för att kunna erbjuda behandling eller rådgivning rörande hur personen bör agera för att undvika att andra smittas. Såväl smittspårningsarbete som läkarundersökning utgör sådana centrala delar av arbetet mot spridningen av smittsamma sjukdomar att starka skäl föreligger att ha kvar en allmän skyldighet att uppsöka läkare och låta sig undersökas samt att medverka vid smittspårningsarbetet.

Beträffande skyldigheten att uppsöka läkare och låta sig undersökas är kommittén, liksom departementschefen enligt förarbetena till nu gällande smittskyddslag, av den uppfattningen att de allra flesta människor

söker läkarkontakt om de tror att de blivit smittade av en allvarligare smittsam sjukdom. Emellertid innebär en lagfäst skyldighet enligt kommitténs mening en betydelsefull markering av att envar bör bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar. Någon generell sanktion mot den som underlåter att uppsöka läkare eller att låta sig läkarundersökas är dock inte lämplig. I vissa fall, se kap. 26, är emellertid smittskyddsintresset av att läkarundersökning kommer till stånd så starkt att undersökning bör kunna äga rum även om den enskilde motsätter sig detta.

Beträffande den enskildes medverkan vid smittspårning framgår av de beteendevetenskapliga studierna att smittspårningsarbetet är väl förankrat hos såväl smittade som osmittade personer. De allra flesta tycks också enligt studierna vilja få reda på om de varit utsatta för risk att smittas. Det föreligger därför enligt kommitténs mening inte några betänkligheter mot att bibehålla en skyldighet för den enskilde att medverka i smittspårningsarbetet. Som kommittén ovan påpekat medför en sådan lagfäst skyldighet också en betydelsefull markering av att envar bör bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar. Kommittén vill emellertid framhålla att det – vare sig av etiska eller praktiska skäl – naturligtvis inte går att framtvunga erforderlig information från den enskilde. Framgången i arbetet bygger på att man skapar en förtroendefull relation och att man kan övertyga den enskilde patienten om uppgifternas nödvändighet.

Bestämmelserna bör enligt kommittén utformas i huvudsak i enlighet med gällande bestämmelser. Beträffande vilka sjukdomar som bör omfattas av nu angivna skyldigheter anser kommittén att detta bör motsvara vad som gäller i fråga om den behandlande läkarens skyldighet att utföra läkarundersökning och smittspårning. Detta innebär således att skyldigheterna omfattar såväl de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna som sådana sjukdomar där det av epidemiologiska skäl föreligger anledning att vidta ytterligare åtgärder.

24.4 Rätten till anonymitet vid provtagning för hivinfektion

Enligt förordningen (1986:198) om undantag vid provtagning för infektion av HIV har den som vill ta prov för att kontrollera om han eller hon har smittats av hivinfektion rätt att göra detta anonymt. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av att alla tänkbara ansträngningar för att snabbt hindra spridningen av hivinfektion ansågs behöva vidtas och att det fanns oro för att personer skulle avhålla sig från provtagning av den

anledningen att de inte ville att deras identitet skulle bli känd. Det bör erinras om att den enskilde dock blir skyldig att lämna identitetsuppgifter om analysresultatet visar att personen är hivpositiv. I dessa fall omfattas uppgifterna av den sekretess som råder inom hälso- och sjukvården.

En av grundtankarna för kommitténs förslag till förändringar i smittskyddslagstiftningen är att hivinfektion i princip bör behandlas på samma sätt som andra allvarliga sjukdomar och att särregleringen beträffande denna sjukdom så långt det är möjligt bör tas bort. Kommitténs underlag (jfr kap. 5) tyder på att attityden till provtagning har förändrats på så sätt att de flesta patienter inte bryr sig om huruvida provtagningen görs anonymt eller inte. Endast en liten andel av patienterna synes begära att få anonym provtagning och ytterst få synes i egentlig mening upprätthålla anonymiteten inför vårdpersonalen. Samtidigt är det svårt att uttala sig om vilka effekterna skulle bli om rätten till anonymitet nu tas bort. Denna rätt har blivit en integrerad del av det förebyggande arbetet och det har för kommittén framhållits att rätten har ett stort symbolvärde. Vidare har framförts att det är nödvändigt att möjligheten till anonymitet kvarstår för den mindre grupp av patienter som, av olika anledningar, är rädda för att identitetsuppgifter skall komma till andras kännedom. Rätten till anonymitet har enligt vad kommittén erfarit inte heller medfört några stora problem i den praktiska verksamheten. Mot bakgrund av vad som nu sagts anser kommittén att övervägande skäl talar för att inte i nuläget avskaffa detta undantag för hivinfektion.

25 Vissa smittskyddsåtgärder

25.1 Utgångspunkter

Som framhållits i kap. 22 har kommitténs kartläggning och utvärdering av de olika insatserna och aktörernas åtgärder visat att smittskyddsarbetet huvudsakligen är väl fungerande. Det råder vidare inte något tvivel om att de grundläggande smittskyddsåtgärder som t.ex. smittspårning är av största betydelse för ett effektivt smittskydd. Kommittén anser därför att nu reglerade åtgärder i huvudsak bör finnas kvar i en ny smittskyddslag. Kommittén framhåller emellertid i de allmänna övervägandena att även om syftet med smittskyddslagen primärt är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar måste lagen också ge skydd för den som är smittad. Enligt kommitténs uppfattning bör därför göras en tydligare betoning av att smittskyddsåtgärder som riktar sig mot enskilda personer skall bygga på frivillighet, och av att den enskilde skall kunna ställa anspråk på att få det stöd eller den hjälp han behöver i smittskyddshänseende. Kommittén anser vidare att lagen bör vara utformad så att den så långt det är möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. Detta bör komma till uttryck i utformandet av de bestämmelser som tar upp särskilda åtgärder, men också som en särskild bedömningsgrund i det enskilda fallet. I det följande tas vissa principiella frågor upp till diskussion. Beträffande det närmare innehållet i bestämmelserna hänvisas till författningskommentaren. Frågor om indelningen av sjukdomarna och kommitténs överväganden rörande anmälning av inträffade sjukdomsfall och övervakning av smittskyddslaget tas upp i kap. 23.

25.2 Ansvaret för smittskyddsåtgärder

Kommittén finner inte anledning att föreslå någon förändring när det gäller det grundläggande ansvaret för smittskyddet (beträffande det nationella ansvaret se kap. 29). Landstinget skall således fortfarande ha ansvaret för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder

vidtas inom landstinget, med undantag för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka bl.a. kommunerna har ansvaret. Kommittén anser dock att ansvaret enligt olika lagstiftningar bör avgränsas på ett klarare sätt än nu, varvid utgångspunkten för smittskyddslagen bör vara att den skall inriktas på åtgärder för att förhindra att smitta sprids mellan människor och därför omfatta personinriktade åtgärder. Beträffande de objektinriktade åtgärderna bör dessa enligt kommitténs mening helt regleras i annan lagstiftning på bl.a. hälsoskyddets område (jfr kap. 27).

Även i fortsättningen skall ansvaret för de direkta smittskyddsåtgärderna vila på smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna. Liksom nu skall landstingen ha det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt besluta om vilka resurser som skall ges smittskyddsverksamheten medan smittskyddsläkaren svarar för det direkta smittskyddsarbetet, organisationen och planeringen i detalj.

25.3 Allmänna förebyggande åtgärder

Kommittén har i bakgrundsdelen redogjort för olika former av insatser av mer allmänt förebyggande slag. Det kan konstateras att sådana insatser spänner över ett vitt spektrum och omfattar såväl information och rådgivning som olika projekt som har till syfte att förhindra att den enskilde får en smittsam sjukdom. Arbetet bedrivs av hälso- och sjukvårdspersonalen inom den ordinarie vården, av olika myndigheter samt av frivilligorganisationerna. Av underlaget framgår vidare att smittskyddsläkarna har en mycket väsentlig roll i sådant förebyggande arbete och att dessa till stor del utför det övergripande preventiva arbetet inom landstinget. Odiskutabelt har sådana preventiva åtgärder haft stor betydelse för den gynnsamma smittskyddssituationen i Sverige. Kommittén har vidare i kap. 24 poängterat att såväl osmittade som smittade personer har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks. Grunden för ett sådant ansvarstagande är kunskaper om smittvägar och åtgärder för att förhindra smittspridning. Detta gäller såväl de sexuellt överförbara sjukdomarna som andra smittsamma sjukdomar. Erfarenheterna har också visat att smitta många gånger går att undvika genom relativt enkla åtgärder, t.ex. vid mag- och tarmsmittor. Kommittén vill därför framhålla vikten av att sådant förebyggande arbete ges tillräckligt utrymme och resurser.

Vaccinationsverksamheten är ett annat exempel på preventiva åtgärder som haft stor betydelse för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. De allmänna vaccinationsprogrammen har bl.a. medfört drastiska minskningar av förekomsten av allvarliga sjukdomar som

t.ex. difteri och polio. Vaccinationsverksamheten är inte lagreglerad och landstingen beslutar själva om innehållet i och omfattningen av verksamheten. Visserligen har Socialstyrelsen gett ut allmänna råd på området och det finns såväl nationella som regionala organ som har en rådgivande roll och som verkar för samordning av åtgärderna. Emellertid har påpekats för kommittén att problem föreligger bl.a. genom att kostnadsansvaret för vaccinationsverksamheten inte är reglerat. Vidare finns inte något organ som ansvarar för att det finns tillgång till vaccin i landet. Kommittén har inte haft möjlighet att närmare utreda denna fråga. Kommittén vill dock framhålla betydelsen av att vaccinationsverksamheten upprätthålls och att dessa insatser bedrivs på ett enhetligt sätt i landet. Enligt kommittén kan det därför finnas skäl att låta frågorna om vaccinationsverksamheten bli föremål för särskild översyn.

25.4 Särskilt om smittspårning

Smittspårning, dvs. arbetet med att identifiera smittkällan och med att söka efter möjliga smittade personer, är ett av de viktigaste instrumenten för att förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar och utgör grunden för bedömningar av vilka åtgärder som bör vidtas. Smittutredningar för att söka efter en smittkälla i miljön behandlar kommittén främst i kap. 27. Här kommer främst att behandlas den del av smittspårningen som avser att söka upp människor som kan ha smittats av sjukdomen, s.k. kontaktspårning eller partneruppföljning.

Enligt kommittén är det mycket viktigt att man så tidigt som möjligt når personer som kan misstänkas ha smittats för att förebygga vidare smittspridning. Särskilt viktig framstår smittspårningen vid sjukdomar som kan vara symptomfria, t.ex. hivinfektion, eftersom den smittade i dessa fall inte har en naturlig anledning att själv uppsöka läkare. Samtidigt får konstateras att smittspårningsarbetet kan vara resurskrävande, särskilt vid sexuellt överförbara sjukdomar. Kommitténs underlag visar dock att arbetet har goda resultat i förhållande till insatserna och att smittspårningen är en mycket effektiv metod. Av kommitténs kartläggning – såväl de beteendevetenskapliga studierna som kommitténs enkät till behandlande läkare och kuratorer – framgår vidare att det finns en stor acceptans för smittspårning som metod.

Mot bakgrund av vad som nu sagts anser kommittén att smittskyddslagen även i fortsättningen skall innehålla en uttrycklig skyldighet att aktivt bedriva smittspårning och också en skyldighet för den enskilde patienten att så långt han eller hon förmår medverka till att ge

upplysningar (närmare om den enskildes skyldigheter se kap. 24). Liksom idag bör detta ansvar ligga på den behandlande läkaren. Kommitténs kartläggning visar emellertid att, även om den behandlande läkaren har det formella ansvaret, smittspårningen bl.a. vid sexuellt överförbara sjukdomar många gånger genomförs av kuratorer eller sjuksköterskor/barnmorskor. Dessa sköter självständigt utfrågningen av patienten och underrättelserna till uppgivna kontakter och den behandlande läkaren har ofta inte någon insyn under tiden. Enligt kommitténs mening föreligger inte några hinder mot att smittspårningen bedrivs av annan hälso- och sjukvårdspersonal, under förutsättning att personalen har kompetens för detta. Det kan många gånger också vara värdefullt att smittspårningen utgör en integrerad del av rådgivningen till den enskilde. Emellertid framstår det som befogat att den som utför det praktiska arbetet också har det formella ansvaret för smittspårning. Kommittén föreslår därför att uppgiften att bedriva smittspårning också kan fullgöras av hälso- och sjukvårdspersonal som har särskild kompetens för detta. Liksom idag bör den som ansvarar för smittspårningen också ha skyldighet att underrätta en person som kan misstänkas ha smittats.

I vilka fall skyldigheten att smittspåra bör inträda måste bedömas med hänsyn till det epidemiologiska behovet av vidare åtgärder. Enligt kommitténs bedömning är det därvid självklart att de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna skall omfattas. Härutöver bör skyldigheten att bedriva smittspårning även omfatta sjukdomar som, även om de inte är av den art att de ingår bland de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna, kan leda till allvarigare konsekvenser för den drabbade eller som om de får en större spridning kan utgöra en belastning för folkhälsan. Med hänsyn till de svårigheter som kan föreligga för bl.a. den enskilde läkaren att bedöma när smittspårning skall ske och till vikten av att bedömningarna blir enhetliga i landet anser kommittén att regeringen bör meddela närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som omfattas.

Även om nu angiven skyldighet främst syftar till att finna de människor som kan ha smittats bör skyldigheten att fråga patienten om smittvägar naturligtvis även i förekommande fall omfatta eventuella smittkällor i miljön. Vid smitta som härrör från objekt eller djur då smittspridningen inte sker vid direkt kontakt mellan människor är dock den enskilde patienten eller den behandlande läkaren sällan i stånd att peka ut spridningsvägarna. Vidare krävs särskilda bedömningar då det är fråga om större utredningar vid smitta mellan människor. Smittskyddsläkaren har härvid särskild kompetens och överblick av smittskyddsläget, varför kommittén anser att han bör ha det övergripande ansvaret att tillse att vidare smittspårning äger rum. Smittskyddsläkarens roll bör här i första hand vara att underrätta dem som primärt

ansvarar för åtgärden och samordna åtgärderna. När smittskyddsläkaren erhåller en anmälan om ett inträffat sjukdomsfall bör han således ha skyldighet att tillse att erforderlig smittutredning kommer till stånd. Detta innebär inte att smittskyddsläkaren själv behöver genomföra det praktiska smittspårningsarbetet. Ansvaret härför åvilar i första hand berörda behandlande läkare. Emellertid kan det i många lägen vara motiverat att smittskyddsläkaren själv tar direkta kontakter, t.ex. då det är fråga om större utbrott och det behövs för att snabbt få överblick över smittspridningen eller för att lokalisera en smittkälla.

Även om kommitténs kartläggning visar att det finns en stor acceptans för smittspårning som metod pekar materialet på att arbetet inte är utan problem och att det krävs såväl kompetens som tid. Det bör beaktas att all smittspårning innebär ett intrång i människors integritet och att det därför är viktigt att patienten får förtroende för den som ansvarar för smittspårningen och att det finns tid att ta hand om patienten i samband med smittspårningen. Även om utgångspunkten bör vara att smittspårningen skall påbörjas omedelbart kan detta ibland vara olämpligt eller etiskt svårt. Man bör också beakta att det kan innebära svåra överväganden i praktiken när det gäller patienter som diagnosticeras sent under ett sjukdomsförlopp eller då det är fråga om en svårt sjuk patient.

Det har också tydligt framgått att behandlande läkare kan ha svårigheter med att uppfylla sin skyldighet att bedriva smittspårning. Så förekommer t.ex. att läkare vid klamydia helt underlåter att genomföra smittspårning och i stället ger "dubbla" recept till patienten.

Många av de problem som kan föreligga vid smittspårningen torde kunna förebyggas genom att den enskilde läkaren får tillgång till råd och riktlinjer för hur arbetet skall bedrivas. Vid sidan av centralt utfärdade anvisningar har smittskyddsläkaren en betydelsefull roll, bl.a. när det gäller att ge råd i det enskilda ärendet. I smittskyddsläkarens ansvar för smittskyddsarbetet ligger också ett ansvar för att uppmärksamma eventuella problem. Om smittskyddsläkaren ser tecken på att smittskyddsarbetet inte fungerar på vissa håll bör det naturligtvis åligga honom att vidta åtgärder för att komma tillrätta med detta, t.ex. genom särskilda råd och anvisningar, utbildningsinsatser eller dylikt.

Emellertid måste det också finnas en uttrycklig möjlighet att överlämna ett smittspårningsärende till någon annan med tillräcklig kompetens och erfarenhet. En behandlande läkare, eller i förekommande fall annan hälso- och sjukvårdspersonal, som i ett enskilt ärende inte anser sig vara i stånd att utföra smittspårningen, bör därför ha skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren får i sådant fall överlämna smittspårningsärendet till annan person med kompetens för uppgiften. För att säkerställa att smittspårning verkligen utförs på ett tillfredsställande sätt bör vidare smittskyddsläkaren också ha möjlighet

att överlämna ett ärende då han på annat sätt finner att smittspårningsarbetet är bristfälligt.

Det har från vissa håll framförts att en särskild straffbestämmelse bör införas för läkare som underlåter att bedriva smittspårning i enlighet med lagens bestämmelser. Kommittén anser emellertid inte att en straffrättslig sanktion är ett lämpligt medel att komma tillrätta med de problem som kan föreligga vid smittspårningsarbetet. Vidare bör uppmärksammas att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som inte uppfyller sina skyldigheter kan bli föremål för disciplinåtgärder enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

25.5 Särskilt om s.k. förhållningsregler

Under kommitténs arbete har frågan om de s.k. förhållningsreglerna ägnats särskild uppmärksamhet. Kommittén har bl.a. tillställt behandlande läkare en enkät i syfte att bl.a. få en bild av hur bestämmelserna tillämpas och av hur skyldigheten att meddela förhållningsregler uppfattas bland läkarna. Frågor om förhållningsregler har också ingått i de beteendevetenskapliga studier som utförts på kommitténs uppdrag. Av underlaget kan sammanfattningsvis följande slutsatser dras.

Kartläggningen har visat att läkarna i de allra flesta fall sköter meddelandet av förhållningsregler på ett nyanserat sätt och i enlighet med de intentioner som finns i lagens förarbeten. Vidare synes förhållningsreglerna i de flesta fall kunna anses som okontroversiella. Frågan om vilka försiktighetsåtgärder den enskilde skall vidta har dock varit mer kontroversiell då det gäller hivinfektion. Diskussionen har härvid rört vilket ansvar som skall åläggas den enskilde smittade, bl.a. när det gäller frågan om skyldigheten att informera andra om sin smitta, och hur förhållandet till läkaren påverkas av dennes skyldighet att kontrollera att den enskilde uppfyller sitt ansvar. Bland läkarna föreligger enligt kommitténs enkät en blandad uppfattning om förhållningsreglerna och läkarens kontrollerande funktion. Flera läkare har påpekat olika problem rörande skyldigheten att följa upp att patienten följer sina förhållningsregler och att förena denna roll med rollen som behandlande läkare. Samtidigt bör noteras att flera läkare uppfattat lagens bestämmelser som positiva och ansett att bestämmelserna fungerar som stöd i arbetet med besvärliga patienter.

Även om kartläggningen visat att bestämmelserna om tvingande förhållningsregler i många fall inte inneburit några stora problem finns dock flera frågor, av såväl praktisk som principiell natur, som bör beaktas.

Inledningsvis kan konstateras att den nuvarande smittskyddslagen inte innehåller någon egentlig sanktionsmöjlighet mot den som inte följer givna förhållningsregler. Att beteckna förhållningsreglerna som "tvingande" är därför en sanning med modifikation. Även nuvarande bestämmelse om förhållningsregler bygger på att den enskilde accepterar att följa dem. Ytterst kan samhället visserligen ingripa med tvångsisolering men endast under särskilda villkor och då i syfte att skydda andra mot vidare smittspridning.

Vidare är nuvarande bestämmelser om förhållningsregler begränsade till de samhällsfarliga sjukdomarna. Här kan anföras att det även beträffande sådana sjukdomar som inte ingår bland de samhällsfarliga sjukdomarna kan framstå som lika viktigt att nödvändiga försiktighetsåtgärder vidtas. Detta gäller t.ex. EHEC, vilken också kan spridas mellan människor.

En annan fråga gäller förhållningsreglernas inverkan på relationen mellan patienten och läkaren samt möjligheterna till kontroll av att patienten följer meddelade förhållningsregler. Kontrollmöjligheterna är i praktiken starkt begränsade, vilket också konstaterades i förarbetena till nuvarande lag. I de allra flesta fall är läkarens möjlighet att få information i detta avseende begränsad till uppgifter från patienten själv. De svårigheter som här föreligger hänger främst samman med läkarens anmälningsskyldighet, särskilt då det gäller sjukdomar som hivinfektion. Enligt nuvarande lag skall läkaren skyndsamt anmäla om han har anledning anta att patienten inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler. Detta kan medföra svårigheter eftersom vissa patienter av rädsla för anmälan undanhåller information om misslyckanden att följa förhållningsregler, vilket bl.a. minskar möjligheterna för läkaren att kunna diskutera frågan och ge patienten direkt stöd. Av såväl kommitténs enkät till behandlande läkare som av de beteendevetenskapliga undersökningarna framgår att denna situation inte är ovanlig när det gäller hivinfektion. Av enkäten till behandlande läkare framgår vidare att ett relativt stort antal läkare trodde att de ibland medvetet eller omedvetet underlåter att inhämta information om patientens eventuella smittfarliga beteende p.g.a. svårigheter att hantera kunskaperna.

Av kommitténs underlag framgår vidare att de allra flesta människor som bär på en smittsam sjukdom försöker att följa de råd och anvisningar som ges för att förhindra att andra smittas. Med hänsyn härtill kan det sättas i fråga om det är rimligt att tvingande förhållningsregler meddelas rutinmässigt. Det torde vidare vara så att det för många människor kan upplevas som irriterande att de, oavsett deras egen inställning, meddelas tvingande förhållningsregler, t.ex. av hygienisk natur, vilka kan te sig självklara för den som vill ta ansvar för sin sjukdom. Som framgår föreligger således flera svårigheter av såväl principiell

som praktisk art som talar för att systemet med tvingande förhållningsregler inte bör behållas. Kommittén vill för sin del särskilt lyfta fram betydelsen av att relationen mellan den behandlande läkaren och den smittade kan hållas på ett förtroendefullt plan. Enligt kommittén ligger tyngdpunkten i smittskyddsarbetet rörande enskilda personer i det arbete läkaren utför när han möter den smittade patienten. I den mån den smittade har svårigheter med att ta sitt ansvar gentemot andra människor är det av stor betydelse att han eller hon på ett tidigt stadium få det stöd eller den hjälp han eller hon behöver. Eventuella hinder mot ett öppet och förtroendefullt förhållande mellan den behandlande läkaren och den smittade måste därför motverkas.

Ett grundläggande motiv för kommitténs förslag till ändringar av nu gällande bestämmelser är att kommittén anser att smittskyddslagen klarare bör markera vikten av att grunden för smittskyddsarbetet måste vara frivillig medverkan till smittskyddsåtgärderna. Enligt kommitténs uppfattning överensstämmer ett förhållningssätt som grundar sig på samarbete och förtroende också bättre med de förhållanden som råder i praktiken. Kommittén vill erinra om att det, som ovan påpekats, inte heller enligt gällande smittskyddslag finns någon möjlighet att framtinga efterlevnad av meddelade förhållningsregler. Enligt kommitténs mening bör således den nuvarande skyldigheten för behandlande läkare att ge förhållningsregler ersättas med en skyldighet att ge patienten medicinska och praktiska råd vilket bättre speglar den behandlande läkarens roll. Kommittén anser vidare att läkarens skyldighet att ge information och råd bör gälla samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag, och således inte endast de allvarligaste sjukdomarna.

Under kommitténs arbete har emellertid aktualiserats frågan om det eventuella behovet av att i speciella fall kunna besluta om att en smittad person inte får utöva viss yrkesverksamhet eller delta i annan verksamhet där han eller hon kan utsätta andra för risk att smittas. Det skulle t.ex. kunna gälla vissa utövare av yrke inom hälso- och sjukvården. En arbetsgivare kan inte alltid förebygga faror av detta slag, eftersom den smittsamma sjukdomen kanske inte är känd för arbetsgivaren. Kommittén är medveten om att en möjlighet för t.ex. smittskyddsläkaren att utfärda förbud av aktuellt slag rymmer många svårigheter av såväl etiskt som rättsligt slag. Det gäller särskilt vid smittsamma sjukdomar av kronisk karaktär, såsom hivinfektion. Förutsättningarna för en eventuell sådan åtgärds möjlighet måste därför analyseras noggrant. Det är självklart att en sådan reglering inte får sträcka sig längre än vad som är oundgängligen nödvändigt. Det gäller också i fråga om alternativa lösningar, såsom att öppna möjlighet till sekretessgenombrott för uppgiftslämnande till t.ex. arbetsgivare. När det gäller

annan verksamhet än yrkesverksamhet måste också beaktas de begränsningar som följer av grundlagsskyddet för bl.a. mötesfrihet och föreningsfrihet. Vidare uppkommer frågan om sanktion för den som överträder ett meddelat förbud. Kommittén anser av angivna skäl att frågan om en eventuell förbudsmöjlighet när det gäller smittades utövning av yrke eller deltagande i annan verksamhet där risk för smittöverföring kan uppkomma inte kan avgöras utifrån det underlag som nu finns tillgängligt för kommittén. Enligt kommitténs bedömning krävs således fortsatt utredning på denna punkt, vilken kan klarlägga behovet av en reglering samt precisera förutsättningar och begränsningar.

25.6 Den enskilde läkarens uppgifter

Läkaren har ett allmänt vård- och behandlingsansvar enligt annan befintlig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Detta omfattar också bl.a. sådan läkarundersökning och behandling som regleras i smittskyddslagen. Läkarens primära ansvar är dock riktat till den enskilde patienten. Önskemålet att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar medför emellertid att läkaren i viss mån också måste ha skyldighet att vidta åtgärder som syftar till att andra inte skall utsättas för smittrisk. Detta motiverar uttryckliga bestämmelser härom i smittskyddslagen. Kommittén har i avsnitt 25.4. behandlat läkarens skyldighet att bedriva smittspårning och i avsnitt 25.5 skyldigheten att meddela medicinska och praktiska råd rörande hur den enskilde skall bete sig för att inte utsätta andra för smittrisk. Här skall behandlas vilka ytterligare skyldigheter läkaren bör ha med hänsyn till smittskyddet.

Enligt kommittén bör skyldigheten att undersöka en person som kan misstänkas ha smittats kvarstå. Sådan läkarundersökning utgör en viktig beståndsdel i det smittutredande arbetet och skyldigheten har inte ifrågasatts. Vikten av att kunna konstatera om en person är smittad gäller både vid de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna och sådana sjukdomar där smittspårning aktualiseras (jfr avsnitt 25.4). Visserligen är möjligheterna till tvångsundersökning begränsade till vissa fall av allmänfarliga smittsamma sjukdomar, men kommittén vill framhålla att det är av betydelse att de som kan ha smittats kommer i kontakt med läkare och undersöks och erbjuds behandling även när det gäller andra smittsamma sjukdomar där det är angeläget att hindra spridning.

Om den som misstänks ha blivit smittad inte vill låta sig läkarundersökas bör läkaren också ha skyldighet att anmäla detta till smittskyddsläkaren. Med hänsyn till att tvångsundersökning enligt kommitténs förslag bara kan äga rum vid allmänfarliga smittsamma sjukdomar bör dock anmälningsskyldigheten vara begränsad till sådana sjukdomar.

Motsvarande bestämmelse föreslår kommittén skall gälla i de fall läkaren vid smittspårning får uppgift om att en person kan ha utsatts för smittrisk och denne inte frivilligt låter sig läkarundersökas.

Som ovan påpekats har läkare ett allmänt vård- och behandlingsansvar enligt övrig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Redan p.g.a dessa bestämmelser är det således självklart att läkaren skall erbjuda den som har smittats av sjukdom erforderlig medicinsk behandling för sjukdomen. Om inte läkaren själv kan ge den vård som behövs skall han förmedla kontakt med lämplig vårdgivare. Ytterst svarar landstinget för att tillräckliga resurser finns för behandling och vård vid smittsamma sjukdomar. Utöver det rent medicinska omhändertagandet skall emellertid den behandlande läkaren också ge patienten ett personligt stöd så att han eller hon kan hantera sin sjukdom. Detta är en ömtålig men ytterst väsentlig uppgift för den behandlande läkaren, särskilt då det gäller livslånga sjukdomar som t.ex. hivinfektion. Om läkaren finner att en patient är i behov av ytterligare psykosocialt stöd eller särskilda behandlingsinsatser, bör han i samråd med patienten söka ordna detta. Om patienten medger det kan läkaren även vända sig till smittskyddsläkaren, som har större möjligheter att få till stånd sådana insatser.

Kommittén har i flera sammanhang betonat att smittskyddsarbetet i första hand måste bygga på frivillig medverkan från den som smittats. Kommittén har också framhållit att den enskilde i första hand skall erbjudas stöd och hjälp för de eventuella svårigheter som han eller hon kan ha att hantera sitt ansvar för att inte utsätta andra för smittrisk. Av de beteendevetenskapliga studierna framgår att möjligheterna för den enskilde att diskutera och bearbeta svårigheterna bidrar till att han eller hon bättre kan ta sitt ansvar för att förhindra att andra människor smittas. Den som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation måste därför så tidigt som möjligt få erforderligt stöd och hjälp. Särskilt vid svåra långvariga sjukdomar torde det vara så att det inte främst är de medicinska frågorna som behandling o.dyl. som är avgörande, utan den enskilde behöver också stöd i sin livssituation. De beteendevetenskapliga studierna pekar vidare på behovet av kontinuerlig rådgivning och stöd vid en sjukdom som hivinfektion. Motsvarande torde gälla vid hepatit B och C. Läkaren blir härvid en viktig person och betydelsen av att relationen mellan honom och patienten är förtroendefull och av att den smittade kan känna att han eller hon kan vända sig till honom får inte underskattas. Det är därför av vikt att läkarens övervakande roll inte får ta över rollen av behandlande läkare. Ett led i att slå vakt om relationen mellan patienten och läkaren är kommitténs förslag att läkaren inte

längre skall meddela tvingande förhållningsregler (om dessa frågor se avsnitt 25.5).

Samtidigt får beaktas att det kan förekomma situationer då den smittade patienten trots läkarens insatser inte förmår att ta sitt ansvar gentemot andra människor. Om en smittad som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte klarar av att iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder bör läkaren därför fortfarande ha en skyldighet att anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren som herefter får bedöma vilka åtgärder som är nödvändiga. I motsats till vad som gäller enligt nuvarande bestämmelse skall dock skyldigheten inte inträda så snart läkaren uppmärksammat att den smittade utsätter eller kan misstänkas utsätta andra för smittrisk. Kommittén anser att läkaren först måste ges utrymme att själv hjälpa den enskilde att komma tillrätta med sina problem om detta ter sig meningsfullt. Som framgått av kommitténs kartläggning underlåter också många läkare redan idag att göra anmälan om det inte står klart att läkarens egna möjligheter är uttömda.

Som ovan anförts medför smittskyddsaspekterna att läkaren också har ansvar för att förhindra att andra människor utsätts för risken att smittas. En särskild fråga i det sammanhanget rör det fall då den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom utsätter en närstående ovetande person för risk att smittas. Enligt gällande regler kan inte den behandlande läkaren underrätta den riskutsatta personen och det har förekommit att tvångsisolering tillgripits i sådana fall. Det kan visserligen ifrågasättas om inte smittskyddsläkaren, med stöd av 1 kap. 5 § sekretesslagen, kan lämna sådan nödvändig information. Enligt vad kommittén har erfarit har denna möjlighet emellertid inte använts p.g.a. att de rättsliga förutsättningarna ansetts oklara. Med hänsyn till kommitténs ståndpunkt (jfr kap. 26) att tvångsisolering i princip inte bör få användas i syfte att endast skydda någon enstaka individ anser kommittén att en sådan underrättelse bör kunna äga rum i vissa fall. Detta innebär visserligen en begränsning av nuvarande sekretesskydd men är å andra sidan en för den enskilde betydligt mindre ingripande åtgärd än isolering. Med hänsyn till betydelsen av förtroendet mellan den smittade patienten och läkaren bör en sådan underrättelse dock endast medges då det är fråga om en till patienten närstående person som löper påtaglig risk att smittas och att det står klart att den smittade personen inte frivilligt vill informera om smittrisken.

25.7 Smittskyddsläkarens uppgifter

Smittskyddsläkaren har en central roll i samhällets smittskydd. Han får i sitt arbete en samlad bild av smittskyddsläget inom det område där

han verkar och är den som många gånger har den bästa kompetensen för att kunna avgöra vilka insatser som behövs, både generellt och i enskilda fall. Med undantag för sådana beslut om tvångsinsatser som rör enskilda individer anser kommittén inte att hans huvudsakliga uppgifter bör förändras. Smittskyddsläkaren skall således även i fortsättningen ha det övergripande ledningsansvaret för smittskyddsarbetet inom det område han är verksam. I detta ligger bl.a. att han har att följa upp smittskyddsläget inom området, tillse att behövliga åtgärder för smittutredning vidtas och att verka för en effektiv samordning av erforderliga smittskyddsåtgärder, oavsett var det direkta ansvaret för vidtagande av sådana åtgärder ligger. Smittskyddsläkaren bör vidare även fortsättningsvis ha ansvaret för att olika förebyggande åtgärder vidtas. Med hänsyn till att smittskyddsläkaren är den som har bäst överblick över och erfarenhet av olika typer av smittsamma sjukdomar är det också av stor betydelse att han stödjer och biträder behandlande läkare, sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet. I kap. 29 och kap. 36 behandlas närmare frågorna om ansvaret då flera smittskyddsläkare har utsetts.

Med hänsyn till de förändringar kommittén har föreslagit rörande när isolering oberoende av samtycke får äga rum bör smittskyddsläkaren ha ett uttryckligt ansvar för att bevaka att den smittade får tillgång till det stöd eller den vård som behövs för att minska risken för smittspridning. Som framgår av kommitténs kartläggning lägger smittskyddsläkarna redan idag i många fall ned ett betydande arbete på att få till stånd frivilliga åtgärder i sådana fall då den enskilde haft svårt att uppfylla sina skyldigheter enligt smittskyddslagen. Med hänsyn till bl.a. vikten av att den enskilde tidigt får behövlig hjälp och stöd bör smittskyddsläkaren emellertid ha en lagfäst skyldighet att bevaka och tillse att detta äger rum. Enligt kommittén bör smittskyddsläkaren därför dels ha en generell skyldighet att bevaka att den enskilde smittade får erforderligt stöd eller vård, dels ha ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för en eventuell ansökan om isolering oberoende av samtycke. I smittskyddsläkarens ansvar ligger därmed att utreda vari problemen ligger och vilka åtgärder som kan erfordras. Utredningen bör bestå i bl.a. samtal med den smittade själv och kontakter med den behandlande läkaren. Beroende på vilka problem som föreligger får smittskyddsläkaren sedan ta kontakt med ansvarig vårdgivare för en bedömning av vilken åtgärd som behövs. Det förutsätts härvid att smittskyddsläkaren samverkar med berörda huvudmän och att dessa medverkar till att få till stånd erforderliga åtgärder. Som en yttersta åtgärd bör smittskyddsläkaren dock ha en möjlighet till påtryckningsmedel. Kommittén föreslår därför, jfr kap. 26, att smittskyddsläkaren skall anmäla till respektive tillsynsmyndighet om ansvarig huvudman inte er-

bjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för motverka risken för smittspridning.

Det bör här betonas att avsikten inte är att smittskyddsläkaren skall ta över den behandlande läkarens roll och själv ge t.ex. omfattande samtalsstöd till den smittade. Enligt kommittén bör den behandlande läkarens och smittskyddsläkarens funktioner i princip hållas i sär. Undantagsvis kan det dock vara lämpligt att smittskyddsläkaren själv fortsätter kontakten med den smittade. Något formellt hinder för detta finns inte. Förslaget innebär inte heller att smittskyddsläkaren rutinmässigt skall kontrollera samtliga rapporterade sjukdomsfall eller bedriva någon generell tillsyn. Smittskyddsläkarens skyldighet att bevaka att den enskilde får behövligt stöd eller vård torde främst aktualiseras genom en anmälan om en smittad persons misskötsamhet, genom att den smittade själv vänder sig till smittskyddsläkaren för att han inte får hjälp eller genom en anhållan om hjälp från behandlande läkare i enskilt fall.

Det har från bl.a. smittskyddsläkarhåll framförts önskemål om att smittskyddsläkaren skall ges ökade befogenheter att fatta beslut om olika smittskyddsåtgärder. Vissa förslag i denna riktning har också framförts av Statskontoret.

Kommittén vill här inledningsvis påpeka att smittskyddsläkaren enligt kommitténs förslag till smittskyddslag, liksom enligt gällande smittskyddslag, har en mycket aktiv roll i det praktiska smittskyddsarbetet. Som framgår ovan föreslår kommittén i vissa avseenden ett utökat ansvar för smittskyddsläkaren. Kommittén föreslår (jfr kap. 28) också ett utökat ansvar beträffande åtgärder mot vårdrelaterade infektioner. Av kartläggningen av smittskyddsarbetet har framgått att detta i huvudsak fungerat väl och att de problem som uppstått i de flesta fall kunnat lösas genom samverkan och överenskommelser. Något generellt behov av att ge smittskyddsläkaren utökade befogenheter föreligger inte enligt kommitténs bedömning. Här bör också beaktas de principiella frågor som sammanhänger med att smittskyddsläkaren är landstingsanknuten. Kommittén behandlar i kap. 29 frågor om huvudmannskapet för smittskyddsläkaren och pekar där på vissa principiella tveksamheter som kan uppkomma om ökade befogenheter ges för smittskyddsläkaren gentemot enskilda personer eller mot t.ex. kommuner. Några särskilda frågor skall dock tas upp här.

Mot bakgrund av de problem som uppmärksammats när det gäller smittutredningar som rör det objektinriktade smittskyddet har framförts att smittskyddsläkaren borde ha ansvaret för bedrivande av sådana smittutredningar eller i vart fall kunna överta en smittutredning från den ansvariga kommunen, varvid kommunen skulle biträda smittskyddsläkaren. Här bör följande beaktas. Kommittén har i flera sam-

manhang framhållit vikten av en klar ansvarsfördelning mellan aktörerna inom smittskyddet. I likhet med gällande bestämmelser bör kommunerna även i fortsättningen ha ett självständigt ansvar för de objektinriktade åtgärderna varvid landstingen, smittskyddsläkaren inbegripen, inte bör ha några övergripande befogenheter över kommunernas arbete. Av detta följer, enligt kommitténs uppfattning, att kommunen också måste ges ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för åtgärderna. Kommittén ger härvid bl.a. förslag i syfte att klarare ange när kommunens ansvar inträder. Det får inte uppkomma situationer där ovisshet råder om kommunens skyldighet att agera, vilket till viss del förelegat vid tillämpningen av nuvarande smittskyddslag. I detta syfte föreslår kommittén dels en regel i smittskyddslagen varigenom smittskyddsläkaren formellt åläggs att underrätta en kommun om att den har att vidta smittskyddsåtgärder, dels motsvarande regler i miljöbalken och livsmedelslagen vilka slår fast kommunens ansvar att vid en under rättelse från smittskyddsläkaren ofördröjligen vidta de åtgärder som krävs. Kommittén föreslår vidare särskilda bestämmelser i dessa lagar med utökade krav på samarbete och samråd. Vidare bör beaktas att efter vad som framgått har problemen sammanhängt med att det kan vara fråga om mycket stora kostnader vid aktuella utredningar. Kommittén föreslår (jfr kap. 29) att ett nationellt smittskyddsanslag inrättas för att komma tillrätta med vissa av dessa problem. Enligt kommitténs uppfattning bör dessa förslag kunna leda till en klarare ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna. Det bör här också påpekas att kommitténs förslag inte hindrar att smittskyddsläkaren genomför en inledande smittutredning för att klargöra var den misstänkta smittkällan kan tänkas vara belägen.

Kommittén kan visserligen se praktiska fördelar med att ge smittskyddsläkaren ett operativt ansvar för objektinriktade smittutredningar men, mot bakgrund av vad som ovan sagts, talar för närvarande övervägande skäl för att inte föreslå en sådan ändring av ansvarsförhållandena. Kommittén finner det dock angeläget att dessa frågor diskuteras vidare med utgångspunkt från att ge smittskyddsläkaren ett större ansvar.

Statskontoret har vidare föreslagit att smittskyddsläkaren skall ges formell befogenhet att göra påpekanden om förhållanden som kan hota smittskyddet. Kommittén anser i och för sig detta självklart. Det kan dock ligga ett värde i att detta tydliggörs i lagtexten, liksom att smittskyddsläkaren, om påpekandet inte följs, kan anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten, dvs. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet eller i vissa fall länsstyrelsen. Tillsynsmyndigheten kan därefter om så erfordras utfärda föreläggande om rättelse, eventuellt i förening med vite.

Statskontoret har också föreslagit att smittskyddsläkaren skall ges rätt att själv meddela förelägganden och förbud för verksamhet i syfte att hindra spridning av smittsam sjukdom, dock utan att ange vilken typ av verksamhet som åsyftats. Liknande önskemål har under kommitténs arbete framförts bl.a. från smittskyddsläkarhåll. Enligt vad som framgått har man därvid haft i åtanke bl.a. fall då det varit fråga om smitta i förskoleverksamhet. Några sådana möjligheter har smittskyddsläkaren inte enligt gällande lagstiftning. Kommittén har emellertid inte erfarit att det i praktiken funnits ett faktiskt behov av sådana möjligheter. Kommittén vill här också erinra om de förbudsmöjligheter som finns i annan lagstiftning, t.ex. i livsmedelslagen och i miljöbalken. Vidare är det mycket oklart vilka rättssäkerhetsfrågor en sådan regel kan ge upphov till. Kommittén är därför inte beredd att föreslå någon ändring i detta avseende men vill hänvisa till vad som anförts i avsnitt 25.5 angående fortsatt utredning av frågor om förbud att utöva viss yrkesverksamhet eller delta i viss verksamhet.

25.8 Samverkan och samarbete

Med hänsyn till att ansvaret för det samlade smittskyddet i samhället är uppdelat på många aktörer och huvudmän och att dessa i förhållande till varandra har ett självständigt ansvar kräver arbetet väl utvecklad samverkan och samarbete mellan dessa. Inte minst krävs samordning och täta kontakter mellan aktörerna då det är fråga om smittutredningar som omfattar både människor, djur och objekt. Motsvarande krav ställs också då det är fråga om smitta som spridit sig mellan olika kommuner eller landsting. Enligt kommitténs underlag är samarbetet och samverkan aktörerna emellan omfattande och i allt väsentligt väl fungerande såväl på nationell och regional nivå som mellan dessa nivåer. Som framgår av bl.a. Statskontorets utvärdering förekommer dock vissa problem bl.a. när det gäller det kommunala smittskyddsarbetet. Kommittén föreslår vissa förändringar bl.a. när det gäller det objektinriktade smittskyddet för att klargöra ansvarsfrågorna och därmed underlätta ett effektivt samarbete. I kap. 29 behandlar kommittén vidare frågor om den nationella samordningen av smittskyddsåtgärderna bl.a. då det är fråga om utbrott som sträcker sig över flera ansvarsområden. Här vill kommittén dock särskilt uppmärksamma smittskyddsläkarens roll.

I smittskyddsläkarens ansvar för det regionala smittskyddet ligger också en skyldighet att verka för samordning av smittskyddsåtgärderna oberoende av om dessa är personinriktade eller objektinriktade. Det är härvid av stor vikt att han samverkar med andra aktörer inom smittskyddet som t.ex. andra smittskyddsläkare och ansvariga kommunala

nämnder. Många gånger erfordras också samverkan och samarbete med myndigheter som ansvarar för åtgärder mot smittsamma sjukdomar som rör djur, t.ex. länsveterinär. Vikten av sådan samverkan har inte minst aktualiserats vid de senaste årens EHEC-utbrott. En ny smittskyddslag bör därför innehålla särskilda bestämmelser om samverkan och samarbete.

26 Tvångsåtgärder

26.1 Överväganden rörande nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder

Inledningsvis vill kommittén klargöra att med tvångsåtgärder avses här åtgärder som utgör intrång i den enskildes fysiska integritet och personliga frihet. Begreppet är således avgränsat till åtgärder som innebär kroppsligt ingrepp eller frihetsberövande. Även lagstadgade förbud eller skyldigheter för den enskilde att vidta vissa åtgärder innehåller i och för sig ett moment av tvång, men dessa omfattas inte av begreppet tvångsåtgärd i det här sammanhanget.

Nuvarande smittskyddslag medger att tvång får tillgripas mot den enskilde i vissa fall när det gäller läkarundersökning och omhändertagande på sjukhus, dvs. tvångsundersökning, tvångsisolering och tillfälligt omhändertagande på sjukhus. I kommitténs direktiv har särskild vikt lagts vid bestämmelserna om tvångsåtgärder och kommittén har på olika sätt sökt belysa hur tvångsbestämmelserna har tillämpats i praktiken. Kartläggningen visar att tvångsåtgärder har tillgripits i mycket få fall och att åtgärderna generellt sett använts på ett nyanserat och bra sätt. Det framgår vidare av kartläggningen att såväl behandlande läkare som smittskyddsläkare i många fall har lagt ned ett betydande arbete på att få till stånd frivilliga åtgärder i sådana fall då den enskilde haft svårt att uppfylla sina skyldigheter enligt smittskyddslagen. Samtidigt kan konstateras att nuvarande smittskyddslag tillkommit främst med hänsyn till behovet av reglering av tvångsåtgärderna och att dessa har en framträdande plats i lagen. Smittskyddslagen innehåller i jämförelse med annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område relativt långtgående skyldigheter för den enskilde som har ansetts motiverade av hänsyn till samhällsskyddet. Även om skyddet mot smittsamma sjukdomar i och för sig medför att perspektivet i smittskyddslagen blir annorlunda än i t.ex. hälso- och sjukvårdslagen bör, enligt kommitténs mening, smittskyddslagen bättre anpassas till de verkliga förhållandena. Lagen bör också starkare betona att tvång endast får vidtas som en sista utväg även på det här området. Samtidigt får dock hänsyn tas till att tvång

måste kunna tillgripas i vissa situationer, inte minst med tanke på att den nuvarande kontrollerade situationen kan komma att förändras i framtiden genom uppkomsten av nya eller förändrade smittsamma sjukdomar. Detta gäller såväl tvångsundersökning som tvångsisolering.

Kritik kan också riktas mot lagbestämmelsernas utformning i sig. Kriterierna för såväl tvångsisolering som tvångsundersökning är relativt allmänt hållna och lämnar i stor utsträckning åt de tillämpande myndigheterna att avgöra när det kan anses vara motiverat att vidta åtgärden. Samtidigt torde det vara svårt att detaljreglera förutsättningarna för åtgärden med hänsyn bl.a. till de skiftande omständigheter som det kan vara fråga om. När det gäller tvångsisolering visar den praktiska tillämpningen att domstolarna i stor utsträckning grundar sina avgöranden på huruvida den smittade har brutit mot för honom eller henne givna förhållningsregler. Det kan ifrågasättas om det principiellt är lämpligt att knyta en bestämmelse om frihetsberövande i smittskydds-syfte direkt till meddelande av förhållningsregler, eftersom det då allt för lätt kan uppfattas som en samhällelig reaktion och inte som en skyddsåtgärd. Inte minst då det gäller sjukdomar som hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar tangeras området för straffrättsliga åtgärder eftersom det i dessa fall uteslutande är den enskildes beteende som är avgörande för risken för smittspridning. Med hänsyn till att kommittén föreslår att tvingande förhållningsregler inte längre skall meddelas behöver förutsättningarna för isolering visserligen redan av den anledningen ändras. Kommittén vill dock framhålla att oavsett vilken inställning man har till grunderna för isolering erfordras en klarare avgränsning mellan frihetsberövande i smittskyddshänseende och frihetsberövande som straffrättslig åtgärd.

En annan brist i smittskyddslagens bestämmelser är att dessa inte tar tillräcklig hänsyn till det epidemiologiska värdet av en tvångsåtgärd. Som bestämmelserna nu är utformade kan i princip en tvångsåtgärd genomföras oberoende av det epidemiologiska värdet, dvs. utan hänsynstagande till om det har effekt på smittspridningen i stort. Detta följer redan av den nuvarande indelningen av sjukdomarna eftersom möjlighet till tvångsåtgärd ges vid samtliga samhällsfarliga sjukdomar. För ett antal sjukdomar kan behovet av tvångsåtgärder ifrågasättas, bl.a. ur epidemiologisk synvinkel. Detta har också visat sig i den praktiska tillämpningen då tvångsåtgärder tillämpats endast beträffande ett mycket begränsat antal sjukdomar. Oavsett bedömningar rörande den grundläggande indelningen av sjukdomarna bör också möjlighet ges att i det enskilda fallet göra en epidemiologisk bedömning. Det har bl.a. från flera smittskyddsläkare framförts vikten av att det finns ett tillräckligt utrymme för en sådan bedömning och att det av lagen klart bör framgå att en åtgärd kan underlåtas om den inte framstår som epidemiologiskt

motiverad. Detta gäller inte minst då det är fråga om att överväga om en viss åtgärd skall genomföras med tvång. Vidare har framförts att ur epidemiologisk synvinkel är t.ex. möjligheterna till tvångsundersökning viktigare ju mer lågprevalent en sjukdom är. På denna grund har ifrågasatts det berättigade i att besluta om tvångsundersökning vid sjukdomar som är mycket allmänt förekommande, som t.ex. salmonella och klamydia. För sådana sjukdomar framstår andra åtgärder som mer motiveerade. Samtidigt får här, som kommittén anfört i kap. 22.2, konstateras att det är svårt att veta vilken effekt tvångsinskränkningarna har haft för smittspridningen. Smittskyddsinstitutet har på kommitténs uppdrag sökt att genom en matematisk modell belysa värdet av en åtgärd som isolering vid hivinfektion. Studien, som finns intagen i del B bilaga 4, tyder på att isolering knappast har någon effekt på utvecklingen av hivpidemin som den förlöpt i vårt land. Emellertid kan några säkra slutsatser inte dras från denna studie och den säger vidare inte något om effekterna vid en epidemi av annat slag.

Från det att smittskyddslagen trädde i kraft och fram t.o.m. 1998 har sammanlagt 65 personer *tvångsisolerats* varav drygt en tredjedel varit kvinnor. Med några enstaka undantag har det rört sig om hivpositiva personer. Tre huvudkategorier har kunnat skönjas nämligen personer med omfattande missbruk, företrädesvis narkotikamissbruk, personer med grava psykiska störningar och personer av utländsk härkomst med riskfyllt sexuellt beteende. Genomgående har det varit fråga om personer med särskilt behov av vård eller stöd. Det har också rört sig om ett litet antal mycket vårdkrävande personer som har behov en lång tids tillsyn och omhändertagande. Av utredningen har framgått att för flera av dessa personer har tvångsisoleringen orsakats av brister i utbudet av adekvata former av vård eller omhändertagande enligt annan lagstiftning. Dessa brister har bestått i bl.a. avsaknad av erforderliga familjehemsplaceringar eller andra boendeformer där den boende dagligen eller ständigt står under uppsikt av personal. Liksom uppmärksammats i andra utredningar föreligger brister särskilt för missbrukare med grava psykiska störningar. För den grupp som inte haft ett omfattande missbruk eller grava psykiska problem, av vilka merparten varit män av utländsk härkomst, pekar underlaget på att det även i dessa fall många gånger förelegat brister i för dem anpassat stöd, varför det ansetts nödvändigt att tillgripa tvångsisolering. Enligt ett inhämtat utlåtande från socialläkaren Anders Annell, del B bilaga 9, har det i flera fall varit uppenbart att patienterna av olika anledningar inte språkligt kunnat tillgodogöra sig information om hivinfektionens natur och smittskydds-föreskrifterna, samt att det för ett flertal av dessa funnits olika sociala problem som påverkat deras förmåga att ta det ansvar som hivinfektion medför. Enligt kommitténs mening är det djupt otillfredsställande att

tvångsisolering kommit att användas i brist på annan vård eller stöd. Vidare har innehållet i omhändertagandet under tvångsisoleringen utvecklats till att bli en särskild form av vård och omhändertagande för hivpositiva personer med psykiska problem och/eller missbruksproblem. Isoleringen har därvid närmast sig sådant behandlingstänkande som ligger i tvångsvård enligt t.ex. lagen om vård av missbrukare i vissa fall, t.ex. genom att tvångsisolerade i vissa fall erhållit "permission" för en längre tids vistelse i familjehem m.m. Med hänsyn bl.a. till att hiv-infektion inte är botbar och till att det rör sig om vårdkrävande personer har isoleringen också i vissa fall kommit att sträcka sig över mycket lång tid. Exempel finns på personer som varit tvångsisolerade i över två år och i något fall t.o.m. upp till sju år. Enligt kommittén framstår det som tveksamt om smittskyddslagen egentligen ger stöd för en långtgående social rehabilitering under tvång, även om detta självfallet skulle minska risken för framtida smittspridning. Vidare väcker de långa isoleringstiderna betänkligheter bl.a. med hänsyn till Europeiska konventionen angående de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna (se närmare nedan avsnitt 22.2.)

När det gäller *tvångsundersökning* framgår av kommitténs kartläggning att även denna åtgärd i praktiken varit begränsad till vissa sjukdomar, främst klamydia och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Kartläggningen visar vidare vissa skillnader i antalet beslut om tvångsundersökningar mellan olika smittskyddsläkare i landet. Dessa skillnader synes till viss del kunna förklaras i skillnader i förekomst av sjukdomar m.m. men det torde ändå föreligga faktiska skillnader i tillämpningen av bestämmelserna om tvångsundersökning. Kommittén anser inte att det är rimligt att förutsättningarna för huruvida tvångsundersökning genomförs eller inte i någon större utsträckning skall vara beroende av var i landet den enskilde är bosatt.

Sammantaget leder ovanstående iakttagelser till slutsatsen att det föreligger behov av grundläggande förändringar av nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder med utgångspunkt från etiska och epidemiologiska hänsynstaganden. Någon anledning att utvidga möjligheterna till tvång till andra åtgärder än isolering och läkarundersökning har inte framkommit. Detta innebär således att det även fortsättningsvis erfordras frivillig medverkan från den enskilde vid läkarundersökningar eller provtagningar som är allmänt riktade mot befolkningen eller delar därav (sk. screening), vid vaccination samt vid vård och behandling mot den smittsamma sjukdomen.

26.2 Allmänna principer för när tvång skall få vidtas

Kommittén har i kap. 22.4 diskuterat den etiska grund som smittskyddet bör vila på och som på olika sätt bör beaktas vid utformandet av en ny smittskyddslag. De värderingar som kommittén gett uttryck åt utgör utgångspunkten för överväganden rörande i vilka fall ingripanden får vidtas med tvång. Med utgångspunkt i dessa grundläggande värderingar som följer av den humanistiska människosynen och med hänsynstagande till att motivet för tvångsåtgärder som vidtas inom smittskyddet är att skydda andra från smittrisk har kommittén enats om vissa principer för när det kan anses vara motiverat att tillåta tvångsåtgärder. Enligt kommitténs mening utgör dessa principer en rimlig avvägning mellan samhällets intresse av ett effektivt smittskydd och individens krav på skydd mot långtgående ingripanden i den privata sfären. Principerna redovisas i det följande. Här får dock uppmärksammas att inte alla principer gäller för tvångsundersökning eftersom denna åtgärd skiljer sig från isolering bl.a. när det gäller det direkta syftet med åtgärden. De två första principerna jämte den sista är således tillämpliga för såväl sådan undersökning som isolering som sker under tvång medan övriga endast tar sikte på förutsättningar för isolering under tvång.

- *Det skall röra sig om en smittsam sjukdom som kan ha allvarliga konsekvenser för människors liv eller hälsa.*

Enligt kommittén kan tvångsåtgärder inte anses vara motiverade vid snabbt övergående infektioner som i allmänhet läker ut utan bestående men eller vid sjukdomar vars följder kan begränsas genom en jämförelsevis enkel och snabb behandling. Med allvarliga konsekvenser avser kommittén således att det skall vara fråga om en sjukdom som t.ex. är livshotande, långvarig eller medför svårt lidande genom exempelvis att det krävs en svår behandling eller att den kan ge bestående skador.

- *Det skall föreligga en påtaglig risk att andra människor smittas av sjukdomen om inte tvångsåtgärden vidtas och sjukdomens smittvägar skall vara sådana att människor har svårt att undvika eller skydda sig mot smittan.*

Kommittén anser att vare sig läkarundersökning eller isolering av en enskild person skall kunna vidtas om smittrisen för andra av en eller annan anledning är liten. Att risken är påtaglig innebär för det första att det måste vara fråga om en sjukdom som är starkt smittsam eller en

sjukdom som i övrigt är svår att skydda sig mot. Principen ställer emellertid också krav på att omständigheterna kring den enskilde smittade personen skall vara sådana att risken att andra människor kan smittas är påtaglig. Beträffande det andra ledet i principen anser kommittén att om människor kan vidta rimliga åtgärder för att skydda sig mot risken att smittas finns det inte tillräckligt starka skäl för att vidta tvångsåtgärder mot en smittad person, åtminstone inte då det är fråga om en så ingripande åtgärd som isolering. Även om sjukdomens smittsamhet i sig inte är särskilt hög bör däremot tvångsåtgärder kunna accepteras då risken för smitta är sådan att den, utöver medicinsk behandling, endast kan reduceras genom att den smittade inte kommer i kontakt med andra personer, t.ex. då det är fråga om luftburna smittor. När det gäller vilka åtgärder som andra människor rimligen förväntas vidta får emellertid inte kraven ställas allt för högt. Vad som åsyftas är främst åtgärder av allmän natur som ligger inom den enskildes kontroll, t.ex. hygieniska skyddsåtgärder. Enligt kommitténs mening kan man däremot inte ställa som krav att människor i allmänhet vaccinerar sig eller skall genomgå andra profylaktiska behandlingar av medicinsk natur. En särskild fråga gäller här sexuellt överförbara sjukdomar, t.ex. hivinfektion som i sig har en förhållandevis låg smittsamhet. I allmänhet känner människor till smittriskerna vid dessa sjukdomar och kan relativt lätt skydda sig mot smittoöverföring vid sexuellt umgänge. Emellertid visar de betenden-
devetenskapliga studierna att sexualbeteendet i sig är så komplext sammansatt av olika psykiska och sociala faktorer att det kan vara svårt för den enskilde att överföra de teoretiska kunskaperna till faktiskt handlande i den konkreta situationen. Detta gäller såväl smittade personer som människor i allmänhet. Med hänsyn härtill är det svårt att hårdra principen på sådant sätt att tvångsåtgärder inte skall kunna vidtas då det är fråga om en sexuellt överförbar sjukdom.

– *Smittrisken skall vara överhängande.*

Kommittén anser att förutsättningarna för tvångsåtgärder skall begränsas till att avse situationer där det föreligger ett akut behov av åtgärden och som närmast kan liknas vid nödsituationer. Om det inte finns behov av omedelbara åtgärder för att skydda andra mot smitta får problemet lösas på annat sätt. Här kan det vara fråga om t.ex. en sjukdom som är så smittsam att andra åtgärder inte kan avvaktas eller att den enskilde på grund av ett omfattande missbruk helt saknar förmåga att ta sitt ansvar.

- *Åtgärder som begärs av smittbäraren för att skydda andra mot smitta skall vara adekvata och rimliga samt möjliga för honom eller henne att uppfylla.*

Principen skall ses mot bakgrund av att smittspridning med mycket få undantag kan förhindras genom att den smittade frivilligt vidtar försiktighetsåtgärder eller genomgår medicinsk behandling och att utgångspunkten är att isolering mot den enskildes vilja endast skall kunna vidtas om den smittade personen inte frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder. För att isolering skall kunna genomföras med tvång måste emellertid kraven begränsas till sådana åtgärder som vid en objektiv bedömning framstår som adekvata och rimliga. I detta ligger att begärd åtgärd skall leda till att smittrisen konkret minskar. Samtidigt får de krav som ställs på den enskilde inte vara orimligt långtgående, t.ex. krav på livslång avhållsamhet från sexuellt umgänge. I att åtgärderna skall vara möjliga att uppfylla ligger också att den smittade kan behöva särskild hjälp eller stöd för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

- *Smittbäraren har nekat till, visat att han/hon inte inser innebörden av eller inte förmått vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta.*

Isolering mot den enskildes vilja skall inte kunna äga rum då den enskilde frivilligt medverkar till att förhindra smittspridning. Principen innebär att det måste föreligga konkreta omständigheter som visar att den smittade personen inte vill eller kan medverka till de åtgärder som erfordras.

- *Samhället har fullgjort sitt ansvar gentemot den smittade genom att erbjuda honom/henne frivillig vård och behandling för sjukdomen och för andra problem som har betydelse för smittspridningen.*

Med hänsyn till det integritetsintrång isolering innebär för den enskilde är det enligt kommitténs mening ett absolut krav att samhället först har sökt ge den smittade tillgång till den vård eller det stöd som behövs för att minska risken för smittspridning. Det kan röra sig om medicinsk behandling som minskar smittsamheten eller olika former av psykosocialt stöd eller rådgivning som den enskilde kan behöva för att ta sitt ansvar. Men det kan också röra sig om behov av behandling eller hjälp för andra problem som inte direkt hänger samman med den smittsamma sjukdomen men som har direkt betydelse för huruvida den enskilde kan uppfylla sitt ansvar. Det kan t.ex. vara fråga om situationer där den smittade personen har missbruksproblem eller psykiska problem som

leder till att han eller hon inte förmår vidta nödvändiga försiktighetsåtgärder. Kommittén vill här framhålla vikten av att isolering enligt smittskyddslagen inte får vara ett alternativ till annan vård eller omsorg som regleras i andra lagar. I första hand skall sådan vård eller omsorg anordnas enligt övriga lagar på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens område. I principen ligger också att samhället måste ha försökt att få till stånd andra åtgärder för att förhindra smittspridning innan isolering mot den enskildes vilja kan komma ifråga. Det kan visserligen föreligga praktiska svårigheter att genomföra detta men enligt kommittén kan inte praktiska svårigheter anses vara ett godtagbart motiv för en så ingripande åtgärd som isolering mot den enskildes vilja. Här får dock uppmärksammas att kravet inte innebär att ett allmänt behov av vård eller stöd skall tillgodoses utan åtgärden skall vara ägnad att minska risken för smittspridning.

- *Andra alternativ som står till buds är otillräckliga för att skydda andra mot smitta.*

Som kommittén framhållit skall isolering mot den enskildes vilja vidtas som en lösning först då andra möjligheter att förhindra smittspridning i det enskilda fallet är uttömda. Emellertid kan förekomma situationer då alternativ till isolering inte är tillräckliga för motverka risken för smittspridning. Så kan t.ex. vara fallet då det är fråga om en sjukdom som både är starkt smittsam och smittar på ett sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittan. Även i andra fall kan det i det akuta skedet saknas adekvata och tillräckliga alternativ. Även sådana fall utgör enligt kommitténs mening godtagbara skäl för isolering. Emellertid får detta anses gälla endast under förutsättning att situationen är mer eller mindre akut. Som kommittén ovan anfört kan bristen på andra alternativ inte i längden rättfärdiga ett frihetsberövande.

- *Den aktuella tvångsåtgärden skall framstå som adekvat för sitt ändamål och motiverad från epidemiologisk synpunkt.*

Kommittén anser att ett grundläggande krav för att en åtgärd skall få genomföras med tvång är att den är adekvat för sitt ändamål och att åtgärden skall ha betydelse för att hindra smittspridning. Som tidigare redogjorts för synes t.ex. tvångsisolering egentligen inte ha haft någon avgörande betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige och smittskyddsarbetet har till övervägande del skett på frivillighetens grund. Mot detta kan visserligen göras gällande att det förhållandet att lagen ger möjlighet till tvångsundersökning och tvångsisolering påverkar människors benägenhet att medverka till nödvändiga åtgärder.

Emellertid anser kommittén att bestämmelser rörande tvång inte kan motiveras från en sådan utgångspunkt utan det avgörande är om det kan anses föreligga konkreta behov av att realisera åtgärden.

Utgångspunkten bör vara att den risk för smittspridning som skall motverkas med åtgärder inte enbart får föreligga för någon eller några individer i den smittades omedelbara närhet. I de fall man vet vilka som kan smittas torde det i allmänhet finnas andra möjligheter att skydda dessa personer, t.ex. genom att de informeras om smittrisken. Emellertid kan det undantagsvis förekomma situationer då det framstår som synnerligen angeläget att ingripa med tvång även om endast någon enskild person är utsatt för smittrisk. Detta kan t.ex. gälla då de som utsätts för smittrisk är barn eller andra personer som har svårt att själva skydda sig.

De nu angivna principerna utgör enligt kommitténs mening de grundläggande förutsättningarna för när tvångsåtgärder skall få vidtas. I förhållande till bestämmelserna i nu gällande smittskyddslag innebär principerna en begränsning av möjligheterna till tvång i smittskyddssyfte. En särskild fråga som bör tas upp i detta sammanhang är förhållandet mellan tvångsåtgärder i smittskyddssyfte och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, särskilt vad gäller hivinfektion. I kap. 21 har kommittén redogjort för den internationella synen på åtgärder mot smittsamma sjukdomar såsom denna kommit till uttryck i olika konventioner och rekommendationer från de internationella organen. Här bör beaktas att bl.a. Europakonventionen medger tvångsåtgärder i vissa fall till skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Förutsättningarna för när tvång är berättigat eller tvångets omfattning har emellertid ännu inte prövats av Europadomstolen varför det naturligtvis är svårt att uttala sig om hur domstolen tolkar konventionens artiklar i förhållande till bekämpandet av smittsamma sjukdomar. Det kan dock, som kommittén framhållit i sin analys, finnas skäl att tro att Europadomstolen kan anlägga en restriktiv syn på dessa frågor, i vart fall när det gäller hivinfektion. Av betydelse torde därvid vara att ett flertal rekommendationer, däribland Europarådets rekommendation (R (89) 14), tar avstånd från tvångsåtgärder när det gäller hivinfektion. Emellertid innebär de nu uppställda principerna att förutsättningarna för bl.a. isolering mot den enskildes vilja ytterligare begränsas till att avse mycket speciella akuta undantagssituationer. Detta tillsammans med övriga rättssäkerhetsgarantier, däribland en yttersta tidsgräns för hur länge isolering får fortgå, bör enligt kommitténs mening undanröja eventuella tveksamheter om förenligheten med konventionen.

26.3 Särskilt om tvångsundersökning

Med hänsyn till de principer kommittén har ställt upp kan tvångsundersökning endast komma i fråga vid en klart avgränsad grupp av smittsamma sjukdomar av allvarlig art. Vidare måste höga krav ställas på nödvändigheten av åtgärden. Enligt kommittén måste grundförutsättningarna vara dels att det föreligger konkreta omständigheter som talar för att den enskilde personen kan vara smittad, dels att det föreligger en påtaglig risk för att andra kan smittas.

Härutöver gäller, liksom för samtliga åtgärder som vidtas inom smittskyddet, att åtgärden skall vara motiverad av smittskyddshänsyn. Syftet med undersökningen skall således vara att man med resultatet som grund skall kunna avgöra om det krävs åtgärder för att förhindra smittspridning. Däremot anser kommittén inte att det är berättigat att genomföra tvångsundersökning i sådana fall då undersökningen endast kan resultera i ett avgörande huruvida det föreligger behov av medicinsk behandling för sjukdomen som sådan. I sådana fall finns det inte någon anledning att behandla smittsamma sjukdomar annorlunda än andra allvarliga sjukdomar varför den enskilde själv bör få bestämma huruvida han eller hon vill genomgå undersökning.

Med beaktande av den betydelse läkarundersökning har i det smittutredande arbetet har kommittén i kap. 24 föreslagit att smittskyddslagen även i fortsättningen bör innehålla en allmän skyldighet att i vissa fall uppsöka läkare och låta sig undersökas. Föreslagen bestämmelse motsvarar i huvudsak vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Utöver en begränsning av vid vilka sjukdomar tvångsundersökning kan genomföras bör tillämpningsområdet för tvångsundersökning också i övrigt vara något snävare än vad som gäller beträffande denna allmänna skyldighet att uppsöka läkare. Enligt kommittén måste det således finnas konkreta omständigheter som talar för att personen kan ha varit i sådan kontakt med en smittad person eller med annan smittkälla att det föreligger en påtaglig risk att han eller hon har smittats. Tillräcklig misstanke kan t.ex. uppstå på medicinska grunder då en patient av någon anledning uppsöker läkare, antingen på grund av vad patienten berättar eller genom iakttagelser som läkaren gör. Det kan vidare vara så att läkaren eller smittskyddsläkaren får uppgifter om att en person utsatts för smittrisk. I sådana fall måste dock särskilda krav ställas på uppgifternas konkretion och trovärdighet. Allmänt hållna uppgifter om att en person utsatts för smittrisk räcker inte.

Ytterligare en begränsning är att åtgärden endast får vidtas om det föreligger påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Som kommittén framhållit i föregående avsnitt kan en åtgärd inte motiveras då risken att andra kan smittas är liten. Som där närmare redogjorts för

hänger smittriskan samman med sjukdomens smittsamhet men också med omständigheterna kring den person som misstänks vara smittad. Det bör här vara fråga om en individuell bedömning med utgångspunkt i omständigheterna kring den enskilde. Om det inte finns anledning att tro att den misstänkt smittade kommer att föra smittan vidare kan inte skyddsbehovet för andra människor anses vara så starkt att tvångsundersökning får genomföras.

I förhållande till gällande bestämmelser om tvångsundersökning medför vad som nu sagts att förutsättningarna för tvångsundersökning blir mer begränsade. Beträffande formerna för undersökningen saknas anledning att ändra de regler som nu gäller. Liksom i dag bör det således vid undersökningen inte få förekomma sådana ingrepp som kan riskera den enskildes hälsa eller i övrigt förorsaka andra än obetydliga men. Vidare bör det även fortsättningsvis finnas möjlighet att begära polishandräckning för genomförande av undersökningen.

I förarbetena till gällande lag behandlades frågan om eventuell domstolsprövning av beslut om tvångsundersökning, bl.a. med hänsyn till det integritetsintrång tvångsundersökning innebär. Departementschefen ansåg därvid att den enskildes intresse skulle bli tillräckligt tillgodosett genom att beslut fattades av smittskyddsläkaren. Kommittén anser emellertid att övervägande skäl talar för att i detta avseende behandla tvångsundersökning på samma sätt som tvångsisolering. Även om det i långt i från alla fall torde bli fråga om särskilt ingripande undersökningar utgör tvångsundersökning ändå ett sådant betydande integritetsintrång att beslut bör fattas av domstol. Av betydelse är här den vikt som såväl Europakonventionen som regeringsformen lägger vid skyddet för den kroppsliga integriteten. Det bör vidare erinras om att även tvångsundersökning i praktiken kan innebära ett frihetsberövande i Europakonventionens mening. Vad som ytterligare talar för domstolsprövning är de rättssäkerhetsgarantier som omgärdar ett domstolsförfarande. För den enskilde torde dessa inte framstå som lika tydliga då beslut fattas av en myndighet som då beslut fattas av en domstol. En rättslig prövning torde vidare kunna medföra att en mer enhetlig praxis utvecklas rörande i vilka fall tvångsundersökning kan anses befogad.

Vad som kan tala emot domstolsprövning är att det kan föreligga ett smittskyddsintresse av att snabbt få till stånd en läkarundersökning. Ett alternativ skulle därför kunna vara att ge den enskilde en rätt att överklaga smittskyddsläkarens beslut om tvångsundersökning. Emellertid skulle ett sådant förfarande i praktiken vara betydelselöst eftersom snabbhetsintresset i dessa fall torde kräva att undersökningen genomförs omedelbart. Mot bakgrund av kommitténs kartläggning rörande tillämpningen av aktuella bestämmelser kan det vidare ifrågasättas hur ofta det i praktiken förelegat en sådan akut situation att domstolsbeslut

inte kunnat inväntas. Dessutom ställs det redan i dag höga krav på skyndsam handläggning i domstolarna i vissa typer av ärenden. Enligt kommitténs mening är snabbhetsintresset därför inte ett avgörande skäl mot en domstolsprövning. Utöver smittskyddslagens nu gällande allmänna krav på skyndsam handläggning av smittskyddsmål föreslår kommittén vissa ytterligare kortare tidsfrister. Härigenom bör tillgången till ett snabbt förfarande vara tillräckligt säkerställt.

26.4 Vissa frågor om isolering oberoende av samtycke

Kommittén har i avsnitt 26.2 ingående redogjort för de principer som bör ligga till grund för en reglering om isolering mot den enskildes vilja. Dessa principer bör komma till uttryck i den nya smittskyddslagen vid utformandet av de närmare rekvisiten. Principerna innebär att isolering mot den enskildes vilja endast får äga rum i vissa särskilda fall då det finns ett omedelbart behov av åtgärden för att skydda andra. Med hänsyn till att syftet med isolering i dessa fall endast är att förhindra smittspridning krävs att åtgärden också är motiverad av smittskyddsskäl. Isolering får heller inte innebära någon form av tvångsvård. Kommittén har tidigare anfört att det är viktigt att smittade personer inte behandlas annorlunda än osmittade personer då de har behov av vård eller stöd. Om en smittad person inte har förmåga att skydda andra människor mot smittrisk måste han eller hon i första hand få det stöd eller den vård som behövs för att uppfylla detta. Isolering under tvång skall således endast få äga rum i rena undantagsfall och med inriktning på att den smittade så snart som möjligt skall komma i åtnjutande av erforderliga alternativa åtgärder.

Med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda bör isolering äga rum i offentligt driven verksamhet. Isolering under tvång skall således äga rum på vårdinrättning som drivs av landsting. Kommittén anser vidare att ansvaret för ledningsuppgifter rörande isolering bör utövas av läkare med specialistkompetens eftersom det bl.a. erfordras bedömningar som ställer särskilda krav på hög medicinsk kompetens och erfarenhet. Enligt gällande smittskyddslag kan landstinget förordna annan inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare att i chefsöverläkares ställe fullgöra uppgifter enligt smittskyddslagen vid tvångsisolering som avser hivpositiva. Med hänsyn till utvecklingen av medicinsk behandling har emellertid beträffande hivinfektion de medicinska inslagen ökat även i

vården av hivpositiva. Enligt kommitténs bedömning bör därför nuvarande undantag för hivinfektion inte längre finnas kvar.

Även om avsikten med isolering under tvång är att personen snabbt skall överföras till behövlig vård eller omsorg innebär detta inte att isoleringstiden endast får bli ett passivt frihetsberövande. Den enskilde skall under isoleringstiden erbjudas behövlig medicinsk vård men också sådant stöd eller sådan hjälp som behövs för att han eller hon skall kunna uppfylla de krav som ställs från smittskyddssynpunkt. Kommittén vill här framhålla betydelsen av att den behandlande läkaren blir delaktig i besluten rörande omhändertagandet av den isolerade. För att isoleringstiden skall bli så kort som möjligt är det vidare av vikt att aktiva åtgärder vidtas för att föranstalta om den för den isolerade erforderliga vården eller omsorgen. Smittskyddsläkaren bör här ha ett stort ansvar för att initiera sådana åtgärder hos berörd kommun eller lands-ting.

Den isolerade skall endast få underkastas de begränsningar i livsföringen som är nödvändiga med hänsyn till faran för smittspridning. Han eller hon skall alltså ha rätt till en så normal livsföring som möjligt med hänsyn såväl till sitt hälsotillstånd som till faran för smittspridning. Detta innebär bl.a. att han eller hon skall ha rätt till fysisk träning, daglig utevistelse och fritidssysselsättning. Den isolerade skall också ha rätt till kontakt med omvärlden, genom t.ex. telefonsamtal och besök, i den omfattning som vården, risken för smittspridning och ordningen på vårdinrättningen ger utrymme för detta. Detta innebär således inte några ändringar mot vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag.

Liksom enligt nu gällande bestämmelser bör vidare den enskildes rörelsefrihet få underkastas den begränsning som är nödvändig för att genomföra isoleringen. Det måste också finnas möjligheter till sådana inskränkningar som är nödvändiga med hänsyn till den isolerades egen säkerhet men också med hänsyn till säkerheten för andra isolerade eller för personalen. Eftersom syftet med isoleringen är att förhindra smittspridning framstår det som naturligt att den isolerade inte bör vistas utanför vårdinrättningens område. Enligt kommitténs mening måste en längre tids vistelse utanför vårdinrättningen under pågående isolering i princip anses utesluten. Är situationen sådan att den isolerade kan vistas utanför vårdinrättningen en längre tid torde det inte längre föreligga grund för isolering. Dock bör den isolerade, om det kan ske med hänsyn till risken för smittspridning, få möjlighet att göra korta besök, t.ex. för att delta i aktiviteter anordnade av frivilligorganisationer för hivpositiva eller för besök hos behandlande läkare eller hos myndigheter. Undantagsvis bör även starka privata skäl kunna motivera att den isolerade får lämna vårdinrättningen.

En särskild fråga utgör det nu existerande förbudet mot innehav av narkotika, alkoholhaltiga drycker och andra berusningsmedel. Nu gällande bestämmelse har utformats med utgångspunkt från att de isolerade har missbruksproblem. Motsvarande bestämmelser finns i t.ex. LVM och LPT. Emellertid anser kommittén att det knappast finns anledning till ett särskilt förbud av detta slag vid isolering av smittskyddsskäl. Innehav av narkotika m.m. är dessutom redan straffbelagt. Bestämmelsen bör istället utformas så att möjlighet ges att omhänderta berusningsmedel liksom annan egendom som kan skada den isolerade eller annan eller vara till men för ordningen.

Någon anledning att ändra beslutsordningen rörande frågor om begränsningar i den enskildes rörelsefrihet eller tillstånd att vistas utanför vårdinrättningen föreligger inte. Således skall smittskyddsläkaren besluta om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och verksamhetschefen i övriga frågor. Den isolerade skall också ha rätt att överklaga besluten.

Enligt kommitténs mening bör isolering oberoende av samtycke tidsbegränsas. Den kritik som riktats mot tillämpningen av tvångsisolering har främst gällt de mycket långa tider som vissa hivpositiva personer varit isolerade. Enligt gällande bestämmelser skall tvångsisolering upphöra när det inte längre finns skäl för den. Vid sjukdomar som hivinfektion blir därmed främst avgörande hur man bedömer den isolerades inställning till sin situation och sin omgivning. Med hänsyn till svårigheterna att objektivt fastställa sådana faktorer talar rättsäkerhetsskäl för att en yttersta tidsgräns införs. Enligt den analys av bestämmelserna i Europakonventionen som redovisats i kap. 21 kan det med fog ifrågasättas om en icke tidsbegränsad isolering står i överensstämmelse med art. 5 i konventionen. Här bör också beaktas att isolering oberoende av samtycke är avsedd att vara en mer akut präglad åtgärd som snarast skall ersättas med adekvat vård och/eller omhändertagande i andra former. Kommittén anser därför att tiden för isolering inte skall få sträcka sig längre än vad som kan anses erforderligt för närmare utredning av och föranstaltande om alternativa åtgärder. Enligt kommitténs bedömning skall isolering oberoende av samtycke äga rum i högst tre månader. Föreligger särskilda skäl bör dock denna tid kunna förlängas med ytterligare högst tre månader. Härefter skall dock inte ytterligare förlängning kunna medges.

Kommittén anser att isolering som nu är i fråga skall benämnas "isolering oberoende av samtycke". Avsikten härmed är att klargöra att isolering under tvång kan äga rum även om den smittade i och för sig samtycker till nödvändiga åtgärder men där samtycket inte är allvarligt menat eller då den enskilde inte är i stånd att ge samtycke. Emellertid innebär detta inte att man skall kunna bortse från den enskildes vilja.

Om den smittade frivilligt medverkar till erforderliga åtgärder föreligger naturligtvis inte grund för isolering under tvång.

26.5 Möjlighet till tillfällig isolering

Det kan inte uteslutas att det kan uppkomma vissa situationer där smittorisken är så allvarlig att det inte är möjligt att avvakta den tid som erfordras för att anordna alternativa frivilliga åtgärder eller att invänta domstols beslut om isolering. Inte minst mot bakgrund av att det måste finnas möjlighet att kunna möta eventuella framtida hot av nu okända smittsamma sjukdomar bör smittskyddsläkaren därför ges en möjlighet att om det föreligger en omedelbar smittrisk besluta om en tillfällig isolering. Av rättssäkerhetsskäl skall beslutet dock omedelbart underställas domstolsprövning.

Kommittén anser att grunderna för tillfällig isolering i övrigt bör motsvara vad som skall gälla vid isolering oberoende av samtycke. I princip skall därför tillfällig isolering inte tillgripas då det endast är enstaka personer i den smittades omedelbara närhet som utsätts för smittrisk. Kommittén har emellertid i avsnitt 26.2 påpekat att det undantagsvis kan förekomma situationer då det är befogat med tvångsåtgärd även i dessa fall. Enligt kommitténs mening är det rimligt att tillfällig isolering då skall kunna tillgripas.

Tillfällig isolering kan komma ifråga både då det gäller en person som bär på en allvarlig smittsam sjukdom och då det är fråga om en person som med fog kan antas vara smittad av en sådan sjukdom. Det huvudsakliga syftet med tillfällig isolering i sistnämnda fall är, liksom vad som nu gäller för tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen, att förhindra smittspridning till dess att man klarlagt riskerna härför och vidtagit nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om personen visar sig inte bära på en smittsam sjukdom eller om sjukdomen inte är i ett smittsamt skede skall den tillfälliga isoleringen därför omedelbart upphöra. Om den smittade personen eller misstänkt smittade personen är beredd att frivilligt medverka till nödvändiga åtgärder finns självfallet inte grund för beslut om tillfällig isolering.

Tillfällig isolering skall ses som en självständig åtgärd i förhållande till isolering oberoende av samtycke. Den kan visserligen följas av ett domstolsbeslut om isolering om förutsättningarna härför är uppfyllda. Avsikten är dock inte att tillfällig av isolering skall få användas rutinmässigt eller som ett sätt att få till stånd isolering oberoende av samtycke utan att avvakta domstolsprövning.

26.6 Förhållandet till tvångsätgärder enligt annan lagstiftning och straffrätten

Förhållandet mellan smittskyddslagens bestämmelser om isolering mot den enskildes vilja och tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) vid hivinfektion har behandlats i såväl förarbetena till gällande smittskyddslag som till respektive vårdlag. Någon anledning att särskilt reglera samordningsfrågorna ansågs inte föreligga men i förarbetena gavs vissa riktlinjer. I korthet innebär de gjorda bedömningarna följande. Föreligger behov av psykiatrisk tvångsvård förutsätts att beslut om sådan vård får företräde framför beslut om tvångsisolering. Även vård enligt LVM skall i första hand ges, dock under förutsättning att det inte finns grundad anledning att befara att den vårdbehövande skall sprida smitta. Något hinder mot att beslut om tvångsisolering och beslut om vård enligt de andra tvångslagarna löper parallellt ansågs inte föreligga.

Det har påpekats att de angivna riktlinjerna är svårtolkade och att det föreligger ett behov av klarare gränsdragning mellan tvångsisolering enligt smittskyddslagen och de andra tvångslagarna. Kommittén vill här inledningsvis framhålla att med den utformning av tvångsbestämmelserna som ges i kommitténs förslag blir utgångspunkten för diskussionen rörande förhållandet och samordningen mellan tvångslagarna annorlunda än vad som gäller idag. Avsikten med förändringarna beträffande isolering enligt smittskyddslagen är bl.a. att tillse att denna form av omhändertagande inte utnyttjas som en form av alternativ tvångsvård för människor som har t.ex. psykiska störningar eller missbruksproblem. Grundtanken bakom kommitténs förslag är vidare att i den mån den enskildes oförmåga att skydda andra från risken att smittas är beroende av psykiska eller sociala problem skall dessa mötas genom bl.a. vårdinsatser enligt annan lagstiftning på hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens område. Detta gäller också vård enligt LPT och LVM. Detta medför att för det fall förutsättningar föreligger för vård enligt LVM eller LPT skall dessa således ha företräde framför isolering enligt smittskyddslagen. Utrymmet för isolering i dessa fall blir också mindre med hänsyn till att avsikten med förändringarna i smittskyddslagen är att isolering under tvång skall begränsas till akuta situationer och att isoleringstiden därför har starkt begränsats. Det framstår inte heller som vare sig principiellt riktigt eller praktiskt motiverat att ett beslut om isolering under tvång skall kunna löpa parallellt med ett beslut om tvångsvård enligt LPT, LRV eller LVM. Syftet med isolering enligt smittskyddslagen är att skydda andra män-

niskor från att utsättas för smittrisk. I de fall den smittade är omhändertagen enligt annan tvångslagstiftning torde detta skyddsbehov i stor utsträckning vara tillgodosett. Detta innebär naturligtvis inte att t.ex. psykiatrisk tvångsvård skall kunna äga rum i andra fall än då den enskilde enligt grunderna i LPT är i behov av sådan vård. Kommittén är visserligen medveten om att det kan föreligga praktiska problem vid omhändertagandet av en person med ett smittfarligt beteende vid vård på psykiatrisk avdelning eller på behandlingshem enligt LVM. Emellertid bör det ligga i huvudmannens ansvar att ge vård enligt LPT och LVM under sådana förutsättningar och i sådana organisatoriska former att smittrisen kan hanteras. Enligt vad kommittén har erfarit torde flera av dessa problem ha sin grund i bristande kunskaper hos vårdpersonal och i att man inte utvecklat en beredskap för dessa situationer. Problemen har vidare aktualiserats då det gäller personer med hivinfektion. Motsvarande situationer torde dock också i praktiken ha förelegat då det gäller t.ex. missbrukare som bär på hepatit B eller C. Enligt kommitténs mening bör alltså sådana praktiska problem kunna lösas av de ansvariga huvudmännen inom ramen för den ordinarie verksamheten.

Det grundläggande motivet bakom tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen är hänsynstaganden till samhällsskyddet. Det bör här erinras om att bakom det straffrättsliga systemet också ligger hänsynstaganden till samhällsskyddet och att handlingar som innebär smittrisk eller att smitta har överförts även är straffbelagda bl.a. genom brottsbalkens bestämmelser om misshandel. Kommittén har också föreslagit en ny kompletterande straffbestämmelse för vissa av dessa fall. Enligt kommitténs mening bör utgångspunkten vara att om en person som bär på en smittsam sjukdom av allvarlig art medvetet eller av oaktsamhet smittat eller utsatt annan person för risk att smittas bör handlandet i första hand prövas i straffrättslig ordning med de rättssäkerhetsgarantier detta innebär. Isolering enligt smittskyddslagen bör i princip vara begränsad till sådana fall där det rent konkret handlar om förhindra att risk för smittoöverföring uppstår, dvs. i preventivt syfte. I de fall där den smittade redan utsatt andra för risk att smittas på ett sådant sätt att det utgör en straffbar handling bör isolering i princip inte komma i fråga. Detta gäller enligt kommittén såväl i förhållande till straffprocessuella frihetsberövanden såsom häktning som till verkställighet av fängelsestraff. Isolering får alltså inte ses som ett alternativ till ett straffrättsligt ingripande. Detta utesluter naturligtvis inte att isolering kan komma i fråga om den smittade betar sig på sådant sätt att risk för fortsatt smittspridning föreligger och det inte är aktuellt med annat frihetsberövande eller om den smittade senare utsätter andra för smittrisk.

26.7 Möjlighet till lindrigare tvång än isolering

Enligt kommitténs förslag till förändringar av bestämmelserna i smittskyddslagen skall den behandlande läkaren inte längre meddela tvingande förhållningsregler. Kommittén har i kap. 25.5 redogjort för skälen för detta ställningstagande. Nuvarande förhållningsregler tar sikte på vad den enskilde skall iaktta i sin livsföring. Enligt kommitténs bedömning finns det därvid inte något egentligt stöd för att läkaren genom förhållningsregler kan ålägga den enskilde att ha t.ex. särskild psykologkontakt. Samtidigt kan sådana föreskrifter utgöra ett särskilt stöd av moralisk art för personer som på grund av särskilda problem har en ambivalent hållning till sitt ansvar. I dessa fall kan, oavsett om grunderna i övrigt är uppfyllda, isolering oberoende av samtycke framstå som en onödigt ingripande åtgärd. Med hänsyn till att grunden för kommitténs förslag till förändringar av bestämmelserna i smittskyddslagen är att säkerställa att den enskilde inte utsätts för tvångsåtgärder annat än då det framstår som absolut nödvändigt bör smittskyddslagen uttryckligen ge möjlighet till särskilda föreskrifter som alternativ till isolering oberoende av samtycke.

Sådana föreskrifter bör emellertid avgränsas till att avse åtgärder som kan möjliggöra för den enskilde att ta ansvar för att andra inte utsätts för smittrisk. Syftet bör således vara att föreskriven åtgärd skall kunna påverka det smittfarliga beteendet. Det kan härvid vara fråga om bl.a. vård eller behandling för missbruksproblematik, psykologkontakter eller deltagande i särskild stödverksamhet. Direkta försiktighetsåtgärder som föranleds av sjukdomen, t.ex. att använda skydd vid sexuellt umgänge, bör däremot vara en fråga för den behandlande läkaren och ej kunna tas in i nu aktuella beslut om föreskrifter.

Med hänsyn till att föreskrifterna innebär intrång i den enskildes grundlagsreglerade fri- och rättigheter bör föreskrifter av aktuellt slag beslutas av domstol. Sådant beslut bör enligt kommitténs bedömning kunna bli aktuellt i två fall. Om smittskyddsläkaren vid utredningen bedömer att sådana föreskrifter kan vara en tillräcklig åtgärd bör han lämna en särskild ansökan om föreskrifter. Emellertid bör domstolen också när en ansökan om isolering inkommer från smittskyddsläkaren göra en allsidig prövning och överväga om särskilda föreskrifter kan vara en tillräcklig åtgärd. Framstår föreskrifter som en tillräcklig åtgärd bör domstolen således besluta om detta istället för isolering.

Har föreskrifter meddelats och det senare visar sig att den enskilde inte följer eller förmår följa föreskrifterna kan det blir aktuellt att ånyo ta upp frågan om isolering oberoende av samtycke. Det är därvid en

uppgift för smittskyddsläkaren att bevaka hur situationen utvecklas. Vidare bör inte heller hinder föreligga mot att särskilda föreskrifter kan meddelas då den smittade är föremål för isolering oberoende av samtycke om situationen förändras så att sådana föreskrifter framstår som tillräcklig åtgärd. Isoleringen skall då självfallet upphöra.

Av rättssäkerhetsskäl bör föreskrifterna vara tidsbegränsade. Enligt kommittén bör ett beslut om föreskrifter gälla högst sex månader. Vid utgången av denna tid bör dock smittskyddsläkaren ha möjlighet att begära förlängning. Om skäl inte längre föreligger för de särskilda föreskrifterna skall de omedelbart upphöra. Den enskilde bör dessutom ha rätt att begära omprövning av föreskrifterna under beslutets giltighetstid.

26.8 Möjligheter att framtvinga alternativa åtgärder

Som kommittén framhållit är en av huvudprinciperna vid isolering under tvång att denna endast skall kunna äga rum om möjligheterna till frivilliga eller alternativa åtgärder är uttömda. Som redogjorts för i avsnitt 26.1 framgår av kommitténs kartläggning att det förekommit att tvångsisolering tillgripits på grund av att erforderliga insatser enligt övrig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område saknats. En väsentlig utgångspunkt för kommitténs förslag till en förändrad smittskyddslag är att det måste finnas möjligheter att tillförsäkra den enskilde adekvata insatser som begränsar behovet av en så ingripande åtgärd som isolering under tvång. Detta aktualiserar frågan om det föreligger behov av särskilda rättsliga medel för att tillvarata den enskildes intressen.

Om en smittbärare visar sig ha behov av särskild vård eller särskilt stöd för att kunna ta sitt ansvar i smittskyddssammanhang har den behandlande läkaren och smittskyddsläkaren, då ärendet kommit till hans kännedom, ett särskilt ansvar för att tillse att sådan vård eller stöd erbjuds den enskilde. Smittskyddsläkaren får vidare genom kommitténs förslag till förändrad smittskyddslag ett stort ansvar för utredningen om behovet av åtgärder, vilket medför nödvändiga kontakter med ansvariga huvudmän. Kommittén är medveten om att det kan vara en svår uppgift för kommun eller landsting att föranstalta om erforderlig vård eller omhändertagande. Kommittén förutsätter också att huvudmännen söker medverka till att få till stånd erforderliga åtgärder. Emellertid kan tänkas situationer där avsaknaden av egentliga påtryckningsmedel kan bli besvärande. Den enskilde har idag begränsade möjligheter att kräva

bestämda insatser rörande vård, behandling och stöd enligt hälso- och sjukvårdslagen eller enligt lagarna på socialtjänstens område. Även om den enskilde har förklarats ha rätt till viss insats, t.ex. enligt LSS, kan det dessutom vara svårt att få den verkställd. Även tillsynsmyndigheternas, Socialstyrelsen och länsstyrelserna, möjligheter att inom sina respektive tillsynsområden genomdriva åtgärder för enskilda personer är begränsade.

Kommittén har övervägt olika påtryckningsmedel för att säkra möjligheter till frivilliga alternativ till isolering oberoende av samtycke. Ett alternativ är att införa ett särskilt betalningsansvar för isolering enligt smittskyddslagen i likhet med det betalningsansvar som gäller för vissa medicinskt färdigbehandlade personer enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Emellertid torde en sådan åtgärd få ett begränsat värde bl.a. med hänsyn till att landstingen redan har kostnadsansvar för isolering. Vidare torde ett betalningsansvar endast vara effektivt i situationer då tiden för isolering kan bli långvarig. Med hänsyn till de begränsningar av isoleringstiden kommittén föreslår torde ett betalningsansvar därför sakna effekt.

Som mer effektivt framstår däremot en lagstadgad rätt att förelägga en enskild kommun eller landsting att inom en viss tid föranstalta om en bestämd insats. Förelägganden som påtryckningsmedel förekommer i tillsynssammanhang i många olika lagar. Fördelen med ett sådant föreläggande är att det innebär en direkt förpliktelse för den ansvarige huvudmannen och att det därvid klart framgår vilken skyldighet den kommunala eller landstingskommunala huvudmannen har i det enskilda fallet. Det bör dock här uppmärksammas att innehållet i ett sådant föreläggande endast kan ta sikte på insatser i frivillig form. Ett föreläggande kan således inte innebära ett krav på huvudmannen att genomföra alternativ tvångsvård. Bedömningen av i vad mån detta bör initieras och genomföras bör göras i samma ordning som idag.

Kommittén har stannat för att rätten att meddela förelägganden bör läggas på berörd tillsynsmyndighet, dvs. Socialstyrelsen respektive länsstyrelserna. En sådan befogenhet går väl i hop med tillsynsansvaret över hälso- och sjukvården respektive över socialtjänsten och med den erfarenhet och kompetens dessa myndigheter har rörande berörda verksamheter. Kommittén är däremot inte beredd att ge smittskyddsläkaren en så långt gående befogenhet som att fatta för landstingsverksamheten eller den kommunala verksamheten tvingande beslut. Som kommittén tidigare nämnt kommer smittskyddsläkaren dock att ha ett stort ansvar för utredningen och initieringen av för den enskilde erforderliga åtgärder. Om behov av föreläggande uppkommer ankommer det på smittskyddsläkaren att anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten.

I särskilda fall kan det vara motiverat att förstärka föreläggandet genom att kombinera detta med vite varför lagen också bör ge möjlighet till sådan sanktion. En förelagd huvudman bör, oavsett om föreläggandet förenas med vite eller inte, ha rätt att överklaga beslutet till länsrätten.

27 Objektinriktade åtgärder

27.1 Allmänt

Den kritik som riktats mot gällande reglering av det objektinriktade smittskyddet gäller framförallt att ansvarsfördelningen inte är tillräckligt tydlig. Överlappande lagstiftningar med därmed sammanhängande gränsdragningssvårigheter har medfört problem i det praktiska smittskyddsarbetet, framförallt vid större och kostnadskrävande utbrotsutredningar. Det har också påpekats att ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnd som ansvarar för objektinriktade åtgärder bör göras tydligare.

Ett effektivt smittskydd kräver att det inte föreligger tveksamhet om vem som har ansvaret för att vidta en viss åtgärd. Även om kommitténs kartläggning visar att aktörerna i det praktiska smittskyddsarbetet, genom överenskommelser och samarbete, många gånger kunnat lösa de gränsdragningsproblem som förelegat bör man eftersträva en klarare ansvarsfördelning i lagstiftningen. Kommittén anser därför att den dubbelreglering som nu föreligger bör undanröjas så långt det är möjligt.

Kommittén anser att det ansvar för smittskyddsåtgärder mot djur och objekt som kommunerna har idag i huvudsak inte bör förändras. Detta innebär således att kommunen i princip skall ha ansvar för att utreda och åtgärda smitta som härrör eller misstänks härröra från objekt och djur, dock med vissa begränsningar avseende åtgärder mot djur. Emellertid följer detta ansvar redan idag även av andra lagar än smittskyddslagen. Kommittén har tidigare framhållit att utgångspunkten bör vara att smittskyddslagen klarare skall inriktas på åtgärder för att förhindra att smitta sprids mellan människor. Som framgår av kommitténs kartläggning synes smittskyddslagens bestämmelser om objektinriktade åtgärder endast ha tillämpats i mycket liten utsträckning och de kommunala nämndernas arbete har främst ägt rum med stöd av bestämmelser i annan lagstiftning, som t.ex. livsmedelslagen. Enligt kommitténs mening talar detta för att de kommunala smittskyddsåtgärderna i sin helhet bör regleras i de andra lagar som innehåller kommunens åligganden i dessa hänseenden.

De lagar som därvid främst är aktuella är livsmedelslagen (1971:511) och miljöbalken (1998:808). Emellertid får det inte föreligga någon tveksamhet om tillämpligheten när det gäller smittskyddsåtgärder mot objekt. Enligt livsmedelslagen har kommunen i egenskap av tillsynsmyndighet ett klart uttryckt ansvar för att åtgärder vidtas mot de livsmedel som sprider eller misstänks sprida smitta. Med hänsyn till att ett av de grundläggande syftena med lagen är att förhindra att smitta uppkommer och sprids via livsmedel, omfattar kommunens ansvar enligt kommitténs bedömning att såväl spåra som ingripa mot smittkällan. Enligt kommitténs bedömning, se nedan avsnitt 27.2, omfattar vidare tillsynen över efterlevnaden av bestämmelserna om hälsoskydd i miljöbalken och därtill anslutande förordning även fall då objekt sprider smitta. Som kommittén redovisar i nu nämnda avsnitt föreslås dock vissa kompletterande bestämmelser för att undanröja eventuella tveksamheter rörande miljöbalkens tillämplighet beträffande vissa åtgärder.

Av kommitténs kartläggning framgår att det främst är nu rådande dubbelreglering beträffande ansvaret för åtgärder mot djur som sprider och misstänks sprida smitta som vållat problem i praktiken. Den nuvarande regleringen av smittskyddsåtgärder mot djur innebär att kommunen genom smittskyddslagens bestämmelser har ett generellt ansvar för att sådana vidtas. Samtidigt har Jordbruksverket och i vissa fall även länsstyrelsen samt enskilda veterinärer befogenhet att vidta olika åtgärder för att förebygga och bekämpa smittsamma djursjukdomar enligt bestämmelser i epizootilagen (1980:369) m.fl. lagar. Eftersom sällskapsdjur som innehas av privatpersoner hör nära samman med den enskilde och dennes bostad är det enligt kommitténs uppfattning naturligt att se sådana djur som en personlig egendom som bör omfattas av hälsoskyddsbestämmelserna i miljöbalken. Beträffande övriga djur har Jordbruksverket och länsstyrelsen större kompetens och större resurser än en enskild kommun. I praktiken är det vidare redan idag så att det är Jordbruksverket och inte kommunen som tar ansvaret för utrednings- och bekämpningsåtgärder vid större utbrott som rör djur. Kommittén anser därför att kommunens ansvar för smittskyddsåtgärder uttryckligen bör begränsas till sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner.

27.2 Bestämmelser om hälsoskydd i miljöbalken

En förutsättning för att ingripa mot objekt som sprider smitta enligt miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd är att förekomsten av smittämne kan anses utgöra en sådan störning som omfattas av begreppet olägenhet för människors hälsa. Med detta begrepp avses enligt en uttrycklig definition i balken en störning som enligt medicinsk och hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. Någon exemplifiering görs inte i lagen men i förarbetena nämns buller, kyla, drag, lukt, ohyra och skadedjur som exempel på sådana störningar. Även om det således inte uttryckligen anges i balken eller dess förarbeten torde smitta från objekt på samma sätt som t.ex. ohyra kunna leda till en sådan negativ hälsoeffekt som omfattas av lagens definition. Här bör också beaktas att risk för smittspridning synes ha varit ett av motiven för flera av den tidigare hälsoskyddslagens bestämmelser samt att det inte finns några uttalanden i förarbetena som motsäger att smitta kan anses ingå i begreppet olägenhet för människors hälsa. Enligt kommitténs bedömning behövs därför inte någon justering av bestämmelsen om olägenhet för människors hälsa för att balkens regler om hälsoskydd skall vara tillämpliga på smitta. Ett förtydligande kunde visserligen vara av värde bl.a. av pedagogiska skäl, men bestämmelsens konstruktion med en definition i lagtexten och exemplifiering endast i förarbetena, medför att en sådan lösning måste anses olämplig. Kommittén vill emellertid framhålla att även om kommittén således för närvarande inte anser att det behövs en ändring av bestämmelsen, finns det onekligen ett värde i att undanröja alla tveksamheter i detta hänseende. Enligt kommittén kan det därför vara aktuellt att i ett senare skede överväga en justering av bestämmelsen i balken så att smitta från djur eller objekt uttryckligen omfattas av definitionen olägenhet för människors hälsa.

När det gäller miljöbalken är det i egenskap av tillsynsmyndighet som den kommunala nämnden har att ingripa mot störningar som innebär olägenhet för människors hälsa. Tillsynsansvaret innebär att myndigheten ifråga skall svara för kontrollen att reglerna i den berörda lagstiftningen följs. Om t.ex. balkens bestämmelse – att ägare eller nyttjanderättshavare av berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att förhindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa – inte följs åligger det nämnden att ingripa. För att ta ställning till om ett ingripande skall ske måste, som framgår, en skälighetsavvägning göras. Denna skälighetsavvägning har inte närmare berörts i förarbetena till bestämmelsen. Enligt uttalanden i

förarbetena till motsvarande bestämmelse i hälsoskyddslagen innebär en sådan avvägning att hänsyn skall tas till å ena sidan den olägenhet som störningen förorsakar för människors hälsa och å andra sidan nyttan av den verksamhet som ger upphov till störningen samt kostnaderna för att undanröja störningen och den ekonomiska verkan i övrigt av att ingripa. Här skall vidare noteras att ingripanden kan ske också med stöd av miljöbalkens allmänna hänsynsregler. Även vid tillämpning av dessa regler skall dock en avvägning göras. Enligt kommitténs mening torde emellertid smittspridning eller befarad smittspridning inte kunna utgöra en sådan olägenhet som man på grund av t.ex. tekniska och ekonomiska avvägningar får acceptera. Kommitténs uppfattning är således att de avvägningar som föreskrivs i balken inte utgör något hinder för nämnden att vidta åtgärder som smittskyddet erfordrar.

De medel som nämnden kan tillgripa vid tillsyn enligt miljöbalken är, liksom i smittskyddslagen, föreläggande och förbud eventuellt förenade med vite samt rättelse på den enskildes bekostnad. I miljöbalken finns dessutom en möjlighet för nämnden att begära verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten. För att kunna utöva tillsyner har nämnden vidare rätt till tillträde och provtagning.

Enligt kommitténs bedömning torde nu berörda bestämmelser ge tillräckliga möjligheter att vidta erforderliga såväl utredande som bekämpande åtgärder. Emellertid finns i smittskyddslagen även en befogenhet för nämnden att låta förstöra föremål av personlig natur om det är nödvändigt för förhindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Förstöring av personliga föremål för att förhindra smittspridning torde knappast ha förekommit under senare tid. Det är emellertid inte otänkbart att ett behov av sådan åtgärd kan uppkomma bl.a. med hänsyn till att nya sjukdomar med hittills okända smittvägar kan uppträda. Kommittén anser därför att en möjlighet till sådana åtgärder bör bibehållas. För att undanröja tveksamhet rörande miljöbalkens tillämplighet i detta avseende bör en bestämmelse, motsvarande den i smittskyddslagen, föras in bland bestämmelserna om hälsoskydd i miljöbalken.

Enligt smittskyddslagen har den kommunala nämnden vidare, under samma förutsättningar som ovan, rätt att avliva sällskapsdjur. Även om smittspridning i de allra flesta fall torde kunna förhindras på annat sätt än genom att djuret avlivas bör den kommunala nämnden inte fråntas denna möjlighet om så erfordras. Eftersom bestämmelserna om hälsoskydd i miljöbalken endast ger uttryckligt stöd för direkta ingripanden mot skadedjur föreslår kommittén att nuvarande bestämmelse i smittskyddslagen förs över till hälsoskyddsreglerna i miljöbalken.

I de fall den kommunala nämnden har låtit förstöra föremål av personlig natur föreligger enligt gällande bestämmelser i smittskyddslagen

rätt till ersättning. När ett sällskapsdjur avlivats kan ersättning istället utges med stöd av bestämmelserna i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av smittsam sjukdom. Motsvarande möjligheter till ersättning saknas vid ingripanden enligt hälsoskyddsreglerna i miljöbalken. Kommittén föreslår därför att miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd kompletteras med en bestämmelse som ger uttrycklig rätt till ersättning i nu berörda fall.

27.3 Särskilda bestämmelser om samverkan och samordning

Ansvar för att smittskyddsåtgärder vidtas kommer med kommitténs förslag även i fortsättningen att vara uppdelat mellan flera aktörer. Det är därför av stor vikt att dessa aktörer samverkar och att de smittskyddsåtgärder som erfordras samordnas. Detta gäller i synnerhet vid smittutredningar som inbegriper både människor, djur och objekt. Enligt kommitténs förslag till ny smittskyddslag skall smittskyddsläkaren också i fortsättningen ha ett övergripande ledningsansvar för smittskyddsarbetet inom den region där han är verksam. I hans uppgifter ingår därvid att tillse att behövliga åtgärder för smittskyddsutredning vidtas och att verka för en effektiv samordning av smittskyddsåtgärderna.

Med hänsyn till den stora betydelse som samarbetet mellan berörda aktörer har för det samlade smittskyddet anser kommittén att en uttrycklig bestämmelse om skyldighet att informera och samråda med smittskyddsläkaren bör införas i livsmedelslagen och i miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd. Den nuvarande bestämmelsen i smittskyddslagen om samverkan har enligt vad som framgått av kommitténs underlag dock inte medfört någon enhetlig arbetsform utan samarbetet mellan smittskyddsläkarna och de kommunala nämnderna varierar i ganska hög grad. Mot bakgrund härav synes det inte tillräckligt att endast överföra smittskyddslagens bestämmelse till livsmedelslagen och miljöbalken utan den nya bestämmelsen bör även markera att en skärpning av kravet på samarbete avses. En sådan markering kan åstadkommas genom att göra kommunens samråd med smittskyddsläkaren obligatoriskt i större utsträckning än vad som gäller för närvarande och genom att uttryckligen föreskriva krav på snabbhet i förmedlingen av information. Med hänsyn till att kommunen har ett självständigt ansvar för vidtagande av smittskyddsåtgärder bör smittskyddsläkaren dock inte ha rätt att besluta vilka åtgärder kommunen skall vidta. Det slutliga avgörandet skall således även fortsättningsvis ligga på kommunen.

Kommittén förutsätter emellertid att stor hänsyn tas till smittskyddsläkarens uppfattning.

Ett effektivt smittskydd kräver vidare att den som har att svara för smittskyddsåtgärder utan onödig tidsfördröjning får kännedom om förhållanden som kan påkalla sådana åtgärder. Detta gäller såväl de myndigheter som har ansvar för smittskyddsåtgärder enligt livsmedelslagen och miljöbalkens hälsoskyddsbestämmelser, i regel kommunen men enligt livsmedelslagen även i vissa fall Livsmedelsverket, som de myndigheter som svarar för åtgärder enligt lagstiftningen rörande bekämpning av smitta hos djur.

Vid kommitténs kartläggning har framkommit att nuvarande ordning där den behandlande läkaren skall anmäla fall av vissa smittsamma sjukdomar till den kommunala nämnden inte fungerat tillfredsställande. I syfte att åstadkomma en snabbare och mer effektiv rapportering föreslår kommittén (jfr kap. 23.2) att anmälningsförfarandet enligt smittskyddslagen förenklas genom att anmälningar skall göras enbart till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Smittskyddsläkarens kompetens och överblick över ett större område och den samlade informationen han erhåller gör det möjligt för smittskyddsläkaren att bedöma vem som bör vidta åtgärder och att samordna sådana åtgärder, inte minst vid stora utbrott som omfattar flera kommuner. Enligt kommittén bör därför smittskyddsläkaren få en uttrycklig skyldighet att underrätta berörd myndighet då smittskyddsläkaren får uppgifter om förekomst eller misstänkt förekomst av smittsam sjukdom som påkallar åtgärder. De myndigheter till vilka sådan underrättelse skall lämnas kan förutom kommunerna vara t.ex. Livsmedelsverket, Jordbruksverket eller länsstyrelsen. Det kan här uppmärksammas att en bestämmelse med motsvarande skyldighet för länsveterinär återfinns i det förslag till zoonoslag som Jordbruksverket lagt fram.

Det är vidare av stor betydelse för smittskyddsarbetet att det inte råder någon tvekan om när ansvaret för att vidta åtgärder inträder. Ovan nämnda underrättelseskyldighet för smittskyddsläkaren bör därför kompletteras med en bestämmelse i livsmedelslagen och i miljöbalkens kapitel om bl.a. hälsoskydd varigenom berörd myndighet, i regel kommunen, ges ett ansvar för att senast efter sådan underrättelse vidta de åtgärder som behövs. Kommittén vill emellertid här framhålla att den kommunala nämnden har att vidta nödvändiga smittskyddsåtgärder redan så snart nämnden uppmärksammas på förekomst eller misstänkt förekomst av smitta, t.ex. genom upplysningar från allmänheten. Som tidigare nämnts är det vidare myndigheten själv som bestämmer vilka utredande och bekämpande åtgärder som skall vidtas. Bestämmelsen innebär således inte att smittskyddsläkaren får någon direktiv rätt utan

syftet är att klargöra när ansvaret för smittskyddsåtgärder senast inträder för berörd myndighet.

Kommittén anser vidare att även det regelverk som tar sikte på att förhindra smittspridning från djur bör kompletteras med en bestämmelse av motsvarande innebörd. Behovet av en sådan bestämmelse är med hänsyn till dessa myndigheters egna resurser och kompetens inte lika framträdande som när det gäller de kommunala åtgärderna. Emellertid anser kommittén att det ändå finns skäl att tydliggöra att ett ansvar inträder efter en underrättelse från smittskyddsläkaren. Genom lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m. ges Jordbruksverket befogenheter att vidta olika smittskyddsåtgärder och lagens tillämpningsområde är mer vidsträckt än tillämpningsområdet för epizootilagen och lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur. Ifrågasvarande bestämmelse bör därför placeras i lagen om provtagning på djur m.m.

Av kommitténs kartläggning har vidare framkommit att de problem som i praktiken förevarit vid större utbrott ofta haft anknytning till oklarheter om kostnadsansvaret för åtgärderna och till det förhållandet att det kan bli fråga om mycket höga provtagningskostnader. Utgångspunkten bör naturligtvis även fortsättningsvis vara att den myndighet som har ansvaret för en åtgärds genomförande också har kostnadsansvaret härför. Kommittén vill dock erinra om att kommittén föreslår (jfr kap. 29) att ett nationellt smittskyddsanslag inrättas i syfte att undanröja eventuella praktiska hinder för det smittutredande arbetet. Enligt kommitténs bedömning torde kommitténs förslag sammantaget medföra förutsättningar för en effektiv samordning mellan de olika myndigheternas åtgärder.

28 Åtgärder rörande vårdrelaterade infektioner

Kommittén har i kap. 4 redogjort för bl.a. kunskaperna om förekomsten av vårdrelaterade infektioner och för frågor rörande hygienverksamheten inom hälso- och sjukvården. Redogörelsen bygger främst på vad som framkommit vid en översyn som Socialstyrelsen har genomfört under 1996 och 1997 och vid kommitténs särskilda seminarium rörande sjukhushygien. På grund av vad som framkommit i nu nämnda översyn har Socialstyrelsen i en särskild skrivelse till regeringen (S 98/6129/HS) lämnat förslag på olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området vårdrelaterade infektioner. Regeringen har beslutat att till kommittén överlämna en särskild fråga om införande av bestämmelser i smittskyddslagen rörande rapporteringsskyldighet till smittskyddsläkare och nationell myndighet.

Även om kunskaperna om den egentliga omfattningen av vårdrelaterade infektioner är mycket bristfälliga pekar bl.a. Socialstyrelsens rapport på att sådana infektioner utgör ett betydande, och kanske ökande, problem inom hälso- och sjukvården oavsett vårdgivare. Enligt kommitténs mening finns det all anledning att se allvarligt på situationen. Hälso- och sjukvård skall, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det är självklart att detta innefattar att riskerna för den enskilde patienten att utsättas för smitta i samband med vården måste begränsas så långt det är möjligt.

En särskild fråga är spridningen av läkemedelsresistenta smittämnen. Som framgår av kap. 3 och 4 är förekomsten av sådana smittämnen mindre vanliga i Sverige än i många andra länder men tecken har uppmärksamrats även här på en oroande utveckling. Den betydelse tillgången till verksam medicinsk behandling mot de smittsamma sjukdomarna haft för det gynnsamma smittskyddsläge Sverige befinner sig i får inte underskattas. Kommittén vill därför framhålla vikten av att man genom olika förebyggande åtgärder motverkar uppkomsten och spridningen av läkemedelsresistenta smittämnen.

Socialstyrelsen har i sin rapport och i sin skrivelse till regeringen pekat på flera brister när det gäller bl.a. de förebyggande åtgärderna mot vårdrelaterade infektioner. Det framgår klart att frågan om vård-

relaterade infektioner sträcker sig över flera ansvarsområden och berör frågor såväl på det egentliga smittskyddsområdet som på andra områden, däribland vårdens organisation och utformningen av vårdlokaler. Rapporten pekar på behovet av vårdhygieniska kunskaper för såväl den egentliga vårdpersonalen som övrig personal inom vården, oavsett om denna bedrivs på sjukhus eller i annan form. Rapporten visar också att samverkan mellan de olika aktörerna, bl.a. mellan hygienansvariga, smittskyddsläkare och vårdgivare, är av stor betydelse. I sin skrivelse har Socialstyrelsen vidare framfört att det föreligger behov av en vid och långsiktig strategi på området. Frågorna om infektionshygien och vårdrelaterade infektioner, vid sidan av den fråga som överlämnats till kommittén, är dock föremål för fortsatt beredning inom Socialdepartementet.

Kommittén vill för sin del särskilt lyfta fram vissa frågor som rör bl.a. övervakningen och ansvaret för åtgärder mot vårdrelaterade infektioner.

Det har klart framgått att det föreligger stora brister i den kontinuerliga infektionsövervakningen inom hälso- och sjukvården. Så finns t.ex. inte någon samlad statistik över hur många sjukdomsfall som inträffat i samband med vård eller behandling inom sjukvård eller tandvård. Orsaken till detta har uppgetts vara bl.a. att ett flertal infektioner av infektionshygieniskt intresse och antibiotikaresistenta bakterier inte är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Visserligen förekommer frivillig registrering och rapportering, bl.a. genom den frivilliga laboratorierapporteringen till Smittskyddsinstitutet, men enligt vad som framgått har denna en ojämn täckning. Enligt Socialstyrelsens skrivelse föreligger därför ett behov av olika registrerings- och rapporteringssystem över vårdrelaterade infektioner, t.ex. som en del av de befintliga kvalitetssäkringssystemen och som lokala rapporteringssystem. Kommittén anser för sin del att det är av stor vikt att det finns nationell och regional övervakning av förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Ett led i en sådan övervakning är smittskyddslagens anmälningsystem. Enligt kommitténs mening bör därför flertalet av nu aktuella infektioner omfattas av anmälningsskyldigheten enligt smittskyddslagen. Om anmälningsskyldigheten omfattar även fall av vårdrelaterade infektioner av betydelse ges bättre möjlighet att upptäcka och följa förekomsten av aktuella infektioner, inte minst inom öppenvården och inom de kommunala vårdformerna. Det bör här erinras om att kommittén lämnat förslag till i viss mån ändrade bestämmelser om när anmälningsskyldighet skall föreligga, jfr kap. 23.2. I jämförelse med nu gällande bestämmelser torde kommitténs förslag innebära möjlighet att bättre anpassa anmälningsskyldighetens omfattning till vad som är påkallat vid vårdrelaterade infektioner, t.ex. när det gäller anhopning

och utbrott av vårdrelaterade infektioner och när det gäller förekomsten av resistent bakterier och virus. Som Socialstyrelsen anfört i skrivelsen till regeringen torde det dock även föreligga behov av andra former av obligatoriska rapporteringssystem, bl.a. inom den slutna vården, för vilka anmälningssystemet i smittskyddslagen inte är tillämpligt. Frågor rörande sådana rapporteringssystem rör främst lokal vårdorganisation och kvalitetssäkring och måste övervägas från andra synpunkter än rena smittskyddsaspekter. Enligt uppgift utgör detta också en av de frågor som är föremål för särskild beredning på Socialdepartementet. Kommittén behandlar därför inte frågan om eventuella andra obligatoriska rapporteringssystem.

En annan särskild fråga som kommittén vill lyfta fram och som direkt berör det egentliga smittskyddet är frågor om ansvaret för övervakning av och åtgärder för att minska de vårdrelaterade infektionerna. Enligt Socialstyrelsens rapport finns i alla landsting hygiensektioner med hygienläkare och hygiensjuksköterskor som bl.a. har en rådgivande roll i förhållande till övriga aktörer. Enligt vad som framkommit är denna infektionshygieniska verksamhet främst koncentrerad till den slutna vården och i vad mån kompetensen hos hygiensektionerna utnyttjas av öppenvården eller inom den kommunala vården skiftar i landet. Organisation för att komma tillrätta med vårdrelaterade infektioner saknas på många håll, t.ex. inom den kommunala omsorgen. Enligt de enkäter Socialstyrelsen har genomfört föreligger vidare oklarheter rörande vem som har huvudansvar för åtgärder mot de vårdrelaterade infektionerna. Detta har, bl.a. vid kommitténs seminarium, påpekats gälla t.ex. gränsdragningen mellan verksamhetschefens, hygiensektionernas och smittskyddsläkarnas ansvar. Behovet av tydligare gränsdragning har dock visats vara beroende av i vad mån det föreligger ett fungerande samarbete.

Kommitténs uppdrag i huvudsak är begränsat till det egentliga smittskyddet. Det ankommer inte på kommittén att ta upp ansvarsfrågor inom vårdorganisationen som sådan. Emellertid bör här framhållas att smittskyddsläkaren enligt kommitténs förslag skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom sin region och ansvarar därmed också för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar. Enligt vad som framgått vidtar smittskyddsläkaren i praxis sällan några åtgärder inom sjukvårdens lokaler. Problemen med vårdrelaterade infektioner har förutsatts kunna lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Detta bör vara utgångspunkten även i fortsättningen. Emellertid är förekomsten av vårdrelaterade infektioner en fråga av sådan betydelse att smittskyddsläkaren bör ges ett uttryckligt ansvar att bevaka att huvudmännen för sjukhus, sjukhem, den kommunala hälso- och sjukvården

samt hemsjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att hindra att smitta sprids. Sådana åtgärder kan avse såväl smittutredning som andra åtgärder för att förhindra smittspridningen och kan avse såväl objekt som personer. Om huvudmannen underlåter att tillse att tillräckliga åtgärder kommer till stånd bör smittskyddsläkaren påtala för den aktuella huvudmannen vilka insatser som krävs. Om huvudmannen, trots påpekande, inte åtgärdat bristerna bör smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till ansvarig tillsynsmyndighet. Tillsynsmyndigheten kan om så erfordras förelägga ansvarig huvudman att vidta åtgärder.

Kommittén vill slutligen framhålla vikten av att all personal som arbetar inom vården har tillräcklig utbildning och kunskaper om åtgärder för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Som ovan anförts framgår av Socialstyrelsens rapport att det idag föreligger brister i personalens kunskaper, inte minst hos personalen inom den kommunala vården och omsorgen. Vidare är det också av vikt att den infektionshygieniska kompetens som finns bl.a. hos hygiensektionerna görs tillgänglig och utnyttjas inom övriga delar av vården oavsett i vilken form denna bedrivs.

29 Nationell styrning och organisatoriska frågor

29.1 Inledning

Statskontoret har på kommitténs uppdrag gjort en genomgång och utvärdering av den nuvarande smittskyddsorganisationen (se kap. 16). Enligt Statskontoret fungerar organisationen i huvudsak väl. Vissa brister konstaterades dock. En sådan var svårigheten att utöva en nationell samordning och styrning av verksamheten. Detta sammanhänger dels med att smittskyddsverksamheten berör så många olika aktörer utan någon gemensam central myndighet, dels med att det saknas en samlad nationell uppföljning som kan ge statsmakterna underlag för beslut om inriktning och prioriteringar m.m. Kommittén har bl.a. med anledning av dessa iakttagelser gett Statskontoret ett fortsatt uppdrag att närmare analysera förutsättningarna för en förstärkt nationell samordning och styrning samt hur skärpta krav på tillsyn och uppföljning kan tillgodoses. I uppdraget ingick även att ange förutsättningarna för ett eventuellt statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen. Statskontoret har i rapporten (1999:4) redovisat sina förslag. Kommittén redovisar i det följande de centrala delarna av förslagen jämte kommitténs egna överväganden med anledning därav.

29.2 Nationell uppföljning

Statskontoret konstaterar att dagens uppföljning har luckor. Den information som finns från olika huvudmän är svår att jämföra och sammanställa. Vidare finns inte någon nationell uppföljning av smittskyddsverksamheten i egentlig mening utan den information som produceras är mest inriktad på professionens behov av kunskap. Statskontoret anser att en nationell uppföljning bör utvecklas för att tillgodose statsmakternas behov av att få en samlad bild till underlag för beslut om lagstiftning, dimensionering av anslag, m.m. Uppföljningen bör avse *tillståndet* inom smittskyddsområdet (antal smittade fördelade på län,

typ, befolkningsgrupp m.m., insjuknade och avlidna, större utbrott, resistens, vaccinationstäckning m.m.), de samlade *kostnaderna* för smittsamma sjukdomar (smittskyddsorganisationen, vård och behandling, sjukfrånvaro och minskade arbetsinsatser), *prestationer* av statliga, landstingskommunala och kommunala huvudmän, samt slutligen en beskrivning och i vissa fall mätning av verksamhetens *effekter*. Den samlade informationen kan i sin tur läggas till grund för samhällsekonomiska analyser för olika smittsamma sjukdomar. Statskontoret föreslår att regeringen utser en särskild samordningsgrupp med representanter för berörda myndigheter för att utarbeta metoder och rutiner för en samlad årsredovisning för smittskyddsverksamheten i samhället.

Kommittén delar uppfattningen att det är angeläget att statsmakterna får en bättre information om tillståndet i landet när det gäller smittsamma sjukdomar liksom om smittskyddsverksamhetens prestationer och kostnader. Det framstår också som en stor brist att det inte är möjligt att få en samlad bild av samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar, inbegripet vård och behandling, sjukskrivningskostnader m.m. (se kap. 18). Kommittén anser därför i likhet med Statskontoret att ett arbete bör inledas för att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering. Inför detta arbete krävs en precisering av vilken information som är relevant för regering och riksdag. Enligt kommitténs mening bör det ankomma på regeringen att ange dessa informationsbehov liksom att avgöra i vilken form utvecklingsarbetet bör bedrivas. För det fall en särskild samordningsgrupp inrättas bör dess roll i förhållande till de centrala myndigheterna klargöras. Detta berörs i nästföljande avsnitt.

29.3 Nationell samordning och styrning

Statskontoret konstaterar att smittskyddsverksamheten är svårstyrd med ett stort antal olika huvudmän på central, regional och lokal nivå. Sektoriseringen skapar också problem. Det saknas gemensamma mål för verksamheten på olika nivåer. Statskontoret föreslår att den ovannämnda samordningsgruppen får i uppdrag att utarbeta mål för verksamheten, initiera utvecklingsprojekt, samordna informationsinsatser m.m.

Kommittén vill understryka vad som ovan sagts om angelägenheten av en nationell uppföljning av smittskyddsverksamheten så att statsmakterna kan få en samlad och aktuell bild av de insatser som görs och hur effektiva de är. En sådan kunskap är en förutsättning för en medveten nationell strategi. Det är först med denna kunskap som statsmakterna säkert kan bedöma behovet av och valet av styrmedel. Enligt kommitténs mening kan det ifrågasättas om statsmakternas möjligheter

till nationell samordning och styrning i nuläget är tillräckliga, särskilt med hänsyn till att den situationen väl kan tänkas att en hotande allvarlig epidemi kräver snabba samordnade åtgärder.

I avvaktan på att statsmakterna får ett mera fullständigt beslutsunderlag när det gäller samhällets åtgärder mot smittsamma sjukdomar föreslår kommittén en utvidgning av regeringens befogenhet att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet vid krig eller krigsfara. Enligt kommitténs mening bör regeringen sålunda bemyndigas att utfärda särskilda föreskrifter om smittskyddet också vid kriser i fredstid, för det fall att riksdagens beslut inte kan avvaktas och epidemi av allvarlig sjukdom utbrutit eller hotar att bryta ut i landet. Härigenom kan regeringen besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet. Sådana föreskrifter måste snarast underställas riksdagens prövning.

Det bör vidare i smittskyddslagen klargöras vilken instans som, under regering och riksdag, i nuläget har det övergripande *nationella* ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Enligt kommitténs mening talar övervägande skäl för att detta ansvar anförtros Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har redan idag ett ansvar för samordningen av smittskyddet såväl i egenskap av tillsynsmyndighet som genom befogenheterna att utfärda allmänna råd och föreskrifter. Socialstyrelsen skall vidare följa och vidareutveckla smittskyddsarbetet och genom allmänna råd och föreskrifter utfärda riktlinjer till vägledning för tillämpningen av smittskyddslagen. Genom att ansvaret regleras i lagen får också Socialstyrelsen ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. Här bör dock uppmärksammas att Socialstyrelsen härigenom inte får direktivrätt över andra myndigheter som ansvarar för smittskyddsåtgärderna. Det är självklart att Socialstyrelsen måste samråda med andra berörda myndigheter, och en eventuell myndighetsgemensam samordningsgrupp kan härvid vara av värde. Det är dock angeläget att definiera funktion och uppgifter för en sådan samordningsgrupp. Enligt kommitténs mening bör dess uppdrag koncentreras till uppgiften att utarbeta metoder för att ge statsmakterna ett tillfredsställande underlag för nationell uppföljning av smittskyddsverksamheten samt initierandet av utvecklingsarbete som syftar till att öka samarbete och samordning mellan olika huvudmän.

Här bör också uppmärksammas att vid sidan av Socialstyrelsen har också Smittskyddsinstitutet (SMI) en central roll i det nationella smittskyddsarbetet. Kommittén vill här framhålla betydelsen av SMI:s roll som nationellt expertorgan bl.a. genom de råd och underlag för bedömning av vidare insatser som institutet kan ge med grund i den epidemiologiska bevakningen och genom dess uppgifter i det internationella

samarbetet. Någon anledning att förändra SMI:s roll har inte framkommit i kommitténs underlag.

29.4 Mål för smittskyddsverksamheten

Statskontoret påpekar i sin rapport att den nuvarande smittskyddslagen i stor utsträckning har karaktär av ren förfarandelag. Den anger sålunda inte några mål för smittskyddsverksamheten, vare sig på central, regional eller lokal nivå. Detta minskar även möjligheterna till en kvalitetsinriktad tillsyn.

Kommittén har i denna del kommit till samma slutsats som Statskontoret. Det förslag till ny smittskyddslag som kommittén utformat har mera karaktär av målinriktad ramlag, även om vissa förfarandebestämmelser inte kan undvaras. Kommittén har således i 1 § angett det övergripande målet för samhällets smittskydd. Även de regler som uppställs under *Allmänna riktlinjer för smittskyddet* får sägas ha till syfte att säkra målluppfyllelse och kvalitet i verksamheten. De nämnda bestämmelserna avser alla aktörer inom smittskyddet. Det kan dessutom finnas anledning att utforma kompletterande mål på både kort och lång sikt. Detta gäller såväl på nationell som på regional och lokal nivå. Denna aspekt bör beaktas i det fortsatta arbetet med den nationella uppföljningen.

Klart utformade mål och riktlinjer för smittskyddsverksamheten ger ökade förutsättningar för en enhetlig tillämpning av regelverket och en jämnare kvalitetsutveckling. Som ovan nämnts kan de också vara ett stöd för den statliga tillsynen av verksamheten. Kommittén vill för sin del understryka vikten av att kvalitetsaspekterna får genomslag i alla delar av smittskyddsverksamheten, oavsett huvudman. En annan synnerligen viktig faktor gäller personalens kompetens. Att smittskyddsläkaren måste besitta hög kompetens och erfarenhet är självklart. Men kompetenskraven måste uppmärksammas också för andra befattningshavare, såsom personal som skall sköta smittspårning eller personal som har att ge råd i hygienfrågor. Kommittén har stannat för att kvalitets- och kompetenskraven bör markeras genom en särskild bestämmelse såsom en av de allmänna riktlinjerna för smittskyddet. Även denna bestämmelse kan bli till stöd för en kvalitetsinriktad tillsyn.

29.5 Tillsyn

Statskontoret konstaterar i sin rapport att statens tillsyn idag ger begränsade möjligheter att påverka att verksamhet i landsting och kommuner har önskvärd omfattning, inriktning och kvalitet. Den nuvarande tillsynen av smittskyddsverksamheten, vilken utövas av en centralt placerad enhet hos Socialstyrelsen, har enligt Statskontoret en mycket blygsam omfattning. Den är dessutom mera inriktad på att lösa aktuella problem än på att kontrollera lagefterlevnad och kvalitetsnivåer. Statskontoret anser att antalet inspektioner bör ökas kraftigt och att en viss andel inspektioner strikt bör avse kontroll mot lagstiftningen. Möjligheter till systemtillsyn bör utnyttjas. Inspektionsprotokoll bör föras och resultatet av tillsynsverksamheten bör sammanställas och analyseras.

Statskontoret förordar vidare, som ovan framgått, att lagen kompletteras med vissa bestämmelser om verksamhetens inriktning, omfattning och kvalitet.

Kommittén delar uppfattningen att den statliga tillsynen är ett viktigt medel för att öka enhetlighet och kvalitetsmedvetande inom smittskyddet. Det är självklart att tillsynsmyndigheten då också måste utöva tillsyn i mera formell mening, dvs. göra påpekanden om brister och i sista hand utöva de befogenheter som lagstiftningen ger att genomdriva åtgärderna. Enligt kommitténs uppfattning finns det därvid skäl att hålla isär Socialstyrelsens uppgifter som central förvaltningsmyndighet, dvs. bland annat samordning och rådgivning samt utfärdande av allmänna råd och föreskrifter, med den egentliga tillsynsfunktionen. Kommittén anser därför att Socialstyrelsens tillsyn över smittskyddsverksamheten bör samordnas med styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården i stort, dvs. utövas genom styrelsens regionala tillsynsenheter. Detta bör även ge ökade möjligheter till en intensifierad tillsyn, inte minst genom samordning med tillsynen över infektionssjukvården. Genom att knyta tillsynen över smittskyddet till vissa bestämmelser i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område får Socialstyrelsen alla de befogenheter, inklusive möjligheten att förbjuda viss verksamhet, som föreligger vid tillsyn över hälso- och sjukvården.

29.6 Huvudmannaskapet för smittskyddsläkarorganisationen m.m.

Statskontoret har i sin rapport redovisat att den nuvarande organisationen för smittskyddsläkarna, med landstingskommunalt huvudmannaskap, i allt väsentligt fungerar väl och att det från denna synpunkt inte finns anledning att överväga ett statligt huvudmannaskap. Statskontoret har efter genomgång av olika aspekter på huvudmannaskapsfrågan stannat för att förordna ett fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap. I andra hand förordar Statskontoret ett statligt huvudmannaskap varvid verksamheten läggs ut på entreprenad hos landstingen.

Kommittén konstaterar att det i och för sig finns principiella skäl som kan tala för ett statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen. Ett mycket tungt sådant gäller rättssäkerhetsaspekterna. Ju fler befogenheter smittskyddsläkaren har att fatta ingripande beslut mot enskilda, ju starkare blir kraven på enhetlig tillämpning och på ett statligt ansvar. I kommitténs lagförslag har emellertid de flesta befogenheter att besluta om tvångsåtgärder mot enskilda flyttats från smittskyddsläkaren till förvaltningsdomstol. I det fall smittskyddsläkaren har kvar en sådan befogenhet, främst i fråga om s. k. tillfällig isolering, skall hans beslut inom två dagar underställas länsrätten. Enligt kommitténs mening tillgodoser denna reglering de rättssäkerhetskrav som rimligen kan ställas. Från denna synpunkt bör därför inte ett landstingskommunalt huvudmannaskap möta några avgörande hinder.

Ett annat principiellt skäl som kan tala för ett statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen är den omständigheten att det kan vara en svaghet att smittskyddsläkaren är beroende av landstingets prioriteringar och resurstilldelning. Enligt kommitténs förslag ges smittskyddsläkaren ett ökat ansvar för att bevaka bl.a. att enskilda erbjuds vård eller stöd som kan vara alternativ till isolering oberoende av samtycke. Smittskyddsläkaren skall också bevaka att sjukvårdshuvudmännen vidtar erforderliga åtgärder mot vårdrelaterade infektioner. I båda dessa fall är det viktigt för smittskyddsläkaren att ha en stark och oberoende ställning i förhållande till kommun och landsting. Denna aspekt kan kanske inte ensam motivera ett statligt huvudmannaskap. Kommittén vill dock understryka att om lagförslaget under den kommande beredningen kompletteras med ökade befogenheter för smittskyddsläkaren – gentemot enskilda eller gentemot kommun och landsting – detta på nytt aktualiserar frågan om ett eventuellt statligt huvudmannaskap. Denna fråga får i så fall utredas i särskild ordning. I nuläget anser sig kommittén inte ha underlag för annat än att föreslå ett

fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap, vilket ju hittills fungerat väl.

Liksom enligt gällande smittskyddslag bör landstingen vidare även i fortsättningen ha frihet att själva bestämma hur smittskyddet skall organiseras i landstinget. Med hänsyn till olikheterna i de lokala behoven och förutsättningarna ter det sig svårt att i detalj lagreglera hur organisationen skall se ut. De brister som idag föreligger beträffande möjligheterna att närmare utvärdera effekterna av prestationerna och kostnadseffektiviteten gör det vidare svårt att jämföra de olika landstingen och dra slutsatser rörande hur organisationen bör utformas. Det bör här dock beaktas att organisationen skall utformas så att den kan uppfylla de mål samt de krav på kvalitet och kompetens som anges i kommitténs förslag till en ny smittskyddslag.

En särskild fråga rör kravet enligt nu gällande smittskyddslag på att det skall finnas *en* smittskyddsläkare inom varje landstingsområde. Kommittén anser att även om huvudprincipen också i fortsättningen bör vara att det skall finnas en smittskyddsläkare inom varje landstingsområde föreligger skäl för att dels öppna möjligheter för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare, dels ge möjlighet att inom ett landstingsområde förordna mer än en smittskyddsläkare. Av Statskontorets utvärdering av smittskyddsorganisationen framgår att i hälften av landstingen arbetar smittskyddsläkarna deltid med dessa uppgifter varvid smittskyddsläkartjänsten således kombineras med annan läkartjänst. Enligt kommitténs mening bör smittskyddsläkarens roll renodlas. Bl.a. med hänsyn till smittskyddsläkarens övervakande och myndighetsutövande roll framstår det inte som lämpligt att smittskyddsläkaren samtidigt kan arbeta som t.ex. behandlande läkare. Det kan, bl.a. med hänsyn till befolkningsunderlaget, dock vara svårt för mindre landsting att inrätta en heltidstjänst för smittskyddsläkaren. Kommittén anser därför att det bör vara en naturlig följd att möjlighet öppnas för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare. Bestämmelser som öppnar möjlighet för kommunala huvudmän att avtala om att utföra uppgifter åt varandra finns numera också i annan lagstiftning. Den invändning som kan resas är att smittskyddsläkaren i sådant fall kan förlora något av sin lokala förankring. Detta anser dock kommittén inte vara någon bärande invändning. Betydligt viktigare är möjligheten att kunna rekrytera smittskyddsläkare med hög kompetens som helhjärtat kan ägna sig åt sin uppgift. Som ovan anförts skall landstingen även i fortsättningen ha frihet att utforma organisationen så att den passar landstingens förutsättningar. Det står landstingen således fritt att t.ex. förordna s.k. kontaktläkare eller motsvarande som har lokal kännedom och som kan biträda smittskyddsläkaren när så erfordras.

För de stora landstingen torde förhållandena vara de motsatta. Som framgått av Statskontorets utvärdering är arbetsuppgifterna bl.a. i storstadsregionerna så omfattande att en smittskyddsläkare inte är tillräcklig. I dag har frågan praktiskt lösts så att s.k. biträdande smittskyddsläkare utsetts. Dessa kan emellertid inte ges några formella bemyndiganden med stöd av nuvarande smittskyddslag, något som bl.a. smittskyddsläkarföreningen framhållit vara en brist. Med hänsyn till utvecklingen mot att landstingen slås samman till större regioner torde frågan vara än mer aktuell än tidigare. Kommittén anser att dessa skäl starkt talar för att landstingen skall ha möjlighet att inom smittskyddsmyndigheten utse flera smittskyddsläkare som på eget ansvar har att utföra de uppgifter som åligger dem enligt smittskyddslagen. Hur arbetet organiseras är upp till landstingen att bestämma.

En närliggande fråga gäller samverkan mellan landsting och kommun. I detta avseende finns enligt kommitténs mening viktiga fördelar att vinna. Ett område där sådan samverkan kan vara av stort värde gäller förebyggandet av vårdrelaterade infektioner och den hygieniska verksamheten. Landstingen har här en specialkompetens som inte är möjlig att upprätthålla i kommunerna. Samtidigt har kommunerna, som huvudmän för den kommunala sjukvården, ett stort ansvar för att uppfylla dessa krav. Kommittén vill understryka vikten av att landsting och kommuner strävar efter att finna samverkansformer där kommunerna kan få del av landstingens kunskaper och erfarenheter på området. Detta bör kunna ske utan särskild reglering.

29.7 Nationellt smittskyddsanslag

Kommittén vill slutligen ta upp ett förslag som tidigare diskuterats under kommitténs arbete och som ånyo framförs av Statskontoret, nämligen inrättandet av ett nationellt smittskyddsanslag. Det har ofta påpekats att oklarhet ibland kan föreligga, särskilt i inledningen av en smittutredning, om vem som slutligen skall bära kostnaderna för provtagning och dylikt. Detta kan leda till att utredningen försenas eller t.o.m. att provtagning inte sker i den omfattning som vore önskvärd. En ytterligare aspekt är att det kan vara svårt för mindre kommuner att ta kostnadsansvaret för mera omfattande utredningar och provtagningar, trots att de är angelägna. Den nya lagen kan visserligen bidra till att klarare ange vem som i varje särskilt fall har ansvaret för en utredning och därmed för kostnaderna. Det kan dock inte helt undvikas att situationer uppstår när det är angeläget att snabbt genomföra provtagning innan smittkällan ännu hunnit lokaliseras. Svårigheterna för mindre kommuner att finansiera dessa oförutsedda kostnader kvarstår också. Kommit-

tén anser därför att ett nationellt anslag bör inrättas, lämpligen administrerat av SMI, varifrån bidrag kan ges till mera omfattande smittutredningar och provtagningar som institutet finner angelägna från epidemiologisk synpunkt. Detta bör på ett verksamt sätt kunna öka kommunernas benägenhet att gå in aktivt med egna utredningsåtgärder och därigenom bidra till snabbare och mer effektiva utredningar.

30 Straffrättsliga aspekter på smittskyddet

30.1 Något om svårigheterna vid tillämpningen av befintliga bestämmelser

Som nämnts i kapitel 12.1 saknar svensk rätt en uttrycklig straffbestämelse som särskilt tar sikte på spridande av smittsam sjukdom från en person till en annan. Ett flertal bestämmelser i brottsbalken kan emellertid bli tillämpliga vid uppsåtlig eller oaktsam smittspridning. HD har ansett att brottsbalkens bestämmelser om grov misshandel, framkallande av fara för annan och spridande av smitta (grovt brott) kan tillämpas då hivinfektion överförs eller riskerat att överföras vid sexuellt umgänge. Även bestämmelserna om vållande till kroppsskada eller sjukdom (grovt brott) och grovt vållande till annans död har ansetts kunna tillämpas. Vid tillämpningen av befintliga bestämmelser på nu aktuella gärningar har emellertid en mängd tillämpningssvårigheter uppstått, bl.a. beträffande uppsåt, adekvans, samtycke och påföljd. Även rådande sekretessbestämmelser har här medfört problem, se vidare nedan under 30.4.

Av de ovan nämnda tillämpningsproblemen innebär uppsåtsfrågan, dvs. bedömningen av vilken avsikt gärningsmannen haft, särskild svårighet. För att en person skall kunna dömas för misshandel krävs att han med sitt handlande haft för avsikt att målsäganden skall drabbas av kroppsskada, sjukdom, smärta, vanmakt eller annat sådant tillstånd. Även då fråga är om försök till misshandel krävs att gärningsmannen haft den avsikt som krävs för det fullbordade brottet. När ett åtal för misshandel gäller sexuell överföring av smittsam sjukdom blir det vanligtvis det s.k. eventuella uppsåtet som kommer i fråga (se kap. 12.4.1). Det eventuella uppsåtet skall tillämpas med stor försiktighet. Tillämpningen vållar problem i hivfallen, eftersom det i princip är omöjligt att förutse om ett visst samlag kommer att leda till att smittan överförs eller ej, och eftersom gärningsmannens avsikt vanligtvis inte alls är att skada sin partner utan blott och bart att ha samlag. Som framgått av

refererade HD-fall i kap. 12.4.1 kan det vara mycket komplicerat att avgöra om en gärning skall anses ha begåtts med uppsåt eller av oaktsamhet och hur bedömningen utfaller i det enskilda fallet kan vara svårförutsägbart och i det närmaste slumpmässigt.

Ett annat problem är kravet på att det skall kunna konstateras att just den aktuella gärningen orsakat att smitta överförts eller inneburit fara för smittoöverföring. Gärningar som "inte är värda att tas på allvar" skall sällas bort från det straffrättsliga området; en handling som inte inneburit en beaktansvärd fara för smittoöverföring skall inte medföra ansvar.

Ytterligare en svårighet kan utgöras av den befintliga bestämmelsen om samtycke. Samtycke till misshandel medför normalt sett inte att gärningsmannen kan befrias från ansvar, men samtycket kan beaktas som förmildrande omständighet vid bestämmandet av gärningens straffvärde (se 12.5). Reglerna kan medföra problem i situationer då en person känt till att hans partner är hivsmittad och varit informerad om faran att smittas, men ändå samtyckt till att ha sexuell umgänge. Trots att partnern varit villig att utsätta sig för fara att smittas kan den smittade inte undkomma straffrättsligt ansvar.

Som nämnts ovan kan det vara förenat med stora svårigheter att avgöra om en gärning som inneburit att smitta överförts eller kunnat överföras begåtts av uppsåt eller oaktsamhet. Hur en gärning rubriceras har emellertid stor inverkan på straffmätningen. Skillnaden mellan de straff som kan bli aktuella är stor; straffskalornas variationer markerar bl.a. den skillnad i straffvärde som traditionellt sett har ansetts föreligga mellan uppsåtligt begångna brott och sådana som har begåtts av oaktsamhet. Skillnaden i straffskalorna beror även på om smitta verkligen överförts eller om så inte skett samt om målsäganden hunnit avlida vid tiden för domstolsprövningen (omständigheter som i nu diskuterade fall vanligtvis ligger utanför gärningsmannens kontroll). För grov misshandel är påföljden exempelvis fängelse i lägst ett och högst tio år, medan påföljden för oaktsamhetsbrottet (vållande till kroppsskada eller sjukdom, grovt brott) är fängelse högst fyra år. Påföljden för framkallande av fara för annan – då smitta inte överförts – är böter eller fängelse i högst två år.

30.2 Överväganden angående behovet av åtgärder

Som tidigare sagts täcker befintlig lagstiftning i och för sig sådana fall då en hivpositiv smittar eller riskerar att smitta annan genom oskyddat sexuellt umgänge. De befintliga reglerna framstår emellertid knappast som ändamålsenliga vid denna typ av gärningar, och tillämpningen är förenad med en hel del svårigheter. Det största problemet är enligt kommitténs mening den bristande förutsägbarheten när det gäller hur viss gärning kommer att bedömas straffrättsligt. Kommittén anser därför att lagstiftningsåtgärder erfordras för att åstadkomma större enhetlighet och ökad förutsägbarhet. En åtgärd som därvid kan övervägas är justering av straffskalorna till befintliga brott för att söka åstadkomma ökade förutsättningar för en mer likformig straffmätning. Detta är emellertid enligt kommitténs uppfattning inte tillräckligt, bl.a. eftersom övriga tillämpningssvårigheter kvarstår efter en sådan justering. Kommittén har även övervägt att införa en grov variant av brottet framkallande av fara för annan, men funnit att detta inte skulle lösa de här aktuella problemen. Andra lösningar bör därför övervägas.

I den allmänna debatten, i den juridiska doktrinen och i vissa motioner till riksdagen (jfr kap. 12.2) har diskuterats möjligheten att införa *ett särskilt hivbrott* som tar sikte på det riskbeteende som en hivsmittads sexuella handlingar kan innebära. Kommittén har övervägt möjligheten att införa ett dylikt straffstadgande. Genom ett sådant kan den smittade t.ex. åläggas vissa skyldigheter och underlåtenhet att följa dessa kan straffas. Exempelvis kan föreskrivas att en hivsmittad måste använda skyddsmedel vid sexuellt umgänge och före umgänget informera sin partner om smittan, dess art och om hur smittan överförs. En dylik straffrättslig regel kan medföra åtskilliga fördelar. Rättsläget blir tämligen enkelt att förstå för den enskilde, och domstolarna slipper ta ställning till sannolikheten för att smitta skulle kunna överföras genom ett visst beteende och vad den tilltalade kunnat inse beträffande detta. På detta sätt skulle man således bl.a. väsentligen underlätta bedömningen av den tilltalades uppsåt. Ett antal invändningar kan dock riktas mot införandet av ett särskilt hivbrott. Den allvarligaste invändningen, enligt kommitténs uppfattning, är att det särskilda utpekandet av hivinfektion i en straffbestämmelse kan befaras bidra till stigmatisering och fördomar mot hivsmittade i allmänhet och medföra negativa konsekvenser för smittskyddsarbetet. Man kan dessutom fråga sig varför en bestämmelse av detta slag inte även skall omfatta andra smittsamma sjukdomar med mycket allvarliga konsekvenser för den enskilde. En annan fråga gäller hur tillämpningen av en sådan bestämmelse kan anpassas

till den medicinska utvecklingen. I framtiden kan tänkas att upptäckten av nya mediciner kan leda till att hiv blir en kronisk – men ej dödlig – sjukdom eller att infektionen t.o.m. blir botbar. En straffbestämmelse som enbart tar sikte på hivinfektion så som den gestaltar sig i dag kan på så sätt bli föråldrad, men ändå leva kvar. Sammantaget finner kommittén att det ur många aspekter torde vara mindre lämpligt med ett särskilt hivbrott, och att en dylik straffbestämmelse inte bör införas.

Mycket talar i stället för att den straffrättsliga frågan om överföring av hiv inte bör ses isolerad. De straffrättsliga problem som förekommer i hivfallen kan föreligga även då det gäller överföring eller fara för överföring av andra farliga sjukdomar. I syfte att fånga upp flertalet nu aktuella gärningar och för att åstadkomma ökad enhetlighet och förutsägbarhet anser kommittén att man bör överväga att införa *en ny straffrättslig bestämmelse* som tar sikte på sådana handlingar som orsakar fara för smittoöverföring av vissa farliga sjukdomar. En dylik bestämmelse skulle således inte endast omfatta hivinfektion utan även vissa andra allvarliga sjukdomar. Bestämmelsen torde lämpligen placeras i brottsbalkens 3 kap., som innehåller övriga grundläggande straffrättsliga bestämmelser vad gäller brott mot liv och hälsa.

30.3 Utformningen av en ny straffrättslig bestämmelse

Som framgår av författningsförslaget (se s. 50) föreslår kommittén en ny 3 kap. 8 a § brottsbalken enligt vilken den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter någon annan för fara att smittas av livshotande sjukdom skall dömas för *orsakande av smittfara* till fängelse i högst fyra år. Enligt den föreslagna bestämmelsen skall vidare gälla att ansvar inte skall utdömas om den, mot vilken gärningen begåtts, informerats om gärningsmannens sjukdom och faran att smittas men ändå samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas. Till grund för den föreslagna utformningen ligger främst följande överväganden.

En första fråga är vilka sjukdomar den nya bestämmelsen bör omfatta. Enligt kommitténs mening bör det röra sig om ett mycket begränsat antal sjukdomar som är av särskilt allvarlig art, nämligen sådana som är livshotande. Endast beträffande dessa får det anses befogat att ha en särskild straffrättslig bestämmelse. Vad gäller andra smittsamma sjukdomar får befintliga bestämmelser anses tillräckliga. Att sjukdomarna skall vara livshotande innebär att de skall vara så svåra att de allmänt sett leder till döden. Döden kan inträffa tämligen omgående eller först senare. En sjukdom som generellt sett inte är dödlig, men

som i det enskilda fallet kan vara livshotande p.g.a. att den smittade innan han drabbades av sjukdomen var särskilt svag och mottaglig för infektioner omfattas inte. Vilka sjukdomar som omfattas får avgöras av domstolarna med ledning av i lagtexten stipulerade kriterier. Enligt kommitténs bedömning får för närvarande t.ex. hivinfektion och multi-resistent TBC anses omfattas av bestämmelsen. Sjukdomar som idag omfattas av bestämmelsen kan emellertid efter ytterligare medicinsk forskning inte längre vara livshotande, och bestämmelsen skall då inte tillämpas på dessa.

Eftersom olika sjukdomar smittar på skilda sätt anser kommittén att regeln bör utformas så att *den som betar sig på sådant sätt att annan utsätts för fara att smittas skall straffas för detta*. Vad som utgör straffbart beteende får avgöras i varje enskilt fall, men någon typ av aktiv handling eller underlåtenhet som innebär någon form av otillåtet risktagande måste alltid krävas. En särskild fråga är om beteenden som rent typiskt innebär fara för smittoöverföring skall straffbeläggas eller om endast sådana handlingssätt som medför att fara föreligger i det enskilda fallet skall straffas. Ett val av det första alternativet kan medföra en mer enhetlig bedömning av likartade handlingar. Å andra sidan kan det ifrågasättas om ett handlingssätt som rent konkret inte inneburit någon fara för smittoöverföring är straffvärt. Kommittén finner att övervägande skäl talar för det senare synsättet, och att straffrättsliga sanktioner därför enbart bör övervägas för sådana handlingssätt som inneburit att fara för smittoöverföring förelegat i det enskilda fallet.

Kommittén har vidare övervägt *vilken grad av personligt ansvar* som bör medföra straff enligt den nya bestämmelsen. Eftersom man vill ha en specialinriktad bestämmelse med sammanhållen straffskala torde det emellertid vara lämpligast att denna omfattar både uppsåt och oaktsamhet. Straffskalan bör därför göras tämligen vid. Vad gäller förutsättningarna för att *uppsåtligt brott* skall ha begåtts bör inte krävas att gärningsmannen haft för avsikt att smitta målsäganden. Det bör i stället räcka med att man kan konstatera att han haft *uppsåt till att fara för smittoöverföring förelegat*, dvs. att han insett att hans handlande inneburit fara för att smitta skulle kunna komma att överföras. Bestämmelsen kan härigenom fånga upp många av de fall där man idag har problem vid bedömningen av det s.k. eventuella uppsåtet. Vad som skall anses *vara oaktsamt handlande* får bedömas i varje enskilt fall. Hänsyn får – liksom idag – bl.a. tas till gärningsmannens kunskaper om sjukdomen och vilka upplysningar och råd han fått av sin läkare. Har alla erforderliga försiktighetsåtgärder vidtagits men smitta ändock överförs kan beteendet inte anses oaktsamt (och är därmed inte straffbart). Ett exempel på oaktsamhet i den föreslagna bestämmelsens mening är om en person som är bärare av en av bestämmelsen omfattad sexuellt över-

förbar sjukdom underlåter att se till att kondom kommer till användning vid samlag. Kravet på oaktsamhet omfattar även vad gärningsmannen känt till eller bort känna till om att han själv är smittad av sjukdomen. Detta är ingen utvidgning av det straffbara området jämfört med vad som gäller idag. En person måste inte ha fått sin sjukdom fastställd genom en läkares diagnos för att kunna ställas till ansvar då han begått en gärning som medfört att smitta överförts eller riskerat att överföras. Det räcker med att han på goda grunder verkligen har haft anledning att misstänka att han är smittad. Grund för dylik misstanke kan t.ex. föreligga om allmänt kända och tydliga symptom på sjukdomen uppträtt eller om personen vet att han varit i en sådan situation där en konkret fara för smittoöverföring förelagat (t.ex. om han haft oskyddat samlag med en person han känt till varit smittad av hivinfektion). Den som befunnit sig i en sådan situation att han haft grundad anledning att anta att han kan ha smittats kan således inte undgå ansvar för egna efterföljande gärningar genom att underlåta att kontrollera om han smittats eller ej.

Enligt befintliga bestämmelser skall det dömas för olika brott beroende på om smitta överförts eller ej (t.ex. misshandel eller framkallande av fara för annan) samt beroende på om målsäganden hunnit avlida vid tiden för den rättsliga prövningen eller alltjämt är i livet (har målsäganden hunnit avlida kan t.ex. dömas för vållande till annans död). Om smitta verkligen överförts och om den smittade hunnit avlida innan rättegången slutförts är dock vanligen omständigheter som står utanför gärningsmannens kontroll. Vilket straff som kan komma ifråga för gärningen är emellertid, som nämnts under 30.1, till stor del beroende av hur brottet rubriceras. Ansvar enligt den nya bestämmelsen skall kunna utdömas *oavsett om smitta överförts eller ej*, och oavsett om målsäganden avlidit vid tiden för den rättsliga prövningen eller alltjämt är i livet. Dessa faktorer skall således fortsättningsvis inte påverka brottets rubricering, vilket skapar större förutsägbarhet och utgör en skillnad mot nu befintliga bestämmelser.

Påpekas bör emellertid att man enligt allmänna straffrättsliga principer vid bestämningen av straffet för ett brott bl.a. skall beakta den skada, kränkning eller fara som gärningen inneburit (brottsbalken 29 kap. 1 §). Detta innebär att man trots en enhetlig rubricering inte helt kan undgå att ta hänsyn till ovan nämnda faktorer vid utmätningen av straffet. Detta får dock ske inom ramen för den för brottet fastställda straffskalan. Vidare kan det bli aktuellt att döma även för annat brott (t.ex. vållande till annans död, brottsbalken 3 kap. 7 §).

Ett särskilt problem är hur man skall se på ett samtycke från en osmittad att utsätta sig för fara att smittas. Detta problem aktualiseras av naturliga skäl främst då det gäller sjukdomar som kan överföras

sexuellt. Som ovan nämnts innebär brottsbalkens nuvarande bestämmelser att ett samtycke inte kan befria gärningsmannen från straffansvar i dylika situationer. Inget torde emellertid hindra att en särbestämmelse om samtyckes inverkan införs i en ny straffbestämmelse. Inför övervägandet av vilken betydelse ett samtycke bör ha i detta sammanhang måste emellertid beaktas vilket syfte som ligger bakom att man bestraffar handlingar som medför fara för överföring av smitta. Ändamålet kan vara att skydda den enskilde individen från att smittas, eller att skydda allmänheten från att smittan sprids i allt vidare cirklar. Sannolikt utgör syftet en kombination av dessa synsätt. En logisk följd av att en straffbestämmelse skall skydda allmänheten från smittspridning vore att båda parter – både den smittade och den osmittade – har ett ansvar för att så inte sker. Används inte kondom vid samlag i en sådan situation kan synas följdriktigt att båda parter skall kunna bli föremål för straffrättslig påföljd (känner båda parter till smittan men använder kondom under hela akten är beteendet sådant att förutsättning för att straffa någon knappast föreligger, ens om kondomen går sönder). Detta skulle emellertid, enligt kommitténs mening, föra alltför långt. Ur ett individperspektiv är den osmittade att anse som den mest utsatte i situationen, och straffbestämmelsen bör även ha till syfte att skydda denne. Kommittén anser således att den osmittade partnern inte i något fall skall kunna ställas till ansvar. Samtidigt framstår det som orimligt att utkräva ansvar av en smittad person om dennes partner varit informerad om smittrisen men ändå beslutat sig för att utsätta sig för denna. Enligt kommitténs uppfattning bör bestämmelsen därför utformas så att inte heller den smittade kan ställas till ansvar i dessa fall.

En ny straffbestämmelse av nu angivet slag kan bidra till en ökad enhetlighet vid bedömningen av likartade gärningar av den typ som nu är ifråga. Att helt kunna undvika tillämpnings- och tolkningsproblem torde dock inte vara möjligt; hänsyn måste alltid tas till omständigheterna i det enskilda fallet. De tolknings- och tillämpningsfrågor som kan uppkomma måste därför även fortsättningsvis till del lösas i praxis. Kommittén är även medveten om att den nya bestämmelsen kan ge upphov till bevisproblem, t.ex. vad gäller frågan om samtycke lämnats eller inte. När gärningsmannen hävdar att samtycke förelegat har åklagaren att bevisa att så inte varit fallet. Men för att åklagaren skall tvingas motbevisa detta påstående krävs, enligt allmänna straffrättsliga principer, att invändningen om samtycke kan anses som trovärdig och inte helt ogrundad. Samma bevisproblem torde vidare i huvudsak föreligga även vid tillämpningen av befintliga bestämmelser om samtycke. Slutligen bör framhållas att särskilt allvarliga gärningar, t.ex. där gärningsmannen haft för avsikt att smitta sitt offer eller varit uppenbart likgiltig för om så sker, även fortsättningsvis kommer att bedömas

enligt brottsbalkens nuvarande bestämmelser om mord, dråp, grov misshandel m.m.

30.4 Sekretessfrågor vid utredning av brott som rör överföring av smitta

Nuvarande bestämmelser i sekretesslagen (1980:100) begränsar en åklagares möjligheter att få tillgång till t.ex. journalanteckningar om en misstänks hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Huvudregeln är att sekretess gäller inom hälso- och sjukvård samt inom socialtjänst för dylika uppgifter. Sekretessen bryts visserligen vid misstanke om brott för vilket det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år, eller om misstanken gäller vissa brott som begåtts mot någon som är under 18 år. Brott som rör överföring av smitta rubriceras emellertid idag vanligtvis som grov misshandel, vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan; för samtliga dessa brott är föreskrivet ett lägre straffminimum än fängelse i två år. Detta innebär att sekretessgenombrott enligt befintlig lagstiftning i övervägande antalet fall inte sker vid brott som rör överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom.

Sekretessen för den enskildes personliga förhållanden gör sig starkt gällande inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Detta inte minst för att den enskilde skall kunna känna förtroende och respekt för sin läkare eller socialtjänsteman och våga vända sig till denne med sina olika frågor och bekymmer. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall en god hälso- och sjukvård särskilt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det betonas bl.a. att vård och behandling så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Av naturliga skäl är det av stor vikt för den enskilde att utomstående inte utan hans samtycke kan få del av journalanteckningar m.m. som rör hans hälsotillstånd. Om utomstående skulle kunna få full insyn i enskilds sjukjournaler skulle detta bl.a. kunna leda till att vissa personer skulle avstå från att söka hjälp från sjukvården. Rör det sig om en person som bär på en smittsam sjukdom är det naturligtvis mycket viktigt att denne inte avskräcks från att söka vård, både för den sjuke själv och för hans omgivning. Likaså är det angeläget att hjälpsökande inte avhåller sig från att uppsöka socialtjänsten.

I mål som rör överföring av smittsam sjukdom är det emellertid för utredningens skull av stor betydelse att polis och åklagare kan få del av uppgifter beträffande när den misstänkte konstaterats vara smittad,

vilken information om sjukdomen han fått av sin läkare, vilka råd som givits honom m.m. Nuvarande sekretessbestämmelser innebär i princip, som tidigare nämnts, att en fullständig brottsutredning endast kan genomföras om den enskilde samtycker till att sekretessen efterges. Detta kan i vissa fall innebära att förutsättning för åtal endast föreligger om sådant samtycke ges.

Avvägningen mellan intresset av en effektiv brottsbekämpning och intresset av vårdsekretess är ingen enkel fråga. Efter övervägande anser emellertid kommittén att starka skäl talar för att sekretessen inom sjukvård och socialtjänst inte får drivas så långt att den riskerar att leda till ofullständiga eller felaktiga brottsutredningar i de allvarliga fall som här är i fråga. Intresset av ett korrekt beslutsunderlag för åklagare och domstolar vid de aktuella gärningarna väger mycket tungt, såväl med hänsyn till den enskilde målsäganden som med hänsyn till den större allmänhet som straffbestämmelserna i ett vidare perspektiv avser att skydda. Vidare är det otillfredsställande att resultatet av åtal kan bli helt olika beroende på om den misstänkte efterger sekretessen eller inte; till del kan detta även bero på hur utredaren väljer att rubricera den misstänkta gärningen. Kommittén föreslår därför att sekretesslagen ändras, så att sekretessen inte hindrar vårdpersonal eller personal vid socialtjänsten att lämna de uppgifter som behövs till åklagare och polis då det föreligger misstanke om att en person begått sådan gärning som inneburit att han utsatt annan för risk att smittas av allvarlig sjukdom enligt den av kommittén föreslagna nya straffbestämmelsen (se 30.3 ovan). Detta skall också gälla om fråga är om grov misshandel eller försök därtill, som begåtts genom överföring eller försök till överföring av sådan smittsam sjukdom som avses i den nya straffbestämmelsen. Däremot berörs inte brotten vållande till kroppsskada eller sjukdom eller framkallande av fara för annan. En följd av den föreslagna förändringen i sekretesslagen blir att motsvarande förändringar kommer att gälla beträffande möjligheten att ställa frågor till vittnen under rättegång samt vad gäller företeende av skriftlig handling inför domstol.

30.5 Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Som framgått av kap. 12.10 finns enligt rättegångsbalken och lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål möjlighet att i vissa fall tvångstesta en person för smittsam sjukdom då denne misstänks ha begått en brottslig gärning. Vidare föreslår kommittén att smittskyddslagen skall innehålla regler som medger tvångsun-

dersökning, då en person med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom och då ovissheten om så är fallet medför påtaglig risk för att andra människor kan smittas (se kap. 26).

Polismyndigheten i Stockholms län har i skrivelse till kommittén, kommitténs diarienummer 3/96, framfört viss kritik mot de befintliga bestämmelserna om tvångstestning. Polismyndigheten har bl.a. pekat på att lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål endast kan tillämpas vid hivinfektion och inte vid andra smittsamma sjukdomar och att en förutsättning för undersökning enligt lagen är att den person som man önskar undersökt är skäligen misstänkt för brott. Vidare har påpekats att det vid de brott polisen riskerar utsättas för i sin tjänst enligt lagen krävs att det skall föreligga någon konkret omständighet som tyder på att den misstänkte är smittad. Polismyndigheten menar att det bör finnas en möjlighet för den som inom ramen för sin tjänstgöring utsätts för smittrisk från den som är frihetsberövad att efter begäran få en provtagning genomförd, och att det därvid inte bör krävas några särskilda omständigheter som tyder på att den frihetsberövade är smittad av hivinfektion.

Det ankommer inte på kommittén att mera generellt överväga reglerna om provtagning vid misstanke om brottslig gärning. Med anledning av vad polismyndigheten i Stockholm anfört har kommittén emellertid övervägt om förutsättningarna för provtagning enligt lagen om undersökning beträffande hivsmitta i brottmål är ändamålsenliga eller om någon utvidgning bör ske för att stärka skyddet för dem som i sitt arbete kan utsättas för särskild risk att smittas av allvarliga sjukdomar. Kommittén är medveten om att polisens arbete i många fall är av utsatt natur och att den enskilde polismannen i sin yrkesutövning kan försättas i situationer där det är svårt att skydda sig mot smittrisk. Även andra yrkesgrupper, exempelvis sjukvårdspersonal, kan emellertid utsättas för smittrisk i sitt arbete. Med beaktande av de krav som i regeringsformen uppställs för att medborgarna skall få utsättas för påtvingade kroppsliga ingrepp (se kap. 12.10), anser kommittén inte att polisarbetets utsatta karaktär eller den påfrestning det innebär för en polisman att avvakta resultatet av en undersökning av honom själv utgör tillräckliga skäl för att utvidga möjligheterna till provtagning beträffande hivinfektion på den misstänkte. Om situationen ändras bör det dock inte vara uteslutet att ompröva detta kommitténs ställningstagande. Ett skäl för detta skulle t.ex. kunna vara att det visas att snabbt insatt förebyggande behandling av personer som utsatts för smitta klart minskar risken för smittoöverföring. Under senare år har antiviral förebyggande behandling givits till bl.a. sjukvårdspersonal i samband med hivsmittotillbud. Enligt tidigare rapporter hade detta tveksam effekt eller ingen effekt alls. Nyligen publicerades dock

resultat från studier som talar för att angiven profylax tycks ha viss skyddande karaktär. Med hänsyn till osäkerheten av effekten av den förebyggande behandling som kan ges idag, anser kommittén emellertid att förekomsten av detta inte för närvarande utgör skäl att utvidga möjligheterna till provtagning. Däremot anser kommittén att skäl saknas att endast låta lagen omfatta hivinfektion. Även vad gäller andra svåra smittsamma sjukdomar än hivinfektion kan det vara av vikt för den som utsatts för smittrisk vid brottslig gärning att få reda på om gärningsmannen är smittad. Att utvidga lagen till att omfatta alla s.k. allmänfarliga smittsamma sjukdomar (se kap. 23) skulle emellertid föra alltför långt. Kommittén stannar istället vid att föreslå att vissa allvarliga sjukdomar som kan överföras genom att målsäganden kommer i kontakt med gärningsmannens blod bör omfattas av lagen. Härmed avses förutom hivinfektion även hepatit B och C. Även ifråga om dessa sjukdomar kan det ta avsevärd tid för målsäganden att få veta om han själv är smittad. En konsekvens av den föreslagna förändringen blir att lagen fortsättningsvis bör rubriceras på så sätt att det av rubriken framgår att lagen omfattar fler smittsamma sjukdomar än hivinfektion.

31 De s.k. bastuklubbarna

Genom lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagen), som trädde i kraft 1987, förbjöds de s.k. bastuklubbarna och andra liknande verksamheter. Syftet med förbudet var att motverka hivspridning på klubbarna. Bakgrunden till lagen utgjordes bl.a. av en rapport från Socialstyrelsen, i vilken konstaterades att verksamheten vid de aktuella klubbarna innebar en risk för spridning av hivinfektion (se kap. 11.1). I sina direktiv har kommittén ålagt att utvärdera bastuklubbslagen. Kommittén har därvid i första hand sett som sin uppgift att analysera om lagen, i enlighet med sitt syfte, leder till ökat skydd mot smitta av vissa samhällsfarliga sjukdomar.

Bastuklubbslagen förbjuder anordnande av tillställningar eller sammankomster som är ägnade att underlätta sexuellt umgänge mellan besökare. Både klubbar som inriktar sig på homosexuella besökare och sådana som riktar sig till heterosexuella omfattas av lagen. De klubbar som funnits har emellertid i den absoluta majoriteten fall vänt sig till homosexuella män. Som påpekats i kap. 11.3 saknas tillgängliga statistiska uppgifter om hur många som hivsmittats vid besök på bastuklubb. Dyliga uppgifter finns vare sig för tiden före eller för tiden efter förbudets ikraftträdande. De studier där hivsmittade personer tillfrågats om smittvägar innehåller inte heller någon sådan information. Av kontakter som tagits med några av sjukhuskliniker i Stockholmsområdet (se kap. 11.3) framgår visserligen att det på Venhälsan (som är en mottagning särskilt för homo- och bisexuella män) inte bedöms vara ovanligt att personer kommer för att hivtesta sig därför att de haft anonyma sexuella kontakter på videoklubb eller liknande. Endast ett fåtal smittade personer har dock uppgett sådana kontakter som eventuell smittkälla. På övriga tillfrågade kliniker anses det ovanligt att en patient uppger anonyma sexuella kontakter som motiv för testning eller som eventuell smittkälla.

Till skillnad från Sverige har Finland, Norge och Danmark inte något förbud mot bastuklubbar, och sådana klubbar förekommer också i dessa länder. I Danmark har det kunnat konstateras att det trots information om smittrisen och tillhandahållande av kondomer m.m. fortfa-

rande förekommer oskyddat sexuellt umgänge på klubbarna. Om någon smittspridning sker där känner man emellertid inte till. Även i Norge har man uppfattningen att det förekommer oskyddat sexuellt umgänge på klubbarna och man menar att där finns en smittrisk; man bedömer dock att klubbverksamheten inte spelar någon central roll i hivepidemins utveckling eftersom samma sorts beteende även förekommer på andra platser. I Finland finns endast ett fåtal klubbar och egentlig kännedom om verksamheten på dessa idag saknas.

Förbudet mot bastuklubbar har ända sedan sin tillkomst varit mycket omdiskuterat. Vissa har hävdat att förbudet bör bibehållas p.g.a. smittriskan på klubbarna. Andra har kraftigt kritiserat lagen. Kritikerna har bl.a. framhållit att förbudet motverkar sitt syfte, då det på klubbarna ges unika förutsättningar att påverka människors beteende genom information om säkert sexuellt beteende, testning och samtalsterapi samt genom tillhandahållande av kondomer. Det har även anförts att kriminaliseringen medfört att homosexuella män i stället tvingas träffas på platser såsom parker, badanstalter och allmänna toaletter där de löper större risk att utsättas för våld. Vidare har man menat att lagen, trots att den i och för sig både gäller hetero- och homosexuellt beteende, i praktiken är diskriminerande då anonyma sexuella kontakter till allra största delen förekommer bland homosexuella.

Bastuklubbslagen har även kritiserats för att den är svår att tillämpa. Från polismyndigheten har framförts att gränsdragningen mellan tillåten och otillåten verksamhet är svår att göra, eftersom lagens förarbeten inte innehåller tillräckligt konkreta uttalanden. Praxis ger inte alla gånger ledning; endast ett fåtal domar på området har meddelats, och ännu har inte något fall prövats av Högsta domstolen.

Kommittén har, som inledningsvis nämnts, haft i uppgift att utvärdera bastuklubbslagen. Detta får med hänsyn till kommitténs övriga uppdrag förstås så att det är fråga om att utvärdera lagen utifrån ett smittskyddsperspektiv. Det ankommer inte på kommittén att anlägga moraliska aspekter eller att värdera lagen från andra synpunkter än sådana som har anknytning till smittskyddet. En central fråga är då om bastuklubbslagen haft någon inverkan på hivepidemin. Syftet med verksamheten på bastuklubbarna, att utöva anonymt sexuellt umgänge med tillfälliga kontakter, får i och för sig anses vara sådant att man svårligen kan bortse från den smittrisk som kan föreligga. Miljön på själva inrättningarna underlättar också ett högriskbeteende, dvs. oskyddat sexuellt umgänge med okända. Motsvarande beteende förekommer dock i dag även på andra ställen – i parker, på offentliga toaletter m.m. – där möjlighet att ingripa enligt bastuklubbslagen saknas. Det förefaller som om den typ av bastuklubbar som fanns vid

lagens tillkomst nu försvunnit, men det finns sannolikt fortfarande videoklubbar på vilka liknande verksamhet förekommer.

Mot bakgrund av de uppgifter om smittspridning m.m. som kommittén haft att tillgå får det anses oklart i vad mån förbudet i bastuklubbslagen haft den åsyftade effekten på hivepidemin; några konkreta belägg för att lagen haft någon inverkan på epidemins förlopp står knappast att finna. Med hänsyn härtill saknas, enligt kommitténs uppfattning, grund för att hävda att ett totalförbud mot bastuklubbar är motiverat av smittskyddsskäl. Kommittén vill dock kraftigt understryka att totalförbudets avskaffande *inte* får ses som ett tecken på att den på klubbarna utövade verksamheten är riskfri från smittskyddssynpunkt. Vid oskyddat sexuellt umgänge med en partner man inte känner närmare finns alltid en risk för smittoöverföring. Hivinfektion är alltså en utomordentligt allvarlig sjukdom för vilken ingen bot finns. Det kan inte heller uteslutas att nya allvarliga varianter av sexuellt överförbara sjukdomar kan dyka upp i framtiden. Av dessa skäl anser kommittén att regleringen inte kan lämnas helt öppen. Lagstiftningen måste utformas så att den ger möjlighet till ingripande om förhållandena i ett enskilt fall är sådana att det kan antas föreligga konkret risk för smittspridning.

I princip finns inte stöd för ingripande mot bastuklubbar (om fråga inte är om ingripande p.g.a. brott enligt brottsbalken eller liknande) enligt annan befintlig lagstiftning än enligt bastuklubbslagen. Ordningsslagen innehåller visserligen bestämmelser om vad som gäller vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, men i normalfallet kan den verksamhet som sker vid bastuklubbar varken betraktas som allmän sammankomst eller som offentlig tillställning enligt lagens nuvarande lydelse (undantagsvis kan dock verksamheten vid klubbarna omfattas av den grundlagsskyddade mötesfriheten; arrangementet är då att betrakta som en allmän sammankomst). Någon typ av lagändring krävs således för att möjliggöra ingripanden vid missförhållanden på bastuklubbar i det enskilda fallet.

Vad gäller formen för ett ingripande kan olika alternativ diskuteras. En möjlighet är att skapa ett tillståndssystem för klubbarna, vilket skulle ge möjlighet att i det enskilda fallet framtvunga en sådan förändring av verksamheten att denna kan godtas från smittskyddssynpunkt. Lösningen övervägdes redan i förarbetena till nuvarande bastuklubbslag. För erhållande av tillstånd skulle vissa villkor uppställas, bl.a. beträffande lokalernas utformning, information, tillhandahållande av kondomer m.m. Om villkoren inte uppfylls tvingas verksamheten att upphöra. I likhet med vad som framfördes i förarbetena till bastuklubbslagen, anser dock kommittén att en dylik modell är förenad med betydande svårigheter. Redan utformningen av villkoren innebär problem. Det

finns också en risk för att ett tillstånd kan uppfattas som en garanti mot smittrisk. Kommittén kan därför inte ställa sig bakom en sådan modell.

Kommittén förordar istället en lösning som inte kräver särskilt tillstånd för anordnande av bastuklubsverksamhet, men som ger myndigheterna möjlighet att ingripa i ett enskilt fall om konkreta missförhållanden föreligger. Införandet av en ny, särskild lag med sådana bestämmelser bör emellertid undvikas. Behandlandet av bastuklubbarna i en egen lag kan befaras bidra till utpekande av och fördomar mot homosexuella i allmänhet. Vid undvikande av en särskild lag ligger ett par alternativ närmast till hands. En variant är att inta bestämmelser om bastuklubbar i smittskyddslagen. På så sätt kan den epidemiologiska grunden för regleringen tydligt betonas. Det finns dock lagtekniska invändningar mot en dylik konstruktion. Lösningen skulle innebära att man i smittskyddslagen skulle behöva införa ett antal bestämmelser om organisation och tillsyn, möjlighet till upplösning av sammankomster, polisens befogenheter i sammanhanget m.m. Bestämmelserna skulle bli tämligen omfattande och i många delar helt främmande för en lag vars uppgift är att reglera samhällets smittskydd. Denna lösning kan därför inte anses lämplig. Ett alternativ som ter sig mer tilltalande är att reglera bastuklubbarna genom en komplettering av bestämmelserna i ordningslagen (1993:1617). Ordningens mest centrala delar innehåller bestämmelser till upprätthållande av ordning och säkerhet vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar såsom demonstrationer, marknader, danstillställningar m.m. Bastuklubbarna är i och för sig – vilket framgått ovan – enligt rådande bestämmelser som huvudregel vare sig att anse som allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar. Det kan därför förefalla som om klubbarna är en främmande företeelse jämfört med vad som i övrigt regleras i ordningslagen. I likhet med de offentliga tillställningarna får emellertid bastuklubbarna anses vara av nöjeskaraktär. Dessutom förekommer i ordningslagen bestämmelser om förbud mot pornografiska föreställningar och om möjlighet att föreskriva att sammankomster och tillställningar inte får hållas inom visst område för att motverka epidemi. Med hänsyn härtill bör även bastuklubbarna kunna regleras i nämnda lag, utan att detta framstår som alltför avvikande. Kommittén anser att en lämplig lösning är att i ordningslagen jämställa bastuklubbarna med offentliga tillställningar. Härigenom kan bastuklubbarna i huvudsak kontrolleras med hjälp av det för de offentliga tillställningarna redan gällande regelsystemet. Några principiella hinder mot en sådan modell finns inte.

Ett jämställande av bastuklubbarna med offentliga tillställningar medför att de regler som gäller för offentliga tillställningar, bl.a. beträffande upplösning och förbud, blir tillämpliga på klubbarna. Detta innebär t.ex. att en bastuklubb kan upplösas om det där förekommer något

som strider mot lag (t.ex. narkotikahandel eller dobbleri) eller om verksamheten medför oordning eller fara för de närvarande (exempelvis p.g.a. smittrisk). Upplösning kan dock endast ske om mindre ingripande åtgärder visat sig vara otillräckliga. Vidare medför nu diskuterad reglering att bestämmelserna om anmälan av offentliga tillställningar skall tillämpas beträffande bastuklubbarna. Bestämmelserna innebär bl.a. att anordnande av bastuklubb måste anmälas till polisen. Anmälan skall innehålla uppgifter om anordnaren, tiden för tillställningen, dens art och huvudsakliga utformning samt de åtgärder ifråga om ordning och säkerhet som anordnaren avser vidta. Som tidigare nämnts kan det tänkas att det vid en bastuklubb undantagsvis förekommer verksamhet som omfattas av den i grundlagen skyddade mötesfriheten. Arrangemanget kan då vara att betrakta som en allmän sammankomst och inte som en offentlig tillställning; vad som skall gälla får avgöras utifrån en helhetsbedömning av verksamheten i varje enskilt fall. Sannolikt är detta dock mer ett teoretiskt än praktiskt problem. Skulle verksamheten vara att betrakta som en allmän sammankomst skall ordningslagens regler om sådana tillämpas. I vissa fall har allmänna sammankomster ett starkare skydd än offentliga tillställningar. Men skulle verksamheten vid en allmän sammankomst innebära att de närvarande hotades att smittas av en allvarlig sjukdom, torde emellertid även denna kunna upplösas och förbjudas (se vidare författningskommentaren, kap. 36.7).

32 Uppgiftsskyldighet och sekretess

32.1 Allmänna utgångspunkter

I motiven till gällande smittskyddslag, prop. 1988/89:5, påpekade departementschefen att det i smittskyddsarbetet inte sällan framträder de intressemotsättningar som finns när det gäller å ena sidan smittskyddsmyndigheternas behov av tämligen detaljerade uppgifter av ofta känslig natur om enskilda individer och å andra sidan den enskildes intresse av att värna sin personliga integritet. Enligt departementschefen förutsatte ett effektivt smittskydd att de smittade har förtroende för och känner säkerhet i myndigheternas åtgärder. Den viktigaste förutsättningen i detta hänseende torde enligt henne vara den sekretess som gäller i smittskyddsarbetet eller som direkt berör denna verksamhet. När det gällde möjligheterna till informationsutbyte framhöll departementschefen att utgångspunkten måste vara att en uppgift får lämnas endast då det är nödvändigt för smittskyddsarbetet. Detta innebär att endast sådana uppgifter som är relevanta för smittskyddsarbetet får lämnas och endast till den som oundgängligen behöver uppgifterna i sin verksamhet. Bestämmelserna om utlämnande fick emellertid enligt henne inte utformas så restriktivt att smittskyddet starkt försvåras.

Kommittén anser att dessa grundsatser bör gälla även fortsättningsvis. Nuvarande smittskyddslag innehåller flera sekretessbrytande bestämmelser som införts i syfte att bl.a. smittskyddsläkaren skall få tillgång till för honom nödvändiga uppgifter. Enligt kommitténs uppfattning är nuvarande bestämmelser i huvudsak nödvändiga och också tillräckliga för att ge goda möjligheter till nödvändigt informationsutbyte, även med beaktande av de förändringar av smittskyddslagstiftningen som kommittén föreslår. Några frågor föranleder dock en särskild diskussion och tas därför upp särskilt i följande avsnitt. Frågor som rör sekretessen vid det straffrättsliga förfarandet, såsom som lämnande av sekretessbelagda uppgifter vid förundersökning i brottmål då någon misstänks sprida smitta, behandlas i kap. 30.4.

I det här sammanhanget skall uppmärksammas att regeringen i april 1998 har utfärdat direktiv för en särskild kommitté med uppdrag att

bl.a. göra en allmän översyn av sekretesslagen. Kommittén är dock ännu inte tillsatt. Enligt direktiven ingår i uppdraget frågor om bl.a. förutsättningarna för att öka uppgiftslämnandet mellan myndigheter och behovet av och möjligheterna av att ändra bestämmelsen i 14 kap. 2 § fjärde stycket sekretesslagen (SkrL) rörande bl.a. hälso- och sjukvårdens möjligheter att till polis m.fl. lämna uppgifter vid förundersökning i brottmål. I detta uppdrag berörs således även frågor som är av intresse för smittskyddet. Uppdraget i de delar som avser den allmänna översynen av sekretesslagen skall enligt direktiven vara avslutat senast den 1 maj 2001.

32.2 Allmänna bestämmelser om utlämnande av uppgifter

I gällande smittskyddslag finns särskilda bestämmelser om utlämnande av uppgifter mellan smittskyddsläkare och berörda myndigheter m.fl. som syftar till att möjliggöra ett så effektivt smittskyddsarbete som möjligt; nämligen 8 § respektive 12 § andra stycket. Enligt 8 § smittskyddslagen har smittskyddsläkaren rätt att få upplysningar och ta del av handlingar hos kommunala nämnder som ansvarar för det objektinriktade smittskyddet och hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Smittskyddsläkaren har å sin sida skyldighet att i vissa fall lämna uppgifter till andra smittskyddsläkare och till behandlande läkare. Dessa bestämmelser har stor betydelse för smittskyddsarbetet och bör enligt kommittén bibehållas även i en förändrad smittskyddslag.

32.3 Uppgiftslämnande i samband med utredning hos smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkaren får enligt kommitténs förslag ett uttryckligt ansvar för att bevaka att den smittade får tillgång till det stöd eller den vård som behövs för att minska smittspridningen. För att nödvändig utredning skall kunna komma till stånd krävs att smittskyddsläkaren får tillgång till den information som behövs och att smittskyddsläkaren kan lämna nödvändiga uppgifter till bl.a. socialnämnd och ansvariga för vård inom hälso- och sjukvården. Enligt 29 § i gällande smittskyddslag har smittskyddsläkaren rätt att få uppgifter från bl.a. nu nämnda myndigheter beträffande vissa av regeringen föreskrivna samhällsfarliga

sjukdomar. En motsvarande bestämmelse bör finnas även i den nya lagen. Emellertid anser kommittén att rätten för smittskyddsläkaren att inhämta uppgifter bör omfatta samtliga smittsamma sjukdomar för vilka isolering oberoende av samtycke kan komma i fråga, dvs. allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Beträffande samtliga dessa föreligger ett sådant smittskyddsintresse av att åtgärder vidtas att det inte finns skäl att göra ytterligare begränsningar av när smittskyddsläkaren skall ha rätt att få uppgifter från andra myndigheter. Det bör erinras om att denna grupp av sjukdomar är mycket begränsad i jämförelse med antalet samhällsfarliga sjukdomar i nu gällande lag.

Vidare bör smittskyddsläkaren ha en uttrycklig rätt att lämna de uppgifter som är nödvändiga för att den enskilde skall kunna få erforderlig vård, behandling eller annat stöd. Visserligen torde smittskyddsläkaren redan nu i många fall vara oförhindrad att lämna ut sådana uppgifter till bl.a. socialnämnd eller vårdansvariga enligt hälso- och sjukvårdslagen, i varje fall när uppgiftslämnandet kan anses vara till förmån för den enskilde. För att undanröja eventuella tveksamheter bör emellertid rätten att lämna uppgifter uttryckligen framgå i den rättsliga regleringen.

Kommittén anser däremot inte att det finns skäl att utvidga möjligheterna till ett mer fritt informationsutbyte mellan smittskyddsläkaren och andra myndigheter än vad som ovan föreslagits. Enligt vad kommittén erfarit förekommer t.ex. att särskilda konferenser hålls mellan smittskyddsläkare, behandlande läkare, socialtjänst, polismyndigheter m.fl., vid vilka behandlas frågor rörande bl.a. vem som skall ha det huvudsakliga ansvaret för behövliga åtgärder. Sekretesslagen ger ytterst få möjligheter till att vid sådana tillfällen ta upp individuella ärenden, om inte den enskilde samtycker till detta. Enligt kommitténs uppfattning bör ingen ändring ske på denna punkt.

Enligt 30–31 §§ i gällande smittskyddslag skall smittskyddsläkaren i vissa fall underrätta bl.a. socialnämnd och polismyndighet om en hivpositiv inte har följt eller misstänks inte ha följt för honom eller henne meddelade förhållningsregler. Underrättade myndigheter har herefter skyldighet att anmäla förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs.

Bestämmelsen infördes för att förbättra smittskyddsläkarens möjligheter att kontrollera att de smittade följer erhållna förhållningsregler. Enligt vad kommittén erfarit synes bestämmelserna dock haft en liten betydelse i praktiken. Såvitt framgått har återrapportering använts i mycket begränsad omfattning och främst tillgripits när det gäller prostituerade. Det finns därför skäl att ifrågasätta om denna underrättelseskyldighet bör bibehållas. Även rent principiella skäl kan anföras mot

att t.ex. socialnämnden härigenom får en övervakningsfunktion inom smittskyddet vilket kan ha negativ inverkan på förtroendet mellan klienten och handläggande socialtjänsteman. I de allra flesta fall torde möjligheterna till informationsutbyte enligt ovan föreslagna bestämmelser vara tillräckliga. Emellertid kan det undantagsvis förekomma situationer då dessa bestämmelser inte ger smittskyddsläkaren erforderliga möjligheter att utreda huruvida en smittad, som anmälts av sin behandlande läkare, utsätter andra för smittrisk. Skäl föreligger därför att ålägga vissa myndigheter, däribland socialnämnden, en tidsbegränsad skyldighet att anmäla förhållanden som tyder på att en smittad inte vidtar de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta. Denna möjlighet får dock endast användas då det är nödvändigt för smittskyddsläkarens utredning rörande behovet av insatser för en enskild smittad. I konsekvens med kommitténs övriga bedömningar av uppgiftsskyldigheterna bör nu berörd skyldighet omfatta samtliga allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

32.4 Uppgiftslämnande avseende smittade personer som intagits på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård

Enligt gällande reglering finns vissa sekretessbrytande bestämmelser som syftar till att minska risken för smittspridning då en smittad person befinner sig på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård. Så skall behandlande läkare enligt 32 § i gällande smittskyddslag underätta läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården vid kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård då en patient med *hivinfektion* intagits på anstalten eller vårdinrättningen. Vidare har hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma vid bl.a. kriminalvårdsanstalt, LVM-hem och s.k. särskilda ungdomshem skyldighet att i vissa fall underätta styresmannen vid anstalten respektive den som förestår hemmet om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom (37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, 4 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), 12 § 3 st lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård). Bestämmelserna infördes med hänsyn till bl.a. att den behandlande läkaren har begränsade möjligheter att kontrollera att den smittade följer förhållningsreglerna

då han eller hon är tvångsomhändertagen. Med hänsyn till att särskilda åtgärder kan krävas för minska riskerna för smittspridning inom anstalten eller vårdinrättningen bör motsvarande bestämmelser behållas. Som påpekats i tidigare förarbeten (prop. 1995/96:23) får det anses föreligga ett särskilt ansvar för att personer som blivit föremål för tvångsomhändertagande inte skall utsättas för risk att smittas av allvarliga smittsamma sjukdomar. Bestämmelserna bör omfatta allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

Enligt 32 § i gällande smittskyddslag skall den ansvarige läkaren vid kriminalvårdsanstalten eller vårdinrättningen underrätta den behandlande läkaren om han finner att den intagne smittade inte kan tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras. I praktiken torde förhållandena dock vara sådana att den behandlande läkaren inte kan vidta andra åtgärder än en formell anmälan till smittskyddsläkaren. Enligt kommittén framstår det som mer ändamålsenligt att den ansvarige läkaren direkt kontaktar smittskyddsläkaren då problem med smitt-risk uppstår vid anstalten eller vårdinrättningen. Med hänsyn härtill bör det uttryckligen anges i lagen att den ansvarige läkaren i sådant fall skall underrätta smittskyddsläkaren.

Hälso- och sjukvårdspersonalens upplysningsskyldighet är något mera långtgående enligt bestämmelserna i LVM och LVU och för verkställighet av sluten ungdomsvård än enligt 37 § kriminalvårdslagen. Enligt de först nämnda bestämmelserna skall föreståndaren för vården i princip alltid underrättas med undantag för sådana situationer då det står klart att det inte finns risk för smittspridning. Underrättelseskyldighet enligt kriminalvårdslagen föreligger endast om underrättelse behövs med hänsyn till faran för smittspridning. Motiven för de olika formuleringarna är enligt prop. 1995/96:23 att de som vårdas enligt LVU eller LVM i mycket stor utsträckning har allvarliga missbruksproblem vilket ökar risken för spridning av smittsamma sjukdomar. Emellertid förekommer även inom kriminalvården klientel med sådant allvarligt missbruk eller med sådana psykiska eller sociala störningar som kan medföra en ökad risk för smittspridning. Enligt kommitténs mening finns det därför inte någon anledning att uppgiftsskyldigheten enligt kriminalvårdslagens bestämmelse utformas annorlunda än vad som gäller enligt bl.a. LVM. Till detta kommer att aktuell underrättelseskyldighet rör synnerligen allvarliga smittsamma sjukdomar vilket talar för att styresmannen vid kriminalvårdsanstalten i regel bör få kännedom om att en intagen är smittad av sådan sjukdom. Motsvarande bör även gälla uppgiftsskyldigheten enligt lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

Nu berörda bestämmelser har tillkommit mot bakgrund av de särskilda förhållanden som råder vid tvångsomhändertaganden. Uppgiftslämnandet innebär inte heller att de utlämnade uppgifterna inte längre är skyddade eftersom sekretess råder vid samtliga nu berörda verksamheter. Här bör också uppmärksammas att det även vid andra verksamheter kan finnas behov av att föreståndare eller personal underrättas om att någon som vistas vid verksamheten bär på en smittsam sjukdom. Kommittén anser dock att det skulle föra för långt att ytterligare öppna möjligheterna att lämna ut sekretesskyddade uppgifter.

32.5 Sekretessen i smittskyddsmål

32.5.1 Något om den rättsliga regleringen

Beslut enligt smittskyddslagen omfattas som huvudregel av sekretess enligt 7 kap. 1 § SekrL. Undantag görs dock i 7 kap. 2 § 2 p för beslut som angår frihetsberövande åtgärd, utom då det är fråga om sådana smittsamma sjukdomar som anges i 1.3 bilagan till smittskyddslagen (dvs. gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle).

Undantaget för beslut som angår frihetsberövande åtgärd innebär således att beslutet är offentligt. Motsvarande undantag från sekretess gäller vid andra beslut om vård eller omhändertagande utan samtycke enligt LVM, LVU och vid psykiatrisk tvångsvård.

I sekretesslagen finns vidare i 12 kap. särskilda bestämmelser om sekretess hos domstolar. Dessa bestämmelser är tillämpliga även på förvaltningsdomstolarnas handläggning av mål och ärenden enligt smittskyddslagen. Av bestämmelserna följer att om en domstol i sin rättsskipande verksamhet från annan myndighet erhåller en uppgift som är sekretessbelagd där, gäller sekretessen också hos domstolen (12 kap. 1 §). Sekretess vid domstol för en uppgift upphör dock om uppgiften förebringas vid offentlig förhandling varmed menas att uppgiften faktiskt åberopats eller föredragits vid förhandlingen. Förvaltningsdomstolar har emellertid en relativt vitt gående möjlighet att hålla förhandling inom stängda dörrar, vilket innebär att förhandlingen inte är offentlig. Enligt 16 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) får rätten förordna om att förhandling skall hållas inom stängda dörrar om det kan *antas* att vid förhandlingen kommer att förebringas uppgift för vilken sekretess gäller. Om förhandlingen hålls inom stängda dörrar bibehålls sekretessen för uppgifter som har förebringats vid förhandlingen (12 kap. 3 § SekrL). För fortsatt sekretess krävs dock att domstolen, när målet avslutas, förordnar att sekretessen skall bestå. Om

en uppgift tas in i domstolens dom eller beslut upphör normalt all sekretess för den uppgiften (12 kap. 4 §). Domstolen kan dock – under förutsättning att sekretess fortfarande gäller för en uppgift – sekretessbelägga även uppgifter i domskälen. Domslutet kan i princip inte sekretessbeläggas. Om beslutet omfattas av undantagsregeln i 7 kap. 2 § saknar domstolen också möjlighet att sekretessbelägga de uppgifter som ingår i domen eller beslutet.

Undantagsreglerna i 7 kap. 2 § om vissa besluts offentlighet innebär således att de uppgifter som framgår av själva domen eller beslutet blir offentliga. Beträffande övriga uppgifter som finns tillgängliga i målet kan domstolen förordna att sekretessen skall bestå.

32.5.2 Kommitténs överväganden

De undantag för frihetsberövande åtgärder som regleras i 7 kap. 2 § SekrL har motiverats av att rättssäkerhetsintresset av möjlighet till insyn i dessa mål gör sig starkt gällande. I den promemoria som låg till grund för propositionen om sekretesslagen ansågs det särskilt betydelsefullt att beslut om frihetsberövande åtgärder inte skulle kunna fattas i hemlighet. Departementschefen anslöt sig till denna syn och ansåg det angeläget att slå vakt om offentlighetsintressena när det gällde tvångsmässiga omhändertaganden av enskilda (prop. 1979/80:2 s. 164).

Kommittén anser att på motsvarande sätt som nu skall sekretessen inom hälso- och sjukvården inte gälla beslut enligt smittskyddslagen om beslutet angår frihetsberövande åtgärd. Enligt kommittén bör motsvarande offentlighetsregel även gälla sådana föreskrifter som kan meddelas i stället för isolering oberoende av samtycke. Beträffande övriga beslut gör sig offentlighetsintressena däremot inte lika starkt gällande varför undantaget från sekretess bör begränsas till de beslut som nu nämnts.

En särskild fråga är dock om sekretess fortfarande skall gälla beslut om frihetsberövande vid sådana sjukdomar som anges i 1.3 bilagan till nu gällande smittskyddslag. Här kan först konstateras att enligt kommitténs förslag har antalet sjukdomar för vilka tvångsåtgärder kan vidtas starkt begränsats. Beträffande de sjukdomar som omfattas av bilaga 1.3 till smittskyddslagen är det endast hivinfektion som idag kan hänföras till de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna. Vidare har nästan samtliga mål enligt smittskyddslagen angått frihetsberövande åtgärd vid hivinfektion. Diskussionen koncentreras därför till sådana beslut som berör hivinfektion.

Enligt kommittén talar rättssäkerhetsskäl starkt för att även beslut som rör frihetsberövande av hivpositiva bör vara offentliga. Med hänsyn till att ett frihetsberövande utgör ett allvarligt ingrepp i den enskildes personliga frihet är det, som ovan anförts, av stor vikt att sådana beslut kan bli föremål för offentlig insyn och kontroll. Den enskildes rättssäkerhetskrav torde därvid inte vara mindre framträdande vid hivinfektion än vid andra smittsamma sjukdomar. Med beaktande av att det i ett flertal isoleringsfall varit fråga om fleråriga frihetsberövanden har, enligt kommitténs uppfattning, kravet på offentlig insyn gjort sig särskilt starkt gällande. Enligt kommitténs förslag har tiden för isolering oberoende av samtycke begränsats så att isolering kan äga rum i sammanlagt högst sex månader. Även om en tidsgräns sålunda införts anser kommittén, med hänsyn till det ingrepp åtgärden utgör för den enskilde, inte att denna ändring minskar intresset av möjlighet till offentlig insyn i dessa mål.

Kommittén har vidare i flera sammanhang betonat vikten av en förändrad syn på hivinfektion och framhållit att man bör sträva mot en likartad behandling i lagstiftningen av hivinfektion och andra allvarliga smittsamma sjukdomar. Det framstår också som svårt att motivera att en åtskillnad görs mellan nu aktuella frihetsberövanden och frihetsberövanden vid t.ex. psykisk sjukdom eller sådant missbruk som motiverar tvångsvård enligt LVM. Uppgifterna i dessa mål torde i flera fall vara likartade med de uppgifter som framkommer i ett mål om isolering vid hivinfektion.

Här bör också beaktas att motsvarande sekretess inte gäller i brottmål som rör en person som överfört smitta av hivinfektion till annan person. Identiska uppgifter rörande samma person kan således vara sekretessbelagda i domen i smittskyddsålet men inte i den offentliga domen i brottmålet. Motsvarande förhållande gäller beträffande en hivpositiv person som är eller har varit aktuell för tvångsvård enligt annan lagstiftning respektive beslut om isolering enligt smittskyddslagen.

Mot dessa argument får vägas den stora betydelse hälso- och sjukvårdssekretessen har för den enskildes förtroende för kontakterna med sjukvården. Som kommittén påpekat i kap. 22 förekommer fortfarande fördomar och obefogad rädsla inför hivinfektion, även om allmänhetens kunskaper och syn på sjukdomen har blivit mer nyanserade och realistiska. Det finns därför skäl att beakta de negativa konsekvenser som ett offentliggörande av integritetskänsliga uppgifter i ett mål om t.ex. isolering oberoende av samtycke kan medföra för den som berörs.

Kommittén vill dock betona att undantaget beträffande sekretess inte innebär att sekretessen släpps beträffande samtliga uppgifter som funnits tillgängliga i målet. Domstolarna har relativt stor frihet att

begränsa vilka uppgifter som redovisas i domen. I princip är endast de omständigheter och resonemang som ligger till grund för domslutet nödvändiga. I övrigt kan sekretessen behållas. Oavsett de invändningar som påpekats ovan anser kommittén att rättssäkerhetsaspekterna gör sig så starkt gällande att skälen för att ta bort aktuellt undantag vid hiv-infektion väger över. Kommittén föreslår därför att beslut som rör frihetsberövande vid hivinfektion skall vara offentliga på motsvarande sätt som andra beslut om frihetsberövanden.

33 Ekonomiska förmåner vid smittskyddsåtgärder

33.1 Kostnadsfrihet vid undersökning, vård eller behandling samt för läkemedel enligt smittskyddslagen

33.1.1 Allmänna utgångspunkter

Enligt gällande bestämmelser i smittskyddslagen om kostnadsfrihet för den enskilde är all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri för patienten inom landstingets hälso- och sjukvård. Även undersökning hos en privatpraktiserande läkare är kostnadsfri för den enskilde under förutsättning att läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL). Kostnadsfriheten i sistnämnda fall omfattar dock inte efterföljande vård och behandling hos sådan läkare. Vidare är all läkemedelsbehandling som behövs vid samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri oavsett om den förskrivs av läkare inom den offentliga vården eller av privatläkare och oavsett om den senare får ersättning enligt LOL eller ej.

Bedömningen huruvida undersökning, vård och behandling (inklusive läkemedelsbehandling) behövs från smittskyddssynpunkt och därmed är kostnadsfri för den enskilde görs normalt av den enskilde läkaren. Det slutgiltiga avgörandet ligger dock hos den som skall stå för kostnaden ifråga, dvs. landstinget om det rör sig om undersökning, vård och behandling inklusive läkemedel inom landstingets hälso- och sjukvård eller undersökning av privatläkare om läkaren får ersättning enligt LOL samt staten i övriga fall (se kap. 17.1.1). Patienten saknar rätt att överklaga beslutet ifråga.

Enligt direktiven har kommittén att utgå från dagens system med kostnadsfri undersökning, vård och behandling för enskilda som kontaktar hälso- och sjukvården med anledning av en samhällsfarlig sjukdom. Kommittén har i sin utvärdering inte heller funnit anledning till några stora principiella förändringar av nuvarande bestämmelser om

kostnadsfrihet. Emellertid föranleder kommitténs övriga förslag, bl.a. rörande indelningen av sjukdomar, vissa förändringar av bestämmelserna. Av kommitténs material rörande tillämpningen av nuvarande bestämmelser har vidare framkommit att gränsdragningssvårigheter föreligger och att skillnader förekommer mellan landstingen vid bedömningen av bl.a. vilka läkemedel som skall omfattas av kostnadsfriheten. Detta föranleder särskilda överväganden.

33.1.2 Kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling

Grunden för kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling är enligt nuvarande bestämmelser att dessa åtgärder *behövs från smittskyddssynpunkt*. Enligt förarbetena får detta inte ges en för begränsad tolkning. Kostnadsfriheten skall gälla samtliga åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Enligt kommitténs mening bör detta synsätt även gälla fortsättningsvis. Emellertid bör detta komma klarare till uttryck i lagen varför kommittén anser att formuleringen "ägnad att minska smittspridningen" är mera lämplig.

I detta uttryck ligger att undersökning, vård och behandling som enbart syftar till att lindra sjukdomen som sådan eller eventuella följsjukdomar och andra komplikationer inte bör omfattas. Det skall här dock uppmärksammas att vård och behandling många gånger kan ha effekt både för den enskildes eget hälsotillstånd och för smittspridningen. I den mån åtgärden medför att smittsamheten minskar eller hålls tillbaka bör den emellertid omfattas även om denna effekt är av mindre art. Vidare ligger i kriteriet en objektiv bedömning av åtgärden. Detta innebär att patientens avsikt med besöket är av underordnad betydelse liksom i vad mån patienten själv misstänker att han eller hon bär på sjukdomen. Det är den behandlande läkaren som i det enskilda fallet skall avgöra huruvida åtgärden kan anses vara ägnad att minska smittspridningen. Om läkaren anser att det finns skäl för misstanke om en smittsam sjukdom som omfattas av kostnadsfriheten skall patienten inte erlägga patientavgift oavsett av vilken anledning han eller hon uppsöker läkaren.

De åtgärder som omfattas är således undersökningar m.m. som syftar till att klarlägga om patienten är smittad av sjukdomen eller ej. Även återbesök och behandling som är motiverade av smittskyddsskäl omfattas. Det kan t.ex. vara fråga om kontroller av huruvida smittsamhet fortfarande föreligger eller besök som är motiverade av att man behöver följa upp hur patienten klarar av att hantera de praktiska råd och anvisningar läkaren skall ge rörande åtgärder för att förhindra

smittspridning. Dessa åtgärder kan anses ha direkt betydelse för den fortsatta smittspridningen. Däremot bör inte åtgärder som endast har indirekt betydelse för smittspridning som sådan omfattas. Detta gäller bl.a. sådant stöd eller sådan hjälp den enskilde kan behöva t.ex. i form av psykologkontakt eller behandling för sitt missbruk. Enligt kommitténs mening torde det föra för långt att låta sådana åtgärder omfattas av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen.

Kommitténs förslag till ändrad indelning av de smittsamma sjukdomarna föranleder också ändringar beträffande vilka smittsamma sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten vid undersökning, vård och behandling. Enligt kommitténs mening finns inte anledning att låta alla smittsamma sjukdomar omfattas av kostnadsfriheten utan denna bör begränsas till sådana sjukdomar där samhället har ett starkt intresse av att smittskyddsåtgärder vidtas. I dessa fall är det av stor betydelse att den enskilde snabbt söker läkare och tidigt får behandling eller råd rörande hur han eller hon skall förhindra att andra personer utsätts för smittrisk. Kommittén anser därför att kostnadsfriheten skall begränsas till allmänfarliga smittsamma sjukdomar och till andra smittsamma sjukdomar där intresset från samhällets sida att bekämpa sjukdomarna ifråga är så starkt att det föreligger behov av att särskilda åtgärder som t.ex. att bedriva respektive medverka i smittspårning. I förhållande till de samhällsfarliga sjukdomarna torde detta dock innebära endast en marginell utökning av antalet smittsamma sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten.

Kostnadsfriheten bör naturligtvis gälla för undersökning, vård och behandling som ges i landstingets egen regi. Kommittén anser emellertid också att nuvarande begränsning när det gäller privat verksamma läkare som erhåller ersättning enligt LOL bör förändras. Oavsett om läkaren är privat verksam eller inte är en väl fungerande läkarkontakt viktig från smittskyddssynpunkt och bör inte brytas utan vägande skäl. Med hänsyn härtill bör kostnadsfriheten inte endast gälla undersökning, utan även vård och behandling som ges av privat verksamma läkare i de fall dessa är anslutna till den offentligt finansierade vården, dvs. erhåller ersättning enligt LOL eller har vårdavtal med landstingen. I dessa fall har landstingen också möjlighet till kontroll över kostnaderna. Däremot skulle det enligt kommitténs mening föra för långt att låta kostnadsfriheten omfatta andra privat verksamma läkare än som nu sagts.

33.1.3 Kostnadsfrihet för läkemedel

Även beträffande läkemedel gäller enligt nuvarande bestämmelse att dessa är kostnadsfria för den enskilde om läkemedlet behövs från smittskyddssynpunkt. Kommittén anser inte att det finns anledning att ändra grunden för när ett läkemedel som smittskyddsåtgärd skall vara kostnadsfritt för patienten. Läkemedel skall således även i fortsättningen vara kostnadsfria för den smittade om läkemedlet bedöms minska risken för smittspridningen. Kommittén vill här betona att prövningen skall innefatta en objektiv bedömning av läkemedlets inverkan på smittspridningen. Föreligger vetenskapligt grundad anledning att tro att läkemedlet har effekt för smittspridningen genom att det minskar smittsamheten hos sjukdomen eller hämmar tillväxten hos smittämnet bör läkemedlet således vara kostnadsfritt. Däremot skall läkemedel som enbart har betydelse för behandling av sjukdomstillståndet som sådant eller eventuella följsjukdomar och komplikationer vara undantagna från kostnadsfriheten.

Kommittén anser, i likhet med vad som gäller i dag, att det i första hand är den behandlande läkaren som skall göra bedömningen av huruvida läkemedlet i det enskilda fallet bedöms minska risken för smittspridning. Detta är dock många gånger en mycket svår fråga bl.a. med hänsyn till de medicinska bedömningar som därvid måste göras och till den snabba utveckling som äger rum på läkemedelsområdet. De svårigheter som är förenade med sådana bedömningar medför lätt att tillämpningen kommer att variera mellan olika läkare, vilket också synes ha varit fallet i praxis. Kommittén vill här framhålla att det, inte minst ur den enskilde patientens perspektiv, är mycket viktigt att tillämpningen blir enhetlig. Emellertid bör inte frågan om vilka läkemedel som skall omfattas av kostnadsfriheten regleras i lag. Enligt kommitténs mening är det däremot av stor vikt att Socialstyrelsen utfärdar allmänna råd i detta avseende.

Kravet bör vidare vara att läkemedlet för att omfattas av kostnadsfriheten skall ha förskrivits av läkare. Liksom i dag skall kostnadsfriheten dock gälla oavsett vilken läkare som förskrivit läkemedlet.

Med hänsyn till vikten av att de enskilda smittade personerna undergår nödvändig medicinsk behandling för att förhindra vidare smittspridning föreligger enligt kommitténs mening goda skäl för en generös tillämpning av kostnadsfriheten. Utgångspunkten bör därför enligt kommitténs mening vara att patientens kostnadsfrihet för läkemedel som förskrivits av läkare och som har inverkan på smittspridningen i princip bör omfatta samtliga sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag. De krav på läkemedlet som ställs enligt bestämmelsen bör kunna innebära en tillräcklig begränsning. Det bör här också upp-

märksammas att de vanligast förekommande smittsamma sjukdomarna av lindrigare art, t.ex. förkylningssjukdomar, enligt kommitténs förslag är undantagna från smittskyddslagens tillämpningsområde. Samtidigt är kommittén medveten om att detta kan leda till en icke önskvärd kostnadsutveckling för landstingen. Kommittén föreslår därför att regeringen skall kunna meddela närmare föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten.

33.1.4 Övriga frågor

Kommittén har inte funnit anledning till någon principiell förändring av *kretsen av förmånsberättigade*. Kostnadsfriheten skall således gälla endast de personer som bär på en smittsam sjukdom eller misstänks vara smittade. Vidare skall kostnadsfriheten vara begränsad till den som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Härutöver bör kostnadsfriheten även omfatta den som är berättigad till sjukvårdsförmåner i Sverige som en följd av EG-förordningen nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Beträffande utländska medborgare som ansökt om uppehållstillstånd som flyktingar m.m. finns särskilda bestämmelser i förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. Även om smittskyddsskäl starkt talar för att även utländska personer som vistas i landet på andra grunder borde omfattas av förmånerna enligt smittskyddslagen vore en sådan förändring en betydande principiell nyhet som torde ha effekter även för sjukvårdssystemet i stort. Enligt kommittén kan en sådan förändring inte övervägas enbart med avseende på smittskyddsåtgärderna.

Beträffande *ansvaret för de kostnader* som följer av dessa förmåner för den enskilde kan konstateras att landstingen under 1990-talet allmänt sett fått ett utvidgat kostnadsansvar för såväl vård och behandling som läkemedel. Landstingen svarar för ersättning till privat verksamma läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Vidare bär landstingen sedan den 1 januari 1998 ansvaret för de kostnader som följer av de allmänna läkemedelsförmånerna enligt lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. Med hänsyn till dessa förändringar bör landstingen helt svara för kostnaderna som uppstår på grund av att undersökning, vård och behandling samt läkemedel som skall vara kostnadsfria för den enskilde i vissa fall enligt smittskyddslagen.

33.2 Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare har behandlats i kap. 17. Kommittén anser inte att det finns anledning att förändra villkoren för när en smittad person skall anses vara berättigad till ersättning enligt aktuell lag eller de ersättningsbelopp som medges enligt lagen. Emellertid medför kommitténs förslag till förändringar av smittskyddslagen att grunderna för när ersättning skall utgå måste anpassas till de förhållanden som följer av kommitténs förslag. Här bör beaktas att enligt kommitténs förslag skall inte längre beslut om tvingande förhållningsregler meddelas i de enskilda fallen utan förslaget är uppbyggt kring en allmän skyldighet för den smittade att vidta de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk. Läkaren skall vidare ge praktiska råd om hur den enskilde skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Sådana råd bör naturligtvis då så erfordras innebära t.ex. att den smittade eller misstänkt smittade skall stanna hemma från arbetet. Läkaren skall i dessa fall utfärda ett intyg som styrker behovet av åtgärden och som skall kunna ligga till grund för försäkringskassans beslut.

Nuvarande ersättningsbestämmelser är vidare knutna till de s.k. samhällsfarliga sjukdomarna. Någon anledning att låta rätten till smittbärrpenningen generellt omfatta alla smittsamma sjukdomar – utöver vad som enligt nuvarande lag gäller för livsmedelsarbetare – finns inte enligt kommitténs mening. Kommittén anser därför att rätten till ersättning enligt aktuell lag bör omfatta allmänfarliga smittsamma sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar där intresset från samhällets sida att bekämpa sjukdomarna ifråga är så starkt att det föreligger behov av särskilda åtgärder som t.ex. att bedriva respektive medverka i smittspårning. Detta medför dock endast en marginell ökning av de sjukdomar som kommer att omfattas av rätten till smittbärrpenning.

33.3 Övriga ekonomiska förmåner för enskilda vid vård och behandling m.m. med anledning av smittsam sjukdom

Bestämmelser om rätt till ekonomiska förmåner för den enskilde vid bl.a. vård och behandling med anledning av smittsam sjukdom finns även i *lagen (1962:381) om allmän försäkring*, i *lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade* och i *livsmedelslagstiftningen*. I kommitténs underlag har inte med hänsyn till

smittskyddsfrågorna framkommit några omständigheter som påkallar förändring av dessa bestämmelser.

Vidare har asylsökande och vissa andra utländska medborgare som söker uppehållstillstånd i Sverige enligt *förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar* rätt till bl.a. kostnadsfri vård och behandling vid åtgärder enligt smittskyddslagen. Beträffande de ekonomiska förmånerna vid smittsam sjukdom kan övervägas om bestämmelserna härom för tydlighetens skull bör överflyttas till smittskyddslagen. Emellertid innehåller förordningen en samlad reglering av förmånerna för berörda utländska medborgare vid vård i Sverige varför övervägande skäl talar för att inte föreslå någon ändring.

Härutöver har svenska och utländska sjömän enligt *förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar* i vissa fall rätt till kostnadsfri undersökning och behandling vid gonorré, klamydia-infektion och syfilis. Enligt vad som erfarits har förordningen sällan tillämpats på senare tid och den framstår i många avseenden som föråldrad. Emellertid grundar sig rätten till kostnadsfri undersökning och behandling på en internationell överenskommelse från 1924 som Sverige har ratificerat varför förmånerna enligt överenskommelsen fortfarande bör vara författningsreglerade. Med hänsyn till att överenskommelsen medför kostnadsansvar för landstingen bör dock bestämmelser om kostnadsfrihet för den enskilde regleras i lag. Kommittén föreslår därför att bestämmelser härom tas in i smittskyddslagen. Vad beträffar övriga bestämmelser i förordningen, bl.a. rörande befälhavarens skyldigheter, kan ifrågasättas om de inte är att anse som obsoleta. Detta är dock inte en fråga som kommittén har anledning att ta ställning till.

33.4 Ersättning vid objektinriktade smittskyddsåtgärder

Enligt 34 § i nu gällande smittskyddslag har den enskilde rätt till skälig ersättning för föremål av personlig natur som förstörts för att förhindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Utöver sådan ersättning får också ersättning ges i vissa andra fall enligt *förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom*. Ersättning kan utgå främst för vissa kostnader eller förluster i näringsverksamhet. Härutöver kan även skälig ersättning ges till ägaren för kostnader och förlust med anledning av att en myndighet låtit avliva ett sällskapsdjur.

Kommittén har beslutat föreslå att objektinriktade åtgärder inte längre skall regleras i smittskyddslagen, se närmare om detta i kap. 27. I förslaget till nya bestämmelser i miljöbalken ingår också särskilda ersättningsbestämmelser. Enligt dessa ersättningsbestämmelser skall den enskilde ha rätt till skäligen ersättning om han eller hon drabbats av ett beslut om förstöring av föremål av personlig natur eller ett beslut om avlivning av sällskapsdjur. Dessa bestämmelser innebär således inte någon saklig ändring av nuvarande förhållanden. Förändringarna i regleringen av de objektinriktade åtgärderna föranleder dock följdändringar i 1956 års ersättningsförordning.

Det har vidare i flera lagstiftningssammanhang påpekats att ersättningsbestämmelserna i 1956 års förordning bör ses över bl.a. med hänsyn till de ersättningsbestämmelser som finns i andra lagar, däribland epizootilagen (1980:369), och till att ersättningsbeloppen inte har förändrats på 30 år. Enligt kommitténs mening föreligger skäl för en sådan översyn. Här bör dock beaktas att de absolut övervägande antalet ersättningsfall har avsett ingripande med stöd av livsmedelslagen och berört näringsverksamhet. De överväganden som bör göras vid en översyn har vidare nära beröring med ersättning vid ingripanden då det är fråga om smittsamma djursjukdomar. Kommitténs uppdrag är i första hand att göra en översyn av smittskyddslagen och personinriktade åtgärder har den främsta platsen i kommitténs arbete. En översyn av ersättningsbestämmelser som hänför sig till smitta i livsmedelshandlingen kräver vidare hänsynstaganden och analyser som faller utanför ramen för kommitténs uppdrag. Enligt kommitténs mening bör därför frågorna rörande ersättningsförordningen ses över i ett särskilt sammanhang.

34 Övriga frågor

34.1 Karantänslagstiftningen

Karantänslagen syftar till att ge skydd mot att de s.k. karantänssjukdomarna (gula febern, kolera och pest) förs in i landet eller sprids till utlandet. Dess bestämmelser har dock i princip inte tillämpats. Bestämmelserna har tillkommit främst p.g.a. Sveriges åtaganden enligt IHR (se kap. 20) och inte på grund av att ett faktiskt behov har ansetts föreligga. Sannolikheten för att någon av de tre karantänssjukdomarna skulle orsaka epidemier i Sverige är ytterst liten; gula febern kan överhuvudtaget inte spridas i landet, eftersom den mygga som överför sjukdomen inte kan leva här. Karantänslagen är vidare i sin nuvarande utformning till viss del oklar, främst när det gäller förhållandet till annan lagstiftning.

Med hänsyn till vad som ovan anförts förefaller det vara önskvärt att företa en närmare översyn av bestämmelserna i karantänslagstiftningen. Lagstiftningen är emellertid, som nämnts, starkt förbunden med de åtaganden Sverige gjort enligt IHR. IHR är för närvarande föremål för en översyn inom WHO, ett arbete i vilket Sverige deltar. Det pågående revisionsarbetet har bl.a. givit vid handen att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten. Ett förslag till förändring av bestämmelserna avses presenteras för Världshälsoförsamlingen under 1999. Detta arbete bör inte föregripas av de enskilda nationerna. Kommittén lämnar därför inte några förslag i denna del.

34.2 Vissa processuella frågor

För handläggning av mål och ärenden enligt smittskyddslagen gäller förvaltningslagen (1986:223), förvaltningsprocesslagen (1971:291) och lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Bestämmelserna i de två förstnämnda lagarna gäller dock endast i den mån avvikande bestämmelser inte meddelats i andra författningar. Vissa sådana avvikande bestämmelser finns i den nu gällande smittskyddslagen. Dessa bestämmelser överensstämmer till del med handläggningsreglerna i

lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, och reglerar bl.a. besluts överklagbarhet, tidsfrister, rättens sammansättning och möjlighet att begära biträde av polismyndighet.

Flera av de regler om handläggning som finns i befintlig smittskyddslag kan med inga eller smärre ändringar överföras till den nya lagen. Skäl att göra stora och ingripande förändringar saknas. Några justeringar krävs emellertid med hänsyn till det materiella innehållet i den nya lagen. De förändringar som behövs har bl.a. att göra med att de kommunala nämndernas åtgärder på smittskyddsområdet i princip inte längre skall regleras i smittskyddslagen. Detta medför att regler om överklagande av dessa myndigheters beslut inte längre fordras i lagen.

Vidare krävs vissa förändringar i handläggningsreglerna på grund av de regler om isolering oberoende av samtycke (33 §), tillfällig isolering (36 §) och föreskrifter (34 §) som föreslås i den nya smittskyddslagen. För att garantera en särskilt snabb handläggning i dessa fall erfordras bl.a. lagfästa tidsfrister utöver det generella kravet på skyndsam handläggning av mål enligt lagen. Kommitténs förslag till bestämmelser på detta område framgår av författningsförslaget samt författningskommentaren, kap. 36.1.

34.3 Följdändringar i andra författningar

Kommitténs förslag medför att följdändringar behöver göras i andra författningar. Kommittén har under arbetet tagit upp och behandlat följdändringar av saklig betydelse i andra lagar. Härutöver behövs ändringar av terminologi och laghänvisningar i ytterligare ett antal lagar. På förordningsnivå erfordras också ändringar av saklig betydelse. Det krävs sålunda en ny och till föreslagen smittskyddslag anpassad smittskyddsförordning. Materiella ändringar behövs också göras bl.a. i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Emellertid har det inom ramen för kommitténs arbete inte varit möjligt att göra en fullständig genomgång av alla författningar som berörs av kommitténs förslag eller att ge uttömmande förslag till följdändringar. De ytterligare följdändringar som behövs får därför utarbetas under den fortsatta beredningen av förslaget.

35 Ekonomiska konsekvenser m.m.

35.1 Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittén har enligt de allmänna kommittédirektiven att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) bl.a. rörande kostnadsökningar och finansiering. I kommitténs uppdrag har, enligt kommitténs direktiv, också ingått att särskilt beakta ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. Emellertid föreligger betydande svårigheter att i dag göra samhälls-ekonomiska beräkningar på smittskyddsområdet, bl.a. med hänsyn till att det föreligger stora brister i det empiriska underlaget. Olika försök har gjorts att uppskatta kostnaderna (jfr kap. 18) men dessa skattningar får anses vara mycket osäkra och kan inte ligga till grund för närmare beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna av enskilda åtgärder. Kommittén har tagit upp och behandlat dessa problem i kap. 29 samt föreslagit att arbete inleds för att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering. Osäkerheten beträffande kostnaderna för och de ekonomiska konsekvenserna av smittskyddsåtgärderna idag innebär självfallet också att det är mycket svårt att bedöma de ekonomiska effekterna av kommitténs förslag. Med hänsyn till osäkerheten i underlaget har kommittén inte ansett det meningsfullt att försöka precisera eventuella kostnadsförändringar. Kommittén tar i det följande upp de från kostnadssynpunkt viktigaste delarna i förslagen.

Inledningsvis bör framhållas att kommitténs förslag bl.a. syftar till ett mer effektivt smittskyddsarbete, vilket i sig är ägnat att leda till långsiktiga besparingar i samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar. De smittsamma sjukdomarna medför stora kostnader vid sidan av kostnaderna för smittskyddet, såsom kostnader för vård och behandling, sjukskrivning och produktionsbortfall. Åtgärder som begränsar spridningen av dessa sjukdomar kan ge betydande samhällsekonomiska vinster. Enligt kommitténs bedömning torde förslagen sammantaget inte medföra någon ökning av de offentliga utgifterna.

Kommittén vill vidare peka på att flera av förslagen syftar till att åstadkomma olika former av stöd i frivillig form för att minska behovet

av tvångsåtgärder. Detta bör bl.a. kunna minska användningen av tvångsisolering, vilket är en ytterst kostnadskrävande vårdform (ca 7 000 kr/dag). Vidare föreslås isoleringstiderna minska. Detta bör medföra en betydande besparing för såväl stat som landsting. I gengäld uppstår vissa kostnader för alternativa insatser. Dessa får dock bedömas bli avsevärt lägre. En stor del av dessa kostnader faller på landsting och kommun. Kommittén vill dock framhålla att förslagen inte innebär några nya åligganden för vare sig kommun eller landsting utan bygger på det ansvar för bl.a. stöd- och vårdinsatser som följer av lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens samt på socialtjänstens område. Det ökade engagemang som kan följa av kommitténs förslag kan inte bedömas från kostnadssynpunkt.

Kommittén har föreslagit vissa utvidgningar när det gäller rätten till kostnadsfri undersökning, vård och behandling, främst i vad avser vid vilka sjukdomar kostnadsfrihet kan komma i fråga. Kostnadsfrihet enligt förslaget kan dock bara föreligga vid sådana sjukdomar då smittspårning skall ske för att förebygga fortsatt spridning av sjukdomen. Med hänsyn härtill är det tveksamt om någon kostnadsökning verkligen uppkommer för sjukvårdshuvudmannen. Det bör också erinras om att det här endast är fråga om patientavgifter och inte om den totala kostnaden för vården, vilken redan bärs av landstingen. När det gäller kommitténs förslag om utvidgad kostnadsfrihet för vård och behandling hos läkare med offentlig finansiering kan ingen kostnadsökning anses uppkomma, eftersom patienterna i annat fall hade måst behandlas inom den offentliga vården.

Kommitténs förslag beträffande kostnadsfrihet för läkemedel som bedöms kunna minska risken för smittspridning innebär en utvidgning av antalet sjukdomar som kan komma i fråga. Detta kan medföra en marginell kostnadsökning, vilken faller på landstingen. Läkemedelskostnaden kan dock inte bedömas enbart utifrån vilka sjukdomar som är aktuella utan hänsyn måste också tas till vilka läkemedel som finns tillgängliga vid olika sjukdomstillstånd. Kommittén har inte haft möjlighet att göra någon genomgång av de läkemedel som kan minska risken för spridning av de smittsamma sjukdomarna. Härtill kommer den osäkerhet som sammanhänger med att nya verksamma läkemedel kan komma att utvecklas. För att säkerställa en kontroll över kostnadsutvecklingen föreslår kommittén därför att regeringen bemyndigas att i förordning precisera vid vilka sjukdomar kostnadsfrihet för läkemedel kan åtnjutas.

Kommittén har föreslagit att ett särskilt nationellt anslag inrättas som skall disponeras av Smittskyddsinstitutet och som kan tas i anspråk vid vissa smittutredningar av större omfattning (jfr kap. 29). Som Statskontoret framfört i rapporten "Samordning och styrning av smittskyddsverksamheten" (1999:4) torde ett sådant anslag kunna rymmas i

statsanslag A3 inom utgiftsområde 9, med hänsyn till att detta statsanslag kan användas för att betala ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit för att förhindra smittsam sjukdom. Frågan om anslaget storlek och användning bör övervägas i samband med beredningen av övriga frågor om anslag till Smittskyddsinstitutet.

Kommittén har föreslagit att Socialstyrelsens tillsyn samordnas med den ordinarie tillsynen över hälso- och sjukvården. Även om kommittén inte anser sig kunna bedöma exakt vilken omfattning inspektionsverksamheten bör ha är syftet med förslaget att ambitionsnivån skall höjas. Med hänsyn härtill är det inte uteslutet att detta förslag kan medföra en kostnadsökning. Samtidigt bör vissa samordningsvinster kunna göras. En intensifierad tillsyn kan vidare bidra till effektivare smittskyddsarbete på det lokala planet och därmed till att minska kostnaderna för smittsamma sjukdomar.

För domstolarnas del torde kommitténs förslag rörande beslut om tvångsundersökning endast innebära en marginell ökning av antalet ärenden och därför endast en försumbar kostnadsökning. Kommittén har vidare föreslagit införande av ett nytt brott rörande sådana handlingar som orsakar fara för överföring av vissa allvarliga smittsamma sjukdomar. Det föreslagna nya brottet innebär endast en ändrad rubricering av redan straffbelagda gärningar och har inte i sig några kostnadskonsekvenser för de rättsvårdande myndigheterna.

Härutöver har kommittén föreslagit att lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och liknande verksamheter upphävs och att nya bestämmelser om sådan verksamhet tas in i ordningslagen samt att lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål skall utökas till att omfatta även vissa andra smittsamma sjukdomar. Enligt kommitténs bedömning medför inte förslaget såvitt avser s.k. bastuklubbar någon kostnadsökning. Beträffande de utökade provtagningsmöjligheterna vid förundersökning torde det röra sig om försumbara merkostnader för polismyndigheterna.

Övriga förslag bedöms inte medföra någon ökning av de offentliga utgifterna.

35.2 Övriga konsekvensfrågor

Kommittén har att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50, konsekvenser ur jämställdhetssynpunkt (dir. 1994:124) samt konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Kommitténs förslag medför inte några sådana regionalpolitiska eller jämställdhetspolitiska konsekvenser som skall beaktas enligt direktiven.

Kommitténs förslag på straffrättens område syftar till att bl.a. medföra större enhetlighet och ökad förutsebarhet vid lagföringen av fall då någon smittat eller utsatt annan person för fara att smittas. Dessa förändringar torde kunna ha en viss brottsförebyggande effekt eftersom de klargör gränserna för det straffbara området. Här bör också uppmärksammas att kommittén föreslagit olika åtgärder för att enskilda smittade skall få förbättrad tillgång till stöd och annan hjälp som kan bidra till att han eller hon ta sitt ansvar gentemot andra människor. Även detta torde kunna bidra till minskat antal lagöverträdelser av aktuellt slag.

36 Författningskommentarer

36.1 Förslaget till smittskyddslag (1999:000)

Inledande bestämmelser

Samhällets smittskydd

1 §

I paragrafen anges målet för samhällets smittskydd (jfr 1 § i gällande smittskyddslag). Smittskyddets uppgift är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen omfattar i princip alla smittsamma sjukdomar, se 2 §. Åtgärder som är ingripande för den enskilde kan emellertid vidtas enbart beträffande vissa, allvarligare, sjukdomar (se t.ex. 19 §, 22–25 §§, 33 §, 34 § och 36 §).

Vidare fastslås i paragrafen de grundläggande värderingarna för hur smittskyddet skall utformas, nämligen att smittskyddsarbetet skall vara förankrat i en humanistisk människosyn. Detta synsätt innebär bl.a. att smittade personer har samma värde och rätt till skydd som andra samhällsmedlemmar. En följd av detta är att smittskyddsarbetet skall bedrivas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

2 §

Paragrafen reglerar vilka sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Innebörden av *första stycket* är att lagen i princip omfattar alla smittsamma sjukdomar av betydelse för människan. Undantag gör för sådana sjukdomar som blott innebär ett ringa hot mot den smittades hälsa. Härmed avses t.ex. förkylningssjukdomar, endagsdiarréer och liknande enkla och vanligen förekommande sjukdomar. För dessa sjukdomar torde det inte vara aktuellt med särskilda smittskyddsåtgärder.

I *andra stycket* definieras vad som i lagen avses med *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. För dessa sjukdomar – men inte för övriga smittsamma sjukdomar som omfattas av lagen – kan tvångsundersökning, tillfällig isolering samt isolering oberoende av samtycke i vissa fall bli aktuellt. För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom måste den uppfylla de i paragrafen uppställda krite-

rierna. En prövning måste således göras av varje enskild sjukdom. Närmare precisering av vilka enskilda sjukdomar som omfattas av definitionen är dock nödvändig, bl.a. med hänsyn till vikten av förutsägbarhet i lagstiftningen samt till olika typer av sekretessfrågor. För att öka lagstiftningens flexibilitet skall preciseringen av sjukdomarna ske av regeringen i förordning.

För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom i lagens mening krävs för det första att den kan *överföras mellan människor*. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men därefter inte vidare till annan människa omfattas således inte av begreppet; vid dessa sjukdomar finns ju heller inget skäl att vidta tvångsåtgärder mot en enskild smittad för att förhindra smittspridning. Således kan t.ex. vare sig stelkramp eller tularemi anses som en allmänfarlig smittsam sjukdom.

Dessutom erfordras att sjukdomen kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser för den som smittas. Kriterierna är ett mått på den fara sjukdomen utgör för den enskildes hälsotillstånd. Det räcker med att ett av kriterierna är uppfyllt. Begreppet "*livshotande*" hänför sig till sjukdomens dödlighet. Det skall röra sig om en sjukdom som har hög dödlighet eller som av annan anledning kan orsaka många dödsfall i befolkningen. Att en sjukdom är *långvarig* innebär att den varar länge; en sjukdom som snabbt läker ut omfattas ej av detta kriterium, och ej heller sjukdomar som kan botas genom relativt snabb behandling. *Svårt lidande eller andra allvarliga konsekvenser* tar sikte på att sjukdomen kan ge bestående skador, långvarig och/eller svår behandling eller långvariga inskränkningar i hur den sjuke får leva. Det kan också vara så att sjukdomen innebär en förhöjd risk för följsjukdomar av allvarligare slag. Kan sjukdomens följder begränsas genom en jämförelsevis enkel och snabb behandling kan den inte anses ge allvarliga konsekvenser i bestämmelsens mening. Vid bedömningen av om en sjukdom omfattas av de här beskrivna kriterierna har man att utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige. Man skall vidare utgå från den genomsnittliga risken för den som insjuknar att drabbas av de beskrivna följderna.

Exempel på sjukdomar som omfattas av de nu diskuterade kriterierna ges i den allmänna motiveringen, kap. 23. Här kan emellertid nämnas difteri och tuberkulos, som båda har hög dödlighet och kan leda till bestående skador. Andra exempel är hivinfektion (livshotande samt medför svårt lidande för den som smittas) samt hepatit B och C (långvarig sjukdom och svårt lidande). Däremot kan knappast t.ex. salmonella och shigella anses som allmänfarliga smittsamma sjukdomar i lagens mening. Sjukdomarna har låg letalitet och kan tämligen enkelt bo-

tas. Inte heller kan klamydia, gonorré eller syfilis anses som sådana sjukdomar. Även dessa sjukdomar har låg letalitet och kan enkelt botas; de kan dock i vissa fall leda till allvarliga konsekvenser som t.ex. sterilitet om de inte behandlas. Då följderna i princip kan hindras genom behandling bör dock tvångsåtgärder i form av tvångsundersökning eller isolering oberoende av samtycke inte få vidtas i syfte att hindra smittspridning.

3 §

I bestämmelsen klarläggs vad som avses med smittskyddsåtgärder såsom uttrycket används i lagen. Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom t.ex. läkarundersökning, behandling, information till allmänheten om smittvägar och dylikt. Om inte annat anges avses i lagen endast åtgärder som riktar sig till människor. Finns smittkällan i den fysiska miljön (t.ex. livsmedel eller djur) kan i stället objektinriktade åtgärder bli aktuella för att hindra smittspridning. De mest centrala lagarna som reglerar objektinriktade åtgärder uppräknas i paragrafens andra stycke.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 §

I paragrafen formuleras vissa grundläggande förutsättningar för smittskyddsverksamheten. Inledningsvis fastslås att smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att varje enskild åtgärd skall vara motiverad av ett klart epidemiologiskt behov. Behovet av åtgärder varierar för de olika sjukdomarna; behovet kan även växla för en viss sjukdom beroende på hur den epidemiologiska situationen ser ut. Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet har sedan flera år tillbaka använts inom hälso- och sjukvården. För en redovisning av vad som konkret skall anses ligga i begreppet hänvisas till förarbetena till den numera upphävda lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m., prop. 1993/94:149.

Vidare fastslås de grundläggande villkoren för när en åtgärd får vidtas mot den enskildes vilja. En sådan åtgärd får endast vidtas om inga andra möjligheter står till buds. Detta innebär att åtgärden inte får användas annat än om det är helt nödvändigt för att det avsedda resultatet skall uppnås och möjligheterna till frivilliga och mindre ingripande åtgärder är uttömda.

5 §

Paragrafen behandlar smittskyddets kvalitet. Liknande bestämmelser finns t.ex. i 7 a § socialtjänstlagen och 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. I paragrafens *första stycke* föreskrivs att insatserna inom smittskyddet skall vara av god kvalitet. Avsikten är att garantera kvaliteten i det smittskyddsarbete som bedrivs. Att konkretisera begreppet kvalitet låter sig inte göras på ett enkelt och entydigt sätt. För att uppnå god kvalitet krävs bl.a. rättssäkerhet för den enskilde smittade, garantier för att erforderlig vård och lämpligt stöd kommer honom eller henne till del, skydd mot smittspridning till de osmittade, god arbetsledning inom smittskyddsorganisationen, väl fungerande arbetslag samt utvecklat samarbete mellan de olika aktörer som är verksamma inom smittskyddet m.m. Att kommittén vill betona vikten av att kvalitetsaspekterna får genomslag i alla delar av smittskyddsverksamheten framgår av den allmänna motiveringen, kap. 29. Meningen är vidare att bestämmelsen skall bli till stöd för en kvalitetsinriktad tillsyn.

Paragrafens *andra stycke* gäller personalens kompetens. Det torde vara en självklarhet att smittskyddsläkaren måste besitta hög kompetens och erfarenhet. Men även andra befattningshavare inom smittskyddet, exempelvis personal som skall sköta smittspårning eller som har att ge råd i hygienfrågor, måste ha lämpliga kvalifikationer och tillräcklig erfarenhet för sina arbetsuppgifter.

6 §

Syftet med smittskyddet är primärt att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Själva vården av den sjuke faller under hälso- och sjukvårdslagen. Oaktat detta måste smittskyddslagen även värna om den som redan är smittad. Den enskilde skall kunna ställa anspråk på att samhället tillhandahåller det stöd och den hjälp han eller hon behöver för att kunna ta sitt ansvar. Den som är verksam inom smittskyddet är därför skyldig att både värna om skyddet för osmittade och bistå den enskilde smittade så att denne erhåller de olika insatser som kan behövas för att smittspridning skall förebyggas eller så långt som möjligt förhindras. Den sistnämnda skyldigheten kommer till uttryck på olika ställen i lagen, bl.a. i 26 § andra stycket, 28 § och 53 §. Enligt 57 § skall smittskyddsläkaren anmäla till tillsynsmyndigheten om en ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för att smittspridning skall motverkas.

*Ansvaret för smittskyddet***7 §**

Första stycket: Socialstyrelsen skall, under regering och riksdag, ha det övergripande *nationella* ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. I sitt arbete skall Socialstyrelsen samråda med andra berörda myndigheter och eventuell myndighetsgemensam samordningsgrupp (se vidare kap. 29).

Andra stycket: Enligt 16 § skall anmälan om inträffade sjukdomsfall göras till Smittskyddsintitutet. Med hänsyn härtill är det lämpligt att i lagen klargöra att institutet bl.a. har ansvaret för att följa och analysera det epidemiologiska läget.

8 §

Paragrafen motsvaras av 5 § i befintlig smittskyddslag. Landstinget skall även fortsättningsvis ha ansvar för det personinriktade smittskyddet och vara huvudman för smittskyddsläkarorganisationen. Kommitténs överväganden beträffande huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen redovisas i den allmänna motiveringen, kap. 29.

9 §

Paragrafen motsvaras delvis av 6 § i nu gällande smittskyddslag, som föreskriver att det i varje landsting skall finnas en smittskyddsläkare. Av den allmänna motiveringen, kap. 29, framgår att kommittén anser att smittskyddsläkarens roll bör renodlas. Kommittén menar, bl.a. med hänsyn till smittskyddsläkarens övervakande och myndighetsutövande roll, att det inte är lämpligt att smittskyddsläkaren samtidigt kan arbeta som smittskyddsläkare och t.ex. som behandlande läkare. Med hänsyn till befolkningsunderlaget kan det dock vara svårt för mindre landsting att inrätta en heltidstjänst för smittskyddsläkaren. I de nya storlandstingen (Västra Götalands läns landsting och Skåne läns landsting) kan det däremot krävas flera heltidsanställda smittskyddsläkare. På grund av det nu sagda anges i den föreslagna paragrafen att det i varje landsting skall finnas en eller flera smittskyddsläkare. Vidare öppnas en möjlighet för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare. Vid sådan samverkan skall samtliga samverkande landsting delta i finansieringen av smittskyddsverksamheten. Vad gäller fördelningen av arbetsuppgifter om flera smittskyddsläkare verkar inom ett område, se 52 §.

Liksom tidigare skall smittskyddsläkaren utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som avser myndighetsutövning skall han vara självständig i förhållande till landstingskommunen.

10 §

Paragrafen motsvarar till del 12 § första stycket i nu gällande smittskyddslag. Myndigheter inom smittskyddet, dvs. Socialstyrelsen, landstingen och smittskyddsläkarna, åläggs i bestämmelsen en skyldighet att samverka med aktörer som är verksamma inom andra delar av smittskyddet för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Som framgår av kap. 25 och kap. 27 varierar smittskyddsansvaret med varifrån smittan härrör. Smittskyddsläkaren är ansvarig då smittan härrör från människor medan ansvaret, då det gäller smitta som härrör från objekt eller djur, kan åvila bl.a. kommunen, Jordbruksverket eller Livsmedelsverket (se kap. 27 för en närmare beskrivning av ansvarsfördelningen). Formerna för samverkan bestäms av de inblandade aktörerna själva. Att smittskyddsläkaren skall stödja sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet samt, när det erfordras, skall ge dessa råd om lämpliga smittskyddsåtgärder framgår av 53 § p. 4.

*Skyldighet att förebygga smittspridning***11 §**

Det är inte möjligt för samhället att skydda sin befolkning mot alla smittrisker. Av den allmänna motiveringen framgår att alla individer, såväl smittade som osmittade, i vid mening har intresse av och ansvar för att förhindra smittspridning, se kap. 24. I paragrafen fastslås därför som utgångspunkt att var och en så långt som möjligt bör vidta rimliga försiktighetsmått för att skydda såväl sig själv som andra mot smittrisk. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör, dess smittsamhet och smittvägar. Här spelar information och förebyggande åtgärder en stor roll, se 13 § och 14 § samt 53 § p 1 och 2.

12 §

I bestämmelsens *första stycke* regleras skyldigheten för den enskilde som bär på eller som har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom att förhindra att smittan förs vidare till andra människor. Vägledning för den enskilde rörande hur han eller hon skall undvika att smitta andra ges genom de medicinska och praktiska råd behandlande läkare skall ge enligt 26 § men kan också bestå i välkända försiktighetsåtgärder som t.ex. handhygien vid toalettbesök.

Den s.k. informationsplikten regleras i *andra stycket*. Denna gäller enbart då fråga är om allmänfarlig smittsam sjukdom. I den allmänna motiveringen ges en redovisning av kommitténs överväganden vad gäller informationsplikten, se kap. 24. Där framgår bl.a. att kommittén an-

ser att en person som riskerar att utsättas för en beaktansvärd smittrisk bör kunna ställa krav på att få vetskap härom för att kunna avgöra om han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas. Vidare understryker kommittén att såväl osmittade som smittade personer har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks, och för att även den osmittade personen skall kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon ha insikt i vilka förhållanden som råder.

Informationsplikten innebär att den som är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom i vissa fall skall informera andra människor om att han eller hon bär på smittan. I princip innebär detta att den smittade skall informera om vad för sjukdom han eller hon har. Uppgifter om närmare detaljer som inte har betydelse för smittspridningen är dock inte nödvändiga. Bestämmelsen innebär inte en allmän skyldighet att informera i alla sammanhang utan endast vid sådana situationer då en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När sådan risk föreligger beror på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar. Den enskilde skall få kunskap härom av sin läkare enligt 26 §. Den som bär på en blodsmitta skall t.ex. informera tandläkare och i vissa fall vårdpersonal (se vidare den allmänna motiveringen, kap. 24). Är fråga om en sexuellt överförbar sjukdom skall sexualpartners informeras, och den som bär på tuberkulos skall bl.a. informera dem han delar bostad med.

Skyldigheterna enligt bestämmelserna är inte särskilt sanktionerade. Underlåter den enskilde att fullgöra sin informationsplikt till en honom eller henne närstående person är emellertid behandlande läkare i vissa situationer skyldig att underrätta den närstående, 30 §. Det skall vidare erinras om att den som smittat någon eller utsatt någon för smittrisk i vissa fall kan bli föremål för straffrättsliga åtgärder, se den allmänna motiveringen kap. 30. Ytterst kan den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom och som inte vill eller inte är i stånd till att vidta erforderliga åtgärder i vissa situationer bli föremål för isolering oberoende av samtycke, 33 §, eller meddelas särskilda föreskrifter, 34 §.

Smittskyddsverksamheten

Information och förebyggande åtgärder

13 §

I paragrafen fastslås landstingets ansvar för att enskilda får den information som de behöver för att kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar. Det rent faktiska preventionsarbetet bedrivs främst av smittskyddsläkaren (jfr 53 § p 1 och 2). Även annan hälso- och sjukvårds-

personal som är verksam inom smittskyddet utför emellertid sådant arbete (jfr 14 §).

14 §

I 53 § p 1 och 2 stadgas att smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten får erforderlig information för att kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar samt att han skall ge råd och anvisningar till grupper som är särskilt utsatta för smittrisk. För alla dem som arbetar med smittskydd är emellertid prevention genom information en viktig uppgift. I paragrafen fastslås därför att all hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom smittskyddet är skyldig att ge patienterna upplysningar om hur de kan förebygga smittsamma sjukdomar.

Rapportering av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

15 §

Bestämmelsens *första stycke* motsvaras till del av första meningen i 10 § i nu gällande smittskyddslag. Den föreslagna bestämmelsen omfattar dock – i motsats till nu gällande bestämmelse – samtliga smittsamma sjukdomar.

I bestämmelsens *andra stycke* definieras vad som avses med behandlande läkare i lagen. Liksom enligt 11 § första stycket i nu gällande smittskyddslag avses med behandlande läkare den läkare som har det omedelbara medicinska ansvaret för patienten. Patienten avgör själv vem som skall vara behandlande läkare. Misstänker någon att han smittats av en smittsam sjukdom och uppsöker läkare för undersökning blir den läkaren automatiskt patientens behandlande läkare. I lagen finns åtskilliga bestämmelser som rör behandlande läkare. Om den som undersökts för en allmänfarlig smittsam sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren (21 §).

16 §

Paragrafen reglerar läkares skyldighet att anmäla fall av smittsam sjukdom. Anmälan skall – i likhet med vad som sker enligt nu gällande smittskyddslag – göras dels till smittskyddsläkaren, dels till Smittskyddsinstitutet. I de fall anmälande läkare är uppkopplad till SmiNet kommer dock i praktiken endast en anmälan att behöva upprättas, eftersom datasystemet ser till att anmälan befordras till båda instanserna. Anmälningsskyldiga är förutom behandlande läkare även läkare vid mikrobiologiskt laboratorium samt obducerande läkare.

Till skillnad från vad som gäller idag skall både *konstaterade fall* och *kliniskt misstänkta fall* anmälas. Den anmälningsskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han gör sin anmälan, vilket medför att behövliga tidsvinster kan göras. Åtgärder mot smittspridning kan då sättas in så tidigt som möjligt; detta kan vara värdefullt bl.a. i fall av meningokocksjukdom. För att misstanke i lagens mening skall föreligga krävs dock att det finns något konkret som tyder på att den smittsamma sjukdomen är för handen, t.ex. att patienten uppvisar något symptom som är typiskt för ifrågavarande sjukdom.

Anmälan skall göras i två fall. *Anmälan enligt p 1* skall ske vid smittsam sjukdom som påkallar smittskyddsåtgärder utöver behandling. Det kan, men behöver inte, vara fråga om allmänfarliga smittsamma sjukdomar enligt 2 § andra stycket. Även i andra fall (exempelvis vid utbrott av diarréer eller streptokockinfektioner) kan anmälan behöva göras. Detta innebär att t.ex. anmälan av en ansamling av fall av infektionssjukdomar kan ske, vilket kan medföra att omfattningen av vissa utbrott snabbare kan minskas än vad som är fallet i dagens läge. Anmälan skall emellertid enbart göras på denna grund i de fall då åtgärder utöver behandling är erforderliga för att förhindra smittspridning. Sådana åtgärder kan bl.a. vara råd om försiktighetsåtgärder, profylax och information till berörda, smittspårning och desinficering eller förstörelse av ett smittförande objekt. *Anmälan enligt p 2* skall göras då det rör sig om en sjukdom som är föremål för nationell epidemiologisk uppföljning. Ofta lär de sjukdomar som rapporteras enligt p 1 omfattas även av p 2, men så behöver inte nödvändigtvis vara fallet. Närmare bestämmelser om i vilka fall anmälan skall ske enligt p 1–2 skall meddelas av regeringen.

En anmälan enligt p 1 skall göras *ofördröjligen*, eftersom det i dessa fall är viktigt att det nödvändiga smittskyddsarbetet kommer igång så snabbt som möjligt. Detta innebär att anmälan helst skall göras samma dag och senast dagen efter sjukdom konstaterats eller misstanke om sådan uppstått. Anmälan skall göras skriftligen, antingen per post eller genom datormedia. En skriftlig anmälan kan i akuta lägen behöva föregås av ett telefonsamtal. En anmälan som enbart sker enligt p 2 behöver däremot generellt sett inte ske lika snabbt. Denna typ av anmälan bör i regel göras antingen snarast, dvs. med samma hastighet som ordinarie postgång, eller periodiskt (vilket innebär rapport varje vecka, månad eller annan lämplig tidsrymd).

Läkare skall inte, såsom idag, beträffande vissa smittsamma sjukdomar även göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Det åligger istället smittskyddsläkaren att underrätta relevanta objektansvariga myndigheter om

att smittskyddsåtgärder erfordras, se 60 §. Härigenom förenklas förfarandet hos den behandlande läkaren.

17 §

Paragrafen fastslår vad anmälan enligt 16 § skall innehålla. Bestämmelsen motsvarar i princip 21 § i gällande smittskyddslag. *Första stycket*: i anmälan skall lämnas uppgifter om den smittades identitet och adress, den sannolika smittkällan och de sannolika smittvägarna samt de åtgärder behandlande läkare vidtagit för att hindra smittspridning. Sådana åtgärder kan förutom behandlingsinsatser t.ex. vara de råd för att förhindra smittspridning som patienten mottagit och olika typer av psykosocialt stöd som behandlande läkare initierat. Vidare skall anmälan innehålla andra typer av uppgifter av betydelse för smittskyddet som kan föreligga i det enskilda fallet, exempelvis uppgifter om patientens yrke om detta är sådant att det kan ha samband med sjukdomsfallet.

Andra stycket: Regeringen får föreskriva att uppgift om identitet och smittkälla inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar. Här har kommittén haft i åtanke de sjukdomar som omfattas av 1.3 i bilagan till den befintliga smittskyddslagen (gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle) och för vilka identitetsuppgifter m.m. inte anges i anmälan enligt befintlig lagstiftning. Kommitténs överväganden i denna del redovisas i den allmänna motiveringen, kap. 23.

18 §

I paragrafen föreskrivs att närmare bestämmelser om anmälan enligt 16 § bör regleras i föreskrifter, meddelade av regeringen eller myndighet regeringen bestämmer. Bland annat bör föreskrifter meddelas om förfarandet i de fall där misstanke om sjukdom anmälts enligt 16 §, men misstanken efter noggrannare undersökning visat sig vara ogrundad. Paragrafen ger vidare möjlighet att i föreskrifter meddela vissa undantag från anmälningsskyldigheten eftersom behovet av klinisk anmälan respektive anmälan av bl.a. laboratoriefynd varierar mellan olika sjukdomar. Så kan t.ex. beträffande kikhosta laboratorieanmälan vara tillräcklig för uppföljning av vaccinationsprogrammet. I sådant fall kan klinisk anmälan undantas. I andra fall kan vissa uppgifter, t.ex. om eventuella smittvägar, framstå som mindre relevanta varför undantag kan göras i anmälningsskyldigheten.

Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

19 §

I paragrafens *första stycke* regleras den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas. Skyldigheten överensstämmer med de fall då den enskilde enligt 22–23 §§ är skyldig att medverka till smittspårning. Detta innebär att den enskilde åläggs en sådan skyldighet då han eller hon vet eller har anledning att befara att han eller hon bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom eller annan smittsam sjukdom vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl (för innebörden av detta begrepp, se kommentaren till 22 §). I dessa fall skall den enskilde utan dröjsmål söka läkare. Anledning att befara att man bär på dylik sjukdom kan t.ex. föreligga då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad. Skyldigheten kan också uppkomma genom att man underrättas om risken i ett smittspårningsärende. Liksom i gällande lag bör det inte vara den enskildes egen uppfattning som är avgörande för om skyldighet föreligger eller inte.

Syftet med läkarundersökningen är att försöka klarlägga vilken sjukdom det är fråga om. Skyldigheten avser endast undersökningar som är motiverade av smittskyddshänsyn, dvs. för att konstatera om smittsamhet föreligger. Undersökningen får sålunda inte enbart vara motiverad av att man vill kunna behandla sjukdomen hos den enskilde. En sådan skyldighet torde stå i strid med principerna om frivillig behandling. När det gäller rent medicinska motiv torde det inte heller finnas någon anledning att behandla smittsamma sjukdomar på annat sätt än andra allvarliga sjukdomar.

Andra stycket reglerar läkarens undersökningsskyldighet. Även här är skyldigheten begränsad till allmänfarliga smittsamma sjukdomar eller andra sjukdomar vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl. Skyldigheten gäller såväl privat som offentligt verksamma läkare. Enligt gällande smittskyddslag krävs, för att läkarens skyldighet skall aktualiseras, att han har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den. Den föreslagna bestämmelsen innehåller inte några sådana begränsningar. Att en läkare skall ha kompetens för det han gör följer redan av andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område. Om läkaren inte anser sig ha kompetens att genomföra en undersökning åligger det honom att se till att kompetent läkare tar vid liksom om läkaren av annan anledning har förhinder att genomföra undersökningen.

Om en patient misstänks bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom men motsätter sig erforderlig undersökning eller provtagning skall läkaren enligt *tredje stycket* ofördröjligen göra anmälan till smittskyddsläkaren. Ofördröjligen innebär att anmälan i princip skall göras samma dag. Bestämmelsen täcker situationen då en patient av någon anledning söker läkarvård. För fall då misstanke om smitta framkommit vid smittspårning finns bestämmelser i 25 §.

20 §

Paragrafen ersätter 36 § i gällande smittskyddslag. Enligt den föreslagna bestämmelsen kan tvångsundersökning i vissa särskilda fall beslutas beträffande en person som med fog misstänks bära på allmänfarlig smittsam sjukdom. Tillämpningsområdet för tvångsundersökning är något snävare än vad som gäller beträffande den allmänna skyldigheten att uppsöka läkare (19 §). Dels skall det vara fråga om en allmänfarlig smittsam sjukdom. Dels måste det finnas konkreta omständigheter som talar för att personen kan vara smittad. Liksom vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag är det inte tillräckligt att personen enbart har en livsföring eller ett beteende i övrigt som allmänt innebär risk för att han eller hon skall smittas. Tillräcklig misstanke kan t.ex. uppstå då en patient av någon anledning uppsöker läkare antingen genom vad patienten berättar eller genom iakttagelser som läkaren gör. Det kan vidare vara så att läkaren eller smittskyddsläkaren får uppgifter om att en person utsatts för en konkret smittrisk. Särskilda krav måste dock ställas på sådana uppgifter; tvångsundersökning skall inte kunna grundas på allmänt hållna påståenden om att en person utsatts för smittrisk.

Tillämpningsområdet begränsas ytterligare av att tvångsundersökning endast kan beslutas om ovissheten medför påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Om risken för att andra smittas av en eller annan anledning är liten bör undersökning inte få genomföras mot den enskildes vilja. Det bör här vara fråga om en individuell bedömning med utgångspunkt i omständigheterna kring den enskilde.

Omfattningen av undersökningen och provtagningen avses motsvara vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Vilka undersökningar och prov som skall göras respektive tas får avgöras från fall till fall. Ibland kan det vara tillräckligt med endast klinisk diagnos, medan det i andra fall kan krävas någon form av provtagning. Mindre ingrepp som t.ex. provtagning från saliv, urin, avföring eller blod får tålas av den enskilde. Däremot får ingrepp som kan riskera den enskildes hälsa eller i övrigt förorsaka annat än obetydliga men inte genomföras.

Beslutsrätten om tvångsundersökning skall i första instans tillkomma länsrätten. Detta föreslås mot bakgrund av den vikt som Europakonventionen och regeringsformen tillerkänner den kroppsliga integri-

teten. Tvångsundersökning kan även innebära ett frihetsberövande i Europakonventionens mening, se kap. 21. Visserligen torde det långt i från i alla fall vara fråga om särskilt ingripande undersökningar. Rätts-säkerhetsskäl talar dock för att domstolsprövning alltid bör ske.

Domstolen har att pröva målet skyndsamt, se 77 §. Skulle situationen vara av så allvarlig och brådskande art att en omedelbar undersökning är nödvändig och domstolens beslut inte kan avvaktas ges enligt 36 § en möjlighet för smittskyddsläkaren att tillgripa tillfällig isolering.

I paragrafens sista stycke åläggs den läkare som utfört läkarundersökningen en skyldighet att omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

21 §

Bestämmelsen motsvarar i princip 19 § i gällande smittskyddslag. Enligt den föreslagna bestämmelsen skall emellertid inte endast den tidigare behandlande läkaren utan också smittskyddsläkaren underrättas om ett läkarbyte.

Smittspårning

22 §

Bestämmelsen ersätter 18 § i nu gällande smittskyddslag och behandlar läkares och viss annan hälso- och sjukvårdspersonals ansvar vad gäller smittspårning. Vid vilka sjukdomar smittspårning blir aktuell anges i *första stycket*. Smittspårning skall ske då fråga är om allmänfarliga smittsamma sjukdomar eller andra smittsamma sjukdomar vars smittvägar bör utredas av epidemiologiska skäl. Det rör sig således om ett större antal sjukdomar än de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna; här avses även sjukdomar som kan leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade om t.ex. behandling inte ges i tid och som om de får en större spridning utgör en belastning för folkhälsan. I dessa fall är det viktigt dels att smittkällan spåras upp, dels att man når människor som kan ha smittats av sjukdomen för att kunna erbjuda dessa behandling eller förebyggande insatser som information, vaccination m.m. Typexempel på sjukdomar som omfattas av bestämmelsen, förutom de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna, är mag- och tarmsjukdomar som salmonella, campylobacter, EHEC och hepatit A. Beträffande sexuellt överförbara sjukdomar rör det sig främst om gonorré, klamydia och syfilis. Andra sjukdomar som också torde omfattas är t.ex. legionella och TBE. Smittspårning skall inte endast ske i de fall smittsam sjukdom konstateras utan även vid *misstänkta fall*. Smittskyddsåtgärder kan, beträffande ett flertal sjukdomar, behöva vidtas även om

sjukdomen inte är fastställd och det kan vara viktigt att redan i ett tidig skede nå personer som kan ha smittats av sjukdomen. Regeringen meddelar, enligt *tredje stycket*, närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som avses.

Skyldigheten att söka få upplysningar omfattar uppgifter om vem eller vad patienten kan ha fått smittan i från samt vilka som patienten i sin tur kan ha smittat. För att betona vikten av att den för smittspårningen ansvarige verkligen försöker att få nödvändiga upplysningar sägs i bestämmelsen att den ansvarige *aktivt* skall söka få upplysningar. Riktlinjer och vägledning för hur smittspårningsarbetet bör bedrivas bör ges i allmänna råd (jfr 72 §).

Enligt nuvarande lag är det den behandlande läkaren som har det formella ansvaret för smittspårningsarbetet även om han eller hon i praktiken ofta delegerar det praktiska arbetet till annan hälso- och sjukvårdspersonal, se vidare kap. 5.2. Föreslagen bestämmelse innebär viss utvidgning av den personkrets som ansvarar för smittspårningsarbetet med den enskilde patienten. Behandlande läkare är dock skyldig att tillse att ansvaret ges till personal med kompetens för arbetet.

Den som ansvarar för smittspårningen är enligt *andra stycket* skyldig att tillse att personer som hans eller hennes patient kan antas ha smittat underrättas om sjukdomen och anmodas att söka läkare. Den som ansvarar för smittspårningen behöver dock inte i samtliga fall personligen kontakta den som kan antas ha smittats. Om det är lämpligt kan detta överlåtas åt patienten, antingen självständigt eller med stöd av läkare eller kurator. Bedömningen får göras med ledning av den praxis som utvecklats bl.a. inom STD-vården och vid behov bör vägledning och riktlinjer ges ut centralt. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man antar kan ha smittats verkligen har underrättats om misstanken och att han eller hon anmanats att uppsöka läkare. Kontrollen bör också omfatta om personen verkligen sökt läkare. I de fall berörd person inte har uppsökt läkare bör han eller hon i första hand försöka övertalas att göra detta och också underrättas om sin skyldighet enligt 19 §.

23 §

Bestämmelsen ersätter 14 § i gällande smittskyddslag. Med hänsyn till smittspårningens centrala betydelse för smittskyddet skall den enskilde patienten även fortsättningsvis vara skyldig att, så gott han eller hon förmår, medverka till att utröna varifrån smittan kan ha erhållits och till vem smittan kan ha spritts.

Den sista meningen i bestämmelsen tar sikte på fall då smittskyddsläkaren tagit över smittspårningen (se 24 §).

24 §

Hälso- och sjukvårdspersonals skyldighet att genomföra smittspårning regleras i 22 §. Den person som skall genomföra smittspårningen måste inte bara ha goda epidemiologiska kunskaper; han måste också besitta en förmåga att kunna sätta sig in i den enskilda patientens livssituation. En smittspårning skall genomföras på ett sätt som inte verkar kränkande för patienten och den eller de personer som denne kan ha smittat eller smittats av. Uppgiften kan vara mycket tidskrävande. Undersökningar har visat att det förekommer att läkare underlåter att utföra lagstadgad smittspårning eller utför den på ett bristfälligt sätt. Detta kan bero på olika faktorer, t.ex. kompetensbrist och tidspress. För att säkerställa att smittspårning verkligen utförs på tillfredsställande sätt, ges i bestämmelsen möjlighet för smittskyddsläkaren att befria behandlande läkare (eller annan personal) från uppgiften och överlämna den till en person med tillräcklig kompetens och erfarenhet. Detta kan ske i två fall. Dels efter underrättelse från den behandlande läkaren själv (eller annan personal), då han inte ser sig i stånd att genomföra viss smittspårning. Dels då smittskyddsläkaren i sitt arbete själv finner att ett visst smittspårningsärende inte utförs på riktigt sätt (jfr 53 § p 4). Avsikten är inte i första hand att smittskyddsläkaren själv skall ta över smittspårningen. Emellertid kan smittskyddsläkaren i undantagsfall finna det lämpligt att så sker, t.ex. vid större epidemier av födoämnesburen smitta eller dylikt. Han har då möjlighet att personligen utföra smittspårningen. Ett överlämnande eller övertagande enligt bestämmelsen kan avse smittspårningsärendet i sin helhet eller enbart del därav, såsom själva kallelsen av de av patienten uppgivna personerna samt kontroll av att dessa söker läkare.

25 §

Bestämmelsen ersätter 26 § i nuvarande smittskyddslag. Skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren gäller endast vid allmänfarliga smittsamma sjukdomar (jfr 20 § om tvångsundersökning). Någon anmälningsplikt föreligger inte vid andra sjukdomar; i stället åligger det den som ansvarar för smittspårningen att aktivt söka påverka personen att söka läkare.

Anmälan skall göras av den som ansvarar för smittspårningen, dvs. i förekommande fall även annan hälso- och sjukvårdspersonal än behandlande läkare. Smittskyddsläkarens skyldigheter efter det att han mottagit anmälan framgår av 54 §.

*Råd och stöd***26 §**

Paragrafen ersätter 16 § i gällande smittskyddslag. Enligt bestämmelsens *första stycke* har läkaren en skyldighet att ge medicinska och praktiska råd till en patient om hur denne skall undvika att utsätta andra för smittrisk. De allra flesta människor vill undvika att smitta andra, och en skyldighet för den som bär på en smittsam sjukdom att skydda sina medmänniskor finns intagen i 12 §. För att kunna fullgöra sina skyldigheter skall den enskilde ges tillräckliga förutsättningar för att ta ansvar. En sådan förutsättning är att den enskilde får individuellt utformad information om vad han eller hon kan göra för att förhindra att smitta sprids vidare. Det kan här erinras om att läkare har en allmän skyldighet enligt andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område att ge upplysningar och råd till patienten rörande sjukdom som patienten drabbats av. Detta gäller självklart också smittsamma sjukdomar.

Vilka råd läkaren skall ge bör bygga på sjukdomens art och den enskildes livssituation. Liksom nu kan dessa råd avse bl.a. den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt. I rådgivningen skall också ingå information om sjukdomens art, smittsamhet och smittvägar. Det kan vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas. Vägledning bör därför ges centralt i form av allmänna råd (jfr 72 §) och vid tveksamhet bör läkaren kontakta smittskyddsläkaren, som har en lagstadgad skyldighet att bistå honom (53 § p 4). Enligt 53 § p 5 har smittskyddsläkaren en skyldighet att tillse att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats. De s.k. smittskyddsbladen som ges ut av Smittskyddsläkarförbundet bör också kunna utgöra ett hjälpmedel. Uppgifter om vilka råd och anvisningar som givits patienten skall enligt 3 § andra stycket p 5 patientjournalagen (1985:562) intas i den patientjournal som vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras för varje patient. En sådan dokumentering utgör ett slags "kvitto" på att rådgivning har ägt rum och underlättar för såväl patienten som läkaren att vid följande kontakter få klarhet i vilka individuella råd som har givits.

I *andra stycket* stadgas att nödvändigt psykosocialt stöd skall erbjudas om den enskilde personen av smittskyddsskäl behöver det. Utgångspunkten för bestämmelsen är kommitténs överväganden angående samhällets skyldighet att bistå den enskilde smittade så att denne kan ta sitt ansvar, se kap. 25. Den som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation måste så snart som möjligt få erforderligt stöd och hjälp.

Särskilt vid svåra långvariga sjukdomar torde det vara så att det inte främst är de medicinska frågorna om behandling och dylikt som är avgörande utan den enskilde kan också behöva stöd i sin livssituation. Det stöd som skall erbjudas enligt bestämmelsen avser dock inte allmänna stödbehov utan stödet skall behövas av smittskyddsskäl. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren själv, men också av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens t.ex. kuratorer, psykologer eller psykoterapeuter. Psykosocialt stöd kan i vissa fall även tillhandahållas genom olika frivilligorganisationer.

27 §

Enligt bestämmelsen är läkaren – i likhet med vad som gäller enligt 25 § i nuvarande smittskyddslag – skyldig att anmäla till smittskyddsläkaren då den enskilde patienten inte iakttar nödvändiga försiktighetsåtgärder. Bestämmelsens *första stycke* gäller endast då fråga är om *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. Till skillnad från nuvarande reglering lämnas i paragrafen ett uttryckligt utrymme för läkaren att inte göra anmälan om erforderligt stöd kan fås genom läkarens försorg. Den föreslagna bestämmelsen motiveras bl.a. av vikten av att en patient som bär på en allvarlig smittsam sjukdom skall känna tillräckligt förtroende för att kunna ta upp och diskutera sina svårigheter med läkaren.

Enligt *andra stycket* skall anmälan enligt första stycket också göras vid annan smittsam sjukdom, om det finns särskild risk för smittspridning. Bestämmelsen är främst tänkt att tillämpas då risk föreligger för att smitta skall spridas i slutna miljöer såsom sjukhem och daghem. Det skall understrykas att möjlighet för smittskyddsläkaren att vidta tvångsåtgärder *inte* föreligger vid anmälan enligt andra stycket (till skillnad mot vad som gäller efter anmälan enligt första stycket). Syftet är att smittskyddsläkaren skall kunna använda sina allmänna befogenheter enligt 53 § samt få till stånd ett samtal med den smittade.

Vård och behandling

28 §

Den vård och behandling som skall erbjudas är sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet erfordras för att undanröja eller minska risken för smittspridning. För sådan vård och behandling som den enskilde kan behöva för sjukdomen i sig och som inte påverkar smittsamheten gäller bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Aktuell bestämmelse innebär inte att behandling eller medicinering kan ske mot den enskildes vilja. Med särskilda behandlingsinsatser avses exempelvis behandling för missbruk av alkohol eller narkotika.

29 §

Paragrafen ersätter del av 25 § i nu gällande smittskyddslag. Till skillnad från nuvarande reglering lämnas dock i paragrafen uttryckligen ett utrymme för läkaren att inte göra anmälan om erforderligt stöd kan fås genom läkarens försorg. Se även kommentaren till 27 §.

30 §

Av 33 § framgår att isolering oberoende av samtycke i princip inte kan användas i syfte att endast skydda någon eller några individer i den smittades personliga omgivning. I sådant fall kan smittrisen förebyggas på andra sätt än genom isolering av den smittade. Ett sådant sätt är underrättelse till närstående av behandlande läkare, vilket regleras i den här föreslagna paragrafen.

Sådan underrättelse innebär visserligen en viss begränsning av nuvarande sekretesskydd men är å andra sidan en mindre ingripande åtgärd än isolering enligt 33 § då den smittade personen inte vill medverka. Med hänsyn till betydelsen av förtroendet mellan den smittade patienten och läkaren kan underrättelse endast ske då den som utsätts för risk att smittas är en till den smittade personen närstående och då det står klart att den smittade personen inte frivilligt vill informera om smittrisen. Med närstående avses make eller annan person som den smittade personen lever med i en relation eller andra nära familjemedlemmar som han eller hon lever tillsammans med. Underrättelse får endast äga rum om fråga är om en allmänfarlig smittsam sjukdom och om läkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas.

Att underrättelseskyldigheten, om särskilda skäl föreligger, istället kan fullgöras av smittskyddsläkaren framgår av paragrafens *andra stycke*. Sådana särskilda skäl kan t.ex. vara att behandlande läkare har svårt att få kontakt med en till patienten närstående person eller att underrättelseskyldigheten kräver särskild erfarenhet som den behandlande läkaren saknar.

Genom det av kommittén föreslagna tillägget i 7 kap. 1 § sekretesslagen klarläggs att underrättelse enligt ovan kan lämnas utan hinder av sekretess.

*Innehåll i anmälan m.m.***31 §**

Paragrafen motsvarar 27 § i gällande smittskyddslag. Bestämmelsen reglerar vad anmälningar till smittskyddsläkaren enligt 19 § tredje stycket, 25 §, 27 § eller 29 § skall innehålla. I samtliga typer av anmälan skall finnas uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades

identitet, adress samt andra uppgifter som den som anmäler bedömer vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En anmälan som görs därför att någon vägrar låta sig läkarundersökas (19 § tredje stycket eller 25 §) skall även innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

32

I paragrafens *första stycke* regleras skyldigheten för behandlande läkare att i somliga fall underrätta annan läkare om viss patients smitta samt om de medicinska och praktiska råd som läkaren givit patienten enligt 26 §. Sådan underrättelse skall ske om någon som för smitta av allmänfarlig smittsam sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på annan vårdinrättning. Mottagare av underrättelsen är den läkare som svarar för hälso- och sjukvården på vårdinrättningen i fråga. Syftet med underrättelseskyldigheten är att risken för smittspridning så långt som möjligt skall minskas vid tvångsomhändertagandet.

Nuvarande smittskyddslag innehåller en bestämmelse om motsvarande underrättelseskyldighet för det fall intagning sker av någon som för smitta av hivinfektion (32 §). Det är dock inte enbart vid hivinfektion som behov kan finnas för läkaren på vårdinrättningen att få uppgifter om den intagne. Det gäller även vid t.ex. hepatit B, tuberkulos och andra svåra smittsamma sjukdomar. Här föreslagen bestämmelse innebär därför att underrättelse skall ske vid samtliga allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Liksom enligt nu gällande smittskyddslag avses med annan vårdinrättning i lagtextens mening LVM-hem, institutioner som lämnar vård enligt lagen (1990:52) om vård av unga samt vårdinrättningar för psykisk tvångsvård. Att hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma vid kriminalvårdsanstalt, LVM-hem eller s.k. särskilda ungdomshem i sin tur har skyldighet att i vissa fall underrätta styresmannen vid anstalten respektive den som förestår hemmet om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom framgår av 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 12 § tredje stycket lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Kommittén föreslår att dessa bestämmelser skall anpassas till den nu föreslagna smittskyddslagen, se den allmänna motiveringen kap. 32.

Enligt *andra stycket* skall läkaren på vårdinrättningen underrätta smittskyddsläkaren om den intagne inte kan tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras. Smittskyddsläkaren kan då ge råd om lämpliga åtgärder. Vid en starkt smittsam sjukdom kan det t.ex. bli fråga om att ge den sjuke medicinsk vård under frivillig isolering på sjukhus. I vissa fall kan situationen vara föranledd av att den smittade

inte följer de medicinska och praktiska råd som givits honom till förhindrande av smittspridning. Smittskyddsläkaren skall då utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som erfordras för att förebygga smittspridning, 55 §.

Isolering m.m.

Förutsättningar för isolering

33 §

Paragrafen reglerar förutsättningarna för isolering utan samtycke. Sådan isolering är en åtgärd som endast får tillgripas som en sista utväg för att hindra smittspridning. Utgångspunkterna för kommitténs ställningstagande i denna fråga har utförligt behandlats i den allmänna motiveringen, kap. 26, där bl.a. de principer kommittén menar bör ligga till grund för tillämpningen av tvångsåtgärder redovisats. Därutöver kan följande anmärkas.

Ett första villkor för att isolering utan samtycke skall kunna komma ifråga är att det rör sig om en allmänfarlig smittsam sjukdom enligt 2 § andra stycket. Dessutom krävs att samtliga de förutsättningar som beskrivs i punkterna 1–4 är för handen.

I *punkten 1* ställs krav på att sjukdomen antingen är starkt smittsam eller smittar på ett sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittrisen. Vidare fordras att sjukdomen i det enskilda fallet befinner sig i ett smittamt skede. Att sjukdomen skall vara starkt smittsam innebär att den skall ha en hög förmåga att avge smittämnet; uttrycket innefattar emellertid också sådana fall där det räcker med en liten infektionsdos för smittöverföring. Som alternativ till stark smittsamhet anges att det skall vara svårt att skydda sig mot smitta. Även om smittsamheten inte är stark kan det vara svårt att skydda sig mot smitta av t.ex. luftburna sjukdomar. Risk att smittas skall i princip föreligga för fler personer än enbart någon eller några individer i den smittades personliga omgivning (se kap. 26.2). I det senare fallet kan smittrisen i allmänhet förebyggas på andra sätt än genom isolering av den smittade. Exempel på allmänfarliga smittsamma sjukdomar som faller in under de här uppställda kriterierna är hepatit B och C, som båda har hög smittsamhet, samt tuberkulos och difteri, som smittar på ett sådant sätt att det är svårt att skydda sig mot dem. En särskild fråga i sammanhanget är hur sjukdomar som främst överförs genom sexuellt umgänge och inte är starkt smittsamma skall bedömas i nu diskuterat avseende. Frågan är om det kan anses vara svårt att skydda sig mot dem. I och för sig känner människor i allmänhet till smittriskerna vad

gäller de sexuellt överförbara sjukdomarna och kan teoretiskt sett relativt lätt skydda sig mot smitta. De beteendevetenskapliga studierna visar dock att det mänskliga sexualbeteendet är så komplext sammansatt av olika psykiska och sociala faktorer att det kan vara svårt för en enskild att överföra de teoretiska kunskaperna till faktiskt handlande i konkreta situationer. Med hänsyn härtill omfattas även vissa sexuellt överförbara sjukdomar, t.ex. hivinfektion, av kriterierna i p 1.

Punkten 2 innebär att isolering oberoende av samtycke inte kan komma till stånd om inte adekvat stöd och vård som behövs från smittskyddssynpunkt först erbjudits i frivillig form. Utgångspunkten är att de problem en enskild kan ha med att ta ansvar för att smittan inte sprids vidare i första hand skall lösas genom frivilliga åtgärder, t.ex. genom hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens försorg. Det kan röra sig om medicinsk behandling som minskar smittsamheten, olika former av psykosocialt stöd den enskilde kan behöva för att ta sitt ansvar men också skilda typer av stöd som inte direkt har samband med sjukdomen i sig men som har betydelse för hur individen kan ta sitt ansvar (t.ex. vård för missbruksproblem). Domstolen har vid sin prövning av om rekvisiten enligt denna punkt är uppfyllda att göra en objektiv bedömning av erbjudna insatsers ändamålsenlighet och kvalitet med avseende på den enskildes behov. Den enskilde kan inte kräva någon viss insats.

Punkt 3 tar sikte på den enskildes beteende. För den som frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder för att hindra smittspridning kan isolering oberoende av samtycke inte bli aktuell. För att sådan isolering skall kunna komma i fråga skall det av de konkreta omständigheterna i det enskilda fallet klart framgå att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning. Förutsättningarna enligt denna punkt kan t.ex. anses vara uppfyllda om en person nekar till att frivilligt låta sig isoleras då detta krävs för att förhindra smittspridning, vägrar undergå från smittspridningssynpunkt nödvändig behandling eller struntar i föreskrifter som meddelats med stöd av 34 §. Det kan även vara fråga om trovärdiga uppgifter om visst smittfarligt beteende som stöds av annan utredning. Domstolen skall bedöma om de åtgärder som krävts att den enskilde frivilligt medverkat till kan anses adekvata och rimliga.

Punkt 4 uppställer det allmänna kravet att påtaglig risk skall föreligga för att andra människor kan smittas om inte isolering sker (jfr förutsättningarna för läkarundersökning mot den enskildes vilja enligt 20 §). I detta ligger bl.a. att smittrisen för andra människor på grund av särskilda omständigheter kan vara utesluten eller i vart fall mera obetydlig. Det kan t.ex. vara så att den enskilde av ett eller annat skäl

inte kommer i sådan kontakt med andra människor att de utsätts för smittrisk. I så fall finns inte tillräckliga skäl för isolering. Detsamma gäller t.ex. om ytterligare frivilliga åtgärder bedöms kunna leda till att den enskilde ändrar sitt beteende.

34 §

I bestämmelsen regleras möjligheten att till hindrande av smittspridning meddela särskilda föreskrifter som den enskilde har att följa. De överväganden som legat till grund för bestämmelsen redovisas i den allmänna motiveringen, kap. 26.

Förutsättningarna för att särskilda föreskrifter skall kunna komma i fråga är de samma som för isolering oberoende av samtycke. Föreskrifterna är emellertid mindre ingripande än isolering för den enskilde. Sådana kan meddelas om det bedöms vara en tillräcklig åtgärd för att hindra smittspridning och kan i vissa fall utgöra ett alternativ till isolering oberoende av samtycke.

Föreskrifterna skall avse konkreta åtgärder som den enskilde är skyldig att delta i. De skall vara individuellt utformade med utgångspunkt i den utredning som smittskyddsläkaren gjort om den enskildes situation och behov. Exempel på vad föreskrifterna kan innehålla ges i paragrafens punkt 1–3. Uppräkningen är inte uttömmande. Föreskrifterna skall dock ange åtgärder som bedöms kunna stärka den enskildes förmåga att ta det ansvar som följer av att hon eller han smittats av en smittsam sjukdom av allvarlig art. Det kan t.ex. röra sig om vård eller behandling inom psykiatrin eller missbrukarvården, kontakt med viss läkare eller annan lämplig person för individuellt utformat psykosocialt stöd eller stödverksamhet för smittbärare, missbrukare eller psykiskt eller fysiskt funktionshindrade som anordnas av landstingskommun, kommun eller organisation. Däremot skall föreskrifterna inte omfatta olika försiktighetsåtgärder rörande sjukdomen som sådan (t.ex. att använda skydd vid sexuell umgänge). Dylåka anvisningar ges av behandlande läkare genom de praktiska och medicinska råd som denne skall ge till sin patient enligt 26 § första stycket.

Att länsrätten, efter ansökan av smittskyddsläkaren, har möjlighet att meddela föreskrifter enligt 34 § i samband med ett beslut om upphörande av isolering framgår av 41 § andra stycket.

35 §

Beslut om isolering utan samtycke enligt 33 § samt föreskrifter enligt 34 § fattas av länsrätt. Ansökan härom görs smittskyddsläkaren. Det står länsrätten fritt att besluta om föreskrifter enligt 34 § om rätten anser att detta är tillräckligt, även om ansökan endast avsett isolering enligt 33 §.

Till ansökan skall bifogas en utförlig utredning om den enskildes situation och behov. Vidare skall rätten upplysas om de åtgärder som tidigare erbjudits eller vidtagits för den enskilde. Dessutom skall utredningen innehålla en individuell vårdplan utvisande behövliga insatser för att minska risken för smittspridning samt i vilken ordning insatserna kan tillhandahållas. Härigenom kan de insatser som skall vidtas under eller efter isolering förberedas.

Smittskyddsläkaren har ansvar för att utredningen i fråga kommer till stånd. Detta innebär dock inte att han personligen måste ha utfört samtliga delar av densamma.

36 §

Paragrafen reglerar möjligheterna till tillfällig isolering i vissa mycket brådskande fall. Vid fall av allmänfarlig smittsam sjukdom kan det i vissa fall uppkomma situationer där smittriskerna är så allvarliga och överhängande att frivilliga åtgärder eller domstols beslut om isolering enligt 33 § inte kan avvaktas. Smittskyddsläkaren har därför fått behörighet att besluta om tillfällig isolering om någon som bär eller med fog kan misstänkas bära på sådan smitta genom sitt beteende utsätter annan för omedelbar risk att smittas. Vanligtvis torde det röra sig om en starkt smittsam sjukdom, men det kan även vara fråga om en mindre smittsam sjukdom som den smittade genom sitt beteende utsätter annan för överhängande risk att smittas av.

Det huvudsakliga syftet med tillfällig isolering är att smittspridningen skall förhindras till dess att nödvändiga smittskyddsåtgärder hunnit vidtas. Då åtgärden gäller en person som med fog misstänks vara smittad gäller det även att klarlägga om denne verkligen är smittad. Visar det sig att så inte är fallet eller att sjukdomen inte är i ett smittsamt skede skall isoleringen genast upphöra. Isoleringen skall annars upphöra så snart sådana åtgärder som undanröjer den omedelbara smittriskerna kunnat vidtas.

Tillfällig isolering utgör en självständig åtgärd i förhållande till isolering oberoende av samtycke. Är förutsättningarna för isolering enligt 33 § uppfyllda, kan den emellertid följas av ett domstolsbeslut om isolering oberoende av samtycke. Det är dock inte meningen att tillfällig isolering rutinmässigt skall föregå ett förfarande om isolering oberoende av samtycke.

Smittskyddsläkarens beslut skall senast inom två dagar underställas länsrätten för prövning. Sker detta inte, förfaller smittskyddsläkarens beslut. Den tillfälliga isoleringen kan bestå under högst två veckor.

37 §

Med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda bör isolering äga rum i offentligt bedriven verksamhet. Isolering oberoende av samtycke samt tillfällig isolering skall därför ske på en vårdinrättning som drivs av ett landsting. Några närmare krav på vårdinrättningens egenskaper ställs inte i lagen, men den måste vara så beskaffad att de i lagen reglerade kraven på isoleringens innehåll m.m. kan uppfyllas. Liksom är fallet enligt nu gällande smittskyddslag finns inget hinder mot att isolering av en person sker utanför det landstingsområde som denne tillhör.

38 §

Isolering oberoende av samtycke är lagens sista utväg för att hindra smittspridning. Den skall inte pågå längre än vad som är oundgängligen nödvändigt. Kritik har framförts mot nu gällande smittskyddslag enligt vilken tvångsisolering stundom sträckt sig över mycket lång tid (se kap. 8).

Enligt paragrafen får isolering oberoende av samtycke pågå i högst tre månader, i vilken tid tillfällig isolering inte inräknas. Meningen är att den smittade därefter skall komma i åtnjutande av erforderliga alternativa åtgärder som hindrar eller begränsar risken för smittspridning, t.ex. frivillig behandling för missbruksproblem eller individuellt utformat psykosocialt stöd. I vissa fall kan föreskrifter enligt 34 § bli aktuella, se 41 § andra stycket. Även under isoleringstiden skall den isoleerade erbjudas den vård och det stöd han behöver.

I undantagsfall kan nödvändiga alternativa åtgärder inte komma till stånd innan de stipulerade tre månaderna löpt till ända. Länsrätten kan då, efter ansökan av smittskyddsläkaren, besluta att isoleringen skall pågå i ytterligare högst tre månader. Tiden kan därefter inte vidare förlängas. Befinns efter en tid efter det att isoleringen upphört att den enskilde återigen uppfyller förutsättningarna för isolering oberoende av samtycke enligt 33 § finns emellertid inget hinder mot att smittskyddsläkaren på nytt ansöker om isolering.

Även varaktigheten av meddelade föreskrifter begränsas i tiden. Sådana får ges för en tid av högst sex månader. Föreligger därefter fortsatt behov av föreskrifter kan länsrätten förlänga dessas giltighet med högst sex månader i taget. Sådant beslut initieras genom ansökan av smittskyddsläkaren. Länsrätten kan även, när som helst under föreskrifternas giltighetstid, besluta om förändring av deras innehåll.

39 §

När länsrätten fattat beslut om isolering oberoende av samtycke skall smittskyddsläkaren genast underrätta det landsting eller den kommun som har ansvaret för att de för den smittade behövliga insatserna kom-

mer till stånd. Detta för att den ansvarige huvudmannen tillsammans med smittskyddsläkaren så snart som möjligt skall kunna förbereda sådana åtgärder som den smittade behöver vid isoleringens upphörande.

40 §, 41 §

Den som är isolerad enligt bestämmelserna om tillfällig isolering eller isolering oberoende av samtycke kan när som helst under isoleringstiden begära att isoleringen skall upphöra. Länsrätten skall då omedelbart pröva frågan. Finner länsrätten att skäl för isolering inte längre föreligger skall domstolen omedelbart häva beslutet. Kommer det till smittskyddsläkarens kännedom att skäl för isolering inte längre föreligger är även han behörig att upphäva beslutet. Häver smittskyddsläkaren ett beslut om isolering skall han snarast underrätta länsrätten om detta.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren kan länsrätten, om förutsättningar föreligger, meddela föreskrifter enligt 34 § i samband med beslut om isoleringens upphörande. Detta innebär att skäl för isolering i och för sig fortfarande föreligger, men att föreskrifter i fortsättningen bedöms vara en tillräcklig åtgärd.

Isoleringens innehåll

42 §

Bestämmelsen motsvaras delvis av 43 § i nu gällande smittskyddslag. Första stycket är emellertid anpassat till det innehåll isolering oberoende av samtycke skall ha enligt den nya lagen och innehåller ett påpekande om att den smittade redan under isoleringstiden skall få det stöd och den hjälp som krävs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller så långt som möjligt minskas. Det är viktigt att isoleringstiden inte blir ett passivt frihetsberövande; insatser för att stärka den enskildes förmåga att ta sitt ansvar bör påbörjas redan där.

43 §, 44 §

Innehållet i paragraferna motsvaras av 43 a § och 43 b § i nu gällande smittskyddslag.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

45 §

Paragrafen motsvaras av 44 § i nu gällande smittskyddslag. Smittskyddsläkaren kan begära biträde av polismyndighet för att återföra den som avvikit från vårdinrättningen (84 § 3).

46 §

Enligt 45 § i gällande smittskyddslag är det för en tvångsisolerad förbjudet att inneha bl.a. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel. Vad beträffar olovligt narkotikainnehav är sådant straffbelagt redan enligt narkotikastrafflagen (1968:64). Men bestämmelsen i gällande smittskyddslag innebär även att en tvångsisolerad inte kan inneha t.ex. en flaska lättöl. Den som är isolerad behöver emellertid inte vara missbrukare. Den nu föreslagna paragrafen är därför så utformad, att det görs möjligt att omhänderta alkoholhaltiga drycker, narkotika, andra berusningsmedel, föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk m.m. då egendomen kan vara till skada för den isolerade själv eller till men för ordningen på vårdinrättningen. Under förutsättning att ordningen på vårdinrättningen tillåter det, är det således fortsättningsvis möjligt för en isolerad att t.ex. dricka lättöl eller svagdricka till maten eller att inneha ett till honom receptförskrivet sömnmedel som är klassificerat som narkotika.

47 §, 48 §, 49 §

Bestämmelserna motsvarar 46–48 §§ i nu gällande smittskyddslag.

Vistelse utanför vårdinrättningen

50 §, 51 §

Paragraferna, som ersätter 49 § och 50 § i befintlig lag, reglerar möjligheten att bevilja tillstånd för en person som är isolerad oberoende av samtycke att under viss tid vistas utanför vårdinrättningens område. Bestämmelserna innebär en inskränkning av denna möjlighet jämfört med bestämmelserna i nu gällande smittskyddslag. Under den tämligen korta isoleringstiden kan dock vistelse utanför vårdinrättningens område bara få förekomma i undantagsfall, och då endast under en mycket begränsad tid. Sådan vistelse kan enbart tillåtas om den antingen är påkallad av särskilda skäl hänförliga till den isolerade själv eller hans närmaste (t.ex. för att besöka en svårt sjuk närstående eller för att närvara vid närståendes begravning) eller om vistelsen utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den smittade (exempelvis del-

tagande i aktivitet anordnad av en frivilligorganisation). Tillstånd kan givetvis endast komma i fråga om vistelse utanför vårdinrättningens område bedöms kunna ske utan risk för smittspridning.

Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område kan inte ges vid tillfällig isolering. Detta får anses följa av den överhängande smitt-risk som förutsätts för tillfällig isolering. Eventuella nödvändiga besök utanför vårdinrättningen får därför i dessa fall genomföras tillsammans med personal från inrättningen.

Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens allmänna skyldigheter

52 §

Smittskyddsläkaren har enligt gällande smittskyddslag en central roll i samhällets smittskydd. Han får i sitt arbete en samlad bild av smittskyddsläget i länet och är den som har den bästa kompetensen för att kunna avgöra vilka insatser som behövs, både generellt och i enskilda fall. Hans huvudsakliga arbetsuppgifter bör inte förändras genom den nya lagen (kommitténs närmare överväganden i denna fråga presenteras i den allmänna motiveringen, kap. 29). Även i fortsättningen skall han således ha ansvaret för den övergripande ledningen av smittskyddsarbetet inom den område där han är verksam. Smittskyddsläkaren skall liksom idag planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (jfr 7 § p 1 och 2 i gällande smittskyddslag).

Enligt 9 § kan det finnas flera smittskyddsläkare inom ett område. Det kan i sådant fall finnas övergripande uppgifter som det är lämpligt att en av dem har ansvar för, t.ex. epidemiplan eller vaccinationsprogram. Detta är en fråga som huvudmannen enligt paragrafens *andra stycke* får besluta om.

53 §

I paragrafen anges några särskilt viktiga uppgifter som smittskyddsläkaren har att sörja för inom smittskyddet. Uppräkningen är dock på intet sätt uttömmande. Ordningföljden på uppgifterna avses spegla den nya smittskyddslagens uppbyggnad.

Paragrafen kan närmast jämföras med 7 § i den gällande smittskyddslagen. Uppbyggnaden är dock delvis annorlunda. Det är inte avsikten att någon av de uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt den nu gällande bestämmelsen skall upphöra p.g.a. den nya avfattningen. Även fortsättningsvis skall han ha en mycket aktiv roll i det praktiska

smittskyddsarbetet. Däremot utökas smittskyddsläkarnas ansvar på vissa punkter.

Punkt 1: Smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten får sådan upplysning och information om smittsamma sjukdomar att den kan vidta de åtgärder som krävs för att skydda sig mot smitta. Information till befolkningen om sjukdomar, smittvägar, prevention m.m. är många gånger den bästa åtgärden för att förebygga att smittsamma sjukdomar sprids. Informationen kan röra vilka konkreta försiktighetsåtgärder den enskilde bör iaktta (t.ex. vid anrättning av matvaror eller vid sexuellt umgänge) men även vilket vaccinationsskydd som är erforderligt.

Punkt 2: Enligt p 1 skall allmänheten få information om smittskydd. För grupper som löper särskild risk att smittas av viss sjukdom bör dock riktade insatser göras. Meningen är att smittskyddsläkaren skall verka mer tydligt och aktivt vad gäller dessa grupper. Smittskyddsläkarens åtgärder initieras av den allmänna epidemiologiska situationen. Det kan t.ex. röra sig om uppmaningar till pensionärer att låta vaccinera sig i influensatider eller anvisningar till sjukvårdspersonal om hur de bör skydda sig mot blodsmitta.

Punkt 3: Smittskyddsläkaren skall tillse att även andra förebyggande åtgärder än de som nämns under p 1 och 2 vidtas. I detta ingår bl.a. att han skall ge akt på när det av epidemiologiska skäl är påkallat att erbjuda olika typer av vaccinationer och uppmärksamma huvudmannen på detta.

Punkt 4: Smittskyddsläkaren är den person i länet som har bäst överblick över och erfarenhet av olika typer av smittsamma sjukdomar. Det är därför viktigt att han fungerar som ett stöd för sjukvårdspersonal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med dylika sjukdomar. Det gäller inte minst personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Stödet kan ges på olika sätt; det kan röra sig om råd vid telefonförfrågningar, skriftlig information (t.ex. i form av månadsblad eller liknande), föreläsningar m.m. I den omfattning som behövs skall smittskyddsläkaren även undervisa berörd personal i smittskyddsfrågor. Erforderligt stöd skall dessutom ges till andra aktörer som har uppgifter inom smittskyddet, t.ex. de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Dessa har oftast en begränsad erfarenhet av smittskyddsarbete och kan behöva bistånd vid utförandet av t.ex. smittutredningar där smittan misstänks härröra från ett objekt. Vid behov skall smittskyddsläkaren ge råd om lämpliga smittskyddsåtgärder.

Punkt 5: Spårningen av smittkälla samt personer som den smittade i sin tur kan ha utsatt för smittrisk är en mycket viktig uppgift inom smittskyddet. En omsorgsfullt utförd smittspårning innebär att smittade personer urskiljs och kan hindras från att sprida smittan vidare. Det

förekommer emellertid att behandlande läkare underlåter att smittspåra eller utför uppgiften bristfälligt. Detta kan t.ex. bero på tids- eller kompetensbrist. Smittskyddsläkaren har visserligen redan idag ett ansvar för att smittutredningarna blir fullständiga. Genom den föreslagna bestämmelsen blir dock hans ansvar i denna fråga mer tydligt uttryckt. Uppgift om smittspårning får han i det enskilda fallet genom den anmälan behandlande läkare m.fl. har att göra då fråga är om vissa typer av sjukdomar (se 16–18 §§). En sådan anmälan skall bl.a. innehålla uppgifter om den sannolika smittkällan samt om de åtgärder läkare vidtagit för att hindra smittspridningen. I 24 § finns bestämmelser om att smittskyddsläkaren i vissa fall kan befria behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal från ett smittspårningsärende och överlämna det till annan eller själv fullgöra uppgiften.

Smittskyddsläkaren skall även se till att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats. Genom anmälan enligt 16 § får smittskyddsläkaren reda på de medicinska och praktiska råd som behandlande läkare gett patienten enligt 26 §. Uppmärksammar smittskyddsläkaren att de givna råden av en eller annan anledning kan ifrågasättas eller behöver kompletteras, skall han kontakta behandlande läkare om detta.

Punkt 6: Enligt 11 § bör var och en medverka till att spridningen av smittsamma sjukdomar förhindras. Den som vet eller har anledning att misstänka att han är smittad av en allvarlig sjukdom är dessutom skyldig att vidta de åtgärder som han kan för att skydda andra mot smittrisk samt informera vissa personer om sin smitta, nämligen dem som han kommer i sådan kontakt med att de kan komma att smittas, 12 §. Han är också i vissa fall skyldig att söka läkare och låta denne göra erforderliga undersökningar samt att medverka i smittspårningsarbetet.

För att den enskilde skall kunna klara av att fullgöra sina skyldigheter enligt lagen skall den behandlande läkaren se till att han får erforderlig information samt den vård och det stöd han behöver. Även smittskyddsläkaren skall stödja den enskilde i detta sammanhang. Smittskyddsläkaren skall vidare bevaka att den enskilde verkligen får det stöd eller den vård som är påkallad av sjukdomen eller av smittrisken. Han skall utreda vilka problem den smittades svårigheter bottnar i och vilka insatser som krävs för att komma till rätta med problemen. Det kan röra sig om medicinsk vård, men också om t.ex. vård för drogproblem eller psykosocialt stöd i olika former. Betonas bör emellertid att avsikten inte är att smittskyddsläkaren skall ta över den behandlande läkarens roll och själv ge medicinsk vård eller samtalsstöd till den enskilde. Inte heller är meningen att smittskyddsläkaren skall kontrollera samtliga rapporterade sjukdomsfall eller bedriva någon generell tillsyn. Hans insatser enligt bestämmelsen torde främst aktualiseras efter det att en enskild smittad klagat på att han inte får det stöd han anser sig be-

höva, efter anmälan om en smittad persons misskötsamhet från behandlande läkare eller efter en anhållan om hjälp från behandlande läkare i ett enskilt fall.

Punkt 7: Varje år inträffar ett flertal allvarliga sjukdomsfall på sjukhus, sjukhem och i s.k. särskilda boendeformer för äldre eller funktionshindrade som en följd av smittspridning på grund av bristfälliga rutiner. Bristerna kan vara av olika slag. Det kan t.ex. röra sig om att personalen inte tvättar händerna ordentligt, felaktig praxis vad gäller användning av engångsmaterial eller andra brister beträffande olika objekt (exempelvis undermålig rengöring av handfat, brister i vatten- och ventilationsanläggningar m.m.) eller underlåtenhet att placera en särskilt smittsam patient på enskilt rum. De vanligaste vårdhygieniska problemen torde, enligt Socialstyrelsens rapport 1998:19, vara diarrésjukdomar, återkommande urinvägsinfektioner, trycksår och influensautbrott. Om det inte är fråga om samhällsfarliga sjukdomar bedriver dock smittskyddsläkaren idag sällan någon utredning eller smittspårning inom de lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård; andra typer av vårdrelaterade infektioner förutsätts lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Vilka resurser den enskilde huvudmannen har på detta område varierar emellertid.

Smittskyddsläkaren har ansvar för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar i det område inom vilket han enligt 9 § första stycket verkar. Mot bakgrund av den föreliggande situationen beträffande vårdrelaterade infektioner ges smittskyddsläkaren ett uttryckligt ansvar för bevakningen av att tillräckliga åtgärder kommer till stånd. Vid brister i detta hänseende skall han påtala för den aktuella huvudmannen eller ansvarige vårgivaren vilka insatser som krävs. Skulle åtgärder ändå inte vidtas kan smittskyddsläkaren anmäla detta till tillsynsmyndigheten, som har möjlighet att utfärda ett föreläggande förenat med vite (se 56 § och 58 §).

Punkt 8: Det är av största vikt att smittskyddsläkaren håller sig informerad om smittskyddssituationen i det område som han ansvarar för. Uppgifter om smittskyddsläget får han bl.a. från de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkare har att göra enligt 16–18 §§. Uppmärksammar smittskyddsläkaren vid övervakningen förhållanden som kräver smittskyddsåtgärder, skall han skyndsamt se till att sådana vidtas. Smittskyddsläkaren skall också medverka i den nationella epidemiologiska uppföljningen.

54 §

Bestämmelsen, som behandlar smittskyddsläkarens skyldigheter då han fått anmälan om att en person som antas bära på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte låter sig undersökas av läkare, ersätter del av

28 § i nu gällande smittskyddslag. Efter anmälan har smittskyddsläkaren att utreda ärendet, ta reda på varför den misstänkt smittade inte låter läkarundersöka sig samt vilka åtgärder som kan vidtas för att detta frivilligt skall ske. Om inte särskilda skäl talar däremot skall i smittskyddsläkarens utredning ingå ett personligt samtal med den enskilde. Går det inte att nå resultat på detta sätt kan det i vissa fall bli aktuellt med att ansöka till länsrätten om tvångsundersökning (20 §).

55 §

I bestämmelsen regleras smittskyddsläkarens skyldigheter efter det att han fått en anmälan om att en patient som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom inte iakttar erforderliga försiktighetsåtgärder för att skydda andra mot smitta eller inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra. Bestämmelsen ersätter del av 28 § i nu gällande smittskyddslag.

Efter att ha fått anmälan skall smittskyddsläkaren påbörja den utredning om den enskilde som krävs för att han skall kunna ta ställning till vilka insatser som erfordras för att smittspridning skall förhindras. Som huvudregel skall i utredningen ingå ett personligt samtal med den enskilde. Detta samtal behövs främst för att klarlägga vilka svårigheter den enskilde har och vilka frivilliga insatser som kan vara adekvata. Samtalet kan också fylla funktionen att inskräpa situationens allvar hos den enskilde så att han eller hon inser sitt eget ansvar för att hindra smittspridning. Smittskyddsläkaren har vidare rätt att få uppgifter från vissa myndigheter och personal inom hälso- och sjukvården (63 §). Är det nödvändigt för en utredning får han dessutom underrätta socialnämnden, polismyndigheten och den lokala kriminalvårdsmyndigheten om bl.a. den enskildes identitet och vilka råd och anvisningar han eller hon har att följa, se 65 §.

56 §

Uppmärksammar smittskyddsläkaren brister i smittskyddet skall han påpeka detta för den myndighet eller annan som är skyldig att avhjälpa bristerna. Det kan t.ex. röra sig om brister i smittskyddet på sjukhus, sjukhem eller i s.k. särskilda boendeformer (jfr 53 § p 7). Sker inte rättelse, och medför detta fara från smittskyddssynpunkt, skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till aktuell tillsynsmyndighet (dvs. Socialstyrelsen om fråga är om hälso- och sjukvård eller länsstyrelsen om det gäller socialtjänsten). Anmälan skall användas som ett yttersta påtryckningsmedel och bör ske först om huvudmannen, trots påpekande, inte åtgärdat bristerna. Tillsynsmyndigheten kan enligt 58 § efter anmälan förelägga ansvarig huvudman att vidta de åtgärder som krävs.

57 §

Upp täcker smittskyddsläkaren i sitt arbete enligt 53 § p 6 att en enskild smittad inte erbjuds det stöd eller den vård som han behöver för att förebygga smittspridning skall smittskyddsläkaren kontakta ansvarig huvudman (dvs. kommun eller landstingskommun) och påtala detta. I de allra flesta fall förutsätts huvudmannen ta påpekandena på allvar och åtgärda bristerna. Men om så inte skulle ske skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till aktuell tillsynsmyndighet, som efter anmälan kan förelägga ansvarig huvudman att vidta åtgärder, 58 §.

58 §

Den berörda tillsynsmyndigheten kan, efter anmälan av smittskyddsläkaren, förelägga ansvarig huvudman att vidta de åtgärder som erfordras. Skyldigheten att vidta åtgärder bygger på, förutom smittskyddslagen, befintliga regler i hälso- och sjukvårdslagen. På socialtjänstområdet följer skyldigheterna att erbjuda stöd m.m. av befintliga regler i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Föreläggandet skall vara skriftligt och bl.a. innehålla uppgifter om till vem det riktas (adressaten), vilka konkreta åtgärder som skall vidtas och inom vilken tidsfrist detta skall ske. I föreläggandet får vite sättas ut. I lagen (1985:206) om viten finns allmänna regler om vitesföreläggande, vitesbelopp, utdömande av vite m.m. Bland annat anges att vitet som huvudregel skall fastställas till ett bestämt belopp, men att vitet även i vissa fall kan föreläggas som löpande vite. Vitet bestäms då till ett visst belopp för varje tidsperiod av viss längd under vilken föreläggandet inte har följts eller, om föreläggandet avser en återkommande förpliktelse, varje gång adressaten underlåter att fullgöra denna. Frågor om utdömande av viten prövas av länsrätten.

59 §

Paragrafens *första stycke* motsvarar 12 § andra stycket i gällande smittskyddslag.

Smittskyddsläkaren omfattas av hälso- och sjukvårdsekretessen enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100). Sekretess råder således för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden bl.a. mellan smittskyddsläkaren och andra myndigheter. Enligt *andra stycket* får dock nödvändiga uppgifter lämnas till de myndigheter som skall tillhandahålla vård och stöd till den enskilde (jfr förslaget till 7 kap. 1 § sekretesslagen nedan i 36.8).

60 §

Ansvar för åtgärder inom det objektinriktade smittskyddet (t.ex. avseende djur, vatten eller livsmedel) åvilar bl.a. kommunen, Jordbruksverket och Livsmedelsverket. Kommunen respektive myndigheterna har även ansvaret för den utredning som ligger till grund för åtgärderna. Genom den föreslagna bestämmelsen ges en klarare ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna då det gäller det objektinriktade smittskyddet. I bestämmelsen åläggs smittskyddsläkaren att formellt underrätta en kommun – eller annan ansvarig myndighet – om att smittskyddsåtgärder erfordras. Bestämmelsen är kopplad till vissa föreslagna paragrafer i miljöbalken och livsmedelslagen (se kap. 27), vilka slår fast kommuns respektive myndighets ansvar att senast efter en underrättelse från smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som krävs. Underrättelsen innebär dock inte att smittskyddsläkaren har någon direktivrätt mot objektansvariga kommuner eller myndigheter.

61 §

Paragrafen motsvarar 12 § tredje stycket i gällande smittskyddslag. Med område avses det område smittskyddsläkaren verkar i enligt 9 § första stycket.

62 §

Bedömer smittskyddsläkaren i ett enskilt ärende att vidare smittskydds- eller smittspårningsåtgärder inte är erforderliga för att hindra smittspridning skall han ha möjlighet att avskriva ärendet. Detta kan t.ex. bli aktuellt om de personer den smittade kan ha fört smittan vidare till befinner sig utomlands eller av andra skäl inte går att få tag i.

*Särskilda befogenheter för smittskyddsläkaren***63 §**

Paragrafen motsvaras närmast av 29 § i gällande smittskyddslag. Skyldigheten att lämna uppgifter gäller bara om det är fråga om allmänfarlig smittsam sjukdom och endast om en begäran om uppgifter framställts av smittskyddsläkaren. Vidare krävs att uppgifterna behövs för att smittskyddsläkaren skall kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen.

64 §

Bestämmelsen motsvarar 8 § i gällande smittskyddslag. Den är inte begränsad till allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Enligt bestämmelsen har smittskyddsläkaren i ett enskilt fall, på begäran, rätt att få

upplysningar från kommunala nämnder som fullgör uppgifter på miljö- och hälsoskyddsområdet samt från sjukvårdspersonal om detta behövs för att han skall kunna fullgöra sina smittskyddsuppgifter. Några formkrav på själva begäran eller på hur uppgifterna skall lämnas ställs, liksom tidigare, inte. Smittskyddsläkaren har också rätt att ta del av uppgifter i handlingar under samma förutsättningar. Hans rätt att få upplysningar eller att ta del av uppgifter i handlingar är begränsade till de fall då han behöver dem för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen. Att begärd uppgift omfattas av sekretess hindrar inte att den skall lämnas ut till smittskyddsläkaren.

65 §

Paragrafen ersätter 30 § i gällande smittskyddslag. Den nuvarande bestämmelsen omfattar dock endast hivinfektion. Underrättelse får ske om det är nödvändigt för en utredning enligt 55 §, dvs. utredning efter anmälan om att den enskilde (vid allmänfarlig smittsam sjukdom) inte iakttar erforderliga försiktighetsåtgärder eller inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor. Om underrättelse skall ske eller inte får avgöras av smittskyddsläkaren efter omständigheterna i det enskilda fallet. Självfallet bör underrättelsen begränsas till den eller de av de nämnda myndigheterna som bedöms kunna lämna relevant information.

66 §

Paragrafens *första stycke* motsvarar huvudsakligen 31 § i gällande smittskyddslag; den befintliga bestämmelsen omfattar emellertid endast smitta av hivinfektion. Enligt det nya *andra stycket* är tiden för anmälningsskyldigheten begränsad till två månader från det att underrättelse enligt 65 § mottagits. Har smittskyddsläkaren av någon anledning inom denna tid inte kunnat avsluta sin utredning, kan han, om han bedömer det nödvändigt på nytt göra underrättelse enligt 65 §. En ny tvåmånadersfrist enligt 66 § andra stycket börjar då löpa.

Rätt till ersättning vid vissa åtgärder

67 §

Paragrafen reglerar kostnadsfrihet beträffande vissa läkemedel. Bestämmelserna om rätt till ersättning vid vissa åtgärder har närmare behandlats i den allmänna motiveringen, kap. 33.

Enligt bestämmelsen skall läkemedel vara kostnadsfria för den enskilde om läkemedlet bedöms vara ägnat att minska risken för smittspridning. Avsikten är att läkemedel som vid en objektiv vetenskaplig

bedömning bedöms minska risken för smittspridning, t.ex. genom att minska smittsamheten eller hämma tillväxten hos smittämnet, skall vara kostnadsfria för den enskilde. Kraven motsvarar vad som gäller enligt nuvarande bestämmelser. Kostnadsfriheten inbegriper enligt paragrafen läkemedel för i princip alla smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Emellertid förutsätts regeringen precisera tillämpningsområdet genom särskilda föreskrifter.

För att omfattas av kostnadsfriheten måste läkemedlet vara förskrivet av läkare. Receptfria läkemedel omfattas således inte. Däremot spelar det ingen roll om förskrivande läkare är verksam inom den offentliga hälso- och sjukvården eller privat praktiserande. Några krav ställs inte heller på att läkaren skall vara ersättningsberättigad enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget.

Här erinras om att patienter som blivit smittade av hivinfektion inom den svenska hälso- och sjukvården erhåller fria läkemedel enligt lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hivsmittade.

68 §

I paragrafen regleras när kostnadsfrihet gäller för undersökning, vård och behandling av smittsam sjukdom.

För kostnadsfrihet förutsätts att det är fråga om undersökning, vård och behandling som är ägnad att minska risken för smittspridning. I den allmänna motiveringen, kap. 33, beskrivs närmare vad som avses med att åtgärden skall vara ägnad att minska risken för smittspridning. Avsikten är att det till grund för kostnadsfriheten skall ligga en objektiv bedömning av åtgärdens betydelse för att minska fortsatt smittspridning. Kostnadsfriheten skall således gälla samtliga åtgärder som direkt kan leda till att smittsamheten minskar eller hålls tillbaka. Endast sådana åtgärder som saknar direkt betydelse för smittspridningen, t.ex. behandling av komplikationer till sjukdomen, är undantagna från bestämmelsens tillämpningsområde. Läkaren, och inte den enskilde, avgör om åtgärden har betydelse från smittskyddssynpunkt.

Kostnadsfriheten är begränsad till allmänfarliga smittsamma sjukdomar samt övriga smittsamma sjukdomar som omfattas av bestämmelserna om smittspårning i 22 §. Det är i dessa fall angeläget att den som kan vara smittad söker läkare, och detta bör därför inte medföra kostnader för den enskilde.

Kostnadsfriheten gäller för undersökning, vård och behandling som ges inom landstingets egna hälso- och sjukvård eller av privat verksam läkare under förutsättning att verksamheten är offentligt finansierad. I förhållande till nu gällande ersättningsbestämmelser (63 § i befintlig

smittskyddslag) innebär bestämmelsen en viss utvidgning av kostnadsfriheten. För undersökning, behandling och vård som ges av läkare som inte omfattas av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och inte har vårdavtal får däremot den enskilde även fortsättningsvis betala själv.

Patienter som har blivit smittade av hivinfektion inom den svenska hälso- och sjukvården erhåller kostnadsfri sjukvård enligt lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade.

69 §

I paragrafen anges vem som har rätt till förmånerna enligt 67 § och 68 §. Med hänsyn till Sveriges medlemskap i EU omfattas även de personer som ingår i personkretsen enligt rådets förordning nr 1408/71 bland de förmånsberättigade. Paragrafens p 3 är en följd av att kommittén föreslår att rätten till kostnadsfria förmåner enligt förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar skall regleras i lag (se kap. 33). I övrigt innebär bestämmelsen inte några förändringar mot vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag.

Här erinras om att asylsökandes rätt att kostnadsfritt erhålla bl.a. vård och åtgärder enligt smittskyddslagen regleras i 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

70 §

Bestämmelsen innebär att landstingen svarar för alla kostnader som uppstår på grund av bestämmelserna om kostnadsfrihet för den enskilde, dvs. även för undersökning m.m. som företas av privat verksam läkare med offentlig finansiering. Detta är en skillnad mot nu gällande bestämmelser (jfr 64 § i gällande smittskyddslag), enligt vilka landstinget svarar för kostnader för åtgärder och läkemedel som förordnats inom den egna verksamheten, medan staten svarar för övriga kostnader. Ändringarna är föranledda av förändringar rörande kostnadsansvaret för läkemedelsförmåner enligt lagen (1996:1150) om högkostnads- skydd vid köp av läkemedel m.m. och rörande läkarvårdsersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Tillsyn m.m.

71 §, 72 §

Den statliga tillsynen är ett viktigt medel för att öka enhetlighet och kvalitetsmedvetande inom smittskyddet. Socialstyrelsen skall även fortsättningsvis ha tillsynen över smittskyddet i landet (jfr 65 § i gällande

smittskyddslag), vilket naturligtvis även omfattar smittskyddsläkarnas verksamhet. Styrelsens tillsyn över smittskyddet hänger nära samman med dess tillsyn över hälso- och sjukvården, och styrelsens tillsyn över smittskyddsverksamheten bör samordnas med dess tillsyn över hälso- och sjukvården i stort. Genom bestämmelsen i 71 § ges Socialstyrelsen alla de befogenheter, inklusive möjligheten att förbjuda viss verksamhet, som föreligger vid styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården. Kommitténs vidare överväganden när det gäller tillsynen framgår av den allmänna motiveringen, kap. 29.

Socialstyrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet. I likhet med vad som sker idag skall styrelsen utfärda allmänna råd till ledning för tillämpningen av smittskyddslagen. Dessa kan behandla skilda frågor, såsom t.ex. riktlinjer för smittspårningsarbetet eller ge vägledning till enskilda läkare beträffande vilka praktiska och medicinska råd som kan vara befogade vid olika slag av sjukdomar.

Överklagande m.m.

73 §

Paragrafen reglerar vilka beslut av smittskyddsläkare och annan läkare som är överklagbara. Den är uppbyggd efter mönster i 52 § i den gällande smittskyddslagen.

I paragrafens *första stycke* anges att vissa beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Från och med den 1 oktober 1998 gäller emellertid en allmän regel om domstolsprövning av förvaltningsbeslut. Regeln har införts i 22 a § förvaltningslagen (1986:223), och innebär bl.a. att förvaltningsbeslut överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Det kan ifrågasättas om denna regel bör ersätta bestämmelser i annan lagstiftning, såsom t.ex. smittskyddslagen, om överklagande till allmän förvaltningsdomstol. Regeringen har dock i förarbetena till 22 a § förvaltningslagen uttalat att reglerna i annan lagstiftning fyller en viktig funktion som information till allmänheten, och att särskilda regler om överklagande tills vidare bör behållas i lag och även i fortsättningen införas i ny förvaltningsrättslig lagstiftning.

Jämfört med 52 § i befintlig lag innehåller den föreslagna bestämmelsen ett mindre antal beslut som kan överklagas. Orsaken härtill är att somliga beslut som idag fattas av smittskyddsläkaren enligt den nya lagen istället skall fattas av länsrätten som första instans. Beslut om läkarundersökning som den enskilde motsatt sig skall t.ex. framdeles fattas av länsrätten och inte av smittskyddsläkaren (se kap. 26). Detta innebär även att sådant beslut kan överklagas till kammarrätten. För att kammarrätten skall ta upp ett sådant mål krävs emellertid att prövnings-

tillstånd meddelas, se nedan 75 §. Vidare blir det, till skillnad från vad som gäller i dag, länsrätten som i första instans har att pröva en begäran från den isolerade att isolering oberoende av samtycke skall upphöra. Både länsrätten och smittskyddsläkaren har emellertid befogenhet att häva ett beslut om isolering, om de får kännedom om att skäl för sådan inte längre finns.

De smittskyddsläkarens beslut som får överklagas enligt paragrafen är beslut om tillfällig isolering, avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, meddelande av villkor i samband med sådan vistelse samt återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Vidare kan vissa beslut som enligt lagen kan fattas av chefsöverläkare överklagas, nämligen beslut enligt 49 § om att förstöra eller försälja berusningsmedel m.m., samt beslut enligt 44 § om inskränkningar i rättigheterna för den enskilde som isolerats oberoende av samtycke vad gäller sysselsättning, utomhusvistelse, telefonsamtal, besök m.m.

74 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om överklagande av vissa av tillsynsmyndighetens beslut, nämligen sådana som rör förelägganden enligt 58 §.

75 §

Bestämmelsen motsvarar 53 a § i den befintliga lagen. Enligt denna krävs inte prövningstillstånd i kammarrätt i mål som gäller tvångsisolering eller upphörande av tvångsisolering. Även i nya lagen föreslås att prövningstillstånd inte skall erfordras i mål som rör frihetsberövande.

76 §

Paragrafen motsvarar 55 § i den gällande smittskyddslagen.

77 §

Paragrafen motsvarar 54 § i gällande smittskyddslag.

78 §

Bestämmelsen motsvarar till del 56 § i nu gällande smittskyddslag.

I *första stycket* anges den tidsfrist, inom vilken länsrätten har att ta upp mål om isolering oberoende av samtycke enligt 33 § och föreskrifter enligt 34 § till prövning. Bestämmelsen innebär att den slutliga handläggningen, i form av muntlig förhandling eller föredragning, måste ha påbörjats inom den föreskrivna tiden. Föreligger särskilda skäl får länsrätten förlänga tiden. Ett särskilt skäl i lagtextens mening kan t.ex. vara att ytterligare utredning måste inhämtas beträffande den person för

vilken ansökts om isolering. Med hänsyn till målens brådskade karaktär skall emellertid förlängning av tiden endast ske undantagsvis och när det är oundgängligen nödvändigt.

Andra stycket innehåller särskilda regler om den tidsfrist, inom vilken länsrätten har att ta upp mål om tillfällig isolering enligt 36 §. Dessa mål är av ytterst brådskande karaktär. I 36 § finns bestämmelser om att smittskyddsläkares beslut om tillfällig isolering måste underställas länsrätten inom två dagar, annars förfaller beslutet. Länsrätten skall i sin tur ta upp målet snarast och senast inom fyra dagar från det att underställningen skedde. Tillfällig isolering får bestå i högst två veckor.

Det har inte föreslagits någon särskild regel i lagen om när dom eller beslut senast skall meddelas. Någon sådan regel finns inte heller i den befintliga smittskyddslagen. Beslut bör emellertid kunna meddelas i nära anslutning till muntlig förhandling, när sådan hållits.

I *sista stycket* bestäms att länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på målets avgörande då fråga är om isolering oberoende av samtycke, tillfällig isolering eller föreskrifter. Detta gäller även då fråga är om ytterligare isolering eller förlängning av föreskrifter enligt 38 §.

79 §

Bestämmelsen, som bl.a. reglerar domstolarnas skyldighet att hålla muntlig förhandling i mål om isolering oberoende av samtycke, tillfällig isolering och upphörande av isolering motsvarar i stort 57 § i gällande smittskyddslag.

Regler om när muntlig förhandling skall hållas i övriga mål enligt smittskyddslagen återfinns i 9 § förvaltningsprocesslagen (1971:291).

80 §

Paragrafen ersätter 58 § i gällande smittskyddslag. Huvudregeln är att nämndemän skall delta i handläggningen av mål i kammarrätt enligt smittskyddslagen. Nämndemän skall emellertid inte, med hänsyn till den korta tidsfristen vid prövning, ingå i rätten då målet rör tillfällig isolering. En liknande bestämmelse rörande tillfälliga frihetsberövanden finns i lagen (1990:52) om bestämmelser om vård av unga och i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

I detta sammanhang erinras om domstolens möjlighet enligt förvaltningsprocesslagen att inhämta yttrande från eller hålla förhör med sakkunniga.

Vad gäller rättens sammansättning i länsrätt, se nedan kap. 36.9.

81 §

Bestämmelsen ersätter 59 § i gällande smittskyddslag.

82 §

Bestämmelsen motsvarar 60 § i gällande smittskyddslag. S.k. surrogatdelgivning och kungörelsedelgivning får inte användas vid delgivning med enskild i mål och ärenden enligt smittskyddslagen.

83 §

Bestämmelsen motsvarar 61 § i gällande smittskyddslag. Den har sin bakgrund i att många beslut enligt lagen till sin natur är sådana att de måste kunna verkställas genast, t.ex. beslut om tillfällig isolering och läkarundersökning.

84 §

I paragrafen regleras när biträde av polismyndighet kan lämnas för att säkerställa vissa enligt lagen beslutade åtgärder. Paragrafen motsvarar till del 62 § i nu gällande smittskyddslag.

Hjälp av polismyndighet kan begäras för att genomföra av länsrätten beslutad läkarundersökning, för att genomföra isolering oberoende av samtycke eller tillfällig isolering samt för att återföra en person som isolerats med stöd av lagen till vårdinrättning. Dylig begäran skall i samtliga fall göras av smittskyddsläkaren. Begäran skall innehålla de uppgifter som polisen behöver för att utföra uppdraget, t. ex. namn och eventuell adress beträffande den som biträdet avser, vilken typ av sjukdom den enskilde kan befaras vara eller är smittad av och vart han skall föras.

Vid biträde vid beslut om läkarundersökning enligt p 1 skall polisen söka upp den som misstänks vara smittad och föra honom till den läkare som skall genomföra undersökningen. Kan undersökningen inte genomföras på annat sätt kan det ytterst också bli fråga om att hålla fast den enskilde. Då fråga är om biträde för att verkställa isolering oberoende av samtycke eller tillfällig isolering enligt p 2 eller återförande till vårdinrättning enligt p 3 är polisens uppgift att söka upp den enskilde och föra honom till vårdinrättningen. Kvarhållandet på vårdinrättningen när den enskilde väl kommit dit svarar landstinget för.

Enligt bestämmelserna i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kan Socialstyrelsen begära biträde av polismyndighet för att kunna genomföra sin tillsyn över smittskyddsverksamheten (se 71 § ovan).

Övriga bestämmelser

85 §, 86 §, 87 §

Paragraferna 85 och 86 motsvarar i princip 69 § och 70 § i gällande smittskyddslag, medan den föreslagna 87 § innebär en utvidgning av regeringens befogenheter jämfört med vad som nu gäller. I 87 § be- myndigas regeringen att utfärda särskilda föreskrifter om smittskyddet också i fredstid, om riksdagens beslut inte kan avvaktas och epidemi av allvarlig smittsam sjukdom utbrutit eller hotar att utbryta i landet. Meningen är att regeringen vid svåra påfrestningar i fredstid vid vilka akuta smittskyddsåtgärder är nödvändiga skall kunna besluta om sam- ordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smitt- skyddet. Föreskrifter som meddelats med stöd av paragrafen måste sna- rast underställas riksdagens prövning. I den allmänna motiveringen, kap. 29, finns en redogörelse för kommitténs överväganden beträffande nationell samordning och styrning.

Av 2 kap. 6 §, 8 § och 12 § regeringsformen framgår att föreskrifter som meddelas med stöd av bestämmelserna i de här föreslagna 85–87 §§ inte får avse begränsningar i medborgarnas grundlagsfästa skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp eller frihetsberövande.

36.2 Förslaget till lag om ändring i miljöbalken (1998:808)

9 kap.

14 §

Paragrafen är ny. Dess *första mening* motsvarar i huvudsak 12 § första stycket andra meningen i gällande smittskyddslag.

Med hänsyn till vikten av samverkan mellan de myndigheter på vil- ka det ankommer att vidta åtgärder för att förhindra smittspridning in- förs en bestämmelse som föreskriver information och samråd. Miljö- balkens kapitel om tillsyn innehåller redan en bestämmelse om att sam- arbete skall ske mellan tillsynsmyndigheterna och sådana statliga och kommunala organ som skall utöva tillsyn i särskilda hänseenden eller som på annat sätt fullgör uppgifter av betydelse för tillsynsverksam- heten. Den nu föreslagna bestämmelsen innebär således en utvidgning av den redan föreskrivna samarbetskyldigheten. Informations- och samrådsskyldigheten läggs vidare uttryckligen på den nämnd som skall utöva tillsyn över miljö- och hälsoskyddet.

I bestämmelsen anges att informationen skall lämnas skyndsamt. Detta innebär en skärpning i förhållande till vad som föreskrivs idag.

Härigenom avses att understryka kravet på snabbhet i förfarandet. Att få kunskap om förhållanden utan tidsutdräkt är ofta en förutsättning för att adekvata smittskyddsåtgärder skall kunna vidtas.

Vad avser föreskriften om samråd bör det på motsvarande sätt som gäller idag finnas möjlighet att – om smittskyddsläkaren inte kan nås i en brådskande situation – fatta beslut eller vidta åtgärd utan föregående samråd. Smittskyddsläkaren får då istället informeras i efterhand. Med hänsyn till arten av de uppgifter som åvilar smittskyddsläkaren kan denne dock nästan alltid nås utan större tidsutdräkt. Möjligheten att fatta beslut eller vidta viktiga åtgärder utan att samråd ägt rum torde därför endast i sällsynta fall behöva utnyttjas. Åtgärder eller beslut av betydelse för den enskilde, såsom t.ex. ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur, bör dock av rättssäkerhetsskäl inte kunna vidtas eller fattas utan att samråd med smittskyddsläkaren först ägt rum. Det bör uppmärksammas att bestämmelsen inte innebär att smittskyddsläkaren erhåller en beslutanderätt över kommunen. Även om det förutsätts att den kommunala nämnden beaktar smittskyddsläkarens uppfattning är det nämnden som avgör huruvida åtgärden skall vidtas.

15 §

Paragrafen är ny. Den avser att klarlägga för den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet när ett ansvar för smittskyddsåtgärder senast inträder. I skyldigheten att utöva tillsyn ligger att den kommunala nämnden skall vidta de åtgärder som behövs för att tillse att bestämmelserna om bl.a. hälsoskydd efterlevs. Det kan emellertid hända att myndigheten saknar kännedom om förhållanden som påkallar ett ingripande av myndigheten. Förhållandena kan också vara sådana att myndigheten är tveksam till huruvida åtgärder verkligen erfordras.

I smittskyddsläkarens allmänna uppgifter ingår att verka för en effektiv samordning av smittskyddsåtgärder. Smittskyddsläkaren har vidare en särskild skyldighet att underrätta berörda myndigheter om förhållanden som han bedömer påkallar åtgärder från deras sida.

Genom underrättelse enligt det föreslagna stadgandets *första stycke* klagörs för den kommunala nämnden att smittskyddsläkaren fått uppgifter som tyder på att en smittkälla i miljön (mot vilken det åligger nämnden att ingripa) sprider eller misstänks sprida smitta. Nämnden har ett ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas. De åtgärder som avses är såväl utrednings- som bekämpningsåtgärder. Smittskyddsläkaren kan aktualisera smittskyddsansvaret hos olika berörda myndigheter samtidigt. Ett sådant förfarande kan bli aktuellt t.ex. vid ett utbrott där flera objekt är tänkbara som smittkälla.

Den kommunala nämndens ansvar för att vidta åtgärder inträder senast när underrättelsen erhållits. Har nämnden dessförinnan fått kännedom om förhållanden som nämnden bedömer påkallar ett ingripande, inträder naturligtvis ansvaret för att vidta smittskyddsåtgärder vid denna tidigare tidpunkt.

Någon särskild form för underrättelsen föreskrivs inte. Bestämmelsen innebär inte att smittskyddsläkaren har rätt att ge bindande direktiv till den kommunala nämnden rörande vilka åtgärder som skall vidtas.

Andra stycket införs för att lösa den lagkonflikt som kan uppkomma när det gäller utredning och bekämpande av smitta eller sjukdom hos djur som kan medföra olägenhet för människors hälsa.

Ingripanden för att lokalisera smittkälla hos djur och förhindra att smitta sprids från denna bör ske med stöd av bestämmelserna i miljöbalken endast såvitt gäller sällskapsdjur som innehas av enskilda. Som sådana avses i första hand sällskapsdjur som hålls i människans bostad. En strikt begränsning till dessa har dock inte ansetts lämplig. Exempelvis bör även en hund som bor i en hundkoja omfattas av bestämmelsen. Sällskapsdjur som är föremål för yrkesmässig uppfödning eller yrkesmässig försäljning faller emellertid utanför tillämpningsområdet. Genom den föreslagna bestämmelsen kommer således djur i zoobutiker – till skillnad från vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag och enligt praxis – i fortsättningen inte att ingå i det kommunala ansvarsområdet.

16 §

Paragrafen är ny. Den motsvarar till stor del 34 § i gällande smittskyddslag.

Förstöring av personliga föremål för att förhindra smittspridning torde knappast ha förekommit under senare tid. Det är emellertid inte otänkbart att ett behov av en sådan åtgärd kan uppkomma bl.a. med hänsyn till att nya sjukdomar med hittills okända smittvägar kan uppträda. Om en sådan åtgärd skulle bli nödvändig bör det ankomma på kommunen att bestämma och stå kostnaderna för åtgärden.

Genom den föreslagna bestämmelsen ges den eller de nämnder som utövar tillsyn inom kommunen över miljö- och hälsoskyddet befogenhet att förstöra vissa föremål. Liksom i motsvarande bestämmelse i gällande smittskyddslag begränsas bestämmelsen till föremål av personlig natur. Den föreslagna bestämmelsen innehåller inte någon exemplifiering av vilka föremål som avses. Någon saklig förändring i förhållande till nuvarande smittskyddslag är emellertid inte avsedd.

Nämnden ges också en uttrycklig rätt att avliva sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. En rätt att avliva sällskapsdjur finns också uttryckligt angiven i nuvarande smittskyddslag. Denna rätt avser såväl

sällskapsdjur som innehas av privatpersoner som andra sällskapsdjur. Med hänsyn till att miljöbalkens hälsoskyddsregler endast omfattar sällskapsdjur som innehas av privatpersoner begränsas den nu föreslagna bestämmelsen till att endast avse dessa djur.

Åtgärden att avliva sällskapsdjur hos privatpersoner torde mycket sällan behöva tillgripas eftersom smittspridning bör kunna förhindras på andra sätt. Som framgår av 14 § skall ett samråd med smittskyddsläkaren alltid föregå en sådan åtgärd.

Varken när det gäller beslut om förstöring eller beslut om avlivning begränsas tillämpningsområdet till att omfatta endast vissa smittsamma sjukdomar. Det krav som uppställs på att åtgärderna skall vara nödvändiga för att förhindra smittspridning innebär emellertid att möjligheten att tillgripa dessa åtgärder är begränsad.

Kommunen skall ersätta den som drabbats av ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur eller ett beslut om förstöring. Ersättning skall utgå med skäligt belopp (se vidare den allmänna motiveringen, kap. 33).

36.3 Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)

25 b §

Paragrafen är ny. Dess första stycke har en viss motsvarighet i 12 § första stycket i gällande smittskyddslag.

Beträffande skälen för införandet av paragrafen hänvisas till vad som anförts i kommentarerna till motsvarande bestämmelser i miljöbalken (se förslaget till 9 kap. 14 § och 15 §). Paragrafen reglerar inledningsvis en skyldighet för tillsynsmyndigheten att informera smittskyddsläkaren och att samråda med honom om beslut och andra viktiga åtgärder. Med hänsyn till att ett effektivt smittskydd ofta kräver ett snabbt ingripande föreskrivs att informationen skall lämnas skyndsamt.

Den tillsynsmyndighet som anges i paragrafen är den myndighet som har det direkta tillsynsansvaret. Ett sådant ansvar åvilar enligt bestämmelserna i livsmedelslagen den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet om inte regeringen föreskrivit att tillsynen skall utövas av Livsmedelsverket.

Bestämmelsen om samråd i *första stycket* motsvarar i huvudsak den föreslagna bestämmelsen i 9 kap. 14 § miljöbalken. Angående möjlighet att underlåta samråd hänvisas till vad som anförts i kommentaren till den bestämmelsen. Den föreskrivna samrådsskyldigheten innebär exempelvis att ett beslut av tillsynsmyndigheten att avstänga en person

från livsmedelshantering alltid skall föregås av ett samråd med smittskyddsläkaren.

Den föreslagna bestämmelsen i *andra stycket* om skyldighet att vidta behövliga åtgärder efter en underrättelse från smittskyddsläkaren ingår som ett led i den reglering som har till syfte att förbättra samordningen av olika smittskyddsinsatser. Motsvarande bestämmelse föreslås i miljöbalken (se vidare förslaget till 9 kap. 15 § miljöbalken).

36.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m.

7 a §

Paragrafen är ny. Genom den nu föreslagna bestämmelsen läggs ett ansvar för att vidta åtgärder på Jordbruksverket vid spridning eller misstänkt spridning av smitta från djur som kan överföras till människor. Verket föreslås emellertid kunna delegera ansvaret till länsstyrelsen. Eftersom bestämmelsen främst tar sikte på att förhindra att smitta överförs till människor har det ansetts tillräckligt att föreskriva ett inträdande av ansvaret ifråga efter en underrättelse från smittskyddsläkaren.

Den föreskrivna skyldigheten att vidta erforderliga åtgärder innebär i första hand att Jordbruksverket efter nämnda underrättelse skall uppta ett ärende. Om verket därvid bedömer att smittskyddsåtgärder behövs har verket ett ansvar för att dessa vidtas. Bestämmelsen ger inte smittskyddsläkaren någon direktiv rätt rörande vilka åtgärder som skall vidtas.

För att klarlägga Jordbruksverkets ansvar gentemot det ansvar som åvilar kommunen enligt hälsoskyddsreglerna i miljöbalken begränsas bestämmelsen till att inte omfatta sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Någon annan begränsning när det gäller djurslag görs ej.

36.5 Förslaget till lag om ändring i brottsbalken

3 kap.

8 a §

Paragrafen innehåller en ny straffrättslig bestämmelse som införs i brottsbalkens 3 kap. Bestämmelsen tar sikte på gärningar genom vilka vissa mycket farliga smittsamma sjukdomar kan överföras från en person till en annan. Kommitténs straffrättsliga överväganden redovisas utförligt i den allmänna motiveringen, kap. 30. Här skall följande anmärkas.

Bestämmelsen omfattar ett begränsat antal smittsamma sjukdomar, nämligen sådana som är livshotande för den som smittats. Endast beträffande dessa synnerligen allvarliga sjukdomar får det anses befovat att ha en särskild straffrättslig bestämmelse; beträffande andra smittsamma sjukdomar skall enbart de nu befintliga bestämmelserna i brottsbalken tillämpas. Med livshotande sjukdomar avses sådana sjukdomar som allmänt sett är så svåra att de leder till döden. Döden kan inträffa tämligen omgående efter det att smittan överförts eller först efter flera år. En obotlig kronisk sjukdom som i regel inte är dödlig men som i det enskilda fallet kan vara livshotande p.g.a. att den sjuke redan innan han smittades var särskilt svag och mottaglig omfattas däremot inte. Vilka konkreta sjukdomar som täcks av definitionen kan komma att variera över tiden, och det får åvila domstolarna att avgöra om en sjukdom faller in under lagtextens kriterier eller ej. Nya allvarliga sjukdomar kan dyka upp och sjukdomar som idag omfattas av bestämmelsen kan efter ytterligare medicinsk forskning bli möjliga att bota och således inte längre livshotande. För närvarande omfattas t.ex. hivinfektion och multiresistent TBC av den föreslagna definitionen.

Både gärningar som begås uppsåtligen och sådana som begås av oaktsamhet är straffbelagda. För att uppsåtligt brott skall ha begåtts krävs inte att gärningsmannen haft för avsikt att smitta målsäganden. Det räcker med att det kan konstateras att han haft uppsåt till att fara för smittoöverföring förelegat, dvs. att han insett att hans handlande inneburit en fara för att smitta skulle kunna komma att överföras. Bestämmelsen kan härigenom fånga upp många av de fall där man idag har problem vid bedömningen av det s.k. eventuella uppsåtet. Kan det visas att gärningsmannen verkligen haft för avsikt att smitta annan skall emellertid istället dömas enligt de befintliga, strängare, straffbestämmelserna för mord, dråp, barnadråp eller grov misshandel. Vidare kan det, i vissa fall, bli aktuellt att förutom för ansvar enligt den föreslagna

bestämmelsen döma även för annat brott (exempelvis vållande till annans död).

Vad som är oaktsamt handlande i bestämmelsens mening får bedömas i det enskilda fallet. Vid bedömningen skall hänsyn bl.a. tas till gärningsmannens kunskaper om sjukdomen och vilka upplysningar och råd han fått av sin läkare. Ett exempel på oaktsamt handlande i bestämmelsens mening kan vara om en person som är smittad av en sexuellt överförbar sjukdom underlåter att se till att kondom kommer till användning vid samlag. Bedömningen av om en gärning är oaktsam eller inte innefattar även övervägande av vilken insikt gärningsmannen haft eller borde ha haft om att han själv är sjuk (se vidare härom i den allmänna motiveringen, kap. 30.3).

För att en gärning skall vara straffbar krävs vidare att det förelegat en konkret fara för att smitta skulle ha kunnat överföras. Om sådan fara verkligen förelegat får prövas i varje enskilt fall. En handling som abstrakt sett innebär en smittorisk kan inte bestraffas om det i det enskilda fallet förelegat sådana omständigheter att fara för smittoöverföring varit utesluten (exempelvis p.g.a. att målsäganden redan varit smittad av samma variant av den ifrågavarande sjukdomen). Faran för smittoöverföring får vidare inte vara alltför obetydlig. En handling som inneburit en närmast försumbar risk för smittoöverföring leder inte till ansvar enligt bestämmelsen.

I paragrafens *andra stycke* har en särbestämmelse om samtycke intagits. Den torde nästan uteslutande komma att aktualiseras då det gäller sexuellt överförbara sjukdomar. Enligt denna skall ansvar inte utdömas om gärningsmannen informerat målsäganden om sin sjukdom och om smittrisen, men målsäganden ändå samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas. För att ett giltigt samtycke skall föreligga krävs enligt allmänna regler bl.a. även att målsäganden måste vara kapabel att förstå innebörden av ett samtycke samt att samtycket skall lämnas frivilligt och under insikt om relevanta förhållanden. Kommitténs överväganden beträffande bestämmelsen om samtycke redovisas vidare i den allmänna motiveringen, kap. 30.3.

36.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

1 §

Den föreslagna lagändringen innebär att möjligheten till provtagning utvidgas till att omfatta något fler sjukdomar än hivinfektion. De

sjukdomar som enligt förslaget kan komma ifråga för provtagning är, förutom hivinfektion, allvarliga s.k. blodsmittor (dvs. sådana sjukdomar som bl.a. kan överföras genom att målsäganden kommer i kontakt med gärningsmannens blod). Begreppet rymmer hepatit B och C. Någon ändring av övriga kriterier som krävs för att provtagning skall kunna komma till stånd föreslås inte. Förändringen innebär framförallt att skyddet för dem som i sitt arbete kan utsättas för särskild risk att smittas av allvarliga sjukdomar stärks. Kommitténs närmare överväganden i frågan har redovisats i kap. 30.5.

I paragrafen har även gjorts en rent språklig justering genom att "infektion av HIV (humant immunbristvirus)" har bytts ut mot "hivinfektion".

Rubriken: en konsekvens av den föreslagna förändringen blir att lagen fortsättningsvis skall rubriceras på så sätt att det av rubriken framgår att lagen omfattar fler smittsamma sjukdomar än hivinfektion. Kommittén föreslår att "HIV-smitta" i rubriken ersätts med "vissa smittsamma sjukdomar".

36.7 Förslaget till lag om ändring i ordningslagen (1993:1617)

2 kap.

3 §

Ett nytt andra stycke införs i paragrafen genom vilket de s.k. bastuklubbarna jämföras med offentliga tillställningar. Härvid har den rådande definitionen av bastuklubbar i 2 § lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagen) huvudsakligen överförts till ordningslagen.

En utförlig redogörelse för kommitténs ställningstaganden vad gäller bastuklubbarna återfinns i den allmänna motiveringen, kap. 31. Kommittén har vid granskning av den s.k. bastuklubbslagen funnit att frågan om i vad mån bastuklubbslagen har haft den åsyftade begränsande effekten på epidemin är oklar, och att tillräckliga skäl för att behålla ett totalförbud inte längre kan anses föreligga. I nuläget får det anses tillräckligt med en reglering som möjliggör ingripande i det enskilda fallet då förhållandena vid en viss bastuklubb är sådana att t.ex. risk för smittspridning föreligger. Detta åstadkoms genom den föreslagna ändringen i ordningslagen. Härigenom kan bastuklubbarna kontrolleras med hjälp av det för de offentliga tillställningarna gällande regelsystemet. Förändringen innebär att de regler som gäller för offentliga

tillställningar, bl.a. beträffande anmälningsskyldighet, upplösning och förbud, även skall tillämpas på bastuklubbarna. Bestämmelserna medför att en bastuklubb kan upplösas om det vid den förekommer något som strider mot lag, eller om den medför oordning eller fara för de närvarande (exempelvis p.g.a. smittrisk), 2 kap. 23 § första stycket 2 p ordningslagen. Upplösning kan endast ske om mindre ingripande åtgärder visat sig vara otillräckliga. Polisen har möjlighet att förbjuda att en tillställning i form av bastuklubb hålls, om det vid tidigare tillställning av samma slag förekommit något som stridit mot lag eller som medfört oordning eller fara för de närvarande, 2 kap. 25 § första stycket 2 p.

I princip kan tänkas att det vid en bastuklubb förekommer verksamhet som omfattas av den i grundlagen skyddade mötesfriheten. Arrangemanget kan då vara att betrakta som en allmän sammankomst och inte som en offentlig tillställning. Detta innebär att ordningslagens bestämmelser om allmänna sammankomster skall tillämpas. Allmänna sammankomster har i vissa fall ett starkare skydd än offentliga tillställningar, t.ex. krävs starkare skäl för att upplösa eller förbjuda en allmän sammankomst än en offentlig tillställning. Skulle verksamheten innebära att de närvarande hotades av allvarlig smittsam sjukdom, torde emellertid även en allmän sammankomst kunna upplösas och förbjudas (2 kap. 23 § första stycket 1 p och 25 § första stycket 1 p ordningslagen).

4 §

Genom en hänvisning i paragrafens första stycke undantas bastuklubbarna från vissa tillståndskrav. Något tillstånd krävs således inte för att få anordna en bastuklubb. I ett nytt andra stycke förbjuds anordnade av dylika klubbar på offentliga platser. Kommitténs skäl för de föreslagna förändringarna framgår av den allmänna motiveringen, kap. 31.

36.8 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

7 kap.

1 §

Kommittén har föreslagit bestämmelser i smittskyddslagen, 39 §, 59 § och 65 §, genom vilka smittskyddsläkaren har möjlighet men ej skyldighet att i vissa fall lämna uppgifter om en enskild till bl.a. myndigheter inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Enligt 30 § skall vidare behandlande läkare eller smittskyddsläkare i vissa fall underrätta när-

stående. Eftersom sådana fall inte omfattas av undantaget från sekretess i 14 kap. 1 § sekretesslagen är ett tillägg i 7 kap. 1 § samma lag nödvändigt.

2 §

Bestämmelsen i paragrafens första stycket 2 p har ändrats på så sätt att undantaget från hälso- och sjukvårdssekretessen även omfattar föreskrifter som meddelas i stället för isolering oberoende av samtycke. Vidare skall undantaget inte fortsättningsvis vara begränsat till endast vissa smittsamma sjukdomar. Även beslut som avser frihetsberövande åtgärd vid hivinfektion omfattas således av den föreslagna bestämmelsen. Motiven för denna förändring har ingående redogjorts för i kap. 32.

Beslut som berörs av bestämmelsen är isolering oberoende av samtycke, tillfällig isolering och föreskrifter enligt 34 § smittskyddslagen. Utöver beslut om att någon skall isoleras omfattar bestämmelsen även beslut om isoleringens upphörande, tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och inskränkningar i den isolerades rättigheter.

Liksom enligt nu gällande bestämmelse gäller undantaget från sekretess endast sådana uppgifter som tas in i beslutet.

14 kap.

2 §

Ett tillägg föreslås i paragrafens femte stycke. Tillägget innebär att sekretess inte hindrar vårdpersonal eller personal vid socialtjänsten att lämna de uppgifter som behövs till åklagare och polis då det föreligger misstanke om att en person utsatts för det av kommittén föreslagna brottet orsakande av smittfara, 3 kap. 8 a § brottsbalken, eller annat brott rörande överföring eller försök till överföring av sådan sjukdom som avses i nämnda lagrum. De brott som i praktiken här kan bli aktuella är, på grund av den föreslagna konkurrensbestämmelsen i 3 kap. 8 a §, försök till mord eller dråp, grov misshandel och försök till grov misshandel. Kommitténs överväganden beträffande sekretess vid brottsutredning redovisas utförligt i kap. 30.4.

36.9 Förslaget till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

18 §

I länsrätten skall enligt gällande bestämmelser mål enligt smittskyddslagen som huvudregel avgöras av en domare och tre nämndemän, 17 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Undantag görs dock för mål om tillfälligt omhändertagande enligt den befintliga smittskyddslagen, 18 § andra och fjärde stycket. Länsrätten är då domför med en lagfaren domare. Genom den föreslagna ändringen blir en lagfaren domare fortsättningsvis behörig att avgöra mål enligt den nya smittskyddslagen om tillfällig isolering.

36.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

3 §

Ändringarna i paragrafen är föranledda av kommitténs förslag till ändringar av bestämmelserna i smittskyddslagen, bl.a. att formella beslut om förhållningsregler inte längre skall meddelas. Någon förändring av i vilka fall den enskilde skall få ersättning är inte avsedd. Liksom nu är det främst fråga om fall då smittbäraren måste hålla sig isolerad från andra i syfte att förhindra vidare smittspridning. Det kan vidare vara fråga om sådan läkarundersökning eller medicinsk kontroll som erfordras för att klarlägga om han eller hon är smittad av sjukdomen. Behovet av åtgärden får liksom i nuvarande fall bedömas av den behandlande läkaren, vilket framgår av att det i lagtexten sägs att åtgärden skall vara anvisad av läkaren. Den enskilde skall vidare, liksom i dag, ha principiell rätt till ersättning då det är fråga om beslut om tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande eller isolering oberoende av samtycke. Här får dock uppmärksammas att rätten till ersättning kan nedsättas om den smittade inte iakttar de råd och anvisningar läkaren meddelat.

Enligt bestämmelsen skall rätten till smittbärrersättning omfatta allmänfarliga smittsamma sjukdomar och andra sjukdomar som omfattas av 22 § i förslaget till smittskyddslag. I förhållande till nu gällande bestämmelser innebär förslaget inte någon nämnvärd ökning av antalet smittsamma sjukdomar som berättigar till ersättning.

I övrigt görs en om-disponering av texten i paragrafen med hänsyn till ovan angivna förändringar.

8 §

Ändringarna i paragrafen är föranledda av att kommittén föreslår att förhållningsregler inte längre skall meddelas. Ändringen innebär inte någon saklig förändring i övrigt av nu gällande bestämmelse. Bedömningen av huruvida det finns skäl att sätta ned eller dra in smittbärrpenningen får enligt paragrafen göras med utgångspunkt från de råd behandlande läkaren givit smittbäraren.

10 §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av kommitténs förslag till ny smittskyddslag.

11 §

I paragrafen görs följdändringar som konsekvens av de föreslagna ändringarna i 3 §.

36.11 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

26 a §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av kommitténs förslag till ändrad sjukdomsindelning i smittskyddslagen. Enligt kommitténs bedömning bör upplysningsskyldigheten enligt paragrafen begränsas till vad som i förslaget till smittskyddslag definieras som allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

36.12 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

12 §

Förslaget har samma innehåll och motivering som förslaget till ändring i 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

36.13 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård

19 §

Förslaget har samma innehåll och motivering som förslaget till ändring i 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

36.14 Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

37 §

I paragrafens *första stycke* görs en följdändring med anledning av kommitténs förslag till ändrad sjukdomsindelning i smittskyddslagen. Enligt kommitténs bedömning bör upplysningsskyldigheten enligt paragrafen begränsas till vad som i förslaget till smittskyddslag definieras som allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Kriteriet för när upplysningsskyldighetens inträder ändras också så att det motsvarar vad som gäller enligt 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Ändringen har närmare motiverats i kap. 32 och innebär att styresmannen vid kriminalvårdsanstalten som huvudregel skall underrättas om en intagen är smittad av en allmänfarlig smittsam sjukdom.

I övrigt görs, i konsekvens med hur motsvarande bestämmelser har utformats i 26 a § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och 19 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, en språklig justering genom att "underrättas om detta" ersätts med "underrättas".

36.15 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

4 §

Förslaget har samma innehåll och motivering som förslaget till ändring i 37 § första stycket lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

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

29 §

I bestämmelsen görs följdändringar med hänsyn till kommitténs förslag till ny smittskyddslag. Vidare ändras bestämmelsen på så sätt att hänvisningen till befattningshavare som förordnats enligt 50 a § i gällande smittskyddslag tas bort. Enligt denna bestämmelse kan landstinget förordna annan befattningshavare, som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra chefsöverläkares uppgifter enligt smittskyddslagen vid tvångsisolering som rör hivpositiva. I förslaget till ny smittskyddslag har inte införts en motsvarande undantagsbestämmelse. Motiven härför redovisas i kap. 26.

Reservationer och särskilda yttranden

Reservation

av ledamoten Karin Israelsson (c)

Ang. de s.k. bastuklubbarna

I betänkandet fastslår kommittén att förbudet mot sk bastuklubbar skall upphöra. För att kontrollera sammankomster som sker på sk bastuklubbar föreslås att dessa jämställs med offentliga tillställningar. Genom ett tillägg till ordningslagen anses att man skall kunna upplösa och förbjuda verksamheten om det där förekommer något som strider mot lag eller om verksamheten medför oordning eller fara för de närvarande, exempelvis p.g.a. smittrisk.

Med detta återinförs bastuklubbarna. Det finns ingenting som talar för att detta inte kommer att kunna medföra risk för ökad smittspridning. De mycket sparsamma rapporter som man hänvisat till visar dock att i Norge har ett antal personer blivit HIVsmittade på bastuklubb.

Det är vidare oklart hur polismyndigheten skall informeras om att smitta sprids på en bastuklubb för att kunna ingripa med stöd av ordningslagen.

Jag anser därför att nuvarande lagstiftning rörande bastuklubbar skall gälla.

Reservation

av ledamoten Isa Halvarsson (fp)

Ang. de s.k. bastuklubbarna

Genom bastuklubbslagen förbjöds bastu- och videoklubbar samt liknande verksamheter från den 1 juli 1987. Lagen tillkom mot bakgrund av oron för spridning av HIV-smitta på grund av s.k. anonym sex mellan vissa bi- och homosexuella män på de ca tioalet klubbar som då fanns, främst i storstäderna.

Det är viktigt för mig som liberal att slå fast att det inte finns något annat hållbart argument för staten att förbjuda bastuklubbar än för att motverka epidemiska sjukdomar av allvarlig karaktär. Några moraliska

aspekter på hur vuxna människor – tillsammans och utan tvång, i avskildhet och utan betalning – lever ut sin sexualitet har jag inte.

Även om vi i Folkpartiet liberalerna stod bakom riksdagens beslut att införa bastuklubbslagen fanns hos oss farhågor mot lagen bl.a. att kriminaliseringen skulle innebära att de bi- och homosexuella män som besökte bastuklubbarna skulle tvingas träffas på andra platser där de riskerade att utsättas för våld och där det sexuella umgänget inte alls ur smittskyddssynpunkt skulle utövas mer säkert.

Kommittén konstaterar nu att det är oklart i vad mån bastuklubbslagen har haft den åsyftade effekten på HIV-epidemin. Några konkreta belägg för att lagen har haft någon inverkan på epidemins förlopp har inte kommit fram. Tvärtom har det visat sig att lagen riskerat motverka sitt smittskyddssyfte, t.ex. har åklagaren i mål om brott mot bastuklubbslagen åberopat förekomsten av kondomer i en lokal som bevis för brott mot bastuklubbslagen. Kommitténs slutsats är att något totalförbud mot bastuklubbarna inte är motiverat av smittskyddsskäl.

Trots att kommittén alltså har konstaterat att bastuklubbslagen inte har haft den åsyftade HIV-preventiva effekten stannar emellertid utredningens majoritet för att föreslå en reglering eftersom det inte kan "uteslutas att nya allvarliga varianter av sexuellt överförbara sjukdomar kan dyka upp i framtiden". Således föreslår man att den s.k. bastuklubbslagen ersätts av en reglering i ordningslagen med möjlighet att ingripa i enskilt fall. Enligt min uppfattning är den lösningen mindre välbetänkt. En reglering i ordningslagen ger bastuklubbsverksamheten karaktären av ett "ordningsproblem" och lagstiftningen får därmed en moralisk grund som inte är acceptabel.

I själva verket är det ju inte platsen som avgör om en sexuell förbindelse innebär fara för smittspridning, utan sättet som människor har sex på. En sexuell handling blir varken mer eller mindre riskfylld om den utförs i en bastuklubb jämfört med om den utförs i den egna sängkammaren. Att utredningen ändå vill ålägga bastuklubbarna särskilda restriktioner tyder på ett moraliserande synsätt gentemot vissa människors frivilligt utövade sexualliv.

Mot bakgrund av vad jag nu har anfört anser jag att den s.k. bastuklubbslagen avskaffas utan någon ny reglering. Det innebär naturligtvis inte att jag anser att oskyddat sexuellt umgänge med en okänd partner är riskfritt. För att ett avskaffande av bastuklubbslagen inte skall uppfattas som ett tecken på att verksamheten är riskfri ur smittskyddssynpunkt bör det enligt min mening kombineras med ökade HIV-preventiva insatser. Bastuklubbarna ger onekligen stat och kommun samt frivilligorganisationer unika tillfällen att informera bi- och homosexuella män med högriskbeteende om säker sex.

Reservation**av ledamoten Ethel Sjöberg (mp)***Ang. smittskyddets organisation*

Jag reserverar mig mot den av smittskyddskommittén föreslagna organisationsförändringen vad gäller smittskyddsläkarorganisationen. Förslaget innebär att flera smittskyddsläkare skall kunna utses inom ett landsting. Jag ställer mig bakom det särskilda yttrande i denna fråga som avgivits av experterna Kerstin Belfrage, Seth Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt och Peet J Tüll.

I den av smittskyddskommittén beställda utvärdering och översyn av smittskyddsarbetets organisation som utförts av Statskontoret framkommer ingenting som stödjer ett förslag om en organisationsförändring av smittskyddsläkarna.

Statskontoret redovisar i sin rapport att redan i förra betänkandet Om smittskydd (SOU 1985:37) föreslog utredaren att flera smittskyddsläkare skall kunna utses inom ett landsting. I propositionen framhåller föredragande statsråd att hon inte kan biträda detta förslag. Det framhålls att om så skulle ske förlorades många av de vinster som uppnås genom att beslutsfattande och ansvar för det övergripande smittskyddsarbetet samlas hos smittskyddsläkaren. I mycket stora landsting finns det enligt propositionen inte något hinder mot att läkare och annan personal anställs som medarbetare till smittskyddsläkaren eller på annat sätt knyts till honom, till vilka han kan delegera uppgifter i särskilda frågor. Den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagen får dock utövas endast av honom själv. Det framhålls att det är en självklarhet att det finns en ersättare för smittskyddsläkaren.

Särskilt yttrande**av ledamoten Carl-Gustav Hedén (v)***Ang. informationsplikten enligt 12 § i nya smittskyddslagen, andra stycket*

För mig är det en moralisk skyldighet att informera att man har en allmänfarlig smittsam sjukdom.

Jag vill peka på följande svårigheter med en lagstadgad informationsplikt.

Min åsikt grundar sig på att en i lagen strikt skyldighet att informera kan invagga osmittade i en falsk säkerhet. Det kan också vara så att den smittade exempelvis inte informerat sin partner. Då är det också ganska troligt att, p.g.a. dåligt samvete och rädslan att bli övergiven, läkaren

blir oinformerad. En öppen bearbetning hos en behandlande läkare är därför en bättre väg än en strikt informationsplikt.

Om informationsplikten blir frivillig och den smittade inte känner oro över att eventuella åtgärder kan vidtas mot henne eller honom kommer den smittade att mer öppet kunna berätta om sin sjukdom. Frivilligheten förstärker även förtroendet mellan den behandlande läkaren och patienten. Det skulle då också bli mindre vanligt att människor blir avvisade just på grund av att informationsplikten är en skyldighet. Det finns ingen valmöjlighet och skyldigheten blir den smittades fiende. Med bättre psykosocialt stöd och frivillighet blir det lättare att informera sin omgivning.

Särskilt yttrande

av experten Bertil Falkenström

Ang. informationsplikten

Riksförbundet för hivpositiva, RFHP, förordar att informationsplikten avskaffas.

Ett av skälen till att spridningen av hiv i Sverige, i en internationell jämförelse, har varit låg är att de allra flesta hivpositiva har tagit sitt ansvar. Detta skall på alla sätt uppmuntras. Ett annat skäl är det breda förebyggande arbete som har bedrivits och som har behandlat sexualiteten på ett positivt sätt.

Enligt förslaget till ny smittskyddslag 12 § andra stycket, har den som bär på en allmänfarlig smittsam sjukdom, däribland hiv, en skyldighet att informera andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittöverföring kan uppkomma.

Formuleringen av lagtexten kan vid en hastig anblick tyckas självklar. RFHP menar dock att ett effektivt smittskydd bör bygga på frivillighet, förtroende och samförstånd. De flesta hivpositiva håller med om att de har en moralisk skyldighet att informera och handlar i enlighet med detta. RFHP menar att en lagstadgad informationsplikt har en negativ inverkan på smittskyddsarbetet och kan invägga de osmittade i en falsk trygghet.

Efter mer än 15 år med hiv i samhället borde alla veta hur man skyddar sig och hiv är lätt att skydda sig emot. Om alla tog fullt ansvar för sitt eget liv och handlande, skulle smittspridningen kunna vara noll idag. Samhället har tagit sitt fulla ansvar vad gäller blodprodukter och här förekommer sedan många år ingen smittspridning.

Ytterligare skäl till att lagtexten är olämplig:

- Formuleringen av lagtexten är vag, och den kan ge utrymme för olika tolkningar.
Ex. En hivpositiv person har skyddat sexuellt umgänge med en hivnegativ person, d.v.s. vidtar de åtgärder han eller hon kan för att skydda andra mot smittrisk enligt 12 § första stycket. Denna person kommer då rimligen inte i sådan kontakt med den andre, att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma, enligt 12 § andra stycket.
- Det finns inga direkta sanktioner mot den som inte informerar, vilket gör att lagen inte fyller någon egentlig funktion.
- Informationsplikten kan liksom idag ge en vilseledande signal till de osmittade, att de hivpositiva alltid känner till sin hivstatus. Informationen i sig skyddar inte mot hiv, och det finns dessutom många som inte känner till att de har hiv. Det vore lämpligt att en gång för alla direkt uttrycka, att var och en har ansvar för sitt eget handlande.
- Den hygieniska standarden på våra vårdinrättningar skall vara så hög, att det ur smittskyddssynpunkt inte skall vara nödvändigt att informera om att man har hiv eller annan blodsmitta. För den enskilde hivpositive patienten kan det däremot finnas goda skäl att berätta, t.ex. för att få en korrekt diagnos ställd och för att få en adekvat medicinsk behandling.

Särskilt yttrande

av experten Lena Lennerhed

Ang. informationsplikten och de s.k. bastuklubbarna

RFSU anser att samhällets smittskydd, när det gäller hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar, ska bygga på frivillighet, stöd, information och upplysning. Förbundet sympatiserar med att integritet och mänskliga rättigheter betonas i den föreslagna lagen. På några punkter har RFSU en fråga från förslaget avvikande uppfattning.

RFSU anser att informationsplikten bör avskaffas. Skälet till det är inte att information om hivstatus är irrelevant. Vi anser att det finns en moralisk plikt att informera en tilltänkt partner om att man är hivsmittad. Så tycker även de flesta hivsmittade själva. Däremot anser vi att en sådan plikt varken kan eller bör göras juridiskt bindande. En sådan bestämmelse kan invagga osmittade i en falsk trygghet.

Dessutom är informationsplikten i den föreslagna lagen till intet förpliktigande. Några sanktioner ska inte vidtas mot den som inte informerar.

Vad gäller bastuklubbslagen föreslår kommittén att den ska avskaffas då det inte finns några bevis för att lagen inneburit att hivepidemin

begränsats. Smittskyddsskäl saknas alltså för ett bibehållande av bastuklubbslagen. Samtidigt antar kommittén att "den på klubbarna utövade verksamheten" inte är riskfri ur smittskyddssynpunkt och att den bör regleras av ordningslagen. Resonemanget är motsägelsefullt. Antingen finns smittskyddsskäl eller så finns de inte.

Kommittén hävdar vidare att miljön på bastuklubbarna underlättar ett "högriskbeteende" vilket definieras som oskyddat sexuellt umgänge med okända, och betonar: "Vid oskyddat sexuellt umgänge med en partner man inte känner närmare finns alltid en risk för smittoöverföring". Med denna formulering upprepar kommittén den felaktiga föreställning som låg till grund för bastuklubbslagen, nämligen att anonyma sexuella kontakter i sig är riskfyllda. I själva verket är det de oskyddade sexuella kontakterna som är riskfyllda, anonyma eller ej.

RFSU anser att bastuklubbslagen ska hävas utan att ny reglering införs.

Särskilt yttrande

av experterna Hasse Knutsson och Anita Sundin

Ang. statlig tillsynsmyndighets rätt att förelägga landsting och kommuner att genomföra bestämda vård- och omsorgsinsatser

Kommittén presenterar ett lagförslag som innebär att statlig tillsynsmyndighet får rätt att i vissa situationer förelägga landsting eller kommun att genomföra bestämda vård- och omsorgsinsatser. I föreläggandet får vite sättas ut. Vi kan inte ställa oss bakom detta förslag av skäl som utvecklas i det följande.

Utgångspunkten för kommitténs förslag är 52 hiv-positiva personer som tvångsisolerats mellan 1989 och 1997. I betänkandet hävdas att flertalet av dessa personer tvångsisolerats på grund av "brister i utbudet av adekvata former av vård eller omhändertagande enligt annan lagstiftning". Bristerna gäller särskilt missbrukare med grava psykiska störningar. Kommittén har emellertid inte kunnat presentera faktaunderlag i form av statistik eller beskrivning av enskilda fall som stöd för sin uppfattning. Vi är inte eniga med kommittén i dess slutsatser; missbrukare med så grava psykiska störningar som det här är fråga om har varit föremål för åtskilliga insatser och kan knappast sägas ha övergivits av kommuner och landsting. Med så tunt empiriskt underlag är det helt oacceptabelt att som kommittén föreslå att staten skall ges mer omfattande möjligheter att detaljstyra huvudmännens verksamhet. Samtidigt vill vi understryka att vi delar kommitténs uppfattning om den viktiga huvudprincipen att isolering under tvång endast skall kunna äga rum om möjligheterna till frivilliga åtgärder är uttömda. Vi delar

också kommitténs uppfattning att den enskilde individens rättssäkerhet skall garanteras.

Kommitténs förslag att berörd tillsynsmyndighet efter anmälan från smittskyddsläkaren får förelägga ansvarig myndighet att vidta särskilda åtgärder för att avhjälpa brister i vård eller omhändertagande innebär en direkt förpliktelse för ansvarig huvudman. Föreläggandet kan förstärkas med en särskild sanktionsmöjlighet i form av vite. Förslaget ger således statliga tillsynsmyndigheter långt gående befogenheter att fatta tvingande beslut för landsting och kommun i kombination med sanktionsmöjligheter. Den grundläggande konflikten mellan statlig styrning utan ansvar för finansiering och verkställighet inom landsting och kommuner förstärks därmed mer om tvångsmedel i form av vite riktas mot huvudmännen.

Sådana utökade beslutsbefogenheter att direkt intervensera i landstingen och kommunerna för att reglera frågor som rör enskild individ är inte acceptabla och står heller inte i överensstämmelse med den demokratiska utvecklingen på regional och lokal nivå. Vi vill särskilt framhålla att de förtroendevalda beslutsfattarna i kommunerna och landstingen handlar på eget politiskt mandat och ansvar.

Landstingen och kommunerna svarar i enlighet med gällande lagstiftning för planering och organisering av sin verksamhet med utgångspunkt från bl a lokala behov och förhållanden. I det sammanhanget är det nödvändigt för den enskilde huvudmannen att i sina beslut kunna avväga omfattningen av specifika insatser till särskilt behövande grupper mot verksamhet inom övriga ansvarsområden. Om staten ges befogenhet att fatta tvingande beslut om ökad tillgänglighet av vård för vissa specificerade grupper medför det för huvudmännen ytterligare åtaganden och därmed ökade kostnader i en redan ansträngd ekonomisk situation. Vi vill understryka att kommittén inte heller har kostnadsberäknat detta förslag eller anvisat hur kostnadsökningarna skall kompenseras i enlighet med finansieringsprincipen. Vi vill i sammanhanget erinra om det statliga kravet på budgetbalans år 2000 i landstingen och kommunerna.

De föreslagna statliga befogenheterna att fatta beslut om särskilda insatser för enskild person berör det principiellt viktiga området om rättighetslagstiftning och frågan om reglering av patientens ställning. Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning är i huvudsak uppbyggd kring sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter. I proposition 1997/98:189 om Patientens ställning anger regeringen att det inte finns skäl att frånga den nuvarande principen med skyldighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Mot bakgrund av att kommitténs förslag får omfattande principiella konsekvenser för bl a enskilda patienter, landstingen och kommunerna anser vi att förslaget behöver mer all-

sidigt analyseras. Detta arbete kan ske i den utredning som regeringen avser att tillsätta med uppgift att göra en översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bli åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. En sådan samlad analys bör bli utgå ifrån generella frågor om patientfokuserad vård i stället för att koppla frågan om patientens ställning till några av de 52 personer som under en åtta-årsperiod har tvångsisolerats.

Särskilt yttrande

av experterna Kerstin Belfrage, Seth-Olof Bergquist, Hans Bertil Hansson, Erik Nordenfelt och Peet J Tüll

Ang. smittskyddets organisation m.m.

Smittskyddslagen syftar till att minska smittspridningen bland människor. Den nuvarande lagen har gällt i 10 år. Under denna tid har smittskyddets organisation byggts upp samtidigt som verksamheten funnit bra arbetsformer och tillägnat sig värdefulla erfarenheter. På grundval av dessa erfarenheter vill vi föra fram tre synpunkter, som avviker från det nu framlagda betänkandet.

1. Ansvaret för det operativa smittskyddet ligger på landsting och i landstinget på smittskyddsläkaren. Det är angeläget att smittskyddet organiseras på ett samstämmigt sätt inom landstinget (som vårdgivare) liksom att rutinerna för handläggning av smittskyddsfrågor i landstinget är likformiga. Detta bidrar till att öka funktionalitet och rätts-säkerhet. Samma samstämmighet eftersträvas mellan landstingen, där Socialstyrelsen har ett ansvar för detta. Idag finns 21 smittskyddsläkare med myndighetsuppgifter. I de utredningar som gjorts av kommittén om likformigheten mellan smittskyddsläkarna så har skillnader påvisats, även om de inte varit påtagligt stora.

Kommitténs förslag leder till att det kommer att finnas ca 50 smittskyddsläkare varvid vissa landsting kommer att ha 4–6 smittskyddsläkare. Var och en kommer att ansvara över ett visst område, där smittskyddslagen gör dem till självständiga myndigheter. Detta leder till att likformigheten inom landstinget kan gå förlorad och att skillnaderna inom riket kommer att öka. Någon övertygande motivering varför den av kommittén föreslagna ordningen är bättre än nuvarande har inte gått att utläsa ur betänkandet.

Vi anser att:

- I varje landsting skall finnas en ansvarig smittskyddsläkare. Två eller flera landsting kan dock träffa överenskommelse om att samverka om smittskyddsläkare. Samtliga samverkande landsting skall bidra till finansieringen av verksamheten.
- En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denna verka under nämnden.
- Smittskyddsläkaren får utse en eller flera biträdande smittskyddsläkare. Biträdande smittskyddsläkare får på smittskyddsläkarens uppdrag fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter.

2. När en person insjuknar med smittsam sjukdom upptäcks detta i allmänhet inom sjukvården. Detta rapporteras vidare till smittskyddsläkaren. Beroende på smittämne kan smittskyddsläkaren göra en rimlig bedömning av smittvägar och därigenom försöka finna källan till smittämnet. Smittskyddsläkaren förfogar över kunskaper och rätt organisation för att påta sig den utredningen. Smittskyddsläkaren kan också få hjälp av Smittskyddsinstitutets expertis om så erfordras. Källan till smitta kan vara andra individer eller komma från omgivningen såsom t.ex. mat eller fästingar. Kommitténs utredningar visar att kommunerna idag i allt mindre grad förfogar över motsvarande kompetens.

Kommittén föreslår att utredningen skall helt överföras till kommunen när smitta från omgivning befaras. Detta innebär att kommunerna måste påbörja en kompetensuppbyggnad som är långvarig och dyr trots att denna kompetens redan finns inom landstinget. Vi kan inte finna att detta är rimligt. Det kan heller inte uteslutas att utredningen blir fördröjd.

Vi anser att:

- När någon insjuknat i smittsam sjukdom och misstanke uppkommer om objektsmitta skall smittskyddsläkaren tillse att källan till smitta utreds. Om åtgärder behöver tillgripas för att eliminera smittkälla i omgivningen skall kommunen ta vid. Kommunen skall också vid utredningarna bistå med sin kompetens.

3. I vissa verksamheter är risken för smittöverföring till omgivningen mycket stor. Exempel på detta är personal i kök med tarmsmittor eller personal inom sjukvården med MRSA. Dessa personer skall inte arbeta med riskfyllda uppgifter eller vistas i miljöer där smitta kan överföras

till särskilt mottagliga. I den av kommittén föreslagna lagtexten finns ingen möjlighet att stänga av någon från sådana verksamheter.

Vi anser att:

- Person med smittsam sjukdom skall kunna avstängas från visst arbete eller viss verksamhet, om risk för smittspridning föreligger vid yrkesutövningen eller i verksamheten.

Kommittédirektiv

Utvärdering av smittskyddslagen m.m.

Dir. 1996:68

Beslut vid regeringssammanträde den 5 september 1996

Sammanfattning av uppdraget

En parlamentarisk kommitté tillkallas för att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet.

Kommittén skall härvid fästa särskild vikt vid

- bestämmelserna om tvångsåtgärder,
- ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet.

Kommittén skall vidare

- kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas tillvara,
- beakta internationellt smittskyddssamarbete,
- genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde.

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

Kommitténs uppdrag skall redovisas senast den 31 december 1998.

Bakgrund

Smittskyddslagen

Smittskydd omfattar en mängd olika åtgärder som alla syftar till att minska spridning av smittsamma sjukdomar. Det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården med smittade patienter bidrar till att minska smittspridningen. Normalt regleras vården för smittsamma sjukdomar genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Beträffande vissa smittsamma sjukdomar finns därutöver speciella regler i smittskyddslagen (1988:1472). Smittskyddslagen, som trädde i kraft den 1 juli 1989, reglerar olika epidemiologiska insatser för att förhindra vissa smittsamma sjukdomars vidare spridning. I lagen fastställs också vilka skyldigheter och rättigheter som gäller för bl.a. enskilda och vilka möjligheter samhället har att tillgripa tvångsåtgärder.

I propositionen 1988/89:5 om ny smittskyddslag, m.m., som låg till grund för den nya lagstiftningen (bet. 1988/89:SoU9, rskr. 1988/89:54), angavs vissa förutsättningar för ett effektivt smittskydd. Enligt propositionen var ett effektivt smittskydd inte möjligt att upprätthålla med stöd endast av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och strafflagstiftningen. Det övergripande intresset för smittskydd var att förhindra smittspridning. Detta innebar enligt propositionen att man måste kunna framtvunga vissa åtgärder eller förhindra smittfarligt beteende när råd och anvisningar inte räckte. Ett effektivt smittskydd förutsatte således enligt propositionen att åtgärder, t.ex. att läkarundersöka eller isolera misstänkta smittbärare, kunde vidtas mot den enskildes vilja. Att i efterhand straffa någon enligt strafflagstiftningen ansågs vara av underordnat intresse för smittskyddet.

En annan förutsättning för att man framgångsrikt skulle kunna bekämpa smittsamma sjukdomar var enligt propositionen att man förstod det epidemiologiska sammanhanget, dvs. att åtgärderna måste utformas med hänsyn till hur människors beteende och verksamheter påverkar smittspridningen. Ytterligare en förutsättning för ett effektivt smittskydd var att inträffade fall av smitta snabbt och säkert rapporterades till dem som ansvarar för smittskyddet. För detta krävdes att insatserna planerades och samordnades av en särskild smittskyddsorganisation.

I propositionen ansågs också ett effektivt smittskydd vila på principen att det aldrig kunde vara den enskildes ensak att avgöra om han skulle söka läkare när han led av en allvarlig smittsam sjukdom. Det var ett gemensamt intresse för alla samhällsmedlemmar att de allvarliga smittsamma sjukdomarna bekämpades och hölls nere så länge det var möjligt. Medborgarna skulle knappast acceptera att samhället avhände sig möjligheten att ingripa med tvångsåtgärder mot den smittbärare

som utan hänsyn till sina medmänniskor genom sin livsföring utsatte andra för risk att bli smittade. Det var enligt propositionen nödvändigt att en ny smittskyddslag betonade behovet av ett förtroendefullt samarbete mellan dem som hade uppgifter inom smittskyddet och de smittade och andra som berördes av olika slags smittskyddsåtgärder. Den enskildes integritet skulle därför så långt det var möjligt värnas. Detta fick dock inte undanskymma samhällets berättigade krav på effektiva åtgärder till skydd mot allvarliga smittsamma sjukdomar. I propositionen betonades samtidigt att samhället också hade skyldigheter mot de enskilda människorna om smittskyddet skall kunna åtnjuta medborgarnas förtroende. Samhället måste således tillhandahålla undersökningsresurser, vård och läkemedel samt hjälp och stöd under lättillgängliga och förmånliga former för den enskilde.

Smittskyddslagen har varit föremål för ändringar vid flera tillfällen, senast till följd av propositionen 1995/96:23 om vissa ändringar i smittskyddslagen, m.m. (bet. 1995/96:SoU7, rskr. 1995/96:64). Det har huvudsakligen varit fråga om ändringar av teknisk natur och följdändringar på grund av ändringar i annan lagstiftning. Vidare har vissa rättigheter för tvångsisolerade preciserats. Någon mer omfattande utvärdering av lagens funktion och effektivitet har inte gjorts. Regeringen aviserade därför i propositionen 1995/96:23 att smittskyddslagen borde bli föremål för utvärdering utifrån de samhällsförhållanden som gäller idag. En parlamentarisk utredning borde tillsättas med uppdrag att utvärdera lagen.

I socialutskottets betänkande 1995/96:SoU7 med anledning av propositionen behandlades bl.a. ett antal motioner om smittskyddslagens regler och hur dessa regler förhåller sig till hiv och aids. Utskottet avstyrkte motionerna med hänvisning till den parlamentariska utredning som regeringen avsåg att tillkalla. Utskottet framhöll emellertid särskilt att frågor om rättssäkerheten för den enskilde och huruvida tvångsisolering kunde bidra till minskad smittspridning av epidemiologisk betydelse borde belysas. Utskottet hänvisade också till att konsekvenserna av tvångsisolering för det förebyggande arbetet och erfarenheterna av smittskyddslagens tvångsbestämmelser avseende hivinfektion skulle uppmärksammas i utvärderingen. Utskottet utgick vidare ifrån att smittskyddslagens bestämmelser om kontaktpårning skulle bli föremål för överväganden av utredningen. Utskottet hänvisade också till att utvärderingen borde inriktas på frågor om huruvida smittskyddslagen gav förutsättningar för ett effektivt smittskydd samt att den faktiska tillämpningen av lagen skulle belysas.

Med anledning av ett antal motioner om utvärderingen av smittskyddet i övrigt framhöll utskottet att det delade regeringens uppfattning att utvärderingen av smittskyddet borde ges en bred ansats samt förutsatte

att även det övriga förebyggande arbetet mot hiv och aids skulle behandlas. Mot bakgrund av att utvärderingen avsågs få ett brett perspektiv och omfatta den rättsliga regleringen av åtgärder mot spridning av hiv, oavsett om dessa åtgärder regleras i smittskyddslagen eller i annan lag, förutsatte utskottet att regleringen av provtagningsverksamheten då också skulle behandlas.

Straffansvarsutredningen

Efter regeringens bemyndigande tillkallade chefen för Justitiedepartementet i maj 1994 en särskild utredare (Straffansvarsutredningen, Ju 1994:04) för att utreda vissa frågor inom den allmänna straffrätten. Utredaren skall bl.a. överväga frågan om den nedre gränsen för när uppsåt skall anses ha förelegat, dvs. det som för närvarande benämns eventuellt uppsåt, bör konstrueras på annat sätt och i så fall hur.

I rättspraxis finns ett antal avgöranden där domstolarna haft att ta ställning till rubriceringen av gärningar som inneburit överförande av eller risk för överförande av hivsmitta. En särskild svårighet i flera av dessa fall har varit att ta ställning till uppsåtsfrågan. Hur ett förändrat uppsåtsbegrepp skulle påverka bedömningen av sådana gärningar kommer att belysas av Straffansvarsutredningen.

Frågan om införande av en eventuell särskild straffbestämmelse för spridande av hivsmitta ingår emellertid inte i Straffansvarsutredningens uppdrag.

Justitieutskottet (bet. 1995/96:JuU4) har behandlat ett antal motioner från den allmänna motionstiden under riksmötet 1994/95 angående den straffrättsliga bedömningen av spridande av hivsmitta. Utskottet avstyrkte bifall till motionerna med hänvisning till att riksdagen inte borde föregripa resultatet av Straffansvarsutredningen och utvärderingen av smittskyddslagen.

Utvecklingen

Sedan gällande smittskyddslag trädde i kraft den 1 juli 1989 har det skett flera förändringar som påverkat smittskyddssituationen. Människors allt vanligare resande till främst sydliga och tropiska länder, den ökade invandringen och handeln med livsmedel är några faktorer som har betydelse i sammanhanget. Utvecklingen inom medicinen med nya vård- och behandlingsmöjligheter samt förbättrade kunskaper om vissa smittämnen och sjukdomar är också förändringar som påverkar smitt-

skyddsarbetets inriktning och omfattning. Sverige har också varit tvunget att se över sin beredskap för mycket dramatiska sjukdomar som bl.a. Ebola, även om risken för smittspridning varit liten. Förekomsten av resistens mot antibiotika bland mikrober, t.ex. resistent tuberkulos och resistens hos vanliga bakterier som pneumokocker och staphylokokker är andra problem som uppstått.

Senare års diskussioner inom smittskyddet har i hög grad gällt integritetsfrågor och smittskyddslagen inslag av tvångsåtgärder. Det hävdas bl.a. att smittskyddslagen strider mot Europarådets rekommendation om hivsmittades rättigheter. Sverige har inte ställt sig bakom Europarådets rekommendation. Det har också framförts synpunkter att lagens möjligheter till tvångsåtgärder motverkar ett effektivt förebyggande arbete mot spridning av smittsamma sjukdomar särskilt beträffande hiv-infektion.

Även i internationella sammanhang har smittskyddsfrågor aktualiserats allt mer de senaste åren. Världshälsoorganisationen (WHO) bedriver sedan länge ett omfattande arbete med att kartlägga och redovisa statistik över förekomsten och spridningen av smittsamma sjukdomar i världen. Inom Europeiska unionen (EU) pågår ett arbete med att upprätta ett nätverk mellan medlemsstaterna för epidemiologisk övervakning av smittsamma sjukdomar. EU har ännu inte fattat något beslut i frågan. Ett sådant beslut är dock att vänta inom den närmaste tiden. Sverige anordnade också våren 1996 i Östersjöområdet ett expertmöte om smittskyddslagstiftning för rådets medlemsländer och representanter för WHO och Europeiska kommissionen.

Uppdraget

Allmänt

En parlamentarisk kommitté tillkallas för att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet. Härvid skall kommittén särskilt fästa vikt vid bestämmelserna om tvångsåtgärder samt ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. I kommitténs uppdrag ingår vidare att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, varvid internationella erfarenheter av olika typer av åtgärder bör tas tillvara. Kommittén skall vidare beakta internationellt smittskyddssamarbete och genomgående uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde.

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

Smittskyddslagen

Kommittén skall utvärdera smittskyddslagen (1988:1472). Hit hör att analysera och utvärdera nuvarande regler och tillämpningen av dessa med avseende på samhällsskyddet.

Kommittén skall se över hur landstingen och smittskyddsläkarna planerat och organiserat smittskyddsarbetet inom landstingsområdena. Vid översynen bör särskilt uppmärksammas vilken inverkan ikraftträdandet av kommunallagen (1991:900) – som medger en fri kommunal nämndorganisation – haft på organisationen av smittskyddet. Kommittén skall också belysa ansvarsfördelningen och hur samverkan fungerar mellan olika aktörer inom smittskyddsarbetet, bl.a. ansvariga nämnder, smittskyddsläkare, behandlande läkare, myndigheter och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. I detta sammanhang skall de sekretessbestämmelser som gäller för smittskyddsarbetet utvärderas. I frågor som gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning är smittskyddsläkaren självständig i förhållande till landstinget. I övriga frågor skall smittskyddsläkaren verka under den ansvariga nämnden. Kommittén skall se över och precisera innebörden av dessa principer samt överväga om det finns anledning att förändra ansvarsförhållandena.

Kommittén skall vidare se över och analysera hur meddelandet av förhållningsregler och smittspårning fungerar. I sammanhanget skall relationen mellan patienten och behandlande läkare och andra personalkategorier behandlas. I analysen skall kommittén särskilt beakta patientens förtroende för smittskyddsarbetet och föreslå eventuella ytterligare åtgärder för att främja ett förtroendefullt samarbete mellan patient och myndigheter.

Kommittén skall även se över anmälningsförfarandet och dess funktion. Här bör beaktas bl.a. frågor om vem som skall anmäla, vilka sjukdomar som skall anmälas, uppgifterna i anmälan och till vem som anmälan skall göras.

Enligt gällande rätt kan i vissa fall tvångsåtgärder vidtas för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Smittskyddsläkaren kan besluta om tvångsundersökning och om tillfälligt omhändertagande på sjukhus. Smittskyddsläkaren kan vidare ansöka hos länsrätten om tvångsisolering av den som bär smitta av samhällsfarlig sjukdom. Kan länsrättens beslut inte avvaktas får smittskyddsläkaren fatta beslutet om

tvångsisolering. Sådant beslut skall dock omedelbart underställas länsrättens prövning. Tvångsåtgärder är av mycket ingripande karaktär för den enskilde. Kommittén skall belysa hur åtgärderna tillämpats i praktiken och analysera dessa i förhållande till en objektiv bedömning av risken för smittspridning. Vidare skall kommittén analysera tvångsåtgärdernas effekter på det förebyggande smittskyddsarbetet och om åtgärderna minskar smittspridning av epidemiologisk betydelse. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot tvångsisoleringens varaktighet, den tvångsisoleras rättigheter och de stöd- och hjälpåtgärder som skall erbjudas den isolerade för att motivera denna att ändra sin inställning och livsföring så att tvångsisoleringen kan upphöra. Kommittén skall även se över de tvångsåtgärder i form av föreläggande och förbud m.m. som den nämnd som fullgör kommunens uppgifter inom smittskyddet kan vidta.

Övriga författningar

Kommittén skall även utvärdera övriga författningar som hör till smittskyddet, såsom smittskyddsförordningen (1989:301), lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter samt andra författningar som är av betydelse.

När det gäller lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter skall kommittén i första hand analysera om lagen, i enlighet med sitt syfte, leder till att människor skyddas mot att bli smittade av vissa samhällsfarliga sjukdomar.

Kommittén skall vidare belysa hur samordningen mellan smittskyddslagen och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall har fungerat och hur lagarna bör samordnas framöver.

Ekonomiska konsekvenser

Kommittén skall beakta de ekonomiska konsekvenserna av smittskyddsarbetet för bl.a. enskilda och landstingen. I uppdraget ingår att göra en översyn av och bedöma om de regler som gäller för kostnader och ersättning för åtgärder, som vidtas av smittskyddsskäl, kan anses skäligen. Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med kostnadsfri undersökning, vård och behandling för enskilda som kontaktar hälso- och sjukvården med anledning av en samhällsfarlig sjukdom.

Andra åtgärder mot spridning av smittsamma sjukdomar

Kommittén skall kartlägga och utvärdera andra åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar än dem som regleras i smittskyddslagen. Av intresse att uppmärksamma och redovisa är internationella erfarenheter av olika åtgärder för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. I redovisningen av internationella erfarenheter bör även olika länders syn på förhållandet mellan åtgärder för att förhindra smittspridning och hänsyn till de mänskliga rättigheterna analyseras. Olika länders utgångspunkter för smittskyddsarbetet bör också belysas.

Kommittén skall vidare analysera förutsättningarna för kriminalisering av underlåtenhet att följa meddelade förhållningsregler. Även förutsättningarna för att införa en straffsanktionerad bestämmelse som uttryckligen avser spridande av hivsmitta skall belysas. Om nya straffbestämmelser föreslås skall förhållandet mellan dessa bestämmelser och straffbestämmelserna i brottsbalken övervägas.

Internationellt samarbete

Kommittén skall beakta det internationella samarbetet inom främst WHO och EU i smittskyddsfrågor. Inom EU pågår för närvarande ett arbete med att besluta om en fast struktur för samarbetet på smittskyddsområdet mellan medlemsländerna. Ett liknande samarbete pågår också mellan EU och USA. Kommittén skall följa det pågående arbetet och analysera konsekvenserna av detta för smittskyddsarbete i Sverige.

Övriga frågor

Kommittén skall genomgående i sitt arbete uppmärksamma och analysera frågor kring rättssäkerheten för den enskilde. I detta sammanhang bör kommittén särskilt ta fasta på Sveriges internationella åtaganden på området för mänskliga rättigheter. Som exempel på folkrättsligt bindande åtaganden som bl.a. rör skyddet för enskildas personliga integritet kan nämnas den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna som dessutom gäller som lag (1994:1219) i Sverige.

Den avgränsning av utredningsuppdraget som angetts bör inte ses som absolut. Det kan inte uteslutas att det under utredningsarbetet visar sig nödvändigt att också behandla andra frågor av betydelse för smitt-

skyddet. Kommittén är i så fall oförhindrad att göra detta och lägga fram förslag även i sådana frågor.

Mot bakgrund av att kommitténs uppdrag till viss del berör Straffansvarsutredningen (Ju 1994:04) och Tvångspsykiatrikommittén (S 1995:11) skall samråd ske med dessa utredningar. Samråd skall också ske med Statens jordbruksverk med anledning av det uppdrag verket fått att göra en översyn av epizootilagen (1980:369). I de fall kommittén berör domstolsprövningen och handläggningen i domstolarna skall samråd i den delen ske med Domstolsverket.

För kommittén gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) och att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50). Förslaget skall också innehålla en redovisning av de jämställdhetspolitiska konsekvenserna (dir. 1994:124) och konsekvenserna för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Kommitténs uppdrag skall redovisas senast den 31 december 1998.

(Socialdepartementet)

Kommitténs referensgrupper och särskilda utfrågningar – deltagarförteckningar

Förteckning över deltagare i referensgrupp I

Ulla Bertling, psykolog, Behandlingsgruppen i City, Stockholm
Hans Fredlund, smittskyddsläkare och ordförande i Programgruppen
för tuberkulos
Lars Jakobsson, professor, Institutionen för psykiatri, Umeå universitet
Peter Lidbrink, docent, Hudkliniken I 43, Huddinge sjukhus
Denny Vågerö, professor, Sociologiska institutionen, Stockholms
universitet

Förteckning över deltagare i referensgrupp II

Claes Heijbel, Convictus
Amadou Jallow, Oasen
Jan-Olof Morfeldt, Stiftelsen Noaks Ark/Röda Korset
Pehr-Olov Pehrson, Läkare mot AIDS
George Svéd, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande

Förteckning över deltagare vid kommitténs särskilda utfrågning den 29 oktober 1997 angående smittskyddsfrågor och sjukhushygien

Anna Hambræus, överläkare, Akademiska sjukhuset i Uppsala
Johan Struve, infektionsläkare, Danderyds sjukhus, tillika sekreterare i
Socialstyrelsens utvärdering av sjukhushygienisk verksamhet
Håkan Wahren, fil. lic, sekreterare i Socialstyrelsens utvärdering av
sjukhushygienisk verksamhet

Förteckning över deltagare vid kommitténs
särskilda utfrågning den 29 oktober 1997
angående smittskyddsfrågor vid smittsamma
sjukdomar som sprids till människor från
objekt eller djur

Yvonne Andersson, epidemiolog, Smittskyddsinstitutet
Bengt Berglund, jurist, Livsmedelsverket
Anders Engvall, avdelningschef, Zoonosentrum
Olle Sillfors, miljö- och hälsoskyddsinspektör, Sigtuna kommun
Nils Svensson, smittskyddsläkare, dåvarande Skaraborgs läns landsting

Förteckning över deltagare vid kommitténs
särskilda utfrågning den 4 december 1997
angående medicinsk–etiska frågor

Lars Jacobsson, professor, Institutionen för psykiatri, Umeå universitet
Tore Nilstun, docent, Institutionen för medicinsk etik, Lunds universitet
Torbjörn Tännsjö, professor, Institutionen för praktisk filosofi,
Göteborgs universitet