

Lagrådsremiss

Ny smittskyddslag m.m.

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 24 april 2003

Morgan Johansson

Björn Reuterstrand
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

En ny smittskyddslag skall införas. Smittskyddslagen skall ges en klarare inriktning på smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. De smittskyddsåtgärder som riktar sig till objekt eller djur skall i sin helhet regleras i andra lagar. Det övergripande målet för smittskyddet och vissa allmänna riktlinjer skall anges i smittskyddslagen. Tyngdpunkten i smittskyddsarbetet bör ligga på det frivilliga förebyggande arbetet. Särreglering av hivinfektion begränsas så långt möjligt.

Landstinget skall även fortsättningsvis ha ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstinget. Undantag skall dock liksom i dag gälla för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka kommunerna och vissa nationella myndigheter har ansvaret. Ansvaret för direkta smittskyddsåtgärder skall vila på smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna.

Bestämmelserna i smittskyddslagen skall omfatta alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som inte endast innebär ett ringa hot mot människors hälsa. Möjligheter till smittskyddsåtgärder som kan vara integritetskränkande begränsas till vissa s.k. allmänfarliga sjukdomar.

Var och en skall genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Den som har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom skall vara skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittöverföring kan uppkomma. Den som misstänks bära på vissa smittsamma sjukdomar skall vara skyldig att söka läkare, låta sig

undersökas samt genom att ge upplysningar till läkaren medverka till smittspårning.

Den behandlande läkaren skall ge den smittade medicinska och praktiska råd vid samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Om det är fråga om smitta av en allmänfarlig sjukdom skall den behandlande läkaren även besluta individuellt utformade förhållningsregler för den smittade i syfte att förhindra smittspridning. Förhållningsreglerna kan endast omfatta ett eller flera av de moment som anges i smittskyddslagen.

En möjlighet att underrätta en närstående som utsätts för påtaglig smittrisk när den som bär på en allmänfarlig sjukdom inte själv informerat om sjukdomen skall införas.

Länsrätten skall under vissa förutsättningar kunna besluta om läkarundersökning när den enskilde motsätter sig detta. Isolering av den som bär på en allmänfarlig sjukdom får ske om vissa särskilda förutsättningar är uppfyllda. Beslut om isolering fattas av länsrätten. Isolering får bestå i högst tre månader. Fortsatt isolering i perioder om högst sex månader får medges av länsrätten efter ansökan av smittskyddsläkaren. I vissa brådskande fall får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering som kan pågå i högst två veckor. I mål om fortsatt isolering skall en sakkunnig höras vid den muntliga förhandlingen. En stödperson skall utses för den som isolerats om den isolerade inte motsätter sig det.

En ny straffbestämmelse för gärningar som innebär att en person utsätter annan för fara att smittas av livshotande sjukdom skall införas i smittskyddslagen.

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

Innehållsförteckning

1	Beslut.....	5
2	Lagtext.....	6
2.1	Förslag till smittskyddslag	6
2.2	Förslag till lag om ändring i miljöbalken	24
2.3	Förslag till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)	26
2.4	Förslag till lag om ändring i sjömanslagen (1973:282)	27
2.5	Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)...	28
2.6	Förslag till lag om upphävande av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter	31
2.7	Förslag till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.....	32
3	Ärendet och dess beredning.....	33
4	Nuvarande rättslig reglering	33
4.1	Smittskyddslagen	33
4.2	Annan lagstiftning på smittskyddets område	36
4.3	Lagstiftning beträffande åtgärder mot objekt och djur, m.m.	37
4.4	Straffrättsliga regler	39
5	Utländsk rätt	40
6	Smittspridning i Sverige och omvärlden	41
6.1	Smittskyddssituationen internationellt.....	41
6.2	Situationen i Sverige	43
6.3	Nya sjukdomar och problem	49
7	Internationellt samarbete	49
8	Smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter	53
8.1	FN-konventioner	53
8.2	Europarådets konventioner	53
8.3	Uttalanden och rekommendationer rörande hiv/aids	55
8.4	Särskilt om Europakonventionen	57
9	Allmänna överväganden och utgångspunkter	63
10	Sjukdomarna i smittskyddslagen och anmälningsförfarandet.....	66
10.1	Sjukdomarna i smittskyddslagen	66
10.2	Anmälningsförfarandet	70
11	Individens skyldigheter och rättigheter	75
12	Vissa smittskyddsåtgärder.....	80
12.1	Allmänna förebyggande åtgärder.....	80
12.2	Smittspårning	86
12.3	Medicinska och praktiska råd samt förhållningsregler	90
12.4	Underrättelse till närstående	97
12.5	Den behandlande läkarens uppgifter i övrigt	99
12.6	Smittskyddsläkarens uppgifter i övrigt	100
13	Tvångsåtgärder	103

13.1	Allmänna principer för användning av tvångsåtgärder...	103
13.2	Tvångsundersökning	107
13.3	Isolering	110
13.4	Stödperson.....	121
14	Objektinriktade åtgärder	124
14.1	Regleringen av objektinriktade smittskyddsåtgärder.....	124
14.2	Samverkan och samordning	134
15	Vårdrelaterade infektioner.....	137
16	Nationell styrning och organisatoriska frågor	141
16.1	Ansvaret för smittskyddsåtgärder och smittskyddsorganisationen	141
16.2	Nationell styrning och uppföljning	147
16.3	Tillsyn och disciplinpåföljder	153
17	Straffrättsliga aspekter på smittskyddet.....	155
18	Bastuklubbar och andra liknande verksamheter	164
19	Uppgiftsskyldighet och sekretess	168
20	Ekonomiska förmåner	174
20.1	Kostnadsfrihet för undersökning, vård och behandling samt läkemedel.....	174
20.2	Ersättning till smittbärare och vid objektinriktade smittskyddsåtgärder och vissa andra ekonomiska förmåner...	180
21	Övriga frågor	181
21.1	Karantänslagstiftningen	181
21.2	Sakkunnig och vissa övriga processuella frågor	182
21.3	Följdändringar i andra författningar.....	185
22	Ekonomiska konsekvenser	185
23	Författningskommentarer	187
23.1	Förslag till smittskyddslag	187
23.2	Förslag till lag om ändring i miljöbalken	227
23.3	Förslag till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511).....	229
23.4	Förslag till lag om ändring i sjömanslagen (1973:282) ..	229
23.5	Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) ..	230
23.6	Förslag till lag om upphävande av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter	231
23.7	Förslag till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.....	231
Bilaga 1: Sammanfattning av betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51)		232
Bilaga 2: Författningsförslag i betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51)		237
Bilaga 3: Utdrag ur Socialstyrelsens uppdrag angående vissa smittskyddsfrågor		276
Bilaga 4: Stödperson och sakkunnig enligt smittskyddslagen (2003:xxx).....		289

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. smittskyddslag
2. lag om ändring i miljöbalken
3. lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)
4. lag om ändring i sjömanslagen (1973:282)
5. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)
6. lag om upphävande av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter
7. lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till smittskyddslag

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Allmänna bestämmelser

Smittskyddets mål

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

Lagens tillämpningsområde

2 § I denna lag ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (1971:511), lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658).

Definitioner

3 § Med *smittsamma sjukdomar* avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med *allmänfarliga sjukdomar* avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns *anmälningspliktiga sjukdomar* respektive *smittspårningspliktiga sjukdomar*.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga till denna lag.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 § Smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa.

När åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds.

5 § Insatser inom smittskyddet skall vara av god kvalitet.

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

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

Ansvaret för smittskyddet

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

Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt.

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

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

9 § I varje landsting skall det finnas en smittskyddsläkare.

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

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

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

2 kap. Förebyggande åtgärder och rapportering av sjukdomsfall

Den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning

1 § Var och en skall genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

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

Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Information om förebyggande åtgärder

3 § Landstinget, och under landstinget smittskyddsläkaren, skall se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.

Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

Rapportering av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

4 § Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas.

5 § En läkare som i sin verksamhet misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningsskyldig sjukdom, skall utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i det landsting där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Smittskyddsinstitutet.

Anmälningsskyldigheten gäller även

- läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik,
- den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, och
- läkare som utför obduktion.

6 § En anmälan enligt 5 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning, och andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

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

- om anmälan enligt 5 §,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vilka anmälan skall göras
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål, samt
- om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid vissa sjukdomar.

3 kap. Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

1 § Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspåringspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersök-

ningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom skall skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs.

Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning skall läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren.

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

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

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

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

Smittspårning

4 § Om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Den enskilde patienten är i sin tur skyldig att lämna de upplysningar som han eller hon förmår lämna.

Om den som enligt första stycket ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats skall han eller hon se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare.

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

Har smittspårningsärendet tagits över av smittskyddsläkaren skall den enskilde patienten lämna sådana uppgifter som avses i 4 § första stycket till honom eller henne.

6 § Om en person som har underrättats enligt 4 § andra stycket om misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare skall den som enligt 4 § första stycket ansvarar för smittspårningen utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren.

7 § I en anmälan enligt 1 § tredje stycket eller 6 § skall den behandlande läkaren ange

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och

2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

En sådan anmälan skall alltid innehålla en redogörelse för de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om att en person bär på en allmänfarlig sjukdom.

4 kap. Vissa smittskyddsåtgärder

Råd och stöd

1 § Den behandlande läkaren skall ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk.

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

Förhållningsregler

2 § Den behandlande läkaren skall besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse

1. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller annan verksamhet,
2. förbud mot att donera blod och organ,
3. förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
4. skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap,
5. skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
6. skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning,
7. skyldighet att iaktta skärpta hygienrutiner, eller
8. skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsreglerna skall tas in i den undersöktes patientjournal. Läkaren skall så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

3 § Om patienten begär det skall smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsregler enligt 2 §. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begä-

ran eller på eget initiativ ändra förhållningsreglerna på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt.

Patienten skall av den behandlande läkaren informeras om möjligheten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.

4 § Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att han eller hon själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende.

5 § Om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, skall den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården där underrättas av den behandlande läkaren, när denne får kännedom om intagningen, om smittan och om de förhållningsregler som meddelats den intagne enligt 2 §.

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

Vård och behandling

6 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom skall av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att eliminera eller minska risken för smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende skall detta också erbjudas den enskilde.

7 § Om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren. Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

Underrättelse till närstående

8 § Om en behandlande läkare får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen och läkaren bedömer att den närstående löper påtaglig risk att smittas skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Smittskyddsläkaren skall, om han eller hon gör samma bedömning som den behandlande läkaren, underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

9 § I en anmälan enligt 4 §, 7 § eller 8 § första stycket skall den behandlande läkaren ange

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

5 kap. Isolering

Förutsättningar för isolering

1 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om

1. det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt som möjligt minska risken för spridning av sjukdomen, eller
2. det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats.

Beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

2 § Länsrätten beslutar om isolering enligt 1 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Till ansökan skall smittskyddsläkaren foga en utredning om den enskildes situation och behov samt om vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen skall också innehålla en individuell vårdplan som visar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och på vilket sätt sådana insatser kan tillhandahållas.

3 § Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs länsrätten.

Tillfällig isolering som fastställts av länsrätten får bestå i högst två veckor, räknat från den dag beslutet verkställdes.

4 § Isolering enligt 1 eller 3 § skall ske på en vårdinrättning som drivs av ett landsting.

5 § Isolering enligt 1 § får bestå i högst tre månader. I denna tid inräknas inte tillfällig isolering.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren får rätten besluta om fortsatt isolering. Sådant beslut får avse högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

Sådan ansökan skall ha kommit in till rätten innan tiden för gällande beslut om isolering har löpt ut. Isoleringen skall fortsätta i avvaktan på att rätten beslutar med anledning av ansökan.

6 § Har beslut fattats om isolering enligt 1 § skall smittskyddsläkaren genast underrätta det landsting eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade behöver. Smittskyddsläkaren skall därvid lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

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

7 § Begär den isolerade att isoleringen skall upphöra är smittskyddsläkaren skyldig att utan dröjsmål pröva den isolerades begäran.

8 § Finns inte längre skäl för isolering enligt 1 eller 3 § skall smittskyddsläkaren omedelbart besluta att isoleringen skall upphöra. Frågan om isoleringens upphörande skall övervägas fortlöpande.

Isoleringens innehåll

9 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § skall tas väl om hand. Nödvändiga förberedelser skall göras för att den enskilde efter isoleringen skall få den vård eller det stöd han eller hon behöver för att minska risken för smittspridning. Han eller hon skall även under isoleringen få det stöd och den hjälp som behövs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller minskas så långt som möjligt.

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

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

10 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § har rätt att föra telefonsamtal och ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på vårdinrättningen. Besök kan förbjudas, om ändamålet med isoleringen skulle motverkas av det.

Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § har rätt att sända och ta emot brev och andra försändelser.

11 § Beslut om inskränkningar i rättigheterna enligt 9 § andra och tredje styckena eller 10 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med smittskyddsläkaren.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

12 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för isoleringen. Rörelsefriheten får också inskränkas när det behövs av hänsyn till den isolerades egen eller andras säkerhet.

13 § Från den som isolerats enligt 1 eller 3 § får omhändertas

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,

2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,

3. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,

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

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

14 § Om det är nödvändigt får den som skall isoleras enligt 1 eller 3 § kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas när han eller hon kommer till vårdinrättningen, för kontroll av att den isolerade inte bär på sig egendom som avses i 13 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom kommer att påträffas hos den isolerade.

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

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

15 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till den som isolerats enligt 1 eller 3 § får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 13 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom får den omhändertas.

16 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 13 eller 15 § eller har sådan egendom påträffats där någon är isolerad enligt 1 eller 3 § utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Vistelse utanför vårdinrättningen

17 § Den som är isolerad enligt 1 § får ges tillstånd att under viss kort tid vistas utanför vårdinrättningens område om det är påkallat av särskilda skäl som gäller den isolerade själv eller hans eller hennes närmaste anhöriga eller utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den isolerade. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

18 § Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 17 § beslutas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Smittskyddsläkaren får överlåta åt chefsöverläkaren att pröva frågor om tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukhusets område.

Stödperson

19 § Chefsöverläkaren skall se till att den som har isolerats enligt 1 eller 5 § upplyses om sin rätt att få en stödperson.

När den isolerade begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om den isolerade inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå den isolerade i personliga frågor så länge denne är isolerad enligt denna lag och, om den isolerade och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att isoleringen har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka den isolerade under förutsättning att besöket kan genomföras på sådant sätt att det inte finns någon risk för smittspridning. Stödpersonen får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om den isolerades hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

20 § Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner gäller, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), nämligen

- 14 § om muntlig handläggning,
- 15 § om anteckning av uppgifter,
- 16 och 17 §§ om parter rätt att få ta del av uppgifter,
- 20 § om motivering av beslut,
- 21 § om underrättelse om beslut,
- 26 § om rättelse av skrivfel och liknande, och
- 27 § om omprövning av beslut.

21 § Chefsöverläkaren skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 20 § första stycket när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange den isolerades inställning till att få en stödperson. Om den isolerade inte har uttryckt en klar uppfattning skall nämnden kontakta den isolerade eller vårdpersonal med kännedom om denne för att få besked om den isolerade vill ha en stödperson.

När isoleringen upphör för den som har en stödperson skall nämnden underrättas om detta samt om huruvida stödpersonens uppdrag fortsätter därefter.

22 § Om den isolerade önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) när isoleringen upphört och stödpersonen samtycker till det, skall den nämnd som avses i 20 § första stycket underrätta socialnämnden i den kommun där den isolerade är folkbokförd om hans eller hennes önskemål.

23 § Om det finns särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller till den nämnd som avses i 20 § första stycket.

Särskilt förordnande att fullgöra chefsöverläkares uppgifter

24 § Landstinget får förordna någon inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att i chefsöverläkares ställe fullgöra de uppgifter som chefsöverläkaren har enligt 9–23 §§ vid isolering enligt 1 eller 3 §.

Vad som sägs i denna lag om chefsöverläkaren gäller också den som förordnats enligt första stycket.

6 kap. Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens allmänna skyldigheter

1 § Smittskyddsläkaren har det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar enligt 1 kap. 9 §. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

2 § I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att

1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,
3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,
4. stödja behandlande läkare och annan sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,
5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,
6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen, samt
7. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

3 § Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 1 § tredje stycket eller 3 kap. 6 § skall smittskyddsläkaren utreda ärendet och, om det inte är obehövt, vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad. I utredningen skall det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

4 § Efter att ha fått en anmälan enligt 4 kap. 4 § första stycket, 4 kap. 5 § andra stycket eller 4 kap. 7 § skall smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen skall det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

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

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

7 § Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta de myndigheter eller den kommun, som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur eller objekt som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom, om iakttagelser som är av betydelse för det objektrinriktade smittskyddet.

Smittskyddsläkaren skall på begäran få fortlöpande information om de beslut och andra åtgärder som vidtas eller planeras att vidtas med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen (1971:511), lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658) när det är av betydelse för smittskyddet för människor.

Smittskyddsläkaren och andra berörda myndigheter har rätt att begära samråd med anledning av den information som lämnas enligt första eller andra stycket.

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

9 § Smittskyddsläkaren får avskriva ett ärende om smittskyddsåtgärder eller om smittspårning om vidare åtgärder inte anses behövliga eller inte är möjliga att vidta.

Smittskyddsläkarens särskilda befogenheter

10 § Om smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig sjukdom, är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom eller henne de uppgifter som behövs,

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

11 § Den som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården skall lämna upplysningar till smittskyddsläkaren om denne i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

12 § Om det är nödvändigt för en utredning enligt 4 § skall smittskyddsläkaren underrätta socialnämnden, polismyndigheten och den lokala kriminalvårdsmyndigheten.

En sådan underrättelse skall innehålla uppgifter om den enskildes identitet och de förhållningsregler han eller hon skall följa för att förebygga smittspridning.

13 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller den lokala kriminalvårdsmyndigheten, efter att ha fått underrättelse enligt 12 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler, skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om denne enligt 8 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i ett annat område, skall anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

Den skyldighet som avses i första stycket gäller i två månader från det att underrättelsen enligt 12 § mottagits.

7 kap. Ersättning

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

2 § Undersökning, vård och behandling som är ägnad att minska risken för smittspridning och som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget är kostnadsfri för patienten om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom.

3 § Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 2 kap. 1–6 §§ socialförsäkringslagen (1999:799) är bosatt i Sverige,

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

3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könsjukdom av den 1 december 1924.

4 § Landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 1 § och för åtgärder som avses i 2 §.

8 kap. Överklagande m.m.

Överklagande till domstol

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

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,

2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §, eller
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § om beslutet innebär inskränkningar i särskilt fall för den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

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

2 § I andra mål än sådana som avser tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 8 § krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

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

Handläggningen i domstol

4 § Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

5 § Länsrätten skall ta upp mål om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §, isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § och upphörande av isolering enligt 5 kap. 8 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in. Länsrätten får dock förlänga denna tid om det finns särskilda skäl.

Ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § som underställts länsrätten skall tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får länsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

6 § I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 8 § skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. Muntlig förhandling skall alltid hållas i sådana mål om någon part begär det. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling. Den isolerades stödperson har rätt att närvara vid och skall om möjligt underrättas om förhandlingen.

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

7 § I mål om isolering enligt 5 kap. 1 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § skall rätten höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen skall för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 7 kap. 1 § eller 4 § första och tredje styckena sekretesslagen (1980:100) skall utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om en isolerad som behövs för en sakkunnigs uppdrag.

8 § Vid handläggningen i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § skall nämndemän ingå i rätten.

9 § I mål i allmän förvaltningsdomstol om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 8 § skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

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

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

Biträde av polismyndighet

12 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

1. för att genomföra tvångsundersökning som beslutats av länsrätten enligt 3 kap. 2 §,

2. för att föra den som skall isoleras enligt 5 kap. 1 §, eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen eller,

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

9 kap. Övriga bestämmelser

Straffbestämmelse

1 § Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter annan för fara att smittas av livshotande sjukdom döms för orsakande av smittfara till böter eller fängelse i högst två år. Detta gäller inte om gärningen är belagd med strängare straff i brottsbalken.

Tillsyn

2 § Socialstyrelsen har tillsyn över smittskyddet i landet. Vid tillsynen enligt denna lag tillämpas bestämmelserna i 6 kap. 9–17 §§ och 8 kap. 16 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Socialstyrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet.

Vissa bemyndiganden

3 § Om riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan komma att förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

- att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra stycket, eller
- att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Föreskrifter som meddelas med stöd av denna paragraf skall snarast underställas riksdagens prövning.

4 § Regeringen får meddela närmare föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall vara anmälningspliktiga. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får också meddela närmare föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall vara smittspårningspliktiga.

5 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på Försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

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

7 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag om det vid en fredstida kris finns behov av samordnade nationella åtgärder eller andra särskilda insatser inom smittskyddet.

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 juli 2004, då smittskyddslagen (1988:1472) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.

2. Förhållningsregler som har meddelats enligt 16 § gamla lagen gäller som längst till och med den 31 december 2004.

3. Om en patient vid ikraftträdandet är tvångsisolerad enligt 38 § gamla lagen skall smittskyddsläkaren senast den 4 juli 2004 ansöka hos länsrätten om isolering enligt 5 kap. 1 § nya lagen. Till dess ansökan kommit in till länsrätten, gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.

4. Den som vid lagens ikraftträdande är isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 39 § gamla lagen skall anses tillfälligt isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 5 kap. 3 § nya lagen. Härvid skall smittskyddsläkarens beslut om isolering anses ha fattats vid ikraftträdandet.

5. Om ett mål om tvångsisolering enligt 38 eller 39 § gamla lagen inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för isolering enligt 5 kap. 1 § eller 5 kap. 3 § enligt nya lagen.

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

Allmänfarliga sjukdomar

- campylobacterinfektion
- difteri
- infektion med enterohemorragisk E.coli
- giardiainfektion
- gonorré
- hepatit A-E
- hivinfektion
- infektion med HTLV I eller II
- klamydiainfektion
- kolera
- infektion med meticillinresistenta gula stafylokker (MRSA)
- mjältbrand
- paratyfoidfeber
- pest
- infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- polio
- rabies
- salmonellainfektion
- shigellainfektion
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
- syfilis
- tuberkulos
- tyfoidfeber
- virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica)

2.2 Förslag till lag om ändring i miljöbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om miljöbalken
dels att 31 kap. 12 § skall ha följande lydelse,
dels att det i balken skall införas tre nya paragrafer, 9 kap. 14 och 15 §§ samt 31 kap. 11 a § samt närmast före 31 kap. 11 a § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 kap.

14 §

Kommunen skall utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.

15 §

Vid misstanke om att ett sällskapsdjur som innehas av privatperson eller att ett objekt bär på en allvarlig smittsam sjukdom som kan föras över till människor, skall kommunen omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning. Om det är nödvändigt för att förhindra spridning av sjukdomen får kommunen låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Bestämmelser om rätt till ersättning för den som drabbats av ett sådant beslut finns i 31 kap. 11 a §.

Första stycket gäller inte om åtgärder vidtas enligt livsmedelslagen (1971:511), lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658).

31 kap.

Ersättning vid åtgärder för att förhindra smittspridning

11 a §

Den som har drabbats av ett beslut om förstöring av föremål eller ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur enligt 9 kap. 15 § har rätt till skälig ersättning av kommunen.

12 §

Innan en myndighet fattar ett beslut som kan leda till ersättning enligt 4, 5, 10 eller 11 §, får myndigheten förelägga den som vill göra anspråk på betalning eller inlösen att inom viss tid, minst två månader, anmäla sitt anspråk och ange sina yrkanden vid påföljd att rätten till talan annars förloras.

Innan en myndighet fattar ett beslut som kan leda till ersättning enligt 4, 5, 10, 11 eller 11 a §, får myndigheten förelägga den som vill göra anspråk på betalning eller inlösen att inom viss tid, minst två månader, anmäla sitt anspråk och ange sina yrkanden vid påföljd att rätten till talan annars förloras.

Vad som i fråga om ersättning eller inlösen har avtalats eller uppenbarligen förutsatts gälla mellan den ersättningsskyldige och en sakägare gäller även mot den som efter det att rätten till betalning uppkom har förvärvat sakägarens rätt till fastigheten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2004.

2.3 Förslag till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)

Härigenom föreskrivs att det i livsmedelslagen (1971:511) skall införas en ny paragraf, 27 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

27 a §

Efter en underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel skall tillsynsmyndigheten omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2004.

2.4 Förslag till lag om ändring i sjömanslagen (1973:282)

Härigenom föreskrivs att 9 § sjömanslagen (1973:282) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §¹

En sjöman har rätt att frånträda sin befattning på fartyget

1. om det är fara för att fartyget skall uppbringas av krigförande eller utsättas för krigsskada, eller

2. om *en sjukdom som avses i 1.1 eller 1.2 bilagan till smittskyddslagen (1988:1472)* har vunnit utbredning i den hamn som fartyget är destinerat till.

2. om *någon av följande sjukdomar* har vunnit utbredning i den hamn som fartyget är destinerat till:

- *difteri*
- *fläckfeber*
- *gula febern*
- *hepatit A-E*
- *hepatit non A non B non C non D non E*
- *kolera*
- *meningokockinfektion*
- *mjäلتbrand*
- *paratyfoidfeber*
- *pest*
- *polio*
- *rabies*
- *salmonellainfektion*
- *shigellainfektion*
- *tuberkulos*
- *tyfoidfeber*
- *virala hemorragiska febrar exkl. nefropathia epidemica*
- *återfallsfeber.*

Rätten att frånträda befattningen gäller dock inte om sjömannen har godtagit att följa med fartyget under de angivna förhållandena.

Vill en sjöman frånträda sin befattning på grund av förhållande som avses i första stycket skall sjömannen underrätta arbetsgivaren utan dröjsmål efter det att han eller hon fått kunskap om förhållandet. Sjömannen har därefter rätt att frånträda befattningen innan fartyget anländer till det område där förhållandet råder.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2004.

¹ Lydelse enligt prop. 2002/03:109, Sjösäkerhet.

2.5 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

1 §²

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

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

Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.

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

En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till annan sådan myndighet för forskning och framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Vidare får utan hinder av sekretessen uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination, lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen, *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål,*

En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till annan sådan myndighet för forskning och framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Vidare får utan hinder av sekretessen uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination, lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen, *lagen (1988:1473) om undersökning beträffande vissa smittsamma*

¹ Lagen omtryckt 1992:1474.

² Senaste lydelse 2002:254.

lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och *smittskyddslagen (1988:1472)*.
sjukdomar i brottmål, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och *smittskyddslagen (2003:000)*.

2 §³

Sekretessen enligt 1 § gäller inte

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

2. beslut enligt *smittskyddslagen (1988:1472)*, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd och *avser annan sjukdom än som anges i 1.3 bilagan till nämnda lag*,
2. beslut enligt *smittskyddslagen (2003:000)*, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

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

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

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

14 kap.

2 §⁴

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

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

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

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

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

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

³ Senaste lydelse 1994:595.

⁴ Senaste lydelse 2002:1124.

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

Föruppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1–6 och 34 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1, 4 eller 34 § inte att uppgift som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.

Föruppgift som omfattas av sekretess enligt 7 kap. 1–6 och 34 §§, 8 kap. 8 § första stycket, 9 eller 15 § eller 9 kap. 4 eller 7 §, 8 § första eller andra stycket eller 9 § gäller vad som föreskrivs i fjärde stycket endast såvitt angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år. Dock hindrar sekretess enligt 7 kap. 1, 4 eller 34 § inte att uppgift som angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt arton år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. *Inte heller hindrar sekretess enligt 7 kap. 1 eller 4 § att uppgift som gäller misstanke om brott enligt 9 kap. 1 § smittskyddslagen (2003:000) eller annat brott i fråga om överföring eller försök till överföring av sådan sjukdom som avses i nämnda lagrum lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet.*

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2004.

2. Äldre bestämmelser skall fortfarande gälla såvitt avser beslut enligt smittskyddslagen (1988:1472).

2.6 Förslag till lag om upphävande av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter

Härigenom föreskrivs att lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter skall upphöra att gälla vid utgången av juni månad år 2004.

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

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

Lag om undersökning beträffande vissa smittsamma sjukdomar i brottmål

Nuvarande lydelse

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

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

Föreslagen lydelse

1 §

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2004.

3 Ärendet och dess beredning

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade dåvarande chefen för Socialdepartementet i september 1996 en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet (S 1996:07). Kommittén antog namnet 1996 års Smittskyddskommitté.

Kommittén lade i mars 1999 fram betänkandet Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51). Betänkandet har remissbehandlats. En sammanställning av remissyttrandena har upprättats och finns tillgänglig i Socialdepartementet (S1999/4118/HS).

Regeringen gav i juli 2000 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda vissa smittskyddsfrågor med anknytning till Smittskyddskommitténs förslag. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i januari 2001 (S1999/4118/HS). Socialstyrelsens rapport har remissbehandlats. En sammanställning av remissyttrandena har upprättats och finns tillgänglig i Socialdepartementet (S1999/4118/HS).

Under beredningen av betänkandet har en promemoria om stödpersoner och sakkunniga enligt smittskyddslagen utarbetats inom Socialdepartementet. Promemorian har remissbehandlats. Promemorian och en sammanställning av remissyttrandena finns tillgängliga i Socialdepartementet (S1999/4118/FH).

I detta ärende tar regeringen upp de frågor som behandlats av Smittskyddskommittén liksom de frågor som behandlas i ovan nämnda rapport från Socialstyrelsen samt promemorian från Socialdepartementet. Utöver de följdändringar av saklig betydelse som tas upp i lagrådsremissen behövs ändringar av terminologi och laghänvisningar i ytterligare ett antal lagar (se avsnitt 21.3). Ändringarna är av enkel beskaffenhet. Det skulle därför sakna betydelse att höra Lagrådet över dessa lagförslag.

4 Nuvarande rättslig reglering

De huvudsakliga bestämmelserna om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar finns i smittskyddslagen (1988:1472) och smittskyddförordningen (1989:301). Bestämmelser om smittskydd finns även i ett antal andra lagar och förordningar. I detta avsnitt ges en översiktlig redogörelse för de viktigaste författningarna på smittskyddsområdet.

4.1 Smittskyddslagen

Smittskyddslagens (1988:1472) syfte är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen omfattar i princip alla smittsamma sjukdomar men de materiella reglerna i lagen avser endast vissa smittsamma sjukdomar. Sjukdomarna indelas i samhällsfarliga och övriga smittsamma sjukdomar. För de samhällsfarliga och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna föreligger anmälningsplikt. Riksdagen bestämmer i lag vil-

ka sjukdomar som skall anses samhällsfarliga medan regeringen beslutar om vilka övriga smittsamma sjukdomar som skall ingå bland de anmälningspliktiga sjukdomarna. Regeringen kan under vissa förutsättningar föreskriva att en ny sjukdom skall omfattas av bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar. Ett sådant beslut skall snarast underställas riksdagen.

Huvudansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas åvilar landstinget. I varje landsting skall finnas en smittskyddsläkare som skall utses av den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvården. Enligt smittskyddslagen svarar kommunen för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Bestämmelser om åligganden för kommunen som har till syfte att förebygga och förhindra bl.a. uppkomst och spridning av smitta finns emellertid även i t.ex. livsmedelslagen (1971:511) och miljöbalken.

Den enskildes rättigheter och skyldigheter

Den som har anledning att misstänka att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare samt att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs. Den undersökte är skyldig att följa de förhållningsregler som meddelas honom. Förhållningsreglerna kan prövas av smittskyddsläkaren på den undersöktes begäran. Smittskyddsläkaren är vidare oförhindrad att ändra förhållningsreglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut rörande förhållningsregler kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom är även skyldig att medverka till smittspårning och lämna upplysningar om varifrån smitta kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare.

I smittskyddslagen finns vidare bestämmelser om rätt till kostnadsfri undersökning, vård eller behandling samt de läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid samhällsfarlig sjukdom.

Åligganden för läkare och smittskyddsläkare

Varje läkare åläggs i smittskyddslagen en allmän skyldighet att vara uppmärksam på samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Läkaren är vidare under vissa förutsättningar skyldig att undersöka den som har anledning att anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Vid konstaterad smitta föreligger även skyldighet att behandla.

Om det inte är uppenbart att patienten inte är smittad skall läkaren vidare informera om sjukdomens art och smittsamhet samt meddela de förhållningsregler som patienten skall iaktta för att undvika smittspridning. Den behandlande läkaren har vidare en skyldighet att så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Om läkaren har anledning att anta att förhållningsreglerna inte kommer att följas skall läkaren skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren.

Till den behandlande läkarens skyldigheter vid samhällsfarlig sjukdom hör vidare att bedriva smittspårning. Han skall söka få reda på av vad eller vem den smittade har blivit smittad, vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla samt till vem den smittade kan ha fört smittan vidare. Om läkaren därvid finner anledning anta att en person smittats av sjukdomen i fråga, skall läkaren på lämpligt sätt underrätta denne om hans skyldighet att söka läkare. Om den misstänkt smittade inte kan förmås inställa sig för undersökning skall smittskyddsläkaren underrättas.

Konstaterade fall av anmälningspliktig sjukdom skall anmälas till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Vissa sjukdomar skall också anmälas till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Anmälningskyldighet föreligger också i vissa andra fall, t.ex. när smitta av vissa anmälningspliktiga sjukdomar påträffas i samband med obduktion eller vid analys vid mikrobiologiskt laboratorium.

Utöver vad som nämnts ovan har den behandlande läkaren också en skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om den smittade eller misstänkt smittade avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det.

Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet samt därutöver bl.a. verka för samordning och likformighet av smittskyddet, fortlöpande följa smittskyddsläget i landstinget och verka för att förebyggande åtgärder vidtas. Han skall vidare hjälpa andra som är verksamma inom smittskyddet, undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal, lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor samt även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd. Utöver dessa allmänna uppgifter har smittskyddsläkaren även myndighetsutövande uppgifter, bl.a. att fatta beslut rörande tvångsåtgärder. I smittskyddslagen finns bestämmelser om skyldighet för smittskyddsläkaren och andra som är verksamma på smittskyddsområdet att samarbeta och lämna uppgifter till varandra.

I smittskyddslagen finns också en rad bestämmelser om uppgiftslämnande som medför att den sekretess som annars skulle gälla enligt sekretesslagen (1980:100) bryts. En kortfattad redogörelse för dessa finns i avsnitt 19.

Tvångsåtgärder

De personinriktade tvångsåtgärder som medges enligt smittskyddslagen är tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering. Innan en tvångsåtgärd vidtas bör smittskyddsläkaren söka nå rättelse på frivillig väg om det kan ske utan risk för smittspridning.

Smittskyddsläkaren får besluta om tvångsundersökning av någon som är skyldig att låta sig undersökas men som inte utan dröjsmål gör detta, under förutsättning att det föreligger en grundad misstanke i det enskilda fallet att personen blivit smittad. Ett beslut om tvångsundersökning kan inte överklagas. Om det ännu inte står klart om en person är smittad eller ej av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren under vissa förutsättningar besluta om tillfälligt omhändertagande under högst sju dagar. Beslut om tillfälligt omhändertagande får överklagas hos länsrätten.

Som en yttersta åtgärd för att förhindra smittspridning av samhällsfarlig sjukdom kan tvångsisolering tillgripas. Beslut om tvångsisolering kan fattas dels om den smittade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att förhindra smittspridning, dels om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär uppenbar risk för smittspridning. Länsrätten beslutar om tvångsisolering på ansökan av smittskyddsläkaren. Isoleringen får pågå i högst tre månader, men kan förlängas i högst sex månader åt gången genom beslut av länsrätten. I brådskande fall kan smittskyddsläkaren fatta beslut om tvångsisolering. Beslutet skall då omedelbart underställas länsrättens prövning.

Åtgärder mot djur och objekt

Den kommunala nämnden svarar som tidigare nämnts för att åtgärder vidtas mot objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Nämnden har befogenhet att meddela de förbud och förelägganden som behövs för att hindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite. Om beslutet inte följs, eller även annars i brådskande fall, kan nämnden besluta om rättelse på den enskildes bekostnad. Nämnden kan vidare i vissa fall låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur. Särskilda ersättningsregler gäller för dessa fall.

Tillsyn

Tillsynen över smittskyddet utövas av Socialstyrelsen och omfattar all verksamhet som bedrivs av myndigheter och andra som har ålagts ett ansvar enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination.

4.2 Annan lagstiftning på smittskyddets område

Karantänslagen (1989:290) med anslutande förordning kompletterar smittskyddslagen med vissa bestämmelser till skydd mot att s.k. karantänssjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet genom land-, luft- eller sjötrafik. Med karantänssjukdom avses gula febern, kolera och pest.

Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter har också till syfte att skydda människor från smitta. I lagen föreskrivs att tillställning eller sammankomst till vilken allmänheten har tillträde inte får anordnas, om den med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare. Förbudet omfattar även verksamhet som är att jämföras med tillställning eller sammankomst dit allmänheten har tillträde. Den som bryter mot förbudet skall dömas till fängelse i högst två år eller, om omständigheterna är mildrande, till böter.

I lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare finns bestämmelser om rätt till ersättning av allmänna medel för personer som är smittbärare, men som inte har förlorat arbetsförmågan och därför inte har rätt till sjukpenning eller sjuklön. Enligt lagen kan s.k. smittbärrpenning utgå om smittbäraren måste avstå från förvärvsarbete på grund av

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

Utöver smittbärrpenning ges även rätt till resekostnadsersättning.

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

Enligt förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom kan en enskild eller ett företag få ersättning från staten för kostnader och förluster som orsakats av att en myndighet ingripit enligt smittskyddslagen (dock endast beträffande vissa sjukdomar) eller enligt livsmedelslagstiftningen för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Förordningen innehåller närmare bestämmelser om i vilka fall sådan ersättning kan ges och hur ersättningen beräknas. Bland annat finns en särskild bestämmelse om möjlighet till ersättning om en myndighet låtit avliva ett sällskapsdjur.

4.3 Lagstiftning beträffande åtgärder mot objekt och djur, m.m.

Epizootilagen (1999:657)

Epizootilagen innehåller bestämmelser om allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa (epizootiska sjukdomar). Med allmänfarliga sjukdomar avses i lagen sådana sjukdomar som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors eller djurs hälsa eller medföra stora ekonomiska förluster för samhället. De sjukdomar som omfattas av epizootilagen anges i verkställighetsföreskrifter av Statens jordbruksverk.

I lagen finns bestämmelser om förebyggande åtgärder och bekämpning. Tillsynen över efterlevnaden av lagen och föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av den utövas centralt av Jordbruksverket och inom länet av länsstyrelsen. Staten ersätter den som på grund av

föreskrifter eller beslut som har meddelats med stöd av lagen har drabbats av viss förlust eller kostnad.

Zoonoslagen (1999:658)

Lagen innehåller bestämmelser om sjukdomar och smittämnen hos djur som kan spridas naturligt från djur till människa (zoonoser) och som inte omfattas av epizootilagen. En förutsättning för att en zoonos skall omfattas av lagen är att det finns tillräckliga kunskaper om den för effektiv kontroll och bekämpning. Zoonoserna anges i verkställighetsföreskrifter av Statens jordbruksverk. För närvarande omfattas endast salmonella av lagen. Tillsynen utövas enligt lagen centralt av Jordbruksverket och inom länet av länsstyrelsen.

I zoonoslagen regleras bl.a. vilka åtgärder som skall vidtas när det finns misstanke om att en zoonos har inträffat. Lagens bestämmelser motsvarar till stora delar dem som finns i epizootilagen.

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

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

Livsmedelslagen (1971:511)

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

Livsmedelsverket utövar den centrala tillsynen över efterlevnaden av livsmedelslagstiftningen medan länsstyrelsen utövar den närmare tillsynen inom länet. Den eller de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet utövar tillsynen inom kommunen i den mån regeringen inte föreskrivit att den skall utövas av Livsmedelsverket. Tillsynsmyndighetens befogenheter framgår av lagen.

Miljöbalken (1998:808)

Enligt 1 kap. miljöbalken är målet med balken att främja en hållbar utveckling och att tillförsäkra nuvarande och kommande generationer en hälsosam och god miljö. I 2 kap. i miljöbalken finns rättsligt bindande principer och allmänna hänsynsregler. Bestämmelser om hälsoskydd finns i 9 kap. Med stöd av dessa och därtill anslutande bestämmelser kan ingripanden göras i syfte att förebygga eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Enligt 9 kap. avses med olägenhet för människors hälsa en störning som enligt medicinsk eller hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. I 9 kap. finns vidare bestämmelser som föreskriver att bostäder och lokaler för allmänna ändamål skall brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa inte uppkommer och att de skall hållas fria från ohyra och andra skadedjur samt att ägare eller nyttjanderättshavare till berörd egendom skall vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att hindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa. Härutöver finns bestämmelser bl.a. om avloppsanläggningar och anläggningar för grundvattentäkter. Vidare finns regler som medger möjlighet att meddela föreskrifter i olika hänseenden om sådan behövs för att inte olägenhet för människors hälsa skall uppstå.

Enligt 26 kap. skall tillsynsmyndigheten kontrollera efterlevnaden av miljöbalken och bestämmelser som följer av balken. Den närmare fördelningen av tillsynsansvaret framgår av förordningen (1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken. När det gäller tillsynen över miljö- och hälsoskyddet inom kommunen, med undantag för sådan miljöfarlig verksamhet som kräver tillstånd, anges dock direkt i balken att den skall utövas av den eller de nämnder som kommunen bestämmer. För att kunna utöva tillsyn har myndigheterna rätt till tillträde och att få göra undersökningar samt att meddela förelägganden och förbud.

Bestämmelser om ersättning vid olika ingripanden från det allmänna finns i 31 kap. miljöbalken.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Arbetsmiljölagen skall bl.a. skydda arbetstagare mot ohälsa. Till de faktorer som kan orsaka ohälsa räknas också smittämnen. Arbetsmiljöverket utövar den löpande tillsynen.

4.4 Straffrättsliga regler

Gällande svensk rätt saknar särskilda straffbestämmelser som tar sikte på handlingar som medför att smittsamma sjukdomar överförs från en person till en annan. I brottsbalken finns flera bestämmelser som alltefter omständigheterna i det enskilda fallet kan bli tillämpliga då smitta har överförts eller riskeras att överföras.

De bestämmelser som kan bli aktuella att tillämpa vid överföring av smitta återfinns i brottsbalkens 3 kap. (om brott mot liv och hälsa) och 13 kap. (om allmänfarliga brott). I 3 kap. finns bestämmelser om mord, dråp, misshandel, vållande till annans död, vållande till kroppsskada eller

sjukdom samt framkallande av fara för annan som kan komma att tillämpas då en gärning riktar sig mot en enskild person. Vilken bestämmelse som kan komma ifråga beror på omständigheterna i det enskilda fallet, men en uppdelning kan göras mellan sådana fall då smitta har överförts och då så inte har skett. En annan uppdelning kan göras mellan fall då gärningen har begåtts uppsåtligt och då den har begåtts av oaktsamhet. Riktar sig gärningen mot allmänheten kan bestämmelserna i 13 kap. om spridande av gift eller smitta eller vårdslöshet med gift eller smittämne tillämpas.

Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål innehåller vissa bestämmelser om provtagning i syfte att tillgodose målsägandens intresse av att kunna få reda på om han eller hon utsatts för smittrisk.

5 Utländsk rätt

En jämförelse mellan svensk och utländsk smittskyddslagstiftning är svår att göra, eftersom hänsyn måste tas både till de grundläggande skillnaderna mellan de olika staternas rättsordningar samt andra faktorer som ett lands klimat, ekonomi, drog- och sexualpolitik, flyktingpolitik m.m. Vissa iakttagelser kan dock göras.

Smittskyddskommittén konstaterade vid sin granskning av de nordiska länderna samt ett antal andra europeiska stater att samtliga stater hade övergripande lagar som reglerar smittskyddet. Behandlingen av hivinfektion varierar dock starkt. Liksom den svenska smittskyddslagen (1988:1472) 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 anmälningspliktig 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.

I många länder, t.ex. Danmark, Norge, Finland, Tyskland och Storbritannien, finns möjlighet att stänga av personer som är smittade av vissa allvarliga sjukdomar från arbete eller skola. I vissa länder förekommer också förbud för personer som lider av vissa sjukdomar att använda allmänna kommunikationsmedel.

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 på grund av 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 den smittade även har psykisk sjukdom eller är missbrukare.

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 skillnaderna är betydande. 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.

6 Smittspridning i Sverige och omvärlden

I kapitlet redogörs för förekomsten av smittsamma sjukdomar såväl nationellt som i ett internationellt perspektiv. För att ge en bild av smittskyddssituationens föränderlighet ges i det avslutande avsnittet några exempel på bl.a. nyupptäckta samband mellan smittämnen och olika sjukdomar.

6.1 Smittskyddssituationen internationellt

Det globala läget

Under de senaste tjugo åren har oförutsedda problem uppträtt. Nya allvarliga infektionssjukdomar har uppträtt eller kunnat identifieras, som t.ex. hivinfektion, legionella och blödarfeber orsakad av ebolavirus. Andra sjukdomar har återuppstått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Uppkomsten av bakterier som är resistenta mot antibiotika och andra läkemedel är ett exempel på förändringar som medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen. Resistenta smittämnen har uppträtt bl.a. när det gäller tuberkulos, malaria, tyfoidfeber och pneumokocker. På så nära håll som i våra grannländer Estland och Lettland beräknas en femtedel av de nyupptäckta fallen av tuberkulos uppvisa resistens. Med hänsyn till bl.a. resistensproblemen har enligt Världshälsoorganisationen (WHO) även infektioner som erhålls vid vård på sjukhus blivit ett allt större och allvarigare problem.

Samtidigt kan konstateras att utbredningen av några av de sjukdomar som sedan lång tid utgjort ett hot mot många människors hälsa tagit en positiv riktning. Smittkoppor förklarades vara utrotade år 1980 och WHO har förklarat som mål att polio skall vara utrotad år 2005.

Flera av de sjukdomar som drabbar ett stort antal människor förekommer främst i utvecklingsländerna. Emellertid utgör infektionssjukdomar ett problem även i de industrialiserade länderna. Så är t.ex. diarrésjuk-

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

De sexuellt överförbara sjukdomarna utgör ett stort problem världen över. WHO uppskattade att ungefär 333 miljoner nya fall inträffade bland vuxna under år 1995. En ökning av förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar har märkts i nästan hela Europa de senaste åren. Hiv/aids förekommer nu på alla kontinenter. FN:s samlade program mot hiv/aids i världen (UNAIDS) uppskattar att över 40 miljoner människor levde med hivinfektion i slutet av år 2002 och att antalet nysmittade människor årligen överskrider fem miljoner. Av dessa nysmittade människor är omkring 2,2 miljoner män, 2 miljoner kvinnor och 800 000 barn under 15 år. De trender som enligt UNAIDS kan ses när det gäller utbredningen av hiv/aids i världen är att det föreligger tecken på en snabb ökning av antalet fall såväl i vissa länder i Asien som i vissa delar av Östeuropa. I Ryssland har utvecklingen av hivinfektion från år 1999 varit närmast explosiv och vid slutet av år 2001 beräknades mellan 150 000 och 300 000 ryssar vara infekterade. Hösten 2001 rapporterades i Estland 60 nya hivfall per vecka, en siffra som Sverige aldrig kom i närheten av under 1980-talet då antalet nyupptäckta fall var som störst. Emellertid syns tecken på att spridningen av hivinfektion minskat i länder som är hårt drabbade men där man aktivt satsat på förebyggande insatser, bl.a. Uganda och Thailand. Vidare synes förekomsten av nya fall av hiv/aids minska eller i vart fall stabiliseras i vissa andra regioner. Så har t.ex. antalet aidsfall minskat i de nordeuropeiska länderna, i Australien och Nya Zeeland samt i USA. Orsakerna till dessa förändringar är bl.a. tillgången till ny medicinsk behandling och behöver inte innebära att riskerna för smittspridning i sig har minskat.

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

Nordisk jämförelse

En uppfattning om förekomsten av smittsamma sjukdomar i de nordiska länderna kan erhållas genom jämförelser baserade på antalet anmälda fall i respektive land. Sådana officiella uppgifter, liksom motsvarande uppgifter från de baltiska länderna och nordvästra Ryssland, finns nu samlade på en Internetsida som respektive lands motsvarighet till Smitt-

skyddsinstitutet ligger bakom (<http://www.epinorth.org>). Det bör emellertid framhållas att jämförelser måste göras med viss försiktighet eftersom länderna använder sig av något olika rapporterings- och redovisningssystem samt då undersöknings- och rapporteringsbenägenheten också kan variera.

Den allmänna situationen i Norge, Danmark, Finland och Sverige ser relativt likartad ut. Så är t.ex. diarrésjukdomar ett allmänt spritt problem i samtliga länder. Sedan mitten av 1990-talet har t.ex. noterats en ökning av hepatit A bland narkotikamissbrukare i samtliga dessa nordiska länder. De sexuellt överförbara sjukdomarna gonorré, syfilis och klamydia har visat ett likartat mönster i alla de nordiska länderna; en tydlig nedgång i antalet fall under 1980-talet och första halvan av 1990-talet har från år 1996 och framåt förbytts i en klar uppgång. För gonorré och syfilis synes toppen ha varit nådd under år 2000, medan antalet anmälda fall av klamydia fortsatte att öka stadigt även under åren 2001 och 2002.

Även om situationen på ett allmänt plan är likartad för de nordiska länderna föreligger påtagliga skillnader beträffande förekomsten av enskilda sjukdomar. Finland har t.ex. en högre förekomst av tuberkulos och syfilis vilket åtminstone till viss del kan förklaras med närheten till Ryssland där dessa sjukdomar ökat. Danmark skiljer sig också ganska markant från övriga nordiska länder när det gäller hivinfektion.

6.2 Situationen i Sverige

Det epidemiologiska läget i Sverige följs bl.a. genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet. För att belysa utvecklingen beträffande förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar visas i tabell 6:1 uppgifter om för de enligt smittskyddslagen klassificerade samhällsfarliga sjukdomarna och i tabell 6:2 redogörs för några av de övriga anmälningspliktiga sjukdomarna som har en större inhemsk spridning.

Tabell 6:1 Antalet kliniskt anmälda fall av samhällsfarliga sjukdomar 1989–1995 (fall anmälda av behandlande läkare) och 1997–2002 (samtliga anmälda fall).

Sjukdom	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002
Gonorré	1 100	617	367	246	244	427	529	505
Hepatit A	245	294	274	600	693	184	169	76
Hepatit B (akut)	266	254	211	294	154	214	722	289
Hepatit B (bärare)	1 014	1 469	1 996	1 059	711	884	859	893
Hepatit C	–	2 359	4 028	2 872	4 608	3 497	3 493	3 382
Hivinfektion	304	327	390	247	241	211	277	287
Klamydia	29 319	20 986	14 963	13 785	13 905	16 710	22 266	24 692
Meningokocksjukdom	103	130	88	75	81	64	75	47
Paratyfoid	42	54	22	29	26	94	21	25
Salmonella	5 005	5 534	4 344	3 562	4 700	5 141	4 711	3 894
Shigella	768	686	755	561	631	468	540	379
Syfilis	89	121	96	69	48	39	78	128
Tuberkulos	595	519	619	506	456	493	440	438
Tyfoid	31	28	22	30	20	12	10	12
Övriga samhällsfarliga sjukdomar	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10

Källa: Avdelningen för epidemiologi, Smittskyddsinstitutet

Tabell 6:2 Antalet kliniskt anmälda fall av några anmälningspliktiga sjukdomar 1989–1995 (fall anmälda av behandlande läkare) och 1997–2002 (samtliga anmälda fall).

Sjukdom	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002
Campylobacter	1 861	4 275	4 485	5 580	6 881	7 669	8 577	7 137
EHEC	–	–	–	–	143	69	96	129
Legionella	18	75	42	44	114	91	84	94
Yersinia	–	–	–	–	753	549	579	610

Källa: Avdelningen för epidemiologi, Smittskyddsinstitutet

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

Mag- och tarmsjukdomar

Diarrésjukdomar och andra smittsamma mag- och tarmsjukdomar är mycket vanligt förekommande i Sverige. Särskilt uppmärksammat de senaste åren är calicivirus som varit framträdande i ett flertal vatten- och livsmedelsburna utbrott. En sjukdom som utgör ett inhemskt problem av stor betydelse är campylobacter. Antalet campylobacterinfektioner har fortsatt att öka under de senaste tio åren. Mellan 30 och 40 % av fallen rör sig om inhemskt smittade personer. Fram till mitten av 1990-talet förekom inte spridning av enterohemorragisk E.coli O157 (EHEC) i någon nämnvärd utsträckning i Sverige. Situationen förändrades dock år 1995 då tre större utbrott inträffade med sammanlagt drygt 100 smittade personer. Större utbrott inträffade även under år 1996 och år 1997 och omfattade respektive år ett hundratal smittade personer. Däremot har antalet inhemskt smittade fall av salmonella varit relativt konstant sedan mitten av 1980-talet. Av de totalt mellan 3 500 och 5 000 fall av salmo-

nella som årligen anmäls utgörs 10–15 % av inhemskt smittade personer. Trots farhågorna om effekterna av Sveriges inträde i EU har därefter inte noterats några tecken på en ökad förekomst av inhemska salmonellafall.

Sexuellt överförbara sjukdomar

De sexuellt överförbara sjukdomarna minskade kraftigt under den första halvan av 90-talet. Syfilis försvann praktiskt taget som en inhemsk sjukdom, och nästan alla gonorréfäll kunde spåras tillbaka till importerad smitta. År 1996 rapporterades endast 221 gonorréfäll i Sverige, den lägsta siffran någonsin sedan anmälningsplikten infördes i början av 1900-talet. Klamydiafallen minskade med 50 % från år 1990 till år 1995. Därefter har situationen försämrats dramatiskt för alla dessa tre sexuellt överförbara sjukdomar. År 2002 kan man se att nästan hela den framgång i minskad sjuklighet som vunnits från år 1990 till år 1995 har suddats ut. Det finns nu pågående spridning av såväl syfilis som gonorré i landet, främst bland män som har sex med män, men även bland heterosexuella. Ökningstakten i antalet klamydiafall är accelererande. Åldersmässigt skiljer sig de tre sjukdomarna något, i det att syfilis och gonorré främst drabbar personer mellan 30 och 40 år, medan klamydia framför allt är de unga vuxnas sjukdom, med en topp i åldersgruppen 20–25 år. I den åldersgruppen smittas ca 4 % av befolkningen årligen av klamydia.

Särskilt om hivinfektion

Vid införandet av nu gällande smittskyddslag var förekomsten av hiv-infektion ett ganska nytt fenomen och de närmare kunskaperna om såväl sjukdomen som de epidemiologiska förhållandena var begränsade. Bland annat på grund av intensiv forskning har kunskaperna om hivinfektion förbättrats betydligt de senaste tio åren. Antalet anmälda fall av hiv-infektion har hållit sig på en relativt konstant nivå sedan flera år. Antalet anmälningar har sedan år 1994 legat kring 250 fall årligen. Statistiken visar vidare klart att smittspridningen inom Sverige är begränsad.

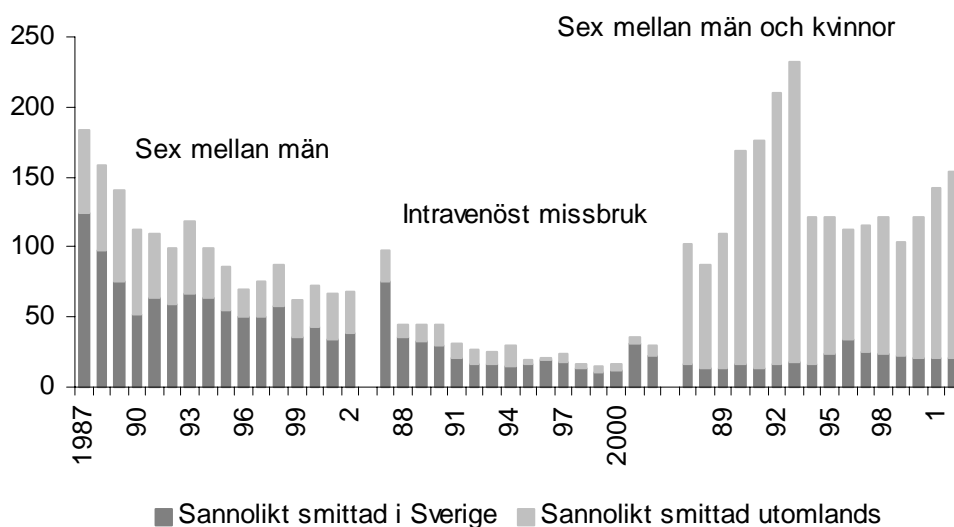
Smittspridningen i Sverige

Sedan år 1985 och fram till och med år 2002 har totalt 5 926 personer anmälts med hivinfektion i Sverige, varav 4 354 män och 1 572 kvinnor. Årligen har runt 250 nya fall av hivinfektion anmälts. Medelåldern bland de diagnostiserade har legat runt 30–35 år. Smittan har erhållits huvudsakligen genom homosexuell kontakt (42 %), heterosexuell kontakt (35 %) och genom intravenöst missbruk (17 %). Andra smittvägar har varit marginellt förekommande och det bör observeras att inte någon person har smittats av blodprodukter i Sverige efter år 1986. Majoriteten av de heterosexuellt smittade har varit av utländsk härkomst medan förhållandet är det motsatta beträffande övriga smittvägar. Beträffande förekomsten i olika delar av Sverige kan konstateras att drygt 60 % av de hivpositiva är bosatta i Stockholm och drygt 20 % i övriga storstadsområden (Göteborg och Malmö).

Sedan år 1985 och fram till slutet av år 2002 har vidare totalt 1 852 fall med aidsdiagnos anmälts. Åren 1995–2002 anmälades 198, 153, 77, 64, 73, 54, 47 respektive 56 nya aidsfall. På dessa sju år har alltså antalet nya aidsfall sjunkit med tre fjärdedelar. Behandlingsmetoderna har också medfört att antalet aidssjuka som avlidit kraftigt minskat. Samtidigt bör dock erinras om att antalet nyanmälda fall av hivinfektion inte har minskat.

Anmälningsstatistiken visar att utvecklingen av förekomsten av hiv-infektion i Sverige inte blev sådan som befarades i mitten av 1980-talet. Smittspridningen i Sverige är klart begränsad. I diagram 6.1 återfinns nästan alla relevanta data om den svenska hiv-epidemin i mycket koncentrerad form.

Diagram 6:1 Antalet kliniskt anmälda fall av hiv åren 1987–2002 fördelat på smittväg och smittland; troligen smittad i Sverige (svart), troligen smittad utomlands (grått).



Källa: Avdelningen för epidemiologi, Smittskyddsinstitutet

Utvecklingen av behandling mot hivinfektion

En betydande del av forskningen kring hivinfektion och aids har ägnats åt att ta fram effektiva behandlingsmetoder. Fram till år 1987 tog vården främst sikte på behandling för att lindra de hiv-relaterade sjukdomarna. Det första hiv-läkemedlet, AZT, godkändes i Sverige år 1987. Härefter har utvecklingen gått snabbt när det gäller tillgången på mer effektiva mediciner. Av betydelse för utvecklingen har bl.a. varit nya kunskaper om hiv. Fram till början av 1990-talet visste man inte säkert hur hiv-infektionen bröt ned immunförsvaret. Studier har emellertid visat, i motsats till vad man tidigare trott, att produktionen av virus pågår under hela infektionen och att nedbrytningen av immunförsvaret således främst torde orsakas av en ökande mängd virus.

Forskningen har vidare visat att hiv har en stor förmåga att förändra sig. Dessa kunskaper har tillsammans med tillgången till förfinade metoder att mäta virusnivåerna i blodet kunnat leda till effektivare behandling.

Sedan år 1995 tillämpas i Sverige regelmässigt en behandling där olika hiv-läkemedel kombineras. Kombinationsbehandlingen har visat sig ha goda resultat när det gäller att förhindra utvecklingen av aids, vilket visats bl.a. i Smittskyddsinstitutets anmälningsstatistik över antalet aidsfall (se ovan). Det har visats att behandlingen lett till minskade virusnivåer i blodet. Emellertid vet man inte hur smittsamheten påverkas och långtidseffekterna av behandlingen är ännu okända. Även om det inte anses troligt att kombinationsbehandlingen kan bota hivinfektion är den rådande ståndpunkten i dag att det finns hopp om att behandlingen skall medföra att sjukdomen för många kan förvandlas till en kronisk sjukdom.

Behandlingen är emellertid inte problemfri. Vissa patienter har trots behandling haft stigande virusnivåer och det finns risk för resistensutveckling, dvs. att viruset utvecklar motståndskraft mot läkemedlen. Behandlingen ställer vidare stora krav på den enskilde patienten genom mycket strikta medicinrutiner och problem med biverkningar. Det börjar dessutom nu stå klart att biverkningsproblemen är betydande; förutom att en del drabbas av en vanställande omfördelning av kroppsfettet utvecklar allt fler behandlade patienter diabetes och det finns misstanke om en koppling mellan medicinering och hjärtinfarkt.

Till skillnad från framgångarna när det gäller medicinsk behandling har något verksamt vaccin mot hivinfektion inte kunnat tas fram och det anses tveksamt om ett fungerande vaccin kommer att finnas inom den närmaste 10-årsperioden. Däremot har förebyggande behandling, bl.a. AZT-medicinering, blivit möjlig att ge i samband med att en person utsatts för risk att smittas av hivinfektion. Det är visat att sådan profylax skyddar fostret från att smittas av sin hivpositiva mor vid förlossning och att viss skyddseffekt erhållits bl.a. för sjukvårdspersonal som drabbats av ett smittotillbud.

Hepatiter

Den inhemska spridningen av hepatit B har varit relativt begränsad under 1990-talet. Som framgår av tabell 6:1 har antalet anmälda akut insjuknade legat runt 200 fall årligen, varav majoriteten smittats i Sverige. Omvärldens betydelse för den epidemiologiska situationen i Sverige visas tydligt av statistiken över anmälda fall av kroniska smittbärare av hepatit B. Den absoluta majoriteten av dessa kroniska smittbärare har smittats utomlands. Hepatit A är däremot i första hand en inhemsk sjukdom. Fram till år 1994 anmäldes närmare 300 fall årligen. Efter ett utbrott bland intravenösa missbrukare i mitten av 1990-talet med t.ex. 620 rapporterade fall år 1997 har förekomsten sjunkit till mera normala nivåer. Smittspridningen av hepatit C synes enligt statistiken vara hög. Majoriteten av de anmälda fallen utgörs dock av personer som smittats flera år före anmälan. Orsaken till detta är att man först på 1990-talet fått tillgång till tillförlitliga analysmetoder och därför kunnat fastställa förekomsten av hepatit C hos människor som smittats långt tidigare.

Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner

Bakterier som har utvecklat resistens mot antibiotika har blivit ett mycket stort problem runt om i världen. Även om tecken pekar på en oroande utveckling också i Sverige uppfattas dock den inhemska situationen som mycket bättre än i många länder. Några totalresistenta bakterier har inte upptäckts i Sverige, varför någon typ av antibiotikabehandling finns för praktiskt taget alla bakterier som orsakar vårdrelaterade infektioner. Där emot har man uppmärksammat en ökning när det gäller multiresistenta bakterier, dvs. bakterier som är resistenta mot flera antibiotikapreparat samtidigt. Så ökade t.ex. förekomsten av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin under mitten av 1990-talet, främst i södra Sverige. Trenden av ökande antal fall i södra Sverige syns dock ha kunnat brytas genom att särskilda åtgärdsprogram sattes in. Inom vården har man på senare år främst uppmärksammat en ökad utbredning av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA). Ett långvarigt utbrott i Västra Götaland åren 1998–2000 kunde hävas först efter det att stora extra resurser satts in för smittspårning och vårdhygieniska åtgärder. För närvarande pågår spridning av MRSA på sjukhus i flera landsting, men främst i Stockholm. Multiresistenta stammar av salmonella har vidare blivit allt vanligare under de senaste åren.

För att skärpa övervakningen av förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier och av användandet av antibiotika har skapats särskilda organisationer för bevakning och utvecklande av åtgärdsprogram, bl.a. Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). I samarbete med dessa organisationer har Smittskyddsinstitutet numera en relativt god kännedom om läget när det gäller antibiotikaresistens vid luft- och urinvägsinfektioner som behandlas inom öppenvården samt om antibiotikaförbrukningen i landet.

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

Fästingburna sjukdomar

De fästingburna infektionssjukdomarna, som t.ex. borrelia och TBE (fästingburen encefalit), har särskilt uppmärksamrats under de senaste tio åren. Förekomsten av borreliainfektion synes ha ökat i Sverige, årligen uppskattas mellan 5 000 och 10 000 fall. Borrelia är vanligt förekommande längs hela Sveriges kustområden samt i södra och mellersta delarna av Sverige. Att statistiken vad gäller borreliainfektion är så dålig beror på att diagnostiken är svår eftersom laboratorietest saknas och en stor del av de antibiotikakurer som förskrivs mot sjukdomen grundar sig på mer eller mindre stark misstanke om smitta. När det gäller TBE, mot vilken speciell behandling saknas, diagnosticeras mellan 40 och 120 fall

årligen och spridningen av denna sjukdom synes vara koncentrerad till vissa delar av Sverige.

6.3 Nya sjukdomar och problem

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

En sjukdom som under de senaste åren väckt särskilt intresse är Creutzfeldt Jacobs sjukdom (CJS). CJS är en sedan länge känd s.k. prionsjukdom som främst angriper hjärnan. Den hittills kända varianten är ärftlig eller uppkommer spontant av okänd orsak, men man har också kunnat påvisa smitta vid kontakt med t.ex. hjärnvävnad. Förekomsten av denna form av CJS är mycket låg i Sverige. Våren 1996 rapporterades uppträdandet av ett tiotal särpräglade fall av CJS i Storbritannien, den s.k. nya varianten av CJS (med engelsk förkortning v.CJD). Misstankar fanns att denna form av CJS kunde kopplas till konsumtion av kött från djur som hade smittats av Bovin spongiform encefalopati (BSE; en djursjukdom som också tillhör gruppen prionsjukdomar). Båda sjukdomsformerna står numera under särskild övervakning såväl nationellt som internationellt. I Sverige har inte några fall av v.CJD påvisats och inte heller har några fall av BSE bland den svenska boskapen påträffats, trots att ca 65 000 nötkreatur testats för sjukdomen vid slutet av 2002. Det är inte sannolikt att en epidemi av v.CJD kommer att uppstå i Sverige.

En annan fråga som hänger samman med förekomst av smittämnen hos djur är s.k. xenotransplantationer (dvs. transplantation av organ från djur till människa). Det är i dag inte känt om vissa former av virus eller andra smittämnen kan överföras till människan via djurorgan eller djurvävnad. Med hänsyn bl.a. till de okända smittriskerna tillsatte regeringen år 1997 en parlamentarisk kommitté med uppdrag att göra en översyn av bl.a. förutsättningarna för sådana transplantationer. Kommittén överlämnade år 1999 sitt betänkande Från en art till en annan – transplantation från djur till människa (SOU 1999:120) till regeringen. Betänkandet är för närvarande under beredning inom Regeringskansliet.

7 Internationellt samarbete

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.

Arbetet inom FN

Bland det arbete som bedrivs inom Världshälsoorganisationen (WHO) för att motverka smittsamma sjukdomar märks t.ex. utarbetande av överenskommelser, upprättande av övervaknings- och informationssystem samt bedrivande av vaccinations- och forskningsprogram. En viktig del av WHO:s verksamhet är arbetet genom de s.k. Collaborating Centres, dvs. ett laboratorium eller en institution som har experter på diagnos och epidemiologi vad gäller smittsamma sjukdomar och zoonoser.

WHO:s tjugooandra Världshälsoförsamling antog år 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 kapitel 21.1). 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 för närvarande gula febern, kolera och pest. Härutöver finns några särskilda stadganden om malaria. För närvarande pågår en översyn av bestämmelserna, som bl.a. har givit för handen att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten. Vid den femtiofjärde Världshälsoförsamlingen i maj 2001 antogs en resolution med uppmaningar till WHO och medlemsstaterna att fortsätta stödja den pågående översynen av IHR och särskilt vad gäller omfattningen av bestämmelserna för att bättre täcka in aktuella allvarigare hälsohot och ett effektivare rapporteringssystem.

Med stöd från WHO har olika övervakningssystem för smittsamma sjukdomar upprättats, bl.a. för läkemedelsresistent tuberkulos och för livsmedelsburna infektioner och förgiftningar. För att stödja global övervakning av antibiotikaresistens har WHO tagit fram informationssystemet WHONET.

Fram till mitten av 1990-talet hade WHO huvudansvaret för bekämpningen av hiv/aids genom sitt globala aidsprogram. År 1996 bildades ett övergripande FN-organ, UNAIDS, i syfte att förbättra samordningen inom FN-systemet. Enligt programmets strategiska plan skall UNAIDS leda och stödja åtgärder som syftar till att förhindra överföring av hiv-infektion, 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 effektiva handlingssätt 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.

Den globala spridningen av hiv/aids har under de senaste åren uppmärksamats på högsta politiska nivå såväl inom FN-systemet som i andra internationella organ. I FN:s millenniedeklaration från år 2000 slås det fast att ett av de så kallade millennieutvecklingsmålen skall vara att bekämpa hiv/aids, malaria och andra sjukdomar. År 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. Vid denna session antogs en deklaration om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. I deklarationen framhölls bl.a. att insatser för att förebygga smittspridning är det enda sätt på vilket epidemin kan stoppas. Samtidigt måste de smittade ges vård, stöd och behandling och deras mänskliga rättigheter säkerställas. Särskilt viktigt är det att minska utsatta människors sårbarhet. Det konstaterades att det behövs nationella sektorsövergripande handlingsplaner mot hiv/aids för att kunna möta dessa utmaningar. Vid sessionen beslutades även att en global hälsofond skall skapas i syfte att förhindra den globala spridningen av hiv/aids men även spridning av tuberkulos och malaria. I januari 2002 konstituerades den globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria (GFATM) med sekretariat i Genève. Fonden finansierar för närvarande en stor mängd insatser mot dessa sjukdomar på nationell nivå. Hittills har insatser för 1,5 miljarder US-dollar beviljats.

Arbetet inom EU

Genom Maastrichtfördraget, som trädde i kraft den 1 november 1993, fick EG särskilda befogenheter på folkhälsans område. Artikel 3 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". Genom ikraftträdandet av Amsterdamsfördraget har frågan om integrering av hälsoskyddsaspekter i all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder fått ökad tyngd inom folkhälsoområdet. I artikel 152.1 anges inledningsvis att en hög hälsoskyddsnivå skall säkerställas vid utformningen och genomförandet av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. Vidare skall gemenskapens insatser komplettera den nationella politiken och inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. När gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

Skyddet för hälsan har även inverkan på grundreglerna om fri rörlighet för varor och personer. Enligt artikel 95 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 30, vilken tillåter vissa restriktioner för import och transitering i syfte att skydda människors liv och hälsa. Enligt artikel 46 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.

Kommissionen presenterade i maj 2002 ett meddelande om den framtida folkhälsostrategin i gemenskapen (KOM (2000) 285 final) I meddelandet görs bl.a. en genomgång av de trender och de utmaningar som den europeiska gemenskapen står inför på folkhälsoområdet. Vidare be-

tonas att gemenskapens samlade befogenheter i frågor som rör människors hälsa skall utnyttjas för att säkerställa en hög hälsoskyddsnivå i all gemenskapspolitik.

I september 2002 fattade rådet och Europaparlamentet beslut om ett nytt folkhälsoprogram som kommer att löpa mellan åren 2003 och 2008 (1786/2002/EG). Beslutet innebär att den nuvarande strukturen med flera separata program (bl.a. programmet för AIDS och andra smittsamma sjukdomar) ersätts av ett samlat program. Programmet är inriktat på tre övergripande åtgärdsområden: bättre information för att förbättra folkhälsan, snabba åtgärder vid hälsorisker samt arbete med bestämningsfaktorer i hälsa. Inom programmet kommer stor vikt att läggas vid åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa. Programmet kommer att utgöra ett viktigt instrument i arbetet med att folkhälsofrågorna inom samtliga politikområden inom gemenskapen och därmed bidra till att en samlad folkhälsopolitik utvecklas.

Inom EG bedrivs ett omfattande arbete för att förebygga smittsamma sjukdomar inom ramen för det ovan beskrivna programmet. Rådet och Europaparlamentet fattade år 1998 beslut om att inrätta ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar. Nätverkets uppgift skall bl.a. vara att utbyta information om utbrott av smittsamma sjukdomar och åtgärder som vidtas för att skydda befolkningen. Vidare skall man främja samarbete mellan medlemsstaterna t.ex. genom samordning av de nationella övervakningssystemen. Ett antal undernätverk har inrättats under nätverkskommittén för att fortlöpande utbyta information om utbrott av olika sjukdomar.

Under de senaste åren har problemet med antibiotikaresistens uppmärksamats alltmer inom EU. I juni 2001 presenterade kommissionen ett meddelande om en strategi inom gemenskapen mot antimikrobiell resistens vilken innehåller en genomgång av hur gemenskapen insatser inom humanmedicin samt veterinärmedicin och växtskydd skall kunna bidra till att minska spridningen av antimikrobiell resistens. Vid hälsorådet i november 2001 antogs även en rekommendation om återhållsam användning av antimikrobiella substanser inom humanmedicinen.

Samarbete i närområdet

Insatser mot smittsamma sjukdomar har hög prioritet i det samarbete som sker i närområdet, såväl inom det bilaterala samarbetet som i det internationella samarbete som bedrivs inom bl.a. Nordiska Ministerrådet, Östersjöstaternas råd och Barentsrådet samt inom ramen för den s.k. Nordliga dimension inom EU.

Ett av de initiativ som tagits under senare år är den särskilda aktionsgrupp mot smittsamma sjukdomar som inrättades vid mötet i Östersjöstaternas råd i Kolding i april 2000. Inom de fem områden har utpekats som särskilt prioriterade – epidemiologisk övervakning, hiv/aids, tuberkulos, antibiotikaresistens och primärvård – har konkreta samarbetsprojekt nu kommit i gång. Vid mötet i Östersjöstaternas råd i St. Petersburg i juni år 2002 vikten av de pågående insatserna samt underströk att ytterligare åtgärder är nödvändiga rörande hiv/aids, hälsa i fängelser, reformer inom hälsosektorn samt folkhälsoutbildning.

8 Smittsamma sjukdomar och mänskliga rättigheter

8.1 FN-konventioner

Inom FN finns två grundläggande konventioner om mänskliga rättigheter, den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Utöver dessa, som antogs 1966, har också ett flertal särskilda konventioner antagits.

I konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter finns bl.a. bestämmelser om rätten till livet, förbud mot tortyr m.m. rätten till domstolsprövning och särskilda rättssäkerhetsgarantier i domstolsförfarandet och rätten till privat- och familjeliv m.m. Avsteg från förpliktelse enligt konventionen får 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 karaktär av målsättningskonvention. Staterna skall 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. Konventionsstaterna erkänner rätten för envar att såväl fysiskt som psykiskt 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.

Konventionen om barnets rättigheter förenar medborgerliga och politiska rättigheter med ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. De grundläggande allmänna principerna i barnkonventionen som också skall genomsyra alla andra artiklar i barnkonventionen är förbud mot diskriminering, principen om barnets bästa, rätten till liv och utveckling samt rätten att uttrycka sina åsikter. Barnkonventionen erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård. Den principiella skillnaden mellan barnkonventionen och andra internationella konventioner är att barnkonventionen kräver mer än enbart en hälso- och sjukvård som är inriktad på att bota sjukdomar. Den definition av hälsa som används följer WHO:s helhetssyn, dvs. hälsa definieras inte enbart som avsaknad av sjukdom utan innebär också en möjlighet för individen att utvecklas fysiskt, psykiskt och socialt.

8.2 Europarådets konventioner

Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) antogs år 1950. Den europeiska sociala stadgan antogs år 1961. 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. Konventionens materiella regler har utvidgats genom fem tilläggsprotokoll bl.a. rörande äganderätten, rätten till personlig rörelsefrihet och vissa bestämmelser om brottmål. Den femte av dessa har dock inte undertecknats av Sverige.

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.

Frågor om huruvida en stat uppfyllt sina förpliktelser enligt konventionen prövas vid en särskild domstol, den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen), vars beslut blir bindande för berörd medlemsstat.

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 familj). Stadgan innehåller ett antal rättsgrundsatser och principer som har karaktär av programförklaringar som följs av 19 artiklar med bindande förpliktelser. 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 giva 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 vidta 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 möjligast mån förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar och andra sjukdomar.

Europarådets ministerkommitté har också antagit ytterligare konventioner rörande de mänskliga rättigheterna. Här kan särskilt nämnas den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (antogs år 1987) och den europeiska konventionen om skydd för mänskliga rättigheter och människovärdet vid tillämpning av biologi och medicin (antagen år 1996). 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 och dyl. undersöka hur personer behandlas under frihetsberövande. Avsikten är att kommittén om möjligt skall förstärka sådana personers skydd. Resultat och rekommendationer redovisas i landrapporter. Syftet med den andra konventionen är att ge ett minimiskydd för människor och mänskliga rättigheter inom området för biomedicin.

8.3 Uttalanden och rekommendationer rörande hiv/aids

Frågor om förhållandet mellan hiv/aids och mänskliga rättigheter har varit föremål för diskussioner i olika internationella organ och ett stort antal resolutioner, deklARATIONER och rekommendationer har antagits. Dessa dokument är till skillnad från konventionerna inte bindande för de medverkande staterna, men staterna förväntas ta dem under allvarligt övervägande. Ofta kan rekommendationerna sägas ge uttryck för en internationell opinion i en viss fråga.

Världshälsoorganisationen

Världshälsoorganisationen (WHO) har i flera resolutioner och andra dokument betonat vikten av respekt för de mänskliga rättigheterna som förutsättning för en framgångsrik hivprevention. Diskriminerande behandling av hivpositiva och aidssjuka skall förhindras och man har tagit avstånd från exempelvis åtgärder som innebär tvångsvis screening.

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 som dess underkommission för förhindrande av diskriminering och skydd för minoriteter. I resolutionen 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 resolutionen 1997/27 inbjuds staterna att efterfölja vissa riktlinjer rörande de grundläggande principerna om mänskliga rättigheter och olika åtgärder som staterna bör vidta för att tillse att de mänskliga rättigheterna respekteras och för att uppnå de hivrelaterade folkhälsomålen. I dokumentet läggs stor vikt vid frågor om diskriminering och det betonas återkommande att diskriminering av hivpositiva eller aidssjuka utgör ett brott mot de mänskliga rättigheterna. Enligt riktlinjerna utgör 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 sekretesskydd 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.

Europarådet

Inom Europarådet har tre rekommendationer antagits som rör hiv/aids och frågor om etik och mänskliga rättigheter; ministerkommitténs rekommendation (R (87)25) om en gemensam europeisk folkhälsopolicy 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 som tar upp frågor dels om hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar på fängelser (R (93) 6), dels om den medicinska behandlingen av hivinfektion (R (94) 10).

När rekommendationen (R (89)14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m. antogs av ministerkommittén lade Sverige ned sin röst. Sverige hade allvarliga invändningar mot vissa punkter rörande hivpositivas rättigheter, provtagning samt karantän och isolering. 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 spridningssätt 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 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 uttryck-

ligen 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.

8.4 Särskilt om Europakonventionen

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 har tolkats och bestämts genom den praxis som utvecklats av den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna och Europadomstolen. Den fortsatta redogörelsen av konventionsbestämmelserna bygger därför på Strasbourgorganens avgöranden. Det bör noteras att endast domstolens ställningstaganden är juridiskt bindande för staterna, även om kommissionens avgöranden kan vara en viktig källa för tolkningen av konventionen när det gäller frågor som ännu inte har prövats av domstolen. Den 1 november 1998 infördes ett nytt system för prövning enligt Europakonventionen, varigenom dessa organ ersattes med en ny domstol, som också kallas Europadomstolen.

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”). Europadomstolen har 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.

Skyddet mot olagliga och godtyckliga frihetsberövanden är ett centralt moment i Europakonventionen. I art. 5 garanteras rätten till personlig frihet och säkerhet. Artikelns reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Artikelns innehåller en uttömmande uppräkningslista 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. Härutöver innehåller artikeln 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 Europadomstolen oftast statens tolkning.

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. När det gäller straffrättsliga frihetsberövanden har såväl kommissionen som domstolen varit obenäga 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). I de fall granskningen även omfattar en bedömning av den materiella grunden tillåts staterna dock en viss tolkningsmarginal ("margin of appreciation").

Av de fall där frihetsberövande får äga rum enligt artikel 5 är det främst de som anges i p. 1.b och p. 1.e som är av intresse i smittskyddssammanhang. I p. 1.b medges frihetsberövande med anledning av att någon har underlåtit att uppfylla föreläggande av domstol eller som syftar till fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet medan p. 1.e tillåter frihetsberövande till förhindrande av smittsam sjukdom eller av en person som är psykisk sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare.

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 art. 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. Europadomstolen har i ett antal fall som rör frihetsberövande av psykiskt sjuka personer givit vägledande principer för tillåtligheten av omhändertagandet enligt art. 5.1.e.

Sammanfattningsvis innebär dessa principer följande. Psykisk sjukdom är ett flexibelt begrepp vars innebörd kan förändras med tiden. Inte under några förhållanden 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 art. 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.

Europadomstolen har i flera rättsfall sagt att även om Europadomstolen har det sista ordet när det gäller huruvida dessa krav är uppfyllda har den svarande staten tillåtits viss tolkningsmarginal vid bedömningen av situationen. Domstolen har vidare i flera fall accepterat att staten när det gäller personer som kan vara farliga för allmänheten har 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.

Europadomstolen har inte prövat frågan om frihetsberövande vid risk för smittspridning av allvarlig sjukdom. Troligen medger inte Europakonventionen en rätt till tvångsisolering vid alla fall av smittsam sjukdom. Även i dessa fall torde krav på nödvändigheten och proportionaliteten av frihetsberövandet ställas. Begreppet smittsam sjukdom 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. Den svenska smittskyddslagens bestämmelser om tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering torde allmänt sett inte föranleda problem i förhållande till konventionen. Med hänsyn bl.a. till att tvångsisolering, med undantag för hivinfektion, är ett erkänt instrument av de internationella organen 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 rimligt att anta att det föreligger ett visst utrymme för den enskilda staten att bestämma om nödvändigheten av tvångsisolering. Det kan dock inte uteslutas att Europadomstolen skulle ha en restriktiv syn på tvångsisolering vid hivinfektion med hänsyn bl.a. till innehållet i Europarådets ministerkommittés rekommendation (R (89) 14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m.

Vid införandet av Europakonventionen som i 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 frihetsberövande enligt svensk lag. Enligt kommitténs bedömning torde tvångsisolering stå i överensstämmelse med art. 5 i konventionen. Frågan diskuterades dock inte närmare.

Här kan också nämnas att regler om den tvångsisoleras rättigheter infördes i smittskyddslagen efter påpekanden från Europarådets tortyrkommitté i en rapport om Sverige från 1992.

Garantier för rätts säkerheten vid frihetsberövande

I artikel 5 ställs, under p. 2–4, särskilda villkor som har till syfte att garantera rättssäkerheten för den som frihetsberövats. Den som frihetsberövats har rätt till underrättelse om skälen för frihetsberövandet. 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.

I fråga om personer som frihetsberövats p.g.a. psykisk sjukdom har Europadomstolen slagit fast att de 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.

Rätten till skydd för privat- och familjeliv

Enligt artikel 8 har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Skyddet enligt artikeln är emellertid inte absolut utan kan begränsas under vissa förutsättningar. Dessa förutsättningar är att inskränkningen har stöd i lag, tillgodoser något av de ändamål som räknas upp i artikeln samt är nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att tillgodose ändamålet. De ändamål för vilka inskränkningar

får göras är statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande, 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.

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 tillgodoseas. Nödvändigheten av åtgärden skall avgöras i belysning av alla omständigheter i målet. Staterna har tillerkänts viss frihet att avgöra nödvändigheten.

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 finns 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 skyddet för andras rättigheter, 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.

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 upptäcka förekomsten av en allvarlig smittsam sjukdom för att kunna vidta åtgärder mot vidare smittspridning. Det kan dock tänkas att Europadomstolen skulle fästa avseende vid om det finns möjlighet till domstolsprövning av beslutet. En sådan möjlighet saknas i den gällande svenska smittskyddslagen (1988:1472).

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 varit av den åsikten att genomförandet av en blodprovstagning under tvång utgör ett berövande av friheten även om frihetsberövandet är mycket kortvarigt.

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. 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 an-

ses vara och i vad mån en åtgärd är förenad med sanktioner. 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.

Skydd mot insamlande och användning av information om en person omfattas också av rätten till privatliv. Strasbourgorganen har främst behandlat mål som rört utlämnande av uppgifter. Europadomstolen har därvid uttalat att skyddet av personliga uppgifter, inte minst medicinska uppgifter, är av fundamental betydelse för en persons åtnjutande av rätten till respekt för privat- och familjelivet. Samtidigt har domstolen konstaterat att andra intressen kan utgöra skäl för inskränkningar i skyddet av personliga uppgifter.

Kommissionen har ansett 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 sekretesskyddade även hos berörd personal.

I ett annat mål hade Europadomstolen att pröva huruvida bl.a. röjandet i en brottsmålsdom av en persons identitet och hivstatus samt beslut om tidsbegränsning av sekretessen rörande medicinska uppgifter utgjorde en kränkning av respekten för privatlivet. 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 (R (89)14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m., 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.

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 §§. 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.

Skyddet för familjeliv kan 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.

9 Allmänna överväganden och utgångspunkter

Regeringens förslag: Målet med smittskyddslagens bestämmelser skall vara att med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Regeringens bedömning: En humanistisk människosyn bör ligga till grund för samhällets smittskydd. Smittskyddslagen bör i första hand rikta in sig på åtgärder som syftar till att förhindra spridning av smitta från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. Tyngdpunkten i smittskyddsarbetet bör ligga på det frivilliga förebyggande arbetet. Särreglering av hivinfektion bör undvikas.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Merparten av remissinstanserna stödjer inriktningen på förslaget till ny smittskyddslag. De flesta remissinstanser, bl.a. *Vårdförbundet*, *Svenska Läkaresällskapet*, *Sveriges Läkarförbund* och flera landsting, välkomnar att förslaget utgår från människors lika värde och respekt för människors integritet. Många remissinstanser, varav flera landsting, instämmer i att smittskyddsarbetet bör ha sin tyngdpunkt i det frivilliga förebyggande arbetet. Flera av remissinstanserna, däribland ett par landsting och *Smittskyddsläkareföreningen*, påpekar att huvudintresset för smittskyddslagen är att värna om de osmittade men att detta inte utesluter att hänsyn tas till de smittades situation. Ett par remissinstanser, däribland *Landstingsförbundet*, ställer sig frågande till varför man anser att det finns behov av att göra så omfattande ändringar i smittskyddssystemet, som faktiskt har fungerat bra. Flertalet remissinstanser, däribland en majoritet av landstingen och *Riksförbundet för sexuell upplysning*, framhåller att det är positivt att särregleringen av hivinfektion minskar. Ett par remissinstanser anser att det behövs en tydlig markering så att tillämpningen av bestämmelserna i smittskyddslagen sker i överensstämmelse med målen i FN:s barnkonvention.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: I ett internationellt perspektiv är situationen i Sverige gynnsam när det gäller spridningen av smittsamma sjukdomar. Den inhemska spridningen av mera allvarliga smittsamma sjukdomar är begränsad. För ett flertal smittsamma sjukdomar, däribland de sexuellt överförbara sjukdomarna, har antalet ny-smittade personer under den senaste 10–15-årsperioden minskat markant eller legat på konstant nivå. Dock har det de senaste åren märkts en ökning av främst klamydia och gonorré. Samtidigt kan det konstateras att smittsamma sjukdomar fortfarande tillhör de vanligast förekommande sjukdomarna och att de utgör ett väsentligt problem både för samhället och för enskilda individer. Vidare är risken för smittspridning av smittsamma sjukdomar från andra länder större än tidigare på grund av det utökade utbytet med omvärlden. Det är också nödvändigt att ha en bered-

skap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige, exempelvis på grund av att smittämnen blir resistent mot läkemedel. Det finns därför ett behov av en lagstiftning som ger samhället möjligheter att vidta åtgärder för att skydda befolkningen från smittsamma sjukdomar, samtidigt som den enskilde skyddas från onödigt långtgående ingrepp.

Spektret av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mera ordinära sjukdomar. Emellertid är inte behovet av åtgärder likartat för samtliga sjukdomar. Lagen måste av detta skäl 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 frågan om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. Ett grundläggande krav som måste beaktas vid bedömningen av vilken åtgärd som får eller skall vidtas, oavsett om den bygger på frivillighet eller ej, är att åtgärden i fråga är motiverad utifrån 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 anmälnings-system som andra direkta smittskyddsåtgärder.

Syftet med smittskyddslagstiftningen måste primärt vara att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och inte att tillförsäkra den enskilde erforderlig vård. En smittskyddslag måste dock ge ett skydd även åt den som är smittad. 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 för den enskilde individen – och de åtgärder som erfordras för ett effektivt smittskydd talar också för en särskild lag. Regeringen anser att det finns skäl för större tydlighet när det gäller syftet med smittskyddslagens bestämmelser än vad som är fallet i nuvarande smittskyddslag (1988:1471). Till skillnad från vad som gäller i nuläget bör det övergripande målet för smittskyddet och vissa allmänna riktlinjer anges i smittskyddslagen. Det bör av smittskyddslagen även framgå att en humanistisk människosyn bör ligga till grund för samhällets smittskydd. Större vikt bör också läggas vid det frivilliga förebyggande arbetet samt det ansvar var och en, såväl smittade som osmittade, har för att förhindra smittspridning. Av dessa skäl anser regeringen att målet med den nya smittskyddslagens bestämmelser skall vara att med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet tillgodose befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar. Smittskyddslagen bör i första hand inrikta sig på åtgärder som syftar till att förhindra spridning av smitta från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. Den dubbelreglering som finns i nuvarande lagstiftning av objektinriktade åtgärder bör så långt möjligt undvikas för att inte skapa oklarhet om ansvaret för åtgärder. Åtgärder mot objekt och djur som sprider smitta bör således i sin helhet regleras i andra lagar. Dessa förändringar bör enligt regeringens uppfattning komma till uttryck i en ny smittskyddslag.

Tyngdpunkten i smittskyddsarbetet måste ligga på det frivilliga förebyggande arbetet. Det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillighetens väg och möjligheterna till tvångsåtgärder spelar i praktiken

inte någon framträdande roll. Detta bör också prägla lagstiftningen på smittskyddsområdet. I de fall då ingrepp i den enskildes frihet eller integritet anses befogade måste ingreppet anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Regeringen vill framhålla att samhällets smittskydd bör vara förankrat i en humanistisk människosyn där principerna om alla människors lika värde samt den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt är viktiga inslag. Detta bör prägla synen på smittade människor. Den humanistiska människosynen talar enligt regeringens uppfattning för stor tydlighet när det gäller skyddet för individen. En modern smittskyddslag måste tillgodose alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får tillgripas och villkoren därför.

Var och en skall ha ett ansvar för att så långt möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas av smittsamma sjukdomar. Samtidigt måste dock den som bär på eller misstänker sig bära på en smittsam sjukdom i många situationer ha ett särskilt ansvar för att förhindra vidare spridning av sjukdomen. Vikten av att samhället tillhandahåller det stöd och den hjälp den enskilda individen behöver för att kunna ta sitt ansvar och uppfylla de krav som smittskyddslagen ställer på honom eller henne bör också framgå av smittskyddslagens bestämmelser.

I FN:s konvention om barnets rättigheter slås det fast att barn, på grund av sin sårbarhet, behöver vård och skydd samt att barnet har rätt till hälsa, liv och utveckling och vila och fritid. Det betonas också att det är familjen som har det primära ansvaret för den vård och det skydd barnet behöver, samtidigt som barnet är i behov av samhälleligt skydd. Det är en självklarhet att bestämmelserna i barnkonventionen bör tas i beaktande när smittskyddsåtgärder vidtas. Det gäller såväl i de fall som barnet själv bär på en smittsam sjukdom som i de fall åtgärder behöver vidtas för att förhindra att barn smittas.

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. Smittsamheten är, såvitt man för närvarande kan bedöma, livslång. Samtidigt har kunskaperna om hivinfektion ökat jämfört med slutet av 1980-talet då nuvarande smittskyddslag tillkom. Det kan 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 skapa förutsättningar för ett längre och friskare liv för många av de smittade. Det finns skäl för att arbeta för en förändring av synen på sjukdomen så att synen blir mer realistisk och tolerant, varvid utrymme skapas för öppenhet kring sjukdomen. En del i ett sådant arbete bör enligt regeringen vara att så långt möjligt undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang.

10 Sjukdomarna i smittskyddslagen och anmälningsförfarandet

10.1 Sjukdomarna i smittskyddslagen

Regeringens förslag: Smittskyddslagen skall omfatta alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

De allmänfarliga sjukdomarna utgörs av smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där möjlighet finns att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. De allmänfarliga sjukdomarna skall anges i en bilaga till smittskyddslagen. Vid samtliga allmänfarliga sjukdomar skall förhållningsregler meddelas, tvångsundersökning, isolering och tillfällig isolering kunna komma i fråga samt de övriga bestämmelser som rör allmänfarliga sjukdomar kunna tillämpas.

Om riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas får regeringen under vissa förutsättningar föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på en smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan komma att förekomma här i landet. En sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning.

Smittskyddskommitténs förslag: Möjligheterna till tvångsåtgärder begränsas till vissa sjukdomar som utgör ett större och mer allvarligt hot mot befolkningens hälsa och som betecknas allmänfarliga sjukdomar. De allmänfarliga sjukdomarna 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. De allmänfarliga sjukdomarna skall anges i en förordning. I kommitténs förslag saknas en skyldighet att meddela förhållningsregler. I övrigt överensstämmer kommitténs förslag i huvudsak med regeringens förslag.

Socialstyrelsens förslag: Begreppen smittsamma sjukdomar och allmänfarliga sjukdomar skall definieras i lagen. Allmänfarliga sjukdomar definieras som sjukdomar med särskilt hög smittsamhet eller hög dödlighet eller som kan ge upphov till svårt lidande eller vars spridningsförmåga är sådan att den kan ge allvarliga negativa konsekvenser hos befolkningen och där möjligheter finns till individuella förebyggande åtgärder. I förslaget återfinns även en förteckning över vilka sjukdomar som bör klassificeras som allmänfarliga sjukdomar.

Remissinstanserna om Smittskyddskommitténs förslag: Flertalet remissinstanser är kritiska till kommitténs förslag till definition av allmänfarliga sjukdomar. Ett par instanser framhåller att ställningstagandet att begreppet allmänfarliga sjukdomar endast skall avse sjukdomar som sprids mellan människor utgör en onödig begränsning av möjligheterna att bekämpa smittsamma sjukdomar. Vidare ifrågasätter näst intill samtliga instanser som uttalat sig i frågan kommitténs förslag i fråga om vilka sjukdomar som skall ingå i förteckningen över allmänfarliga sjukdomar.

Flera instanser konstaterar att en del sjukdomar som föreslagits inte motsvarar de kriterier som anges i definitionen och att det saknas andra sjukdomar vilka torde uppfylla de uppställda kriterierna. En del remissinstanser framhåller att andra sjukdomar bör ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna, bl.a. nämns klamydia, gonorré, syfilis, salmonella, enterohemorragisk E.coli (EHEC) och hepatit A som sjukdomar som bör betecknas som allmänfarliga.

Remissinstanserna om Socialstyrelsens förslag: Ett par remissinstanser framhåller att förslaget till definition av smittsamma sjukdomar är för detaljerat och i stället bör överföras till lagens förarbeten. Förslagen till definition av allmänfarliga sjukdomar och förteckning över dessa sjukdomar får ett blandat bemötande. Ett par remissinstanser är positiva till förslaget till definition medan några andra instanser förordar kommitténs förslag. De flesta instanser framhåller att de sjukdomar som föreslås ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna representerar sjukdomar som är rimliga att prioritera i smittskyddsarbetet. Förslagen att enterohemorragisk E.coli (EHEC), meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) och campylobacterinfektion skall ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna får stöd av en del instanser. Ett par instanser framhåller att vancomycinresistenta enterokocker (VRE) bör ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna. *Riksförbundet för sexuell upplysning* framhåller att det är orimligt att klassificera sjukdomar som klamydia, gonorré och syfilis som allmänfarliga sjukdomar.

Skälen för regeringens förslag

Sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen

Begreppet smittsamma sjukdomar omfattar såväl mycket allvarliga smittsamma sjukdomar med hög dödlighet som mer ordinära sjukdomar. Smittskyddslagen skall omfatta alla smittsamma sjukdomar som kan spridas till eller mellan människor. En begränsning skall dock göras till sjukdomar som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Någon närmare definition av vad som avses med smittsam sjukdom bör inte göras i smittskyddslagen. De remissvar som inkommit rörande sjukdomsbegreppet visar tydligt hur svårt det är att ge en uttömmande definition av begreppet smittsam sjukdom. I författningskommentaren ges vissa exempel på vad som enligt regeringens mening bör omfattas av begreppet smittsam sjukdom i smittskyddslagen. Under senare år har medicinska upptäckter lett till ökad kunskap om de biologiska mekanismer som ligger bakom överföringen av smittsamma sjukdomar såväl mellan människor som från djur till människa. I en del fall är vad som orsakar sjukdomen och hur smittöverföringen går till ännu inte fullständigt klarlagt. I lagen måste således ges utrymme för att snabbt kunna ta hänsyn till medicinska upptäckter som görs.

Indelningen av sjukdomar i smittskyddslagen

Vid utformningen av smittskyddslagens bestämmelser måste beaktas att behovet av åtgärder skiftar beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. Bestämmelser om smitt-

skyddsåtgärder behöver därför anpassas till det verkliga behovet för de olika sjukdomarna. Behovet av åtgärder beror emellertid inte enbart på vilken sjukdom det är frågan om utan även på den befintliga epidemiologiska situationen. Ett grundläggande krav för att en åtgärd skall vidtas bör vara att den är motiverad vid en epidemiologisk bedömning.

De effektivaste åtgärderna mot smittspridning är vanligen preventiva insatser som information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde bör vidta samt medicinsk behandling för redan smittade personer. Dyliga insatser är relevanta beträffande alla de sjukdomar som lagen föreslås omfatta. I vissa situationer bör emellertid samhället kunna ta till åtgärder som inkräktar på den enskildes integritet för att hindra smittspridning, oavsett om den enskilde på frivillig väg är beredd att medverka eller ej.

Åtgärder som innebär större ingrepp i den enskildes integritet bör vara förbehållna vissa allvarliga sjukdomar där behov av sådana åtgärder finns. Sådana sjukdomar bör i smittskyddslagen ha en särskild benämning. Regeringen föreslår att de betecknas allmänfarliga sjukdomar. Tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen skall endast kunna vidtas om en person misstänks bära på en sådan allmänfarlig sjukdom.

I syfte att uppnå större flexibilitet föreslår Smittskyddskommittén att en definition av allmänfarliga sjukdomar skall anges i lagen och att en förteckning över de allmänfarliga sjukdomarna skall anges av regeringen i en förordning. Regeringen har övervägt denna möjlighet men funnit att klassificeringen av allmänfarliga sjukdomar är av sådan betydelse för enskildas integritet att en förteckning över de allmänfarliga sjukdomarna skall anges i lag och inte i förordning.

Regeringen har inledningsvis framhållit att bestämmelserna i smittskyddslagen måste ta hänsyn till att behovet av åtgärder skiftar beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut. Det bör av detta skäl i smittskyddslagen tydligt anges vilka överväganden som gjorts för att välja ut de smittsamma sjukdomar för vilka det skall finnas möjlighet till åtgärder som innebär större ingrepp i den enskildes integritet. Av detta följer bl.a. att det finns skäl att i smittskyddslagen tydligt ange vilka kriterier som skall ligga till grund för att en smittsam sjukdom skall kunna klassificeras som allmänfarlig. Regeringen anser av denna anledning att en definition av vad som avses med allmänfarliga sjukdomar skall anges i lagen.

De definitioner av begreppet allmänfarliga sjukdomar som föreslagits av Smittskyddskommittén respektive Socialstyrelsen skiljer sig i flera avseenden från varandra. Vid remissbehandlingen har betydande kritik riktats mot såväl Smittskyddskommitténs som Socialstyrelsens förslag till definition vilket visar hur svårt det är att formulera en definition som fångar in just de sjukdomar som bör klassificeras som allmänfarliga. I båda de förslagna definitionerna finns det emellertid vissa kriterier som utgör ett mått på den fara som sjukdomen utgör för den enskildes hälsotillstånd. Det är enligt regeringens uppfattning rimligt att en allmänfarlig sjukdom skall vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande för den som smittas. Här bör dock även finnas en möjlighet att väga in andra allvarliga konsekvenser i stort av spridning av sjukdomen, t.ex. om spridningsmönstret är sådant att man riskerar att få en stor utbredning. En sjukdom som i de flesta fall inte är av allvarlig art kan om

spridningspotentialen är stor ändå ge upphov till såväl dödsfall som många allvarliga fall. Flera remissinstanser har framhållit att det i många fall finns möjligheter för den smittade att vidta åtgärder för att förhindra vidare smittspridning även vid sjukdomar som via objekt, djur eller livsmedel kan överföras från människa till människa. Det bör av detta skäl inte vara ett krav att sjukdomen överförs direkt från en människa till en annan. Övervägande skäl talar i stället för att en förutsättning för att en sjukdom skall räknas som allmänfarlig skall vara att det finns möjlighet att förhindra smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men sedan inte vidare, t.ex. stelkramp, bör naturligtvis inte omfattas av begreppet. Det hindrar dock inte att smittsamma sjukdomar som normalt sett inte smittar mellan människor men där det inte kan uteslutas att så kan ske, t.ex. mjältbrand och rabies, bör kunna klassificeras som allmänfarliga sjukdomar. Mot denna bakgrund anser regeringen att allmänfarliga sjukdomar skall definieras som smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där möjlighet finns att förebygga smittspridning genom åtgärder riktade till den smittade. Vid en bedömning av om en sjukdom omfattas av kriterierna bör man vidare utgå från förutsättningarna för smittspridning i Sverige.

Vid samtliga allmänfarliga sjukdomar skall enligt regeringens förslag förhållningsregler meddelas, tvångsundersökning, isolering och tillfällig isolering kunna komma i fråga samt de övriga bestämmelser som enligt förslaget till smittskyddslag rör allmänfarliga sjukdomar kunna tillämpas. Mot denna bakgrund anser regeringen att följande sjukdomar skall klassificeras som allmänfarliga sjukdomar:

- campylobacterinfektion,
 - difteri,
 - infektion med enterohemorragisk E.coli,
 - giardiainfektion,
 - gonorré,
 - hepatit A-E,
 - hivinfektion,
 - infektion med HTLV I eller II,
 - klamydiainfektion,
 - kolera,
 - infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA),
 - mjältbrand,
 - paratyfoidfeber,
 - pest,
 - infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin
- G,
- polio,
 - rabies,
 - salmonellainfektion,
 - shigellainfektion,
 - syfilis,
 - svår akut respiratorisk sjukdom (SARS),
 - tuberkulos,
 - tyfoidfeber samt

– virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica).

Samtliga smittsamma sjukdomar som ovan anges kan spridas till eller från människor, ge någon eller några av de konsekvenser för människors hälsa som anges i definitionen samt är möjliga att förhindra spridning av genom åtgärder som riktas till den smittade. I förhållande till de sjukdomar som enligt gällande smittskyddslag klassificeras som samhällsfarliga innebär regeringens förslag att tvångsåtgärder överhuvudtaget inte skall kunna vidtas vid fläckfeber, gula febern, andra hepatiter än hepatit A-E, meningokockinfektion, ulcus molle och återfallsfeber. Vidare innebär förslaget bl.a. att förhållningsregler skall meddelas, tvångsåtgärder kunna vidtas och övriga bestämmelser som rör allmänfarliga sjukdomar kunna tillämpas även vid campylobacterinfektion, enterohemorragisk E.coli, giardiainfektion, HTLV I eller II, meticillinresistenta gula stafylokokker och pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G.

I detta sammanhang bör det noteras att klassificeringen av allmänfarliga sjukdomar inte kan ses som ett mått på en sjukdoms allvarlighetsgrad. Meningokockinfektion är exempelvis en mycket allvarlig sjukdom som sprids på ett sätt som gör att den inte är möjlig att förebygga genom individriktade åtgärder. För andra allvarliga sjukdomar, t.ex. gula febern, saknas det förutsättningar för smittan att spridas i Sverige.

Den nuvarande smittskyddslagen innehåller en undantagsbestämmelse om att regeringen i brådskande fall kan föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga smittsamma sjukdomar även får tillämpas på en annan smittsam sjukdom. Enligt nuvarande smittskyddslag får sådana föreskrifter meddelas om det vid tillkomsten av bilagan inte var känt att sjukdomen hade hög smittsamhet eller kunde få explosiv utbredning. En sådan föreskrift skall omedelbart underställas riksdagens prövning. Denna bestämmelse har tillämpats enbart i samband med att regeringen i april 2003 fattade beslut om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på Svår akut respiratorisk sjukdom (SARS).

Regeringen anser att motsvarande bestämmelse skall tas in i den nya lagen, eftersom det naturligtvis inte kan uteslutas att en plötslig förändring i sjukdomspanoramata eller avsiktlig spridning av smittämnen i terrorysyfte kan göra ett snabbt beslut nödvändigt. Av detta följer att det fortsättningsvis bör finnas en möjlighet för regeringen att i brådskande fall meddela föreskrifter om att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas för en smittsam sjukdom som uppfyller kriterierna för allmänfarlig sjukdom om det vid tillkomsten av lagen inte var känt att sjukdomen uppfyllde kriterierna för allmänfarliga sjukdomar eller inte var känt att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i Sverige. Regeringen anser att en sådan reglering ger smittskyddslagen tillräcklig flexibilitet.

10.2 Anmälningförfarandet

Regeringens förslag: En läkare som i sin verksamhet misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom skall utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren och till Smittskyddsinstitutet. Anmälningsskyldigheten gäller även läkare

vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik, den som är ansvarig för ett sådant laboratorium som vid analys misstänker eller finner smittämne av sådan sjukdom samt läkare som i samband med obduktion misstänker eller konstaterar fall av sådan sjukdom. Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall vara anmälningspliktiga. En anmälan skall innehålla vissa uppgifter som uppräknas i lagen. Skyldigheten att underrätta relevanta objektansvariga myndigheter skall föras över från den behandlande läkaren till smittskyddsläkaren.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Socialstyrelsens förslag: En särskild definition av anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar skall anges i lagen. I förslaget ingår även en förteckning över vilka sjukdomar som skall räknas in i denna kategori.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser stödjer i stort kommitténs förslag beträffande anmälningsförfarandet. Många remissinstanser, bl.a. *Vårdförbundet*, *Svenska Läkaresällskapet* och flera landsting, anser att vissa andra yrkesgrupper än läkare skall ha anmälningskyldighet, såsom medicinskt ansvariga sjuksköterskor, barnmorskor och verksamhetsansvariga för enskilda boenden. Flera instanser, bl.a. *Smittskyddsläkareföreningen*, *Vårdförbundet* och flera landsting, påtalar att andra laboratorier än mikrobiologiska laboratorier, t.ex. kemiska laboratorier, analyserar prov från människa och att även dessa kan upptäcka smittsamma sjukdomar hos människa. Vidare konstaterar en del av instanserna, bl.a. *Statens veterinärmedicinska anstalt*, att det förekommer att laboratorier där läkare ej arbetar undersöker prov från människa.

En del instanser, bl.a. några landsting, anser det vara en förbättring att anmälningar skall göras redan vid misstanke om sjukdom, eftersom man därigenom kan få tillfälle att vidta lämpliga åtgärder i ett tidigare skede och därmed skapa bättre förutsättningar för att effektivt förhindra smittspridning. Ett par instanser, bl.a. *Svenska Läkaresällskapet* och *Sveriges Läkarförbund*, påpekar att förslaget att även misstanke om smittsam sjukdom skall anmälas kommer att försvåra statistisk bearbetning och epidemiologisk uppföljning.

Flertalet remissinstanser, varav flera kommuner, är positiva till att ansvaret att anmäla fall av smitta som kan härröra från objekt eller djur till kommunen och andra myndigheter skall föras över till smittskyddsläkaren. Ett par remissinstanser anser däremot att läkare, för att inte fördröja att viktig information når kommunen, även fortsättningsvis bör anmäla vissa fall av smittsamma sjukdomar till den kommunala nämnden.

De remissinstanser som uttalat sig i frågan instämmer i förslaget att anmälan beträffande hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar skall vara identitetsskyddad.

Bakgrund: Enligt bestämmelser i den gällande smittskyddslagen föreligger skyldighet för bl.a. behandlande läkare att anmäla förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar till smittskyddsläkaren i det landsting läkaren har sin verksamhet och till Smittskyddsinstitutet. Vid vissa sjukdomsfall skall anmälan även göras till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet.

De sjukdomar som skall anmälas enligt lagen (s.k. anmälningspliktiga sjukdomar) utgörs dels av de samhällsfarliga sjukdomarna, dels av vissa andra smittsamma sjukdomar som i och för sig inte utgör ett lika stort hot mot befolkningens hälsa men vars utbredning och variationer i samhället det ändå är angeläget att följa. Riksdagen beslutar om vilka sjukdomar som skall anses som samhällsfarliga, medan regeringen bestämmer vilka övriga sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga. Förteckningar över ifrågavarande sjukdomar återfinns i bilagor till smittskyddslagen respektive smittskyddförordningen.

Även annan sjukdom än de förtecknade skall anmälas, om sjukdomen är eller misstänks vara smittsam samt har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i elakartad form. Det kan t.ex. vara fråga om en tidigare känd eller okänd sjukdom som lokalt eller regionalt fått en anmärkningsvärd spridning.

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

Smittskyddslagen stipulerar att anmälan skall göras då ett sjukdomsfall konstaterats, dvs. när det klart fastställts att patienten är smittad av viss sjukdom. För att få en enhetlig och korrekt rapportering har Smittskyddsinstitutet utarbetat en förteckning för s.k. klinisk anmälan och för laboratorieanmälan. Eftersom det i vissa fall föreligger behov av att uppmärksamma smittskyddsläkarna redan på misstanke om smittsam sjukdom bör, enligt Smittskyddsinstitutets förteckning, även osäkra fall anmälas.

Anmälan skall som huvudregel göras senast dagen efter det att läkaren fått vetskap om att den undersökte smittats. För sjukdomar som upptas under 1.3 i bilagan till smittskyddslagen skall anmälan dock göras inom sju dagar. Misstänker läkaren att flera patienter smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom skall han, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta. Anmälan per telefon skall göras även i vissa andra brådskande situationer, bl.a. vid fall av listeria, difteri eller meningokockinfektion.

Rör det sig om en samhällsfarlig sjukdom skall anmälan innehålla uppgift om den smittades namn, personnummer och adress, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de förhållningsregler som läkaren meddelat och de åtgärder han vidtagit för att hindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet. Gäller anmälan sjukdom som upptas under 1.3 i bilagan till smittskyddslagen skall dock uppgift om identitet eller sannolik smittkälla inte lämnas. I stället skall en kod bestående av de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades personnummer anges (den s.k. rikskoden) jämte uppgift om hemortslän. Saknar den smittade personnummer (vilket t.ex. kan vara fallet med asylsökande) skall i stället en reservkod användas. Anmälan av anmälningspliktig sjukdom som inte är samhällsfarlig skall innehålla uppgift om den

smittades identitet och de övriga uppgifter som behövs för att följa sjukdomens utbredning.

Smittskyddsläkaren är skyldig att vidta de åtgärder som erfordras då anmälan inkommit. Smittskyddsläkaren skall vidare på basis av inkomna anmälningar föra s.k. smittbärförteckning över hepatit B, tuberkulos och tyfoidfieber.

Varken i den lagstadgade laboratorierapporteringen eller i den s.k. frivilliga rapporteringen redovisas det totala antalet analyserade prov, utan endast positiva prov redovisas. Smittskyddsinstitutet begär alltid in allmänna provtagningsuppgifter då det gäller klamydia och gonorré. Dessutom samlar Smittskyddsinstitutet sedan år 2000 in uppgifter från de bakteriologiska laboratorerna om under föregående år antal analyserade odlingar från blod, hjärn-ryggmärgsvätska, nässvalg samt allmänna odlingar. För smittsamma virus- och parasitssjukdomar finns inte någon samlad statistik beträffande det totala antalet analyserade prov.

Skälen för regeringens förslag: Ett anmälningsförfarande för smittsamma sjukdomar har två syften. Det ena är att snabbt ge kunskaper om inträffade fall för att direkta åtgärder skall kunna vidtas. Det andra är att ge mera långsiktiga kunskaper om utbredningen av sjukdomarna för att bl.a. ge grund för utvärderingen av smittskyddet och utvecklandet av åtgärdsstrategier. Med utgångspunkt i dessa syften anser regeringen att behandlande läkare skall göra anmälan av dels allmänfarlig sjukdom, dels vissa andra smittsamma sjukdomar som bör följas upp av epidemiologiska skäl. 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 till smittskyddsläkaren och till Smittskyddsinstitutet.

Flera remissinstanser har påpekat att det händer att andra laboratorier än mikrobiologiska laboratorier samt laboratorier där läkare ej tjänstgör utför mikrobiologisk diagnos av prov från människa. Mot denna bakgrund anser regeringen att anmälningskyldigheten även skall omfatta andra laboratorier än mikrobiologiska som utför mikrobiologisk diagnostik och annan person än läkare som är ansvarig för ett sådant laboratorium. Regeringen har övervägt möjligheten att vissa andra yrkesgrupper, t.ex. medicinskt ansvariga sjuksköterskor och barnmorskor, skall omfattas av skyldigheten att anmäla fall av anmälningspliktig sjukdom men funnit att det i nuläget ej finns skäl att frångå principen att läkare skall ansvara för att anmälan sker.

Regeringen anser att behandlande läkare inte längre skall vara skyldiga att göra anmälan till den kommunala nämnd som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. I kommitténs undersökning framkom det att kommunerna i dag relativt ofta får kunskap om fall av inträffad sjukdom alltför sent och att anmälningarna inte sällan är ofullständigt ifyllda. Denna underrättelseskyldighet bör i stället läggas direkt på smittskyddsläkaren. I hans eller hennes skyldigheter skall således ingå att underrätta de myndigheter eller den kommun som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot objekt eller djur. Smittskyddsläkaren har den övergripande bilden av smittskyddsarbetet och har lättare än behandlande läkare att identifiera vilka ytterligare myndigheter som bör informeras. Smittskyddsläkaren har dessutom i uppgift att verka för en samordning av smittskyddsåtgärderna.

Vilka konkreta sjukdomar förutom de allmänfarliga som skall anmälas bör bestämmas av regeringen i en förordning för att medge nödvändig flexibilitet.

Både konstaterade fall och kliniskt misstänkta fall skall anmälas. Den anmälningsskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han eller hon gör sin anmälan, vilket medför att viktiga tidsvinster kan göras. Åtgärder mot smittspridning kan då sättas in så tidigt som möjligt. För att misstanke skall föreligga krävs det dock att det finns något konkret som tyder på att den smittsamma sjukdomen är för handen, t.ex. att patienten uppvisar symtom som är typiskt för sjukdomen. En del remissinstanser, bl.a. *Svenska Läkaresällskapet* och *Sveriges Läkarförbund*, har påpekat att förslaget att anmälan skall ske redan vid misstanke av sjukdom kan medföra att kvaliteten på anmälningarna försämras vilket leder till att statistisk bearbetning och epidemiologisk uppföljning försvåras. Värdet av anmälningsförfaranden är i hög grad avhängigt av att kvalitet kan upprätthållas i anmälningsförfarandet. Av detta skäl måste det finnas tydliga bestämmelser för i vilka fall som en anmälan skall göras både vid misstänkta fall och vid konstaterade fall. Med hänsyn till vikten av att bedömningarna blir enhetliga i landet och de svårigheter som kan föreligga för bl.a. den enskilde läkaren att bedöma när anmälan av en anmälningspliktig sjukdom skall ske är det angeläget att regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen ges möjlighet att meddela närmare föreskrifter om anmälan av en anmälningspliktig sjukdom. Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen skall även få meddela närmare föreskrifter om undantag från anmälningskyldigheten i fråga om anmälan av viss sjukdom, till vilka anmälan skall göras samt kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål.

Innehållet i anmälan bör i princip motsvara vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Uppgifter skall således lämnas om den smittades identitet, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de åtgärder som läkaren vidtagit för att förhindra smittspridning och andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Enligt befintliga bestämmelser 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 behållas. 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 en annan smittsam sjukdom (t.ex. tuberkulos). Dessa svårigheter talar för att undantaget för vissa sjukdomar bör upphävas. Regeringen har inledningsvis anfört att särreglering av hivinfektion i olika sammanhang bör undvikas. Vissa skäl kan dock anföras mot att identitetsskyddet för de sexuellt överförbara sjukdomarna skall behållas. Det har bl.a. framförts att uppgivandet av identitetsuppgifter vad gäller de ifrågavarande sjukdomarna kan motverka möjligheten att minska smittspridningen, eftersom det kan befaras att en person som misstänker att han eller hon kan vara smittad av dylik sjukdom avhåller sig från att uppsöka sjukvården

om hans eller hennes identitetsuppgifter sprids. Kravet på att identitetsuppgifter skall lämnas kan vidare få till följd att behandlande läkare i enskilda fall helt underlåter att fullgöra sin anmälningsskyldighet av hänsyn till patientens integritet.

Vid en avvägning finner regeringen att övervägande skäl talar för att skyddet för identitetsuppgifter vid anmälan av fall av de sexuellt överförbara sjukdomar som omfattas av anmälningsplikt för närvarande skall kvarstå. Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen skall därför ges behörighet att föreskriva om undantag för uppgift i anmälan för viss sjukdom.

11 Individens skyldigheter och rättigheter

Regeringens förslag: Ett ansvar för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar skall vila på såväl smittade som osmittade personer. Var och en skall genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom skall vara skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom skall vara skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittöverföring kan uppkomma.

Den enskilde skall liksom i dag vara skyldig att söka läkare och låta sig undersökas samt genom att ge upplysningar till läkaren medverka vid smittspårning vid allmänfarliga sjukdomar och vissa andra smittspårningspliktiga sjukdomar. Om det behövs av smittskyddsskäl skall den enskilde erbjudas psykosocialt stöd. Vid allmänfarlig sjukdom skall den enskilde erbjudas den vård eller behandling som behövs av smittskyddsskäl. Om det av smittskyddsskäl finns behov av särskilda behandlingsinsatser skall detta erbjudas den enskilde.

Vid provtagning för hivinfektion skall det även fortsättningsvis finnas en rätt att vara anonym.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Merparten av instanserna har en positiv inställning till kommitténs förslag. En del instanser framhåller att det är bra att samhället skall ha en skyldighet att ge stöd och hjälp till den enskilde för att denne skall kunna ta sitt ansvar för att förhindra smittspridning. En majoritet av remissinstanserna, bl.a. *Föreningen läkare mot AIDS* och *Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset*, delar kommitténs uppfattning att den som är smittad av en allmänfarlig sjukdom skall vara skyldig att informera andra som kan utsättas för smittrisk. *Riksförbundet för hivpositiva*, *Riksförbundet för sexuell upplysning* och *Riksförbundet för sexuell lika-berättigande* motsätter sig däremot informationsplikten eftersom de anser att den invagar osmittade personer i falsk trygghet. Flera remissinstanser ser det som olyckligt att det lämnas åt den enskilde att avgöra när

beaktansvärd risk föreligger och konstaterar att uttrycket beaktansvärd risk behöver definieras närmare. *Socialstyrelsen* anser att informationsplikten bör vara kopplad till de medicinska och praktiska råd som den smittade får av sin läkare. De instanser som yttrat sig instämmer i att det även framgent skall finnas möjlighet att vara anonym vid provtagning för hivinfektion.

Bakgrund: I den nuvarande smittskyddslagen åläggs den som smittats eller misstänks ha smittats av en smittsam sjukdom vissa skyldigheter. Den som har anledning att misstänka att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare samt att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs. För att skyldigheten skall inträda krävs att konkret misstanke om smitta föreligger. Den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom är även skyldig att medverka till smittspårning och lämna upplysningar om varifrån smitta kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare. Någon sanktion mot den som inte medverkar till smittspårning finns emellertid inte.

Den smittade är skyldig att följa de förhållningsregler som meddelas honom avseende hans kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbetet och skolgång samt livsföring i övrigt. Genom förhållningsregler har den enskilde bl.a. kunnat åläggas att informera t.ex. sexualpartner eller andra personer som han eller hon kommer i kontakt med på ett sådant sätt att risk för smittöverföring uppkommer.

En särskild fråga gäller vilken rätt den enskilde har att vara anonym vid provtagning. Enligt patientjournalagen (1985:562) skall uppgifter om provtagning och analysresultat antecknas i den enskilde patientens journal. Journalen skall alltid innehålla uppgift om patientens identitet. Enligt ett särskilt stadgande i lagen får emellertid regeringen, eller myndighet som regeringen bestämmer, meddela föreskrifter om undantag för identitetsuppgifter vid provtagning för viss sjukdom. Bestämmelsen infördes mot bakgrund av den oro som fanns för att vissa grupper skulle avhålla sig från hivprovtagning för att de inte vill att deras identitet skall bli känd. Enligt förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av hiv har den enskilde rätt att vara anonym vid provtagningen; begär patienten anonym provtagning skall uppgifter om hans eller hennes identitet inte föras in i journalen. Visar analysen att patienten är smittad upphör emellertid rätten till anonymitet och fullständiga uppgifter förs in i journalen. Patienten behåller dock sin anonymitet i den anmälan som behandlande läkare har att göra till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet.

Skälen för regeringens förslag: Alla individer har ett intresse av och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Var och en bör så långt möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas. Detta bör komma till uttryck i en särskild bestämmelse i smittskyddslagen. Samtidigt är det ofrånkomligt att den som bär på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar för att undvika att andra utsätts för smitta. Den smittade har många gånger i kraft av vetskapen om att han eller hon är smittad större möjlighet att vidta åtgärder för att minska smittrisen. De åtgärder som skall vidtas utgör ofta relativt begränsade inskränkningar i livsföringen. Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom skall därför ha en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder som

krävs för att skydda andra mot smittrisk. Bestämmelsen omfattar således situationer en enskild person vet att han eller hon utsatts för smittrisk och därför anledning att misstänka att smittöverföring kan ha förekommit. Skyldigheten skall gälla samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag. Någon särskild sanktion vid underlåtenhet att vidta de försiktighetsåtgärder som kan krävas bör inte införas. Här får i stället tillämpas straffbestämmelser eller tvångsåtgärder i form av isolering och tillfällig isolering när förutsättningarna för det är uppfyllda. Behovet av åtgärder varierar mellan olika sjukdomar och situationer som den enskilde kan befinna sig i. Skyldigheten bör därför ges en allmän utformning. De medicinska och praktiska råd som läkaren skall ge den enskilde och de förhållningsregler som vid allmänfarliga sjukdomar skall meddelas den smittade (se avsnitt 12.3) får naturligtvis stor betydelse som vägledning för vad den smittade har att iaktta.

I fall med barn som smittbärare är det i första hand barnets vårdnadshavare som svarar för att åtgärder vidtas på ett sådant sätt att smittrisk inte uppkommer. Det är viktigt att barnets rättigheter respekteras samtidigt som barnets skyldigheter att vidta nödvändiga åtgärder bör öka i takt med stigande ålder och ökad mognad.

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom skall av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att eliminera eller minska risken för smittspridning. I likhet med vad som gäller i dag bör den smittade dock inte ha någon skyldighet att genomgå medicinsk behandling. I de fall som den smittade inte vill genomgå behandling får det åligga honom eller henne att på andra sätt undvika att utsätta andra för smittrisk.

I den mån det ställs krav på den enskilde bör samhället också genom stöd och annan hjälp underlätta för den enskilde att ta sitt ansvar. Olika psykiska och sociala faktorer har betydelse för huruvida den smittade har förmåga att ta ansvar för att inte utsätta andra för smittrisk. Kommitténs kartläggning över tvångsisolering visar att majoriteten av dem som tvångsisolerats haft svåra missbruksproblem och/eller allvarliga psykiska störningar. Åtgärder i form av bl.a. psykosocialt stöd kan i sådana fall vara av stor betydelse för den enskildes möjligheter att uppfylla sitt ansvar. Det skall därför uttryckligen framgå av smittskyddslagen att den smittade skall erbjudas psykosocialt stöd om det av smittskyddsskäl behövs för att han eller hon skall kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring. Det skall på samma sätt framgå att den som bär på en allmänfarlig sjukdom och som är i behov av särskilda behandlingsinsatser för att ändra ett smittfarligt beteende skall erbjudas detta.

Smittskyddsläkaren bör ha till uppgift att bevaka 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 (se vidare avsnitt 12.6).

Det bör vidare framhållas att det skall finnas behov av det psykosociala stödet eller de särskilda behandlingsinsatserna av smittskyddsskäl, dvs. de skall 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.

Informationsplikten

En särskild fråga rör skyldigheten för en smittad person att underrätta andra om att han eller hon bär på en smittsam sjukdom. En sådan plikt kan medföra stora svårigheter för den smittade. Det kan t.ex. röra sig om en rädsla för att inleda en kärleksrelation eller för att bli utlämnad till andra personer om ens smittbärarskap blir känd. Ett argument som några remissinstanser, däribland *Riksförbundet för hivpositiva*, *Riksförbundet för sexuell upplysning* och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande*, framfört mot informationsplikten är att den invaggar människor i en falsk säkerhet, eftersom man tar för givet att den som är smittad talar om detta. För att en informationsplikt skall finnas talar emellertid flera omständigheter. En utgångspunkt måste enligt regeringens uppfattning vara att den enskilde själv måste få avgöra om han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas. Tidigare har regeringen framhållit att såväl smittade som osmittade har ett ansvar för att smittspridning undviks. För att även den osmittade personen skall kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i de förhållanden som råder. Även om den smittade vidtar försiktighetsåtgärder, t.ex. sexualbeteende som begränsar risken för smittspridning, kvarstår i regel en viss risk för smittöverföring. I remissbehandlingen har flera remissinstanser, bl.a. *Föreningen läkare mot AIDS*, exempelvis framhållit att om man överhuvudtaget kan föra ett resonemang om ett delat ansvar mellan en känt hivpositiv och en hivnegativ måste man acceptera skyldigheten att informera sin sexualpartner. Mot denna bakgrund anser regeringen att övervägande skäl talar för att den som bär på vissa allvarliga smittsamma sjukdomar skall vara skyldig att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer. Detta principiella ställningstagande skall enligt regeringens förslag inte begränsas till enbart hivinfektion utan samma krav skall ställas även när det gäller andra allmänfarliga sjukdomar. Informationsplikten har också betydelse exempelvis vid lungtuberkulos samt salmonellainfektion. Även vid dessa sjukdomar underlättar information om sjukdomen och dess smittvägar inte enbart för den osmittade att skydda sig utan ger även båda parter möjlighet att gemensamt försöka identifiera olika risk-situationer och tillsammans försöka undvika dem.

Som framgår av författningskommentaren innebär bestämmelsen inte en allmän skyldighet för den enskilde att i alla sammanhang informera om vad det är för sjukdom som han eller hon har, utan skyldigheten gäller endast vid vissa situationer då en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När en sådan risk föreligger beror på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar. Det är, som flera remissinstanser framfört, dock inte rimligt att en person som bär på en allmänfarlig sjukdom skall kunna avstå från att informera andra människor om sin smitta om individen inte själv tycker att han eller hon utgör någon risk. Det bör här framhållas att den smittade för att kunna fullgöra sin skyldighet måste få det stöd och de råd, i form av adekvat kunskap om sjukdomen och dess smittvägar, han eller hon behöver för att kunna identifiera personer som är utsatta för smittrisk och för att kunna informera riskutsatta personer på ett sakligt sätt. De medicinska och praktiska råd samt förhållningsregler som den behandlande läkaren är skyldig ge

den smittade bör fungera som en vägledning för den smittade i dessa avseenden.

Vad det gäller informationsplikten för smittade barn är det rimligt att utgå från att barnets föräldrar åtar sig denna plikt i den utsträckning som situationen kräver, med hänsyn till barnets mognad och ålder.

Informationsskyldigheten får också betydelse i situationer då den smittade söker vård. Till skillnad från den situation då det är frågan 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 vid blodsmitta och vid smittfarligt arbete har utgivits av Arbetsmiljöverket. Vidare har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd beträffande förebyggande åtgärder mot spridning av bl.a. hepatit B och även utgett generella rekommendationer rörande förebyggande åtgärder mot infektioner i vården. Om de rekommendationer som getts 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 personalen inte heller kan förlita sig på att informationen verkligen ges. Emellertid medför uppgifter från patienten att vårdpersonalen kan vidta de särskilda skyddsåtgärder som eventuellt är nödvändiga. Det bör därför åligga den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom att också informera vårdpersonal i sådana situationer då smittrisk föreligger. Samtidigt vill regeringen framhålla vikten av 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.

Skyldighet att medverka vid smittutredning

De allra flesta människor som tror sig vara smittade av en allvarligare smittsam sjukdom torde självmant söka läkare och låta sig undersökas. En lagfäst skyldighet innebär dock en betydelsefull markering av att envar skall 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, som behandlas i avsnitt 13.2, 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 smittspårningsarbetet (se avsnitt 12.2.) kan konstateras att smittspårningsarbetet förefaller vara väl förankrat hos både smittade och osmittade personer. Det föreligger inga skäl emot att bibehålla en skyldighet för den enskilde att medverka i detta arbete. En sådan skyldighet medför en markering av varje individs ansvar för att bidra till att motverka spridning av smittsamma sjukdomar. Någon sanktion bör dock inte införas mot den som vägrar medverka vid smittspårning. Ett framgångsrikt smittspårningsarbete bygger i hög grad på en förtroendefull relation mellan patient och läkare.

Skyldigheten att på de angivna sätten medverka vid smittutredning bör motsvara vad som gäller i fråga om den behandlande läkarens skyldighet att utföra läkarundersökning och smittspårning (se avsnitt 12.2 och 12.5).

Det innebär att skyldigheterna omfattar de allmänfarliga sjukdomarna och sådana sjukdomar där det av epidemiologiska skäl föreligger anledning att bedriva smittspårning. I avsnitt 12.2 föreslås att regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om i vilka fall en annan smittsam sjukdom än en allmänfarlig sjukdom skall bli föremål för smittspårning.

Rätten till anonymitet vid provtagning för hivinfektion

Enligt förordningen (1986:198) om 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 spridning av hivinfektion ansågs behöva vidtas och att det fanns en oro för att personer skulle avhålla sig från provtagning av den anledningen att de inte ville att deras identitet skulle bli känd.

En utgångspunkt för regeringens förslag till ny lagstiftning på smittskyddsområdet är att hivinfektion i princip inte bör särbehandlas i förhållande till andra allvarliga sjukdomar och att särreglering av denna sjukdom så långt det är möjligt bör undvikas. Uppgifter som Smittskyddskommittén samlat in tyder på att möjligheten till anonymitet har minskat i betydelse. Endast en liten andel av patienterna synes begära att få anonym provtagning och ytterst få förefaller finna anledning att upprätthålla denna anonymitet inför vårdpersonalen. Samtidigt finns det fortfarande en mindre grupp patienter som av olika skäl är rädda för att identitetsuppgifter skall komma till andras kännedom. Det är osäkert vilka effekterna skulle bli om möjligheten till anonymitet togs bort. Rätten till anonymitet tycks inte ha medfört några stora problem i den praktiska verksamheten. Övervägande skäl talar därför för att i nuläget inte avskaffa detta undantag för hivinfektion.

12 Vissa smittskyddsåtgärder

12.1 Allmänna förebyggande åtgärder

Regeringens förslag: Landstinget och under landstinget smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smitta. Smittskyddsläkaren skall se till att förebyggande åtgärder vidtas. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig har inga invändningar mot förslaget. En del remissinstanser, varav flera landsting, anser att det är utopiskt att landstingen skall tillse att enskilda nås av in-

formation och råd och att formuleringen bör ändras så att landstinget skall verka för att uppnå denna målsättning.

Bakgrund

Allmänt om förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar

Förebyggande insatser är en mycket viktig del av smittskyddsarbetet. Prevention kan delas in i primär-, sekundär- och tertiärprevention. Med primärprevention menas åtgärder för att förhindra att människor smittas av en smittsam sjukdom. Sekundärpreventiva insatser kan vara uppmaning till provtagning, behandling och kontaktspårning. Bland sekundärpreventiva åtgärder vid kroniska infektioner ingår också olika psykosociala insatser för den smittade. Med tertiärprevention avses åtgärder som syftar till att förhindra att samma person på nytt smittas av en smittsam sjukdom samt till att lindra följdverkningarna av en sjukdom. Rådgivning i samband med behandling inklusive regelbundna återbesök kan ses som en tertiärpreventiv åtgärd.

Preventiva insatser görs mot i stort sett samtliga smittsamma sjukdomar. Den enskilde får bl.a. information om hur fortsatt smittspridning samt återinsjuknande skall undvikas då han söker vård på en läkarmottagning för en misstänkt smittsam sjukdom. Hälso- och sjukvårdspersonalen får information och utbildning om smittsamma sjukdomar genom smittskyddsläkaren. Vidare har de i sitt arbete hjälp av allmänna råd, utredningar och rapporter från Socialstyrelsen samt information från Smittskyddsinstitutet.

Det mer övergripande preventiva arbetet i ett län utförs till stor del av smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkarens insatser riktar sig dels till hälso- och sjukvårdspersonal, dels till allmänheten. I stort sett all hälso- och sjukvårdspersonal kommer i sitt dagliga arbete i kontakt med patienter som har olika typer av smittsamma sjukdomar, och där förebyggande åtgärder behöver vidtas. Riktade utbildningar samt telefonrådgivning till personal inom landsting och kommun förekommer också. Smittskyddsläkaren når allmänheten med information bl.a. via massmedia.

Insatser för att förebygga smittsamma sjukdomar vidtas även i andra sammanhang både av hälso- och sjukvårdspersonal och av andra yrkesgrupper. Ett sådant område är insatser för att förebygga vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården och inom den kommunala omsorgen (se avsnitt 15). Ett annat viktigt område rör åtgärder för att förebygga infektioner hos barn, t.ex. på daghem och skola. I rapporten *Smitta i förskolan* har Socialstyrelsen exempelvis tagit fram en kunskapsöversikt över möjligheterna att förebygga smittspridning utifrån såväl det smittade barnets behov som behovet att förhindra spridning till andra barn i barngruppen.

Särskilt om förebyggande åtgärder mot sexuellt överförbara sjukdomar

Det förebyggande arbetet mot sexuellt överförbara sjukdomar har en lång tradition i Sverige. De primärpreventiva åtgärderna består främst av information och de sekundärpreventiva bl.a. av kontaktspårning och behandling av smittade. När förekomsten av hivinfektion blev känd i landet

vidtogs snabbt en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. En särskild delegation, Aids-delegationen, inrättades med uppgift att bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, att följa och initiera angelägen forskning samt att bedöma och påtala behov av omedelbara åtgärder. Aids-delegationen avslutade sitt arbete år 1992 och arbetsuppgifterna överfördes till det nybildade Folkhälsoinstitutet.

Information, rådgivning och provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar sker på många öppenvårdsmottagningar. Ett av syftena med rådgivningen vid behandlingsbara sexuellt överförbara sjukdomar är att patienterna skall förstå hur de skall skydda sig i framtiden så att de inte återinsjuknar. Många landsting har bildat särskilda enheter för behandling av sexuellt överförbara sjukdomar, s.k. Sesam-mottagningar. Förebyggande åtgärder vad gäller hivinfektion sker även på infektionsklinikerna, där en stor del av hivtesterna utförs. Vid vissa infektionskliniker finns mottagningar med särskild inriktning på hiv/aids. Det finns även andra särskilda mottagningar som arbetar med prevention av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar, t.ex. ungdomsmottagningar och särskilda mottagningar för män som har sex med män. I kommuner ges information om sexuellt överförbara sjukdomar vid bl.a. sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna. Med tanke på att nya årskullar varje år står inför sin sexualdebut är sex- och samlevnadsundervisningen en verksamhet som ständigt måste hålla hög kvalitet och aldrig får upphöra.

Informationsinsatser för att hindra spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar görs bl.a. av Statens folkhälsoinstitut (FHI), landsting och kommuner samt av olika organisationer. FHI har i detta arbete en central roll och disponerar anslaget insatser mot aids (se avsnitt 16.2). En del av anslaget insatser mot aids går till förebyggande projekt i landsting och kommun. Projekten är ofta riktade mot viktiga målgrupper som ungdomar, män som har sex med män, invandrare och flyktingar samt hivpositiva och deras närstående. Därutöver har särskilda medel tillfälligtvis utbetalats för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna.

Institutet har haft regeringens uppdrag att ta fram ett förslag till nationell handlingsplan för prevention av hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar. En samrådsgrupp har bildats med institutet som sammankallande och med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarföreningen och Landstingsförbundet som övriga deltagande som ett led i att genomföra detta uppdrag. En uppföljning av hur arbetet med den nationella handlingsplanen har bedrivits överlämnades till regeringen i november 2002.

Frivilligorganisationer har en viktig roll inom det preventiva arbetet mot sexuellt överförbara sjukdomar, och då särskilt hivinfektion. Organisationerna har speciella möjligheter att nå sina målgrupper och de kan arbeta på ett friare sätt än vad myndigheterna har möjlighet till. Sådana frivilligorganisationer stöds av statliga medel från FHI. De tre organisationer som får det mesta stödet är Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset (Noaks Ark). Det finns även ett antal frivilligorganisationer med särskild inriktning på att stödja hivpositiva. Riksförbundet för hivpositiva (RFHP) är en paraplyorganisation för sex självhjälpgrupper/föreningar för hivpositiva. Preventiva insatser bland invandrargrupperna har ansetts vara angelägna, bl.a. för att minska smitt-

spridningen kring de redan smittade och för att motverka att invandrarna från länder med hög hivprevalens smittas vid besök i hemlandet. Invandrarnas egna organisationer och föreningar spelar en viktig roll i detta arbete.

Att hivsmitta sprids mellan narkomaner genom infekterade injektionsredskap uppmärksammades redan i början av den svenska hivpidemin. Liksom beträffande andra riskutsatta grupper består det hivpreventiva arbetet bl.a. av rådgivning och information. Både inom och utanför EU är det relativt vanligt att förse injektionsmissbrukare med rena sprutor och kanyler i syfte att hjälpa dem att skydda sig mot hiv och andra infektioner som kan smitta via blod. Ett annat syfte är att nå gruppen med information och erbjudande om behandling. I Sverige finns sedan mitten av 1980-talet sprututbytesprogram i Malmö och Lund. Socialstyrelsen har med anledning av Riksdagens tillkännagivande i betänkande 1999/2000:SoU10 om vissa narkotikafrågor m.m. med krav på underlag för slutligt ställningstagande till programmen utvärderat verksamheten. Regeringen avser återkomma till riksdagen med förslag om programmens framtid.

I juni 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. För att följa upp de beslut som då fattades med beslut på nationell nivå har regeringen tillkallat en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredarens huvuduppgift är att lämna fram ett förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Utredaren skall bl.a. utvärdera de insatser som vidtagits inom ramen för de särskilda statliga medel som avsatts för insatser mot hiv/aids. Mot bakgrund av ovanstående skall utredaren lämna förslag till framtida inriktning av anslaget insatser mot aids och till hur medlen skall administreras.

Vaccinationsverksamheten

Tillgången till vaccin har haft stor betydelse för att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. Vaccinationsprogrammen i Sverige har bl.a. medfört drastiska minskningar av förekomsten av allvarliga sjukdomar som t.ex. difteri och polio. Vidare har spridningen av de tidigare allmänt förekommande barnsjukdomarna mässling, påssjuka och röda hund starkt begränsats.

I Sverige finns ingen allmän skyldighet att låta sig vaccineras. Emellertid föreligger en möjlighet att införa obligatorisk vaccination vid krig eller andra utomordentliga förhållanden. Även om det inte föreligger någon skyldighet att låta sig vaccineras, verkar samhället för att vaccinationer skall erbjudas medborgarna. Rekommendationer om vaccinationsprogram har givits av Socialstyrelsen i allmänna råd. Vad gäller vaccinationsprogram finns för närvarande rekommendationer om det s.k. allmänna vaccinationsprogrammet för barn samt om riktade vaccinationsprogram till vissa grupper av befolkningen som löper större risk än andra att smittas av viss sjukdom. Syftet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn är att befolkningen skall erhålla ett grundskydd mot vissa smittsamma sjukdomar. I övrigt kan vaccinationer äga rum i form av en individuellt upplagd förebyggande behandling, t.ex. inför en utlandsresa.

Lagregler som ger uttryckligt besked om vem som har kostnadsansvaret för en vaccination saknas. I allmänhet ses vaccination som en individuell förebyggande åtgärd som den enskilde själv får bekosta. Vissa undantag finns dock. I somliga fall kan vaccinering i det enskilda fallet anses vara behövlig med hänsyn till det allmänna behovet av smittskydd och därför vara kostnadsfri enligt smittskyddslagen. Med hänsyn till ansvaret enligt arbetsmiljölagstiftningen för vidtagande av åtgärder mot hälsorisker i arbetet kan arbetsgivare i vissa fall vara skyldig att stå för kostnaden. Vaccinationsprogrammet för barn finansieras inom ramen för barn- och skolhälsovården, och kommunerna respektive landstingen svarar för kostnaderna. Vidare förekommer att enskilda landsting frivilligt påtagit sig kostnadsansvar för vaccinationer i vissa sammanhang, t.ex. när det gäller vaccination av patienter på vårdhem.

De flesta landstingen i landet har regionala rådgivande vaccinationsgrupper i vilka smittskyddsläkaren spelar en central roll. De enskilda sjukvårdshuvudmännen beslutar, med beaktande av Socialstyrelsens allmänna råd på området, om innehållet i och omfattningen av vaccinationsverksamheten.

Socialstyrelsen utövar tillsyn över vaccinationsverksamheten. Inom Socialstyrelsen finns ett rådgivande organ, Socialstyrelsens expertgrupp för vaccinationsfrågor, som består av representanter för Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Smittskyddsinstitutet, Svenska Läkarsällskapet, Arbetsmiljöverket och smittskyddsläkarna. Expertgruppens uppgifter är bl.a. att lämna råd och upplysningar i vaccinationsfrågor på Socialstyrelsens begäran, följa utvecklingen på området, föreslå åtgärder och verka för samordning av vaccinationsåtgärderna.

Ansvaret för att kontinuerligt följa upp vaccinationsprogrammets genomförande och immunitetsläget hos befolkningen åvilar Smittskyddsinstitutet. De redskap som används för uppföljning är dels undersökningar av vaccinationstäckningen dels den epidemiologiska statistiken över smittsamma sjukdomar och undersökningar av immunitetsläget hos befolkningen. Smittskyddsinstitutet skall även genomföra forskning kring nya vacciner.

För försörjningen av vaccinationspreparat svarar kommersiella vaccinproducenter. Det finns inte något nationellt organ med ett generellt ansvar för att det finns tillgång till vaccin i landet. I stället är det landstingen och andra som genomför vaccinering som förutsätts ta ansvar för att det finns tillgång till vaccin. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utrett hur ett nationellt ansvar för vaccinationsförsörjningen och lagerhållning av vaccin skulle kunna utformas för vissa viktigare vacciner. I sin redovisning av uppdraget föreslår Socialstyrelsen att Apoteket AB får ett preciserat nationellt ansvar för att upprätthålla en god försörjning av viktigare vacciner, nämligen sådana vacciner som ingår i Socialstyrelsens rekommendationer eller sådana där internationella krav på vaccination finns. Bolagets ansvar föreslås omfatta bevakning, licensförsäljning samt lagerhållning av vacciner och vissa antidoter. Apoteket AB:s årliga extrakostnad för detta åtagande bedöms uppgå till ca 750 000 kronor. Inom ramarna för överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2003, den s.k. Dagmaröverenskommelsen, avsattes därför medel för detta ändamål för år 2003. I det avtal mellan staten och Apoteket AB om

bolagets verksamhet som slöts den 31 januari 2003 regleras att bolaget skall ha ett nationellt ansvar för vaccinationsförsörjningen i enlighet med Socialstyrelsens förslag.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen föreslår i avsnitt 16 att landstingen även fortsättningsvis skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstinget. Undantag gäller dock för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka kommunerna och vissa nationella myndigheter har ansvaret. Landstingen har ett övergripande ansvar för att smittskyddet planeras och organiseras samt att besluta om vilka resurser som skall ges smittskyddsverksamheten. Smittskyddsläkaren svarar för organisationen och planeringen i detalj. Ansvaret för de direkta smittskyddsåtgärderna skall även i fortsättningen vila på smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna.

Förebyggande insatser av olika slag omfattar såväl information och rådgivning som olika projekt som har till syfte att hindra att den enskilde får en smittsam sjukdom. Kunskaper om smittvägar och åtgärder för att förhindra smittspridning är en förutsättning för att såväl smittade som osmittade personer skall kunna ta sitt ansvar för att förhindra smittspridning. Förebyggande insatser bedrivs av hälso- och sjukvårdspersonal, myndigheter och frivilligorganisationer. Smittskyddsläkarna har en central roll i det förebyggande arbetet och utför till stora delar det övergripande förebyggande arbetet inom landstinget. Smittskyddsläkarna har redan i praktiken ansvaret för att se till att förebyggande åtgärder vidtas.

Regeringen har inledningsvis framhållit att tyngdpunkten i smittskyddsarbetet måste ligga på det frivilliga förebyggande arbetet. Av detta skäl anser regeringen att ansvaret för att förebyggande åtgärder vidtas bör anges i lagen. En uttrycklig bestämmelse om att landstinget och under landstinget smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smitta skall därför föras in i smittskyddslagen. På motsvarande sätt skall det framgå att smittskyddsläkaren skall se till att förebyggande åtgärder vidtas samt att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov skall upplysa patienterna om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

Vaccinationsverksamheten är ett 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 i dag inte lagreglerad och landstingen beslutar själva om innehållet i och omfattningen av verksamheten. Enligt nuvarande smittskyddslag (1988:1472) och smittskyddsförordningen (1989:301) får Socialstyrelsen meddela föreskrifter om smittskyddet som inte gäller vaccination. Visserligen har Socialstyrelsen gett ut rekommendationer om vaccinationsprogram i allmänna råd och det finns såväl nationella som regionala organ som har en rådgivande roll och som verkar för samordning av åtgärderna.

Innehållet i och omfattningen av vaccinationsprogram för barn samt riktade vaccinationsprogram till vissa grupper av befolkningen som löper större risk än andra att smittas av viss sjukdom är enligt regeringens uppfattning exempel på åtgärder där det är viktigt att de vaccinationer som

erbjuds befolkningen eller vissa riskgrupper är likartade över landet. Regeringen anser av detta skäl att vaccinationsverksamheten i sin helhet inte bör uteslutas från de möjligheter att meddela föreskrifter som ges Socialstyrelsen enligt förslaget till ny smittskyddslag. En sådan möjlighet bör dock enligt regeringens bedömning inte omfatta kostnadsansvaret för vaccinationer eller prissättningen på de vaccinationer som erbjuds.

12.2 Smittspårning

Regeringens förslag: Den behandlande läkaren skall ha ansvar för att smittspårning bedrivs. Smittspårning skall även kunna bedrivas av annan hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens för detta. I sådana fall skall de också ha det formella ansvaret. Den som ansvarar för smittspårningen skall ha skyldighet att underrätta en person som kan ha smittats. Smittskyddsläkaren skall ha ett övergripande ansvar för smittspårningen. Skyldighet att bedriva smittspårning skall alltid gälla vid allmänfarliga sjukdomar. Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall bli föremål för smittspårning.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Socialstyrelsens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. I Socialstyrelsens förslag ingår även att den behandlande läkaren skall överväga smittspårning vid varje nytt fall, konstaterat eller misstänkt, av andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga.

Remissinstanserna om Smittskyddskommitténs förslag: Flertalet remissinstanser är i huvudsak positiva till kommitténs förslag. *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* anser dock att smittspårning, åtminstone såvitt avser hiv, borde bygga på individens frivilliga medverkan. En del remissinstanser konstaterar att det är viktigt att lagtexten utformas så att möjligheten att smittspåra vid sjukdomar som inte anges i lagen kvarstår. Merparten av instanserna stöder förslaget till utvidgning av personkretsen som kan ansvara för smittspårning. *Landstinget Väster-norrland* ser dock en risk att möjligheten för läkare att överlämna smittspårningen till annan kan missbrukas.

Remissinstanserna om Socialstyrelsens förslag: Flertalet remissinstanser som yttrat sig är i stort sett positiva till Socialstyrelsens förslag i fråga om vid vilka sjukdomar som smittspårning skall ske.

Bakgrund: 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. Här behandlas främst den del av smittspårningen som avser att söka upp människor som kan ha smittats av sjukdomen. Smittutredningar för att söka efter en smittkälla i miljön behandlas i avsnitt 14.

Den nuvarande smittskyddslagens regler om smittspårning gäller endast de samhällsfarliga sjukdomarna. Det primära ansvaret för smittspårningen åvilar den behandlande läkaren. Genom att ställa frågor till den som smittats av samhällsfarlig sjukdom skall läkaren söka få veta av

vad eller av vem patienten kan ha blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Läkaren skall också försöka få reda på till vem som den smittade kan ha fört smittan vidare. Den som smittats har en lagstadgad skyldighet att medverka i smittspårningen. Någon sanktion mot den som vägrar delta finns emellertid inte.

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

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) framhålls att den läkare som anser sig sakna kompetens vad gäller smittspårning kan överlämna behandlingsansvaret för den smittade och därmed också ansvaret för smittspårningen till annan läkare. Han kan vidare överlåta det praktiska arbetet på kurator eller sjuksköterska, men han har då kvar det formella ansvaret för smittspårningen. För att få råd om hur smittspårningen skall bedrivas kan läkaren vända sig till smittskyddsläkaren.

Som nämnts ovan skall behandlande läkare på lämpligt sätt underrätta den misstänkt smittade om skyldigheten att låta sig undersökas. För de sexuellt överförbara sjukdomarna framhålls i de allmänna råden att det i första hand är den smittade själv som bör kontakta den eller dem som han kan ha blivit smittad av och den eller dem som han själv kan ha fört smittan vidare till. I annat fall åvilar detta den som bedriver smittspårningen.

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

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

som sköter kontaktspårningen där. Allmänläkare utför oftare kontaktspårningen själva, i bland med hjälp av en sjuksköterska.

De flesta vetenskapliga undersökningar som gjorts har syftat till att belysa värdet av smittspårningen som sådan eller att finna den mest kostnadseffektiva metoden. Kunskapen om hur smittspårning rent faktiskt går till är emellertid begränsad. Av studier som Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen genomfört beträffande smittspårning av klamydia framgår bl.a. att läkarna i alltför stor utsträckning inte bedriver kontaktspårning i enlighet med sina skyldigheter och att detta främst beror på tidsbrist. Enligt studierna förekommer vidare att läkare i bland helt underlåter att genomföra kontaktspårning och i stället ger ett recept till patienten själv och ett till partnern. I Smittskyddskommitténs betänkande återfinns en utförlig redogörelse för hur smittspårningsarbetet bedrivs i praktiken och hur smittspårningen uppfattas av läkare och patienter.

Skälen för regeringens förslag: För att förebygga vidare smittspridning är det mycket viktigt att man så tidigt som möjligt når personer som kan misstänkas ha smittats. Särskilt viktig framstår smittspårningen vid sjukdomar som kan vara symtomfria, t.ex. hivinfektion, eftersom den smittade i dessa fall inte har en naturlig anledning att själv uppsöka läkare. Samtidigt kan konstateras att smittspårningsarbetet kan vara resurskrävande. Den kartläggning som gjorts av Smittskyddskommittén visar dock att smittspårning i många fall är en mycket effektiv metod och att smittspårning i stor utsträckning är accepterad som metod.

Mot bakgrund av vad som nu sagts skall smittskyddslagen även i fortsättningen 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. Liksom i dag skall ansvaret för smittspårningen ligga på den behandlande läkaren.

Det har visat sig att det i praktiken många gånger är kuratorer, sjuksköterskor eller barnmorskor som genomför smittspårningen, även om det är den behandlande läkaren som har det formella ansvaret. Regeringen ser inga hinder mot att smittspårning bedrivs av annan hälso- och sjukvårdspersonal, under förutsättning att personalen har kompetens för detta. Emellertid framstår det som befogat att den som utför det praktiska arbetet också har det formella ansvaret för smittspårningen. Det skall alltså anges i smittskyddslagen att uppgiften att bedriva smittspårning också kan fullgöras av hälso- och sjukvårdspersonal som har särskild kompetens för detta. Liksom i dag skall den som ansvarar för smittspårningen ha skyldighet att underrätta en person som kan misstänkas ha smittats.

I vilka fall skyldigheten att smittspåra bör gälla måste bedömas med hänsyn till det epidemiologiska behovet av vidare åtgärder. Det är enligt regeringens uppfattning självklart att samtliga allmänfarliga sjukdomar bör omfattas. Härutöver bör skyldigheten att bedriva smittspårning även omfatta andra sjukdomar som kan leda till allvarigare konsekvenser för den drabbade eller som om de får en större spridning kan utgöra en belastning för folkhälsan. I sin redovisning konstaterar Socialstyrelsen bl.a. att behandlande läkare alternativt smittskyddsläkare vid varje fall av nytt, misstänkt eller konstaterat fall av anmälningspliktiga sjukdomar skall överväga smittspårning. Med hänsyn till de svårigheter som kan föreligga för den enskilde läkaren att bedöma när smittspårning skall ske

och till vikten av att bedömningarna blir enhetliga i landet bör regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen få meddela närmare föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall bli föremål för smittspårning. Det finns dock inget som hindrar att smittspårning genomförs även i andra fall om det av epidemiologiska skäl är motiverat och den smittade frivilligt medverkar till det.

Även om nu angiven skyldighet att bedriva smittspårning främst syftar till att finna de människor som kan ha smittats skall skyldigheten att fråga patienten om smittvägar i förekommande fall även omfatta eventuella smittkällor i miljön.

I vissa smittspårningssituationer behövs en särskild kompetens och överblick över smittskyddsläget. Detta kan vara fallet t.ex. vid smitta som härrör från objekt eller djur eller vid större utredningar av smitta mellan människor. Smittskyddsläkaren bör av denna anledning ha ett övergripande ansvar för att se till att smittspårning äger rum. Smittskyddsläkarens roll bör här i första hand vara att underrätta dem som primärt ansvarar för åtgärden och samordna åtgärderna. När smittskyddsläkaren får en anmälan om inträffat sjukdomsfall bör han eller hon således ha skyldighet att se till att erforderlig smittutredning kommer till stånd. Detta innebär inte att smittskyddsläkaren själv behöver genomföra det praktiska smittspårningsarbetet. Ansvaret härför åvilar i första hand berörd behandlande läkare. I många lägen kan det dock 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 lokalisera en smittkälla.

Trots den viktiga funktion som smittspårning har för smittskyddsarbetet är arbetet inte alltid utan problem och det krävs såväl kompetens som tid. All smittspårning innebär ett intrång i människors integritet och etiska problem kan uppstå i samband med denna verksamhet, t.ex. när det gäller svårt sjuka patienter. Det förekommer att behandlande läkare har svårt att fullgöra sin skyldighet att bedriva smittspårning. Många av de problem som kan föreligga vid smittspårning torde kunna förebyggas genom att den enskilde läkaren får tillgång till råd och riktlinjer för hur arbetet skall bedrivas. Smittskyddsläkaren bör kunna ge råd i enskilda ärenden och också kunna göra utbildningsinsatser för att förbättra smittspårningsarbetet. I smittskyddsläkarens ansvar ligger också att uppmärksamma eventuella problem och vidta åtgärder för att komma tillrätta med detta. I detta ligger även att följa upp att möjligheten för läkare att överlämna smittspårningen till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens inte missbrukas.

Det måste emellertid också finnas en uttrycklig möjlighet för smittskyddsläkaren att överta smittspårningsärendet eller överlämna det 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, skall därför ha skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren får i ett sådant fall överta smittspårningsärendet eller överlämna det till annan person med kompetens för uppgiften. För att säkerställa att smittspårning verkligen utförs på ett tillfredsställande sätt skall vidare smittskyddsläkaren också ha möjlighet att överta eller över-

lämna ett ärende då han eller hon på annat sätt finner att smittspåringsarbetet är bristfälligt.

12.3 Medicinska och praktiska råd samt förhållningsregler

Regeringens förslag: Den behandlande läkaren skall ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av smittskyddslagen individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom skall den behandlande läkaren även besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att förhindra smittspridning. Förhållningsreglerna får endast avse ett eller flera av de moment som anges i smittskyddslagen. Om den smittade begär det skall smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsreglerna. Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en person som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller inte kommer att iaktta förhållningsreglerna skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. I kommitténs förslag återfinns ingen skyldighet för behandlande läkare att meddela förhållningsregler.

Socialstyrelsens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna om Smittskyddskommitténs förslag: En klar majoritet av remissinstanserna anser förslaget att förhållningsreglerna skall ersättas med icke bindande medicinska och praktiska råd vara en klar försämring. Framför allt betonar flera instanser att det behövs en möjlighet att kunna avstänga en person med smittsam sjukdom från visst arbete eller viss verksamhet. Några remissinstanser, bl.a. *Riksförbundet för hivpositiva*, betonar vikten av att ta bort förhållningsreglerna då dessa medfört stora svårigheter i kontakten mellan patient och läkare. Föreningen läkare mot AIDS framhåller däremot att man inte har erfarenheten att skyldigheten att meddela förhållningsregler äventyrar relationen mellan läkare och patient. De flesta remissinstanser instämmer i förslaget att de medicinska och praktiska råden skall vara individuellt utformade.

Remissinstanserna om Socialstyrelsens förslag: Flertalet remissinstanser, däribland *Länsrätterna i Stockholms och Kronobergs län* samt flera landsting, stödjer Socialstyrelsens förslag att bibehålla den behandlande läkarens skyldighet att meddela förhållningsregler. *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* och *Riksförbundet för sexuell upplysning* avstyrker förslaget till avstängning från yrkesverksamhet, i vart fall rörande hivinfektion.

Merparten av instanserna välkomnar att det regleras vilka moment som förhållningsregler som skall kunna omfatta. En del remissinstanser efterlyser att förhållningsregler skall kunna meddelas även beträffande andra moment. Flera remissinstanser påpekar att begreppen säkrare sex och säker sex behöver specificeras. *Riksförbundet för hivpositiva*, *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* och *Nätverket Positiv Påverkan* avstyrker förslaget om skyldighet att informera sexualpartner. *Lands-*

tingsförbundet anser att man borde överväga att ge förhållningsreglerna en mindre detaljerad utformning.

Bakgrund: Den behandlande läkaren är enligt gällande smittskyddslag skyldig att meddela den som undersöks för samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs för att hindra smittspridning. Meddelade förhållningsregler skall tas in i den undersöktes patientjournal. Den enskilde är skyldig att följa reglerna. Uppgifter om meddelade förhållningsregler skall av behandlande läkare lämnas i den anmälan som han och hon har att göra till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet.

Förhållningsreglerna får avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt och skall avpassas både till den sjukdom som är ifråga och till den smittades person. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) bör i förhållningsreglerna ingå en uppmaning om fortsatt läkarkontakt.

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

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

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

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

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

I smittskyddskommitténs betänkande återfinns en utförlig redovisning av kunskapsläget gällande olika beteendevetenskapliga aspekter av spridningen av smittsamma sjukdomar samt den utvärdering som kommittén lät genomföra av hur förhållningsreglerna och smittskyddslagens övriga bestämmelser uppfattas och påverkar de människor som berörs av bestämmelserna.

Skälen för regeringens förslag

Medicinska och praktiska råd

Regeringen har inledningsvis framhållit att tyngdpunkten i smittskyddsarbetet bör ligga på frivilliga åtgärder. 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. Regeringen har även föreslagit att en skyldighet för den som bär på en smittsam sjukdom att medverka till att smittspridning förhindras skall föras in i smittskyddslagen (se avsnitt 11). För att den smittade skall kunna fullgöra denna skyldighet behöver han eller hon bl.a. ges information om vad han eller hon kan göra för att förhindra att smitta sprids vidare. I sådana fall blir den behandlande läkarens uppgift att genom stöd och råd se till att patienten får hjälp att i sitt dagliga liv iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder. Denna uppgift innefattar att ge patienten medicinska och praktiska råd av skiftande slag. En sådan roll är en naturlig del av en läkares arbetsuppgifter även utan särskild reglering i smittskyddslagen. Denna typ av insatser är dock i många fall en förutsättning för att den enskilde skall kunna vidta frivilliga insatser för att förhindra smittspridning samt för att den smittande skall kunna leva upp till de skyldigheter som följer av smittskyddslagen. Av detta skäl anser regeringen att det uttryckligen skall framgå av smittskyddslagen att den behandlande läkaren skall ge den enskilde medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Denna skyldighet skall omfatta samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag.

Förhållningsregler

Den kartläggning som kommittén gjort visar att läkarna i de allra flesta fall sköter meddelande av förhållningsregler på ett nyanserat sätt och i enlighet med de intentioner som finns i lagens förarbeten. I de flesta fall synes förhållningsregler enligt kommittén 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 smittade, bl.a. när det gäller frågan om att informera andra om sin smitta, och hur förhållandet till läkaren påverkas av dennes skyldighet att kontrollera om den enskilde uppfyller sitt ansvar. En del läkare har påpekat olika problem rörande skyldigheten att följa upp att patienten följer sina förhållningsregler och förena denna roll med rollen som behandlande läkare. Samtidigt uppfattar flera läkare att lagens bestämmelser fungerar som ett viktigt stöd i deras arbete.

Även om kommitténs kartläggning visat att bestämmelserna om tvingande förhållningsregler i många fall inte inneburit några stora problem finns flera frågor, av såväl praktisk som principiell natur, som bör beaktas. Det kan t.ex. konstateras att den nuvarande smittskyddslagen inte innehåller någon direkt sanktion mot den som inte följer givna förhållningsregler. Att beteckna förhållningsreglerna som tvingande är av detta skäl en sanning med modifikation. Ytterst kan samhället ingripa med tvångsåtgärder men endast under särskilda villkor och då i syfte att skydda andra mot smittspridning. Vidare är nuvarande bestämmelser om förhållningsregler begränsade till de samhällsfarliga sjukdomarna.

En annan fråga gäller förhållningsreglernas inverkan på relationen mellan patienten och läkaren. Vid remissbehandlingen har det framkommit att det råder en delad uppfattning om vilken inverkan förhållningsreglerna har på relationen mellan patienten och läkaren. En del instanser, bl.a. *Riksförbundet för hivpositiva*, har betonat vikten av att ta bort förhållningsreglerna då dessa medfört stora svårigheter i kontakten mellan patient och läkare, medan andra instanser, bl.a. *Föreningen läkare mot AIDS*, framhållit att man inte har erfarenheten att skyldigheten att meddela förhållningsregler äventyrar relationen mellan läkare och patient.

Ytterligare en viktig fråga är vilka möjligheter läkaren har till kontroll av att patienten följer meddelade förhållningsregler. Kontrollmöjligheterna är i praktiken begränsade och läkarens möjlighet att få information är ofta begränsad till uppgifter från patienten själv. 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 stora 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 stöd.

Inledningsvis har regeringen konstaterat 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 ifrågasättas om det är rimligt att tvingande förhållningsregler meddelas rutinmässigt. Smittskyddskommittén föreslår av detta skäl att förhållningsreglerna avskaffas och i sin helhet ersätts med en skyldighet för den

behandlande läkaren att vid samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag ge den smittade medicinska och praktiska råd. Den behandlande läkare föreslås få en skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren om den som bär på en smittsam sjukdom inte iakttar de försiktighetsåtgärder som krävs för att skydda andra människor mot smitta. Samtidigt konstaterar kommittén att man utifrån det underlag som funnits tillgängligt inte kunnat ta ställning till frågan om en eventuell förbudsmöjlighet när det gäller smittades utövning av yrke eller deltagande i annan verksamhet där han eller hon kan utsätta andra för risk att smittas.

I remissbehandlingen av kommitténs förslag har det framkommit att de flesta av instanserna betraktar förhållningsreglerna som ett viktigt instrument i smittskyddsarbetet. Förhållningsregler skapar en tydlighet genom att patienten får besked om vilka försiktighetsåtgärder som det är nödvändigt att han eller hon iakttar för att förhindra vidare smittspridning. Behovet av att bibehålla en möjlighet att avstänga en smittad person från yrkesutövning har betonats särskilt av många remissinstanser. I de allra flesta fall kan man utgå från att denna fråga kan regleras på frivillig väg. Även om flertalet som bär på en allmänfarlig sjukdom är beredda att följa de medicinska och praktiska råd som de får av den behandlande läkaren kommer det dock alltid att finnas ett antal fall då frivilliga åtgärder inte är tillräckliga. Vidare är det sannolikt inte lättare för den behandlande läkaren att följa upp om den smittade vidtagit de försiktighetsåtgärder som krävs för att hindra andra från att smittas än att följa upp om den smittade iakttar eller kommer att iaktta meddelade förhållningsregler.

Förhållningsregler utgör enligt regeringens uppfattning ett viktigt stöd i smittskyddsarbetet. Det skulle av detta skäl ge fel signaler om de togs bort ur smittskyddslagen. Det kan inte enbart vara den enskildes ensak att avgöra om han eller hon behöver iaktta försiktighetsåtgärder för att förhindra att andra människor smittas. Att avstå från att dela injektionsverktyg vid sjukdomar som smittar via blodet eller att iaktta försiktighetsåtgärder vid sexuellt umgänge vid hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar bör exempelvis vara grundläggande krav ur smittskyddshänseende. Det är dessutom nödvändigt att bibehålla en möjlighet att stänga av en smittad person från utövning av yrke eller annan sysselsättning där han eller hon kan utsätta andra för risk att smittas. Vid en samlad bedömning anser regeringen att övervägande skäl talar för att en skyldighet för behandlande läkare att besluta om förhållningsregler för den som misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom skall finnas kvar.

Regeringen har inledningsvis framhållit att en humanistisk människosyn skall ligga till grund för samhällets smittskydd och att detta talar för stor tydlighet när det gäller skyddet för den enskilde. För att stärka den enskildes ställning och minska risken för godtycke anser regeringen att skyldigheten att besluta om förhållningsregler skall begränsas till vissa moment som uttryckligen anges i smittskyddslagen. I sin redovisning har Socialstyrelsen föreslagit att följande moment skall kunna ingå i förhållningsreglerna; inskränkningar i sysselsättning, arbete, barnomsorg eller boende, förbud att donera blod och organ, förbud att låna ut begagnade injektionsverktyg, skyldighet att informera vårdgivare om smittbärarskap, skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap, skyldig-

het att iaktta säker sex samt skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

En del remissinstanser har efterlyst att förhållningsregler skall kunna beslutas även beträffande andra moment, t.ex. om var inom vården en patient skall vårdas eller en skyldighet att genomföra behandling om sådan är epidemiologiskt motiverad. Regeringen har dock funnit att sådana förhållningsregler skulle strida mot att principerna om att förhållningsregler skall riktas till den smittade samt att den enskilde inte skall vara skyldig att genomgå vård eller behandling. Av kommitténs betänkande framgår emellertid att åtgärder som rör hygien är vanligt förekommande försiktighetsåtgärder vid många smittsamma sjukdomar. En möjlighet att meddela förhållningsregler i fråga om skärpta hygienrutiner bör därför enligt regeringens bedömning finnas.

Mot denna bakgrund anser regeringen att de förhållningsregler för den smittade som den behandlande läkaren skall besluta om endast skall kunna avse ett eller flera av följande moment:

- inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller annan verksamhet,
- förbud mot att donera blod och organ,
- förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
- skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke medicinska ingrepp om smittbärarskap,
- skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
- skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta beteende som minskar risken för smittspridning,
- skyldighet att iaktta skärpta hygienrutiner, eller
- skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Liksom i dag skall förhållningsreglerna tas in i den undersöktes patientjournal och läkaren så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

Enligt regeringens förslag till ny smittskyddslag har gruppen allmänfarliga sjukdomar avgränsats så att den omfattar de sjukdomar vid vilka det finns behov av individinriktade åtgärder, som t.ex. förhållningsregler. Förteckningen över allmänfarliga sjukdomar har bl.a. anpassats till behovet av att kunna avstänga smittade personer från arbetet. Det finns därför inte anledning att utvidga skyldigheten att besluta om förhållningsregler till andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga.

Förhållningsreglerna kan innebära inskränkningar i den enskildes grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Det är därför viktigt att nödvändigheten av dem prövas noga i varje enskilt fall och att smittskyddsintresset vägs mot den enskildes integritet och rörelsefrihet. Att avstänga en person från arbetet eller någon annan verksamhet som han eller hon dagligen vistas i och där man har en viktig del av sina sociala kontakter är naturligtvis ett stort ingrepp i den enskildes frihet och integritet. Av detta skäl är det självklart att skyldigheten för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler måste användas med stor försiktighet (nedan behandlas möjligheterna att få meddelade förhållningsregler prövade och överklagade).

Det är särskilt viktigt att förhållningsregler används med försiktighet när det är frågan om barn som är smittbärare. Möjligheten för barnet att

delta t.ex. inom förskoleverksamhet är många gånger av stor betydelse för barnets förutsättningar att utvecklas. Av detta skäl bör de förhållningsregler som skall meddelas alltid anpassas efter barnets ålder och utveckling samt vara utformade så att de medför ett så litet intrång i barnets livsföring som möjligt. Möjligheten att vidta alternativa åtgärder för att förhindra smittspridning, t.ex. att erbjuda personal och andra barn som riskerar att smittas vaccinering, bör så långt det är möjligt prövas som ett led i strävan att utforma förhållningsreglerna så att intrånget i barnets livsföring begränsas.

Här kan anföras att det även beträffande en del andra sjukdomar kan framstå som viktigt att nödvändiga försiktighetsåtgärder vidtas. Regeringen har av denna anledning ovan föreslagit att den behandlande läkaren skall ha en skyldighet att ge medicinska och praktiska råd vid samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av kommitténs förslag till smittskyddslag.

Anmälan till smittskyddsläkaren och åtgärder vid sådan anmälan

Om den behandlande läkaren har anledning att befara att en person som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller inte kommer att iaktta de förhållningsregler som meddelats skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren. En sådan anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten kan få det stöd som behövs för att ändra sitt beteende genom läkarens försorg (se avsnitt 12.5). Smittskyddsläkaren skall i första hand ta kontakt med den behandlande läkaren och den smittade för att försöka finna andra lösningar för att förmå den smittade att följa förhållningsreglerna och förhindra att den smittade inte utsätter andra människor för risk att smittas, bl.a. genom sin yrkesverksamhet. Sådana lösningar kan t.ex. vara att försöka finna andra arbetsuppgifter där risk för smittspridning inte förekommer. Om det visar sig omöjligt att få en frivillig lösning till stånd har smittskyddsläkaren möjlighet att överväga om ytterligare åtgärder bör vidtas. Det kan i så fall bli frågan om att ansöka om isolering oberoende av den enskildes samtycke, om förutsättningarna för detta bedöms vara uppfyllda. Regeringen anser att det i likhet med vad som gäller i dag inte bör finnas någon särskild sanktion för det fall att någon bryter mot en förhållningsregel. Det är inte troligt att en sådan sanktion i efterhand skulle få någon större effekt på smittspridningen.

Prövning och överklagande av förhållningsregler

I nu gällande smittskyddslag finns en möjlighet för den smittade att begära att smittskyddsläkaren skall ompröva givna förhållningsregler. En sådan möjlighet skall behållas även i den nya smittskyddslagen. Den behandlande läkaren skall upplysa smittbäraren om rätten att få förhållningsreglerna prövade. I sådana fall skall smittskyddsläkaren ha möjlighet att ändra reglerna på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkaren bör även ha möjlighet att på eget initiativ ändra förhållningsreglerna.

På samma sätt som gäller i nuvarande smittskyddslag bör det finnas en möjlighet för smittbäraren att överklaga smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att en bestämmelse om rätt att överklaga smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler hos allmän förvaltningsdomstol skall finnas i den nya smittskyddslagen.

12.4 Underrättelse till närstående

Regeringens förslag: Den behandlande läkaren skall vara skyldig att anmäla till smittskyddsläkaren om han eller hon får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen och detta medför att den närstående löper påtaglig risk att smittas. Smittskyddsläkaren skall om hon eller han gör samma bedömning underrätta den närstående om smittrisk och hur den kan förebyggas.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. I kommitténs förslag ingår att den behandlande läkaren även skall vara skyldig att informera närstående som utsätts för smittrisk.

Socialstyrelsens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. I Socialstyrelsens förslag ingår dessutom att smittskyddsläkaren skall kunna informera andra än närstående om de utsätts för smittrisk.

Remissinstanserna om Smittskyddskommitténs förslag: De flesta instanser uttrycker stöd för kommitténs förslag i stort. Förslaget om att den behandlande läkaren skall underrätta närstående som utsätts för påtaglig smittrisk får ett blandat bemötande av instanserna. De flesta instanser instämmer i behovet av en möjlighet att underrätta närstående. Ett par instanser, bl.a. *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande*, avvisar förslaget helt. Några remissinstanser framhåller att förslaget riskerar hota relationen mellan läkare och patient. Flera remissinstanser, varav flera landsting, anser att det är smittskyddsläkaren som bör informera en närstående i de fall som detta bör ske.

Remissinstanserna om Socialstyrelsens förslag: Förslaget att smittskyddsläkaren skall informera även andra än närstående om de som utsätts för smittrisk får ett blandat bemötande. En del instanser, bl.a. en del landsting, tillstyrker förslaget om att smittskyddsläkaren skall få befogenhet att informera dem som utsätts för smittrisk. *Riksförbundet för sexuell upplysning* och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* avstyrker förslaget. Flera instanser, bl.a. *Länsrätten i Stockholms län*, ifrågasätter om det, utöver den information om smittrisk som skall ges till närstående, finns ett behov av en sådan regel. *Svenska Läkaresällskapet* anser att förslaget medför en oroande uppluckring av sjukvårdsekretessen. Flera instanser påpekar att förslaget kräver en mycket noggrann precisering av under vilka förutsättningar information skall ges och vilka personer som skall informeras.

Skälen för regeringens förslag: En fråga som särskilt bör tas upp är de fall då den som är smittad av en allmänfarlig 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. Regeringen anser att tvångsisolering som huvudregel inte bör användas i syfte att skydda någon enskilda individ. I de fall då det endast är en person som bedöms vara utsatt för smittrisk bör man i första hand försöka hitta andra lösningar. Mot denna bakgrund finns det ett behov av att i vissa fall kunna underrätta en närstående om smittan. Detta innebär visserligen en begränsning av nuvarande sekretesskydd men det är å andra sidan en för den enskilde betydligt mindre ingripande åtgärd än isolering. Av detta skäl föreslår regeringen att en möjlighet att informera närstående som utsätts för påtaglig risk att smittas när den som bär på smitta av allmänfarlig sjukdom har underlåtit att själv informera om smittrisen skall införas.

Vissa remissinstanser har framfört att den föreslagna möjligheten till sekretessgenombrott innebär ett hot mot relationen mellan patient och läkare. För relationen mellan patienten och den behandlande läkaren torde det vara en fördel om det inte är den behandlande läkaren som har till uppgift att informera närstående. Regeringen anser till skillnad från kommittén att underrättelsen inte bör lämnas av den behandlande läkaren utan av smittskyddsläkaren. Den behandlande läkarens skyldighet bör därvid begränsas till att anmäla till smittskyddsläkaren att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om att han eller hon bär på en sådan sjukdom och detta medför att den närstående utsätts för påtaglig risk för att smittas. Smittskyddsläkaren skall i sin tur om han eller hon gör samma bedömning som den behandlande läkaren underrätta den närstående om smittrisen och om hur den kan förebyggas. Att behovet av att informera närstående om smittrisk prövas av smittskyddsläkaren bidrar också till enhetlighet i tillämpningen av smittskyddslagets regler. Regeringen förutsätter att en sådan underrättelse kommer att kunna ske utan onödigt dröjsmål.

I sin redovisning har Socialstyrelsen föreslagit att smittskyddsläkaren skall ges möjlighet att även informera andra personer i den smittades omgivning som löper risk för att bli smittade på grund av att den smittade underlåter att följa meddelade förhållningsregler. Att utvidga den föreslagna möjligheten för smittskyddsläkaren att informera närstående som utsätts för påtaglig risk att smittas när den som bär på smitta har underlåtit att själv informera om smittrisen till att i vissa fall kunna omfatta även andra personer, t.ex. arbetskamrater eller skolkamrater, skulle medföra att en mycket vid krets av personer skulle kunna informeras om smittan. En sådan möjlighet skulle för många framstå som mycket integritetskränkande. Flera remissinstanser har framhållit att en sådan möjlighet skulle medföra att sekretessen inom hälso- och sjukvården urholkas avsevärt. En del instanser har vidare påtalat att det finns avsevärda svårigheter med att på ett tydligt sätt avgränsa den grupp som skall informeras. I fall då en större grupp individer utsätts för risk för smitta, t.ex. vid utbrott av luftburen smitta, är i många fall en möjlighet till sekretessgenombrott inte nödvändig för att smittskyddsläkaren skall kunna informera berörda personer om att en smittrisk föreligger och hur man skyddar sig mot denna. En skyldighet för smittskyddsläkaren att även informera andra än närstående som utsätts för smittrisk vore mot denna bakgrund alltför långtgående.

12.5 Den behandlade läkarens uppgifter i övrigt

Regeringens förslag: Den behandlande läkaren är skyldig att undersöka den som misstänks bära på en smittspårningspliktig sjukdom, att anmäla till smittskyddsläkaren om någon som misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte vill låta sig undersökas eller inte följer erbjuden behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor samt att anmäla vissa andra förhållanden till smittskyddsläkaren.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag.

Remissinstanserna: De flesta instanser uttrycker stöd för kommitténs förslag i stort. Få instanser uttalar sig i frågan om när den behandlande läkaren skall informera smittskyddsläkaren om att en smittad inte iakttar försiktighetsåtgärder.

Bakgrund: Varje läkare åläggs i den nuvarande smittskyddslagen en allmän skyldighet att vara uppmärksam på samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren vidare skyldig att undersöka den som har anledning att anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Läkaren skall ta de prov som behövs för att kunna konstatera om den undersökte smittats av sjukdomen. Vid konstaterad smitta föreligger även skyldighet att behandla. Läkaren skall vidare, om det inte är uppenbart att patienten inte är smittad, informera om sjukdomens art och smittsamhet samt meddela de förhållningsregler som patienten skall iaktta för att undvika smittspridning. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock för en läkare i privat verksamhet endast om läkaren får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Utöver vad som nämnts ovan har den behandlande läkaren bl.a. också en skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om den smittade eller misstänkt smittade avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det.

Skälen för regeringens förslag: Läkaren har ett allmänt vård- och behandlingsansvar enligt annan 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 om 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. Utöver skyldigheten att bedriva smittspårning och ge medicinska och praktiska råd samt i vissa fall meddela förhållningsregler rörande hur den enskilde skall bete sig bör i smittskyddslagen också slås fast att läkaren är skyldig att undersöka en person som misstänks ha smittats samt att göra anmälan till smittskyddsläkaren vid vägran att låta sig undersökas.

Läkarundersökning utgör ett viktigt led i det smittutredande arbetet och denna skyldighet har inte ifrågasatts. Vikten av att kunna konstatera om en person är smittad gäller både vid de allmänfarliga sjukdomarna och för andra sjukdomar där smittspårning aktualiseras. Läkarens skyldighet

att undersöka en person som misstänks bära på en smittsam sjukdom skall därför omfatta både allmänfarliga sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar för vilka smittspårning skall komma i fråga (se avsnitt 12.2).

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

Utöver det rent medicinska omhändertagandet skall den behandlande läkaren ge patienten ett personligt stöd så att han eller hon kan hantera sin sjukdom (se avsnitt 11). Om läkaren finner att en patient är i behov av ytterligare psykosocialt stöd eller särskilda behandlingsinsatser, bör han eller hon i samråd med patienten försöka ordna detta. Om patienten medger det kan läkaren även vända sig till smittskyddsläkaren som torde ha större möjligheter att få till stånd sådana insatser.

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 eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom bryter mot en förhållningsregel skall läkaren därför fortfarande ha en skyldighet att anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren som herefter får bedöma vilka åtgärder som är nödvändiga. En anmälan till smittskyddsläkaren skall också göras om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor. I motsats till vad som gäller enligt nuvarande bestämmelse skall dock inte skyldigheten inträda så snart läkaren uppmärksammat att den smittade utsätter eller kan misstänkas utsätta andra för smittrisk. Läkaren bör först få en möjlighet att själv hjälpa den enskilde att komma till rätta med sina problem om detta ter sig meningsfullt.

12.6 Smittskyddsläkarens uppgifter i övrigt

Regeringens förslag: Smittskyddsläkaren har det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. Smittskyddsläkaren skall bl.a. stödja hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom smittskyddet, ge råd om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan, bevaka att enskilda som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken samt fortlöpande följa smittskyddsläget i området. Smittskyddsläkaren skall vidare påpeka brister i smittskyddet och vid behov underrätta tillsynsmyndighet.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. I kommitténs förslag ingår även att smittskyddsläkaren skall ha ett ansvar för att stödja enskilda som bär på en smittsam sjukdom samt en uttrycklig skyldighet att anmäla till respektive tillsynsmyndighet om ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd och den vård som den enskilde behöver för att smittspridning skall motverkas.

Remissinstanserna: I stort får kommitténs förslag stöd av de flesta instanser. En del kritiska synpunkter framförs dock rörande vissa av de föreslagna utökningarna av smittskyddsläkarens uppgifter. Ett par instanser anser att smittskyddsläkarens uppgifter förskjuts i riktning mot den behandlande läkarens, vilket i vissa lägen innebär en tveksam dubbelroll. Särskilt riktas kritik mot att smittskyddsläkaren skall ha till uppgift att stödja enskilda. Flera av landstingen anser att kravet att smittskyddsläkaren i vissa fall om inte särskilda skäl talar däremot skall hålla ett personligt samtal med den enskilde är för långtgående. Vad gäller smittskyddsläkarens befogenhet att göra påpekanden om förhållanden som kan hota smittskyddet och skyldighet att anmäla sådana förhållanden till tillsynsmyndighet är remissinstanserna splittrade. Flera remissinstanser pekar på att smittskyddsläkaren är i beroendeställning till landstinget och det är lätt för smittskyddsläkaren att underlåta att driva ärenden som innebär kostnader för eller kritik mot sin egen huvudman.

Bakgrund: Smittskyddsläkaren skall enligt den nuvarande smittskyddslagen planera, organisera och leda smittskyddet samt därutöver bl.a. verka för samordning och likformighet av smittskyddet, fortlöpande följa smittskyddsläget i landstinget och verka för att förebyggande åtgärder vidtas. Han skall vidare hjälpa de kommunala nämnder som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras arbete samt undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal och hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor. Vidare skall smittskyddsläkaren lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor samt även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd. Utöver dessa allmänna uppgifter har smittskyddsläkaren även myndighetsutövande uppgifter, bl.a. att fatta beslut rörande tvångsåtgärder och att pröva förhållningsregler.

I smittskyddslagen finns bestämmelser om skyldighet för smittskyddsläkaren och andra som är verksamma på smittskyddsområdet att samarbeta och lämna uppgifter till varandra.

Skälen för regeringens förslag: Smittskyddsläkaren har som framgått en central roll i samhällets smittskydd. Smittskyddsläkaren får genom sitt arbete en samlad bild av smittskyddsläget inom det område där han eller hon verkar och är den som många gånger har den bästa kompetensen för att avgöra vilka insatser som behövs, både generellt och i enskilda fall. Med undantag för vissa beslut om tvångsingripanden som rör enskilda individer anser regeringen att smittskyddsläkarens huvudsakliga uppgifter inte bör förändras. Smittskyddsläkaren skall således även i fortsättningen ha det övergripande ledningsansvaret för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon är verksam. I detta ligger att smittskyddsläkaren har att följa upp smittskyddsläget inom området, se till att behövliga åtgärder för smittutredning vidtas och 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 (se avsnitt 12.1). Med hänsyn till att smittskyddsläkaren är den som har bäst överblick och erfarenhet av olika typer av smittsamma sjukdomar är det också av stor betydelse att smittskyddsläkaren stödjer och biträder behandlande läkare, sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet. Smittskyddsläkarens uppgifter när det gäller bl.a. smittspårning, förhållningsregler, underrättelse av närstående, tvångsåtgärder och objektinriktade åtgärder återges i avsnitt 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 13 och 14. Regeringens överväganden när det gäller huvudmannaskapet för smittskyddsläkarorganisationen återfinns i avsnitt 16.1.

Med hänsyn till regeringens överväganden när det gäller isolering och strävandena att minska användningen av denna tvångsåtgärd 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. Redan i dag lägger smittskyddsläkarna i många fall ned ett betydande arbete på att få till stånd frivilliga åtgärder i sådana fall då den smittade 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 att detta äger rum. Smittskyddsläkaren skall därför dels ges en generell skyldighet att bevaka att den enskilde smittade får det stöd eller den vård som behövs, dels ha ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för en eventuell ansökan om isolering. En sådan utredning bör bestå i bl.a. kontakter med den behandlande läkaren och vid behov samtal med den smittade själv. Beroende på vilka problem som finns får smittskyddsläkaren sedan ta kontakt med ansvariga vårdgivare för en bedömning av vilken åtgärd som behövs. Regeringen förutsätter att smittskyddsläkaren samverkar med berörda huvudmän och att dessa medverkar till att få till stånd de åtgärder som behövs. Om smittskyddsläkaren tagit kontakt med berörda huvudmän och påtalat behovet av olika insatser ligger naturligtvis ansvaret för att åtgärder vidtas därefter på huvudmännen.

Flera remissinstanser har pekat på att smittskyddsläkaren är i beroendeställning till landstinget och att erfarenheterna hittills visar att det är lätt för smittskyddsläkaren att underlåta att driva ärenden som innebär kostnader för eller kritik mot sin egen huvudman. En uttrycklig skyldighet för smittskyddsläkaren att anmäla till respektive tillsynsmyndighet om ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd och den vård som den enskilde behöver för att smittspridning skall motverkas skulle som ett par remissinstanser framhåller ställa särskilda krav på smittskyddsläkarens oberoende och anställningsform. I avsnitt 16.1 framhåller regeringen att en nackdel med ett landstingskommunalt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen är den beroendeställning som smittskyddsläkaren kan få till landstingen. Regeringen konstaterar dock att det i den nuvarande situationen inte finns tillräckliga skäl för att föreslå något annat än ett fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap. En följd av detta ställningstagande är enligt regeringens bedömning att det skulle föra för långt att införa en uttrycklig skyldighet för smittskyddsläkaren att anmäla till respektive tillsynsmyndighet om ansvarig huvudman inte erbjuder det stöd eller den vård som den enskilde behöver för att motverka risken för smittspridning.

Flera av remissinstanserna har påtalat att smittskyddsläkarens uppgifter med kommitténs förslag förskjuts i riktning mot den behandlande läkarens, vilket i vissa lägen kan innebära en tveksam dubbelroll. Särskilt riktas kritik mot att smittskyddsläkaren skall ha till uppgift att stödja enskilda. Regeringen anser att den behandlande läkarens och smittskyddsläkarens uppgifter i princip bör hållas isär. Avsikten är inte att smittskyddsläkaren skall ta över den behandlande läkarens roll och själv t.ex. ge omfattande samtalsstöd till den enskilde. Undantagsvis kan det vara lämpligt att smittskyddsläkaren själv fortsätter kontakten med den smittade. Smittskyddsläkarens skyldighet att bevaka att den smittade får behövligt stöd eller vård torde främst aktualiseras genom en anmälan om att en smittad person inte följer meddelade förhållningsregler, genom att den smittade själv vänder sig till smittskyddsläkaren för att han eller hon inte får hjälp eller genom en anhållan om hjälp från behandlande läkare i enskilda fall. Smittskyddsläkaren skall däremot inte bedriva någon generell tillsyn eller rutinmässigt kontrollera samtliga rapporterade sjukdomsfall. I lagen skall dock uttryckligen anges att smittskyddsläkaren skall ha befogenhet att göra påpekanden om brister i smittskyddet. Om påpekan- det inte följs skall smittskyddsläkaren kunna anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndigheten kan därefter, om det behövs, utfärda föreläggande om rättelse, eventuellt i förening med vite.

Samverkan och samarbete

Eftersom ansvaret för det samlade smittskyddet i samhället är uppdelat på många aktörer och huvudmän och att dessa i förhållande till varandra har ett självständigt ansvar krävs väl utvecklad samverkan och samarbete mellan dessa. Inte minst krävs samordning och täta kontakter mellan aktörerna då det är frågan om smittutredningar som omfattar såväl människor som djur och objekt (se även avsnitt 14). Motsvarande krav ställs också då det är frågan om smitta som spridit sig mellan olika kommuner eller landsting.

I smittskyddsläkarens ansvar för det regionala smittskyddet ligger också en skyldighet att verka för samordning av smittskyddsåtgärderna oberoende av om dessa är personriktade eller objektriktade. Det är härvid av stor vikt att han eller hon samverkar med andra aktörer inom smittskyddet, t.ex. andra smittskyddsläkare och ansvariga kommunala nämnder. Ofta behövs också samverkan och samarbete med myndigheter som ansvarar för åtgärder mot smittsamma sjukdomar som rör djur, t.ex. länsveterinär och Jordbruksverket. Den nya smittskyddslagen skall därför innehålla särskilda bestämmelser om samverkan och samarbete.

13 Tvångsåtgärder

13.1 Allmänna principer för användning av tvångsåtgärder

Regeringens bedömning: Ett antal allmänna principer bör vara vägledande vid regleringen av tvångsåtgärder. Tvångsåtgärder bör utgöra den sista utvägen när alla andra alternativ uttömts. Etiska och epide-

miologiska bedömningar bör vara avgörande för om tvångsåtgärder skall få vidtas i en viss situation.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stor utsträckning med regeringens förslag, men kommittén anger vissa ytterligare principer till ledning för när tvångsåtgärder får vidtas, bl.a. att smittrisen skall vara överhängande och att samhället skall ha fullgjort sitt ansvar gentemot den smittade genom att erbjuda honom eller henne frivillig vård och behandling för sjukdomen och för andra problem som har betydelse för smittspridningen.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna är i huvudsak positiva till kommitténs förslag när det gäller grundläggande principer för när tvångsåtgärder skall få vidtas. *Kammarrätten i Jönköping* och *Länsrätten i Göteborg* är tveksamma till om förslaget är förenligt med Europakonventionen vad avser tvångsåtgärder vid hivsmitta. *Region Skåne* är kritisk mot att man styr tvånget mot den straffrättsliga delen och anser att huvudprincipen bör vara att stärka den mildaste formen av tvång, d.v.s. föreskrifterna.

Skälen för regeringens bedömning: Den nuvarande smittskyddslagen innehåller relativt långtgående skyldigheter som har ansetts motiverade av hänsyn till samhällsskyddet. Den kartläggning som gjorts av Smittskyddskommittén visar att tvångsåtgärder i praktiken har tillgripits i mycket få fall och att åtgärderna generellt använts på ett nyanserat och bra sätt. Regeringen vill starkt betona att tvångsåtgärder endast får vidtas som en sista utväg. Samtidigt får dock hänsyn tas till att tvång måste kunna tillgripas i vissa situationer. Man kan inte heller bortse från att den nuvarande kontrollerade situationen kan komma att förändras i framtiden, exempelvis genom uppkomsten av nya eller förändrade smittsamma sjukdomar.

Det är mycket svårt att bedöma vilken effekt de tvångsinsatserna som har gjorts har haft på smittspridningen. Vad som kan konstateras är att de personer som tvångsisolerats med stöd av nuvarande smittskyddslag (i huvudsak hivpositiva personer) genomgående har haft särskilt behov av vård eller stöd. Det har rört sig om ett litet antal mycket vårdkrävande personer som har behov av tillsyn och omhändertagande under en lång tid. För flera av dessa personer har tvångsisoleringen orsakats av brister i utbudet av adekvata former av vård och omhändertagande. Det måste anses otillfredsställande att tvångsisolering synes ha kommit att användas i brist på annan vård eller stöd.

Vidare har man kunnat iaktta att innehållet i omhändertagandet utvecklats till att bli en särskild form av vård och omhändertagande för personer med psykiska problem och/eller missbruksproblem. Det är tveksamt om smittskyddslagen egentligen ger stöd för en långtgående social rehabilitering under tvång, även om detta självfallet skulle minska risken för framtida smittspridning. Vidare anser regeringen att man bör sträva efter att begränsa de långa isoleringstider som i vissa fall har förekommit.

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, vilka inte enbart kan

förklaras med skillnader i förekomst av sjukdomar och liknande. Det är angeläget att skillnader i tillämpningen av bestämmelserna om tvångsundersökning motverkas så långt möjligt genom utformning av tydliga bestämmelser i smittskyddslagen.

Sammantaget bedömer regeringen att det föreligger behov av vissa förändringar av nuvarande bestämmelser om tvångsåtgärder med utgångspunkt från etiska och epidemiologiska hänsynstaganden. Det bör tydligare markeras att isolering och tvångsundersökning endast bör användas som en sista utväg när andra åtgärder visat sig otillräckliga.

Allmänna principer för när tvång skall få vidtas

Med utgångspunkt i de grundläggande värderingar som redovisats i avsnitt 9 anser regeringen att vissa principer bör vara vägledande vid regleringen av tvångsåtgärder. Alla principerna är dock inte tillämpliga på tvångsundersökning. Enligt regeringens 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.

För det första anser regeringen att det skall röra sig om *en smittsam sjukdom som kan ha allvarliga konsekvenser för människors liv eller hälsa*. Tvångsåtgärder kan 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 förhållandevis snabb och enkel behandling. Med allvarliga konsekvenser avses således att det skall vara fråga om en sjukdom som t.ex. är livshotande, långvarig, medför svårt lidande eller kan ge bestående skador.

Det skall vidare föreligga *en påtaglig risk att andra människor smittas av sjukdomen om inte tvångsåtgärder vidtas*. I detta ligger för det första att det måste vara fråga om en sjukdom som är starkt smittsam eller som det i övrigt kan vara svårt att skydda sig mot. Vidare krävs att omständigheterna kring den enskilde smittade är sådana att risken att andra människor kan smittas är påtaglig.

Det bör vidare krävas att *åtgärder som begärs av smittbäraren för att skydda andra mot smitta skall vara adekvata och rimliga samt möjliga för honom eller henne att uppfylla*. I detta krav ligger att begärd åtgärd skall leda till att smittrisen konkret minskar. De krav som ställs på den enskilde får dock inte vara orimligt långtgående.

Ytterligare en förutsättning för att tvångsåtgärder skall få vidtas är att *smittbäraren har nekat till, visat att han eller hon inte inser innebörden av eller inte förmått vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta*. Föreligger inte sådana omständigheter saknas skäl för att använda tvångsåtgärder. Det måste alltså finnas omständigheter i det enskilda fallet som visar att den enskilde inte vill eller förmår iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder. En sådan omständighet kan vara att den enskilde brutit mot en förhållningsregel som meddelats honom eller henne av den behandlande läkaren.

Tvångsåtgärder skall endast användas *när andra alternativ som står till buds är otillräckliga för att skydda andra mot smitta*. Det innebär att de möjligheter som finns att få den smittade att ändra sitt beteende på frivillig väg skall ha uttömts eller bedömts vara otillräckliga. När det

gäller barn under 18 år förutsätter regeringen att risken för smittspridning kan hanteras genom alternativa åtgärder och att användning av tvångsåtgärder ytterst sällan kommer att aktualiseras. Man skulle kunna överväga att som ett krav för användning av tvångsåtgärder också ange att samhället måste ha fullgjort sitt ansvar gentemot den smittade genom att erbjuda honom eller henne frivillig vård och behandling för sjukdomen och för andra problem som har betydelse för smittspridningen. Ett sådant förslag redovisas av Smittskyddskommittén. Regeringen anser dock att detta inte kan vara ett absolut krav för att tvångsåtgärder skall få vidtas. Syftet med tvångsåtgärderna är att kunna ingripa för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar med allvarliga konsekvenser för enskilda och samhället. Ofta krävs ett snabbt ingripande från samhällets sida. Regeringen vill dock starkt betona att huvudmännen för olika vårdformer har ett stort ansvar för att vård och behandling erbjuds. Om det i ett enskilt fall visar sig vara svårt eller ta alltför lång tid att anordna vård i frivillig form får detta dock inte utgöra ett hinder för att nödvändiga åtgärder för att förhindra smittspridning vidtas.

Slutligen är det rimligt att kräva att *den aktuella tvångsåtgärden skall framstå som adekvat för sitt ändamål och motiverad från epidemiologisk synpunkt*. Om den risk för smittspridning som kan motverkas med åtgärder enbart föreligger för någon eller några individer i den smittades omedelbara närhet bör det i regel inte finnas skäl att tillgripa isolering. 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. Undantagsvis kan det dock vara motiverat att ingripa med tvång även om endast någon enstaka person är utsatt för smittrisk. Detta kan t.ex. gälla då den som utsätts för smittrisk är barn eller en person som av andra skäl har svårt att skydda sig själv.

Förhållandet mellan tvångsåtgärderna och Europakonventionen m.m.

Europakonventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna medger tvångsåtgärder i vissa fall till skydd mot smittsamma sjukdomar. Förutsättningarna för att tvång skall vara berättigat eller vilken omfattning tvånget får ges har ännu inte prövats av Europadomstolen. Ett mål som gäller tvångsisolering enligt den svenska smittskyddslagen är för närvarande anhängigt vid Europadomstolen, men dom har ännu inte meddelats. Ett flertal rekommendationer, däribland Europarådets rekommendation (R(89)14), tar avstånd från tvångsåtgärder när det gäller hivinfektion. Emellertid innebär de nu uppställda rekvisiten att förutsättningarna för bl.a. isolering mot den enskildes vilja ytterligare begränsas i förhållande till nuvarande regler. Detta tillsammans med övriga rättssäkerhetsgarantier samt en regel om att beslut om tvångsundersökning skall fattas av domstol gör att regeringen anser att den föreslagna regleringen av tvångsåtgärder får anses vara förenlig med konventionen.

13.2 Tvångsundersökning

Regeringens förslag: Länsrätten får på ansökan av smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning av någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom om den enskilde motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. En förutsättning för ett sådant beslut är att det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas. Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser har inga invändningar mot förslaget i denna del. Flera landsting anser dock att smittskyddsläkarens möjlighet att besluta om tvångsundersökning skall behållas. *Landstinget Gävleborg* anser att kriteriet påtaglig risk för att andra människor smittas måste förtydligas.

Bakgrund: Vid misstanke om att en person bär på en smittsam sjukdom kan tvångsundersökning aktualiseras. Smittskyddsläkaren får enligt 26 § smittskyddslagen (1988:1472) besluta om tvångsundersökning av någon som är skyldig att låta sig undersökas men som inte utan dröjsmål gör detta. Den behandlande läkaren har skyldighet att i vissa fall underrätta smittskyddsläkaren om sådana personer. Sådan underrättelse skall göras om den behandlande läkaren i smittspårningsarbetet finner att en person som kan misstänkas ha smittats av samhällsfarlig sjukdom inte låter sig undersökas. Enligt smittskyddsförordningen skall smittskyddsläkaren omedelbart underrättas om en person som är skyldig att låta sig läkarundersökas inte utan svårighet kan nås omgående. När smittskyddsläkaren erhåller underrättelse om att någon inte låter sig undersökas utan dröjsmål skall han försöka få till stånd läkarundersökning. Om det kan ske utan risk för smittspridning bör han först försöka få personen att frivilligt låta sig läkarundersökas. För att verkställa ett beslut om tvångsundersökning kan smittskyddsläkaren begära biträde av polis.

Underrättelser enligt 26 § smittskyddslagen och beslut om tvångsundersökning

Majoriteten av underrättelser om att någon inte låter sig undersökas utan dröjsmål har avsett klamydia. Förklaringen till detta torde främst ligga i den omfattande förekomsten av klamydia jämfört de andra sjukdomar vid vilka sådana underrättelser förekommit. Enligt kommitténs undersökning har samtliga smittskyddsläkare erhållit sådan underrättelse de undersökta åren om än i mycket skiftande omfattning. Av naturliga skäl, bl.a. med hänsyn till befolkningsstorleken, står Stockholms län för den övervägande andelen underrättelser.

Det är endast i några få procent av fallen som underrättelser om att någon inte låter sig undersökas utan dröjsmål leder till beslut om tvångsundersökning. De flesta tvångsbesluten avser misstänkt klamydia. Den kartläggning som Smittskyddskommittén har gjort tyder på att det föreligger stora variationer mellan länen såväl när det gäller antal under-

rättelser i förhållande till folkmängden i länet som beträffande antalet tvångsundersökningar som följd av sådan underrättelse.

Den absoluta majoriteten av ärenden som rör underrättelse om att någon inte låter sig undersökas utan dröjsmål avslutas genom att berörd person frivilligt låter sig undersökas. Det förekommer också att ärenden skrivs av, t.ex. på grund av ofullständiga personuppgifter eller på grund av att personen av andra anledningar inte kunnat nås. I vissa fall har ärenden skrivits av på grund av att smittskyddsläkaren inte ansett att det förelegat epidemiologiska skäl till tvångsåtgärden.

En ur epidemiologisk synvinkel intressant fråga är i vad mån tvångsundersökningarna leder till att människor med smittsam sjukdom upptäcks. Uppgifterna härom är osäkra, men tyder på att en negativ diagnos är relativt vanlig vid genomförd tvångsundersökning. Vid exempelvis klamydia kan detta dock bero på att så lång tid har gått att den person som undersökts har upphört att vara smittbärare.

Smittskyddsläkarens åtgärder när tvångsundersökning aktualiseras

Smittskyddsläkarna försöker i de allra flesta fallen att få berörd person att frivilligt söka läkare för undersökning. Det är ytterst sällsynt att beslut om tvångsundersökning meddelas utan att smittskyddsläkaren har försökt att få kontakt med personen. Beslut om tvångsundersökning fattas vanligen först efter det att den berörda personen anmanats en eller flera gånger. Rutinerna varierar dock mellan olika smittskyddsläkare. När tvångsundersökningar har genomförts har det oftast skett med biträde av polis.

Skälen för regeringens förslag: Med hänsyn till de principer som ställts upp i föregående avsnitt bör tvångsundersökning endast komma i fråga vid de s.k. allmänfarliga sjukdomarna. Till grundförutsättningarna måste vidare höra dels att det föreligger konkreta omständigheter som talar för att den enskilde kan vara smittad, dels att det föreligger en påtaglig risk för att andra kan smittas.

Härutöver gäller 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. Det är däremot inte berättigat att genomföra tvångsundersökning för att kunna bedöma om det finns behov av medicinsk behandling av sjukdomen som sådan.

För att tvångsundersökning skall kunna äga rum krävs att det finns konkreta omständigheter som talar för att personen har varit i sådan kontakt med en smittad person eller en annan smittkälla att det föreligger en påtaglig risk för att han eller hon har smittats. Tydliga symtom på smitta av en viss sjukdom kan naturligtvis vara en sådan omständighet. 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 krav ställas på uppgifternas konkretion och trovärdighet. Allmänt hållna uppgifter om att en person utsatts för smittrisk räcker inte.

Tvångsundersökning kan aldrig vara motiverad om risken att andra kan smittas är obetydlig. Det måste finnas en påtaglig risk för att detta kan inträffa. Här bör göras 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 nu gällande bestämmelser om tvångsundersökning blir förutsättningarna för tvångsundersökning i den nya smittskyddslagen 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 annat än obetydliga men. Vidare bör det även fortsättningsvis finnas möjlighet att begära polishandräckning för genomförande av undersökningen.

Regeringen anser dock att en förändring bör göras beträffande vem som beslutar om tvångsundersökning. Regeringen finner att övervägande skäl talar för att i detta avseende behandla tvångsundersökning på samma sätt som tvångsisolering. Tvångsundersökning innebär ett sådant betydande integritetsintrång att beslut bör fattas av domstol. Det som talar för en domstolsprövning är bl.a. de rättssäkerhetsgarantier som omgärdar ett domstolsförfarande och att en rättslig prövning torde innebära 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. Dessutom ställs det redan i dag höga krav på skyndsam handläggning i domstolarna av vissa typer av mål. Utöver den nuvarande smittskyddslagens allmänna krav på skyndsam handläggning av smittskyddsmål föreslår regeringen vissa ytterligare kortare tidsfrister. Härigenom bör tillgången till ett snabbt förfarande vara tillräckligt säkerställd.

Vid vilka sjukdomar skall tvångsundersökning kunna äga rum?

Tvångsundersökning skall kunna ske om någon kan antas bära på en allmänfarlig sjukdom. Dessa sjukdomar är av sådan allvarlig karaktär att det är rimligt att acceptera det ingrepp i den enskildes integritet som tvångsundersökningen utgör. Vid dessa sjukdomar kan även isolering och tillfällig isolering komma i fråga enligt det förslag som regeringen redogör för i avsnittet 13.3. Vid dessa allvarliga sjukdomar finns ett uppenbart behov av att snabbt kunna diagnostisera sjukdomen för att kunna ingripa med nödvändiga smittskyddsåtgärder.

Regeringen har konstaterat att tvångsundersökning i praktiken har förekommit i en del fall av misstänkt klamydiainfektion. Klamydia kan ha relativt allvarliga konsekvenser för den enskilde, exempelvis är en inte ovanlig komplikation infertilitet hos kvinnor. Förmodligen har också

möjligheten att genomföra tvångsundersökning viss betydelse för benägenheten att frivilligt låta undersöka sig. En ökning av klamydia och andra sexuellt överförbara sjukdomar har noterats på senare tid, vilket är oroande. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården når dem som har smittats och att dessa får de råd och förhållningsregler som behövs för att undvika fortsatt smittspridning. Det som sagts nu är relevant även för gonorré och syfilis, även om dessa sjukdomar inte är lika vanligt förekommande. Även vid övriga allmänfarliga sjukdomar bör tvångsundersökning kunna genomföras, även om frågan förmodligen kommer att aktualiseras relativt sällan. Det finns ett starkt intresse av att snabbt kunna diagnostisera dessa sjukdomar för att kunna bedriva smittspårning samt kunna ge den enskilde de förhållningsregler som motiveras av sjukdomen.

13.3 Isolering

Regeringens förslag: Den som bär en allmänfarlig sjukdom får isoleras om:

- det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt som möjligt minska risken för spridning av sjukdomen, eller
- det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats.

Beslut om isolering får endast meddelas om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Beslut om isolering fattas av länsrätten efter ansökan av smittskyddsläkaren. Isolering får bestå i högst tre månader. Rätten får efter ansökan från smittskyddsläkaren besluta om fortsatt isolering i perioder om högst sex månader åt gången. Frågan om isoleringen skall upphöra skall omedelbart prövas av smittskyddsläkaren om den isolerade begär det. Ett avslag på en sådan begäran får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Om det inte längre finns skäl för isolering skall smittskyddsläkaren omedelbart besluta om att isoleringen skall upphöra.

Tillstånd för den som är isolerad att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor.

I vissa brådskande fall får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering, som kan pågå i högst två veckor. Ett sådant beslut förfaller om det inte inom fyra dagar underställs länsrätten.

Smittskyddskommitténs förslag: Smittskyddskommittén föreslog delvis andra rekvisit för isolering, att isolering skulle få pågå i högst två perioder om tre månader samt att länsrätten som ett alternativ till isolering skulle kunna meddela föreskrifter om skyldighet för den enskilde att undergå vård och behandling inom psykiatri eller missbrukarvården m.m.

Remissinstanserna: *Socialstyrelsen* och en del smittskyddsläkare bedömer att möjligheterna att tvångsisolera någon minskar betydligt. *Riksförbundet för sexuell upplysning*, *Riksförbundet för hivpositiva* och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* motsätter sig att isolering

skall kunna äga rum vid hivinfektion. *Landstinget Dalarna* pekar på att det finns risk för att vissa individer i stället för tvångsvård kommer att dömas till fängelse enligt brottsbalken. Några remissinstanser, bl.a. *Socialstyrelsen* och *Länsrätten i Stockholms län*, är tveksamma till tidsbegränsningen av isoleringen. Några instanser anser att den föreslagna begränsningen till sammanlagt sex månader är för kort. *Örebro läns landsting*, *Västerbottens läns landsting* och *Smittskyddsläkarförbundet* anser att frågan om hur lagen ställer sig till alternativa driftsformer av sjukhus bör belysas ytterligare. Några remissinstanser, bl.a. *Kammarrätten i Jönköping* och *Länsrätten i Stockholms län*, anser att det vore lämpligare om en begäran om isoleringens upphörande i första hand prövas av smittskyddsläkaren och att ett sådant beslut är överklagbart hos förvaltningsdomstol. Flera länsrätter ifrågasätter varför länsrätten skall underrättas av smittskyddsläkaren om att isoleringen har upphört i de fall länsrätten inte har ett pågående mål. *Jämtlands läns landsting* frågar sig i vilken ordning rätten skall fatta beslut i de fall föreskrifter måste förvandlas till isolering. *Landstinget Kronoberg* och *Landstinget i Kalmar län* m.fl. anser att förslaget att länsrätten får besluta om föreskrifter som den enskilde skall följa är en form av tvångsbehandling och att förslaget behöver utredas mer.

Bakgrund: Den behandlande läkaren har enligt 25 § smittskyddslagen (1988:1472) skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om det finns anledning att anta att en patient som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler. Enligt samma lagrum skall den behandlande läkaren också anmäla om en sådan patient avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med detta.

Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att förhindra vidare smittspridning när han eller hon har fått en underrättelse om att det finns anledning att anta att en patient inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler. I paragrafen anges vidare att smittskyddsläkaren innan han eller hon tillgriper en tvångsåtgärd bör söka nå rättelse på frivillig väg.

Länsrätten kan på ansökan av smittskyddsläkaren fatta beslut om tvångsisolering i två fall. Det ena är om den som för smitta inte medverkar frivilligt till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Ett beslut om tvångsisolering kan också fattas om det finns grundad anledning att anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning. Det bör härvid uppmärksammas att tvångsisolering endast kan äga rum beträffande en person som konstaterats vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom. Om det är fråga om någon som endast misstänks vara smittad och denne inte frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder kan det däremot bli fråga om ett tillfälligt omhändertagande.

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

Smittskyddsläkaren får i vissa fall besluta att den som misstänks vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom, skall omhändertas i avvaktan på resultatet av läkarundersökning. Tillfälligt omhändertagande får dock

inte beslutas beträffande hivinfektion och de andra sjukdomarna som tas upp under 1.3 i bilagan till lagen. Förutsättningen för tillfälligt omhändertagande är att det av särskilda skäl behövs för att förhindra smittspridning. Omhändertagandet får äga rum under högst sju dagar från och med den dagen personen togs in på sjukhus. Tillfälligt omhändertagande har endast förekommit i något enstaka fall mellan 1989 och 1997.

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

Tvångsisolering skall ofördröjligen upphöra när det inte längre finns skäl för den. Smittskyddsläkaren skall vidare ofördröjligen pröva frågan om tvångsisoleringens upphörande när den isolerade begär det. Avslår han begäran kan den isolerade överklaga detta beslut.

Som ovan redogjorts för fattas beslut rörande tvångsisolering av länsrätten och flertalet av de beslut som fattas av smittskyddsläkaren, t.ex. rörande tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet, kan överklagas till länsrätten. Beträffande handläggningen av dessa mål gäller huvudsakligen bestämmelserna i förvaltningsprocesslagen. Vissa kompletterande bestämmelser finns dock i smittskyddslagen. Dessa innebär i korthet följande. Smittskyddsmålen skall handläggas skyndsamt. Om smittskyddsläkaren fattat beslut om omedelbar tvångsisolering eller om målet rör ansökan om fortsatt tvångsisolering skall länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in eller underställning skedde. Huvudregeln är vidare att muntlig förhandling skall hållas i mål om tvångsisolering eller om upphörande av tvångsisolering. I mål som rör tvångsisolering skall vidare nämndemän ingå i rätten.

Handläggningen före beslut om tvångsisolering

Som tidigare redogjorts för skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om läkaren misstänker att en smittad eller misstänkt smittad person inte följer meddelade förhållningsregler. Det övervägande antalet sådana underrättelser hänför sig till storstadsområdena Stockholm och Göteborg. Hos de flesta smittskyddsläkare är dock underrättelser om att en patient inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler relativt sporadiskt förekommande.

Majoriteten av underrättelserna har föranletts av att den smittade personen avbrutit föreskriven läkarkontakt. Övriga fall har huvudsakligen avsett underlåtenhet att vid sexuellt umgänge använda skydd och/eller

informera om sin sjukdom. Några få fall har avsett underlåtenhet att informera sjukvårdspersonal eller sprutdelning.

Smittskyddsläkarens åtgärder efter underrättelse om brott mot förhållningsregler

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

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

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

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

Ett viktigt moment efter underrättelse om brott mot förhållningsregler som nu är i fråga är att kontrollera vilka förhållningsregler som givits och vad som är orsaken till att personen inte lyckats följa dessa. Av kartläggningen framgår att smittskyddsläkarna i de allra flesta fallen har en eller flera samtalskontakter med den berörda personen. Åtgärder som har

genomförts har bl.a. varit att utforma förhållningsregler som är särskilt anpassade för den enskilde personen, att föranstalta om samtalskontakter med kuratorer eller psykologer och att föranstalta om insatser inom narkomanvård m.m.

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

Tvångsisolering enligt nuvarande smittskyddslag

Flertalet mål rörande tvångsisolering enligt den nuvarande smittskyddslagen har handlagts vid länsrätten i Stockholms län. Smittskyddsmålen rör nästan enbart hivpositiva personer, men enstaka mål rörande personer som smittats av tuberkulos, hepatit C respektive hepatit B har förekommit.

Smittskyddsläkarnas ansökningar om tvångsisolering leder oftast till att länsrätten bifaller ansökan. Avslag har dock också förekommit, bl.a. på grund av att det inte visats att den smittade inte följt eller inte kunnat antas följa förhållningsreglerna.

Besluten om tvångsisolering har med några få undantag rört hivpositiva personer. Under perioden 1989–1998 tvångsisolerades 65 personer, varav 62 hivpositiva. Smittskyddskommitténs kartläggning av 52 av dessa personer visar att fler män än kvinnor tvångsisolerades och att ungefär hälften var av svensk härkomst. I majoriteten av fallen var det fråga om personer med en omfattande missbruksproblematik som indirekt orsakade det smittfarliga beteendet. För ett flertal av dessa missbrukare förelåg också en psykiatrisk diagnos som försvårat eller omöjliggjort ett undanröjande av risken för smittspridning.

I de flesta fall förlängdes tvångsisoleringen efter tremånadersperiodens utgång. Den genomsnittliga tiden för tvångsisolering låg mellan sex och nio månader, men en sammanlagd isoleringstid på över två år förekom i ett relativt stort antal fall. En person var isolerad i över sju år. Skälen för fortsatt isolering har främst varit risk för återfall i missbruk och därmed sammanhängande risk för smittfarligt beteende.

Enligt uppgifter för perioden från 1998 till november 2001 prövade länsrätten i Stockholms län 16 ansökningar om tvångsisolering, varav 14 bifölls. Ett mål avslutades med avvisning medan ett mål avskrevs. De flesta smittskyddsmålen under den aktuella perioden, 31 stycken rörde dock förlängning av pågående tvångsisolering. Samtliga ansökningar om förlängning bifölls.

Omhändertagandet under tvångsisoleringen

Tvångsisolering skall enligt smittskyddslagen ske på ett sjukhus som drivs av ett landsting. De personer som tvångsisoleras i Sverige omhändertas på den särskilda enheten för omhändertagande enligt smittskyddslagen vid Danderyds sjukhus i Stockholms läns landsting.

Enligt smittskyddslagens bestämmelser skall den tvångsisolerade tas väl om hand och få det stöd och den hjälp som behövs samt motiveras att ändra sin inställning och livsföring så att tvångsisoleringen kan upphöra. Den isolerade får inte utan stöd i smittskyddslagen underkastas annan inskränkning i sin frihet än vad som påkallas av ändamålet med isoleringen. I lagen ges närmare föreskrifter om rätt till sysselsättning och fysisk träning, rätt att vistas utomhus samt rätt att ta emot telefonsamtal och besök. Beslut om inskränkningar i rättigheterna fattas av chefsöverläkaren respektive verksamhetschefen vid den särskilda enheten efter samråd med smittskyddsläkaren. Smittskyddslagen innehåller vidare bestämmelser om förbud mot innehav av narkotika och alkoholhaltiga drycker, förfarandet när sådana varor påträffas samt kontroll genom kroppsvisitation och kroppsbesiktning m.m.

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

Under tvångsisoleringen försöker man bl.a. att främja sociala kontakter utanför sjukhuset, både med anhöriga och med sociala nätverksorganisationer. Tillstånd att vistas utanför sjukhusområdet har beviljats relativt ofta. Tillstånd för att besöka anhöriga har beviljats för kortare tid men även för flera dagar. I många fall, främst när det gäller narkotikamissbrukare, har upphörandet av tvångsisoleringen föregåtts av en tids vistelse på behandlingshem eller i familjehem. Effekterna av tvångsisoleringen är svåra att bedöma. Av kommitténs kartläggning framgår att smittskyddsläkaren i de flesta fall inte hade erhållit uppgifter om nytt smittfarligt beteende. Detta behöver dock inte innebära att det smittfarliga beteendet upphört. Vidare måste beaktas att ett inte obetydligt antal av dem som varit föremål för tvångsisolering var avlidna vid tiden för kartläggningen och att flera har dömts till längre fängelsestraff och/eller blivit föremål för utvisning.

Skälen för regeringens förslag: De principer som tidigare angetts 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. Åtgärden skall vara motiverad av smittskyddsskäl. Isolering får heller inte innebära någon form av tvångsvård. Vid isolering under tvång skall inriktningen vara att den smittade så snart som möjligt skall få tillgång till erforderliga alternativa åtgärder.

Ett starkt behov av en möjlighet att isolera en person som har konstaterats bära på smitta mot dennes vilja föreligger endast vid ett fåtal sjukdomar. I praktiken har tvångsisolering under den tid den nuvarande smittskyddslagen varit i kraft nästan uteslutande förekommit vid hiv-infektion. Man måste dock räkna med att det kan uppstå behov av tvångsisolering även vid vissa andra allvarliga sjukdomar. Det finns ett antal allvarliga sjukdomar som är sällsynta i Sverige men där en framtida smittspridning inte kan uteslutas, vilket kan medföra ett behov av att tillgripa tvångsåtgärder som isolering. Detta måste självfallet beaktas i smittskyddslagen.

Till skillnad från utredningen anser regeringen inte att det behöver anges som rekvisit att sjukdomen är starkt smittsam eller smittar på ett

sådant sätt att människor har svårt att skydda sig mot smittrisk samt att sjukdomen befinner sig i ett smittsamt skede. Det sistnämnda rekvisitet skulle medföra stora tillämpningssvårigheter och regeringen anser att den avgränsning som görs av de sjukdomar vid vilka tvångsisolering kan förekomma är tillräcklig. Utredningen föreslår vidare att det skall krävas att den enskilde har erbjudits det psykosociala stöd och den vård eller behandling som behövs från smittskyddssynpunkt i frivillig form. Detta bör naturligtvis alltid ske, men regeringen anser att det skulle vara olämpligt att ange det som ett rekvisit för isolering. Även i sådana fall där lämplig vård eller behandling inte har kunnat erbjudas måste det finnas en möjlighet att besluta om isolering när de förutsättningar som anges i smittskyddslagen är uppfyllda, med hänsyn till att ett skyndsamt agerande kan vara av stor betydelse för att förhindra fortsatt smittspridning.

En grundläggande förutsättning för att isolering få tillgripas är enligt regeringens mening att det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas om inte isolering äger rum. Dessutom bör det krävas att det antingen av omständigheterna klart framgår att den smittade inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att hindra eller så långt det är möjligt minska risken för smittspridning eller att det finns grundad anledning anta att den smittade inte iakttar eller inte kommer att iaktta de förhållningsregler som meddelats.

Regeringen har övervägt att i enlighet med kommitténs förslag införa en möjlighet för länsrätten att meddela föreskrifter som den enskilde skall följa. Flera remissinstanser har framfört att den föreslagna regleringen skulle kunna betraktas som en form av tvångsvård. Ett problem är också svårigheterna att garantera att den enskilde verkligen erbjuds den vård och det stöd som han eller hon enligt meddelade föreskrifter skall undergå. Mot bakgrund av de svårigheter som kan tänkas uppstå vid tillämpningen av en sådan bestämmelse är regeringen inte beredd att lägga fram ett förslag med denna innebörd.

Vissa bestämmelser om isoleringen

Med hänsyn till att isolering under tvång innebär en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda skall isolering äga rum i offentligt driven verksamhet. I likhet med vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag skall isolering under tvång äga rum på en vårdinrättning som drivs av ett landsting.

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. Smittskyddskommittén föreslår att detta undantag inte skall behållas med hänsyn till att de medicinska inslagen ökat i vården av hivpositiva. Ansvar för ledningsuppgifter rörande isolering utövas av läkare med specialistkompetens eftersom det bl.a. erfordras bedömningar som ställer särskilda krav på hög medicinsk kompetens och erfarenhet. Regeringen anser att det inte är givet att den som bör ges ansvaret för att övertyga den isolerade om att han eller hon måste bete sig på ett sätt som förhindrar att smitta förs vidare till andra människor alltid bör vara läkare. Även om smittskyddslagens bestämmelser om isolering har en generell inriktning har beslut om tvångsisolering i rättstillämp-

ningen kommit att i huvudsak gälla för den som är smittad av hiv. Den som är smittad av hiv kan inte, såvitt hittills känt, behandlas till smittfrihet. Man kan alltså inte räkna med att behovet av isolering skulle kunna bortfalla på den grunden att den isolerade blir frisk. Behovet av isolering bortfaller däremot givetvis, om den isolerade ändrar sitt beteende på sådant sätt att risken för smittspridning inte längre kvarstår. Detta betyder att insatser för att motivera den intagne att ändra sin inställning och livsföring kommer i förgrunden. Här blir behovet av psykiatrisk och psykologisk expertis självfallet större än av specialistkompetens inom infektionsmedicin. Självfallet måste även nödvändiga läkarresurser finnas tillgängliga för att bl.a. ge den isolerade lämplig medicinsk behandling. Det är dock inte nödvändigt att den som har ledningsansvaret för verksamheten är läkare. Eftersom flera andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har en lämplig psykoterapeutisk utbildning och erfarenhet bör möjligheten att kunna lägga ledningsansvaret på någon annan finnas kvar. Regeringen är således inte beredd att lägga fram ett förslag med den innebörd kommittén föreslagit.

Innehållet i isoleringen

Även om avsikten med isolering under tvång är att personen snabbt skall överföras till behövlig vård eller omsorg får isoleringstiden inte bli endast 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. Det är viktigt 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 erforderlig vård eller omsorg skall kunna anordnas för den enskilde. Smittskyddsläkaren bör ha ett stort ansvar för att initiera sådana åtgärder hos berörd kommun eller landsting.

Den isolerade får endast underkastas de begränsningar i livsföringen som är nödvändiga med hänsyn till faran för smittspridning. Han eller hon skall ha rätt till fysisk träning, daglig utevistelse och fritidssysselsättning. De isolerade skall också ha rätt till kontakt med omvärlden, genom t.ex. telefonsamtal eller besök, i den omfattning som vården, risken för smittspridning och ordningen på vårdinrättningen ger utrymme för detta. Detta innebär inte några ändringar mot vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag.

Liksom enligt nu gällande bestämmelser bör 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. Syftet med isoleringen gör att utrymmet för att tillåta vistelser utanför vårdområdet måste vara mycket begränsat. 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 eller för besök hos behandlande läkare eller och myndig-

heter. Undantagsvis bör även starka privata skäl kunna motivera att den isolerade får lämna vårdinrättningen.

Det saknas anledning till ett särskilt förbud mot innehav av narkotika, alkoholhaltiga drycker och andra berusningsmedel vid isolering av smittskyddsskäl. Olovligt innehav av narkotika är straffbelagt enligt narkotikastrafflagen (1968:64), men det bör finnas möjlighet för en intagen att t.ex. inneha ett sömnmedel som klassificeras som narkotika eller dricka lättöl till maten, om missbruksproblem inte föreligger. Bestämmelsen i smittskyddslagen bör i stället 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. Smittskyddsläkaren skall besluta om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och verksamhetens chef i övriga frågor. Den isolerade skall också ha rätt att överklaga beslutet.

Det kan i bland finnas skäl att uppställa villkor i samband med att tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område ges. Det kan exempelvis röra sig om förbud att använda berusningsmedel.

Tidsbegränsning av isoleringen

Isolering är avsedd att vara en mer akut präglad åtgärd som så snart som möjligt skall ersättas med adekvat vård eller omhändertagande i andra former. Enligt regeringens bedömning bör isolering äga rum i högst tre månader. En möjlighet till förlängning måste dock finnas i de fall fortsatt risk för smittspridning finns och de alternativa åtgärder som behövs ännu inte har kunnat genomföras. Länsrätten bör därför på ansökan av smittskyddsläkaren kunna besluta om fortsatt isolering i högst sex månader. Om skälen för isolering kvarstår efter en sådan period kan ytterligare förlängning i perioder om högst sex månader ske.

Det har ifrågasatts om det är förenligt med Europakonventionen om mänskliga rättigheter att inte ange en yttersta gräns för hur lång den sammanlagda isoleringstiden kan bli. Syftet med smittskyddslagens bestämmelser om isolering talar dock emot en sådan begränsning, eftersom skälen för isolering kan kvarstå så länge den enskilde är smittbärare. Några mål rörande frihetsberövanden vid smittsamma sjukdomar har ännu inte prövats av Europadomstolen, så det är svårt att med säkerhet uttala sig om hur de nu föreslagna bestämmelserna skulle bedömas av dessa organ. I de rättsfall som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka personer har domstolen utgått från att de kan vara obestämda till tiden och beroende av utvecklingen av personens psykiska hälsotillstånd. Smittskyddslagstiftningens och tvångsbestämmelsernas huvudsyfte att skydda andra från att smittas kan naturligtvis leda till att man ser annorlunda på frihetsberövande i form av tvångsisolering vid smittsam sjukdom. Regeringen bedömer dock att de starka rättssäkerhetsgarantier som finns i regleringen om tvångsåtgärder medför att den får anses förenlig med Europakonventionens artiklar. Det är dock viktigt att understryka isoleringens karaktär av sista utväg och att stora ansträngningar måste göras under pågående isolering för att ordna lämpliga former av vård och

behandling mot psykiska problem och missbruk samt andra stödåtgärder för den enskilde.

Vid bedömningen av om skäl för fortsatt isolering föreligger bör smittskyddsskäl och i synnerhet risken för andra människor att drabbas av smittsamma sjukdomar med allvarliga konsekvenser för individen stå i förgrunden. Detta måste sedan vägas mot det omfattande ingrepp i den enskildes integritet och rörelsefrihet som en fortsatt isolering innebär. De patienter som skulle kunna komma i fråga för förlängning av isoleringstiden är t.ex. patienter som är mycket vårdkrävande och som har behov av lång tids tillsyn och omhändertagande för att kunna ändra ett smittfarligt beteende. Utgångspunkten skall dock vara att isolering i normalfallet inte skall behöva pågå i mer än tre månader.

Tillfällig isolering

Det kan inte uteslutas att det kan uppkomma vissa situationer där smittrisken 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. Smittskyddsläkaren bör därför ges en möjlighet att om det föreligger en omedelbar smittrisk besluta om tillfällig isolering. Av rättssäkerhetsskäl skall beslutet dock senast inom fyra dagar underställas domstolsprövning.

Enligt nuvarande smittskyddslag skall beslut om tvångsisolering som i brådskande fall fattas av smittskyddsläkare enligt 39 § underställas länsrättens prövning. Liknande bestämmelser om underställande finns i 7 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, 15 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och 12 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Tillfällig isolering kan komma i fråga både då det gäller en person som bär på en allmänfarlig sjukdom och då det är fråga om en person som misstänks bära på en sådan sjukdom. Det huvudsakliga syftet med tillfällig isolering i sistnämnda fall är att förhindra smittspridning till dess att man klarlagt riskerna härför och vidtagit nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om personen visar sig inte bära på en smittsam sjukdom skall den tillfälliga isoleringen därför omedelbart upphöra. Om den smittade personen eller den 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 och får inte användas rutinmässigt eller som ett sätt att få till stånd isolering utan att avvakta domstolsprövning.

Förhållandet till tvångsåtgärder enligt annan lagstiftning

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 förarbeten till gällande smittskyddslag som till respektive vårdlag. Någon anledning att särskilt reg-

lera samordningsfrågorna ansågs inte föreligga men i förarbetena angavs vissa riktlinjer.

I propositionen till nu gällande smittskyddslag (prop. 1988/89:5, s. 74) sägs bl.a. att om förutsättning föreligger för ett tvångsomhändertagande enligt både LVM och smittskyddslagen bör vård enligt LVM väljas om missbrukaren kan tas om hand på ett sådant sätt att det inte finns grundad anledning befara att han skall sprida hivsmitta under den tid som beslutet om LVM-vård består. I annat fall bör framställningen till länsrätten avse tvångsisolering enligt smittskyddslagen. Vidare uttalas att den som vårdas enligt LVM skall omhändertas för tvångsisolering enligt smittskyddslagen om han inte kan beredas fortsatt LVM-vård utan risk för att han skall sprida hivsmitta. I ett sådant fall borde dock beslutet om LVM-vård bestå.

I propositionen behandlades vidare samordningen mellan smittskyddslagen och den dåvarande lagen (1966:293) om beredande av slutten psykiatrisk vård i vissa fall (LPSV) och det slogs fast att LPSV borde väljas i första hand om det i ett enskilt fall samtidigt förelåg förutsättning för vård enligt LPSV och tvångsisolering enligt smittskyddslagen. Om den som var tvångsisolerad insjuknade i en psykisk sjukdom borde han enligt propositionen beredas vård enligt LPSV om förutsättningarna för vård enligt den lagen var uppfyllda. Beslutet om tvångsisolering borde dock bestå tills vidare om den psykiatriska vården beräknades pågå endast under en kortare tid.

Frågan berörs också i förarbetena till lagen 1991:1128 om psykiatrisk tvångsvård. I prop. 1990/91:58, s. 93 bilaga 1 görs samma bedömning som i förarbetena till den nuvarande smittskyddslagen.

Regeringen anser att de bedömningar som har gjorts i samband med dessa lagstiftningsärenden fortfarande är relevanta trots de ändringar som nu föreslås i regleringen av tvångsåtgärder. De riktlinjer som ovan redovisats bör alltså vara vägledande även vid tillämpningen av den nya smittskyddslagen. Det som i kommentarerna sägs om hivsmitta bör dock utsträckas till att gälla även andra allmänfarliga sjukdomar vid vilka isolering kan förekomma. Det bör emellertid tydligare framhållas att den smittade i första hand skall få vård mot missbruk eller psykisk sjukdom och att tvångsisolering enligt smittskyddslagen skall vara en sista utväg även vid överväganden om vilken tvångslagstiftning som bör tillämpas. Vård enligt LVM och LPT bör normalt vara organiserad så att eventuella smittrisker kan hanteras.

Förhållandet till straffrätten

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 skall handlandet i första hand prövas i straffrättslig ordning. Det för med sig att isolering aldrig får vara ett alternativ till ett straffrättsligt ingripande, vare sig det är fråga om straffprocessuella frihetsberövanden såsom häktning eller om det rör sig om verkställighet av fängelsestraff. Detta utesluter inte att isolering kan komma i fråga om den smittade beter sig på ett 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.

Möjligheter att framtinga alternativa åtgärder

En så ingripande åtgärd som isolering under tvång bör endast tillgripas sedan man har uttömt alla andra möjligheter att komma till rätta med ett smittfarligt beteende hos en individ.

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 eller hennes kännedom, ett särskilt ansvar för att se till att sådan vård eller stöd erbjuds den enskilde. Smittskyddsläkaren får genom regeringens förslag till ny smittskyddslag ett stort ansvar för utredningen om behovet av åtgärder, vilket gör det nödvändigt med kontakter med ansvariga huvudmän. Regeringen förutsätter att huvudmännen normalt söker medverka till att få till stånd erforderliga åtgärder. Smittskyddskommittén föreslår att en lagstadgad rätt för berörd tillsynsmyndighet att förelägga en enskild kommun eller ett landsting att inom en viss tid föranstalta om en bestämd insats enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen (1980:620) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) skall införas i smittskyddslagen. Regeringen anser att en sådan regel skulle kunna ha fördelar ur smittskyddssynpunkt. Införandet av en sådan befogenhet för tillsynsmyndigheten vore dock en principiell förändring som regeringen inte är beredd att överväga enbart med avseende på smittskyddet. Det åligger berörda huvudmän att bedöma vilka insatser som bör genomföras enligt gällande lagar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Det underlag som regeringen har till sitt förfogande visar dock att det finns brister när det gäller vårdinsatser för smittbärare som är psykiskt sjuka eller missbrukare. Regeringen vill därför starkt betona vikten av att samtliga berörda myndigheter och huvudmän tar sitt ansvar för att erforderlig vård och behandling kommer till stånd i dessa fall.

13.4 Stödperson

Regeringens förslag: En stödperson skall utses när den som isolerats begär det. Också i annat fall skall en stödperson kunna utses, dock inte om den isolerade motsätter sig det. Stödpersonen skall kunna bistå den isolerade i personliga frågor så länge som isoleringen pågår.

Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Om det finns särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens säkerhet skall chefsöverläkaren, utan hinder av sekretess, lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller patientnämnden.

Promemorians förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. I promemorian föreslogs dock att även personer som isoleras tillfälligt med stöd av 5 kap. 3 § smittskyddslagen skall ha rätt till en stödperson.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser tillstyrker förslaget eller lämnar det utan erinran. *Socialstyrelsen* påtalar dock att ett förfarande med stödperson vid en tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § smittskydds-

lagen skulle medföra mer administrativt krångel än mervärde för den isolerade. Socialstyrelsen tillstyrker därför endast ett förfarande med stödperson vid isolering enligt 5 kap. 1 § smittskyddslagen. *Patientnämnden i Stockholm* påpekar att förslaget bör kompletteras med en sekretessbrytande bestämmelse så att stödpersoner, för sin egen säkerhets skull, skall kunna ta del av uppgifter om den tvångsisolerades hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Nämnden jämför med den möjlighet som sakkunniga föreslås ges i 8 kap. 7 § tredje stycket smittskyddslagen.

Skälen för regeringens förslag: Patienter som är intagna för vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har enligt bestämmelser i dessa lagar rätt att få en stödperson. Stödpersonens uppgift är att ge patienten personligt stöd. Stödpersonen skall utses när patienten begär det. Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen och har rätt att närvara vid muntlig förhandling inför länsrätten.

Nuvarande smittskyddslag innehåller inte några bestämmelser om stödperson. Liksom för personer som vårdas med stöd av LPT och LRV finns emellertid ett behov av personligt stöd för personer som isolerats med stöd av smittskyddslagen. Även om den isolerade normalt har rätt till offentligt biträde i mål enligt smittskyddslagen skulle en stödperson vara viktig för den isolerade inte bara i direkt anslutning till den rättsliga prövningen av förutsättningarna för isolering utan över huvud taget i olika situationer under pågående isoleringsperiod. Även om personalen på vårdinrättningen försöker att ge den isolerade stöd i svåra situationer kan det vara psykologiskt betydelsefullt för den isolerade att en utomstående person håller en fortlöpande kontakt med honom eller henne under isoleringstiden. Behovet av stödperson får anses vara störst för dem som isolerats efter ett beslut om isolering eller efter ett beslut om fortsatt isolering. Vid tillfällig isolering kan isoleringen enligt förslaget bestå i högst två veckor. Under remissförfarandet har påpekats att ett system med stödperson även för dem som har isolerats för så kort period inte kommer att leda till något större mervärde för den isolerade. Likaså kommer det, vid ett större utbrott av en allmänfarlig sjukdom där flera personer behöver isoleras tillfälligt samtidigt, att vara svårt att hinna utbildat tillräckligt många stödpersoner. Regeringen delar uppfattningen att behovet av stödperson inte är lika stort vid beslut om tillfällig isolering och föreslår därför att den isolerade skall ha rätt till stödperson endast efter beslut om isolering eller efter beslut om fortsatt isolering.

Uppgiften för en stödperson enligt smittskyddslagen bör allmänt sett vara att svara för personligt bistånd som den isolerade behöver på grund av frihetsbegränsningen vid isoleringen. En rätt för stödpersonen att besöka den isolerade där denne isolerats bör läggas fast dock med det förbehållet att besöket skall kunna genomföras på sådant sätt att risk för smittspridning inte finns. Biståndet bör också kunna gälla åtgärder i anslutning till rättslig prövning av isoleringen. En regel bör införas om skyldighet för stödpersonen att iaktta tystnadsplikt beträffande uppgifter om den isolerades hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt som stödpersonen fått kännedom om i denna verksamhet.

Chefsöverläkaren skall se till att den isolerade så snart hans eller hennes tillstånd medger det blir upplyst om sin rätt att få hjälp av en stödperson. Vidare åligger det chefsöverläkaren att anmäla till patientnämnden att stödperson behöver utses.

Den isolerade bör inte påtvingas en stödperson. Den isolerade kan ha starka skäl, t.ex. med hänsyn till den personliga integriteten, att avböja biträde av en stödperson. En stödperson bör därför utses i första hand när den isolerade begär det. Vid val av stödperson bör den isolerades uppfattning tillmätas stor betydelse. Om det är möjligt bör förtroendenämnden utse den som den isolerade själv begär. Nämnden bör kunna byta ut en redan utsedd stödperson, om den isolerade eller någon annan begär det, och det finns skäl för detta. Vidare bör stödpersonen entledigas från sitt uppdrag, om den isolerade förklarar att han eller hon inte längre önskar bistånd från stödpersonen.

Det bör dock också vara möjligt att utse en stödperson även om den isolerade inte framställer en begäran om det. Behovet av stöd kan vara särskilt påtagligt t.ex. om den isolerade saknar stöd från närstående. Den isolerades psykiska tillstånd kan samtidigt vara sådant att han eller hon inte tar något initiativ till att få hjälp. Stödperson bör då kunna utses om den isolerade inte motsätter sig detta. Det bör ankomma på personalen att uppmärksamma och anmäla behov av stödperson i sådana fall som här avses.

Uppgiften att förordna stödpersoner bör anförtros den nämnd som utgör förtroendenämnd enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m. Det bör vara enskilda som på frivillig bas fungerar som stödpersoner. Rekryteringen bör ske bland personer som är särskilt intresserade av hithörande frågor. Helst bör de ha kunskaper om och erfarenheter från sjukvården och socialtjänsten. Sådana yrkeskategorier som t.ex. kuratorer och socialarbetare kan vara särskilt lämpade. I andra fall kan viss utbildning behöva anordnas för dem som åtar sig uppdrag som stödperson.

Uppdraget att vara stödperson är förenat med viss ekonomisk ersättning. Frågan om kostnaderna för arvoden och annan ersättning skall lösas efter mönster från gällande system med ekonomisk ersättning till kontaktpersoner enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Det innebär att sjukvårdshuvudmännen skall svara för dessa kostnader.

Stödsatserna bör avse tiden från det förordnande erhålls till dess isoleringen upphör. Eftersom det många gånger kan vara olyckligt att bryta en väl fungerande kontakt anser regeringen att en möjlighet skall ges att låta uppdraget som stödperson fortgå en tid efter isoleringens upphörande. Chefsöverläkaren skall snarast underrätta patientnämnden när isoleringen har upphört för isolerad som har en förordnad stödperson till hjälp och om stödpersonens uppdrag fortsätter. Enligt 3 kap. 6 § SoL kan socialtjänsten utse en kontaktperson med uppgift att hjälpa den enskilde i personliga angelägenheter, om den enskilde begär det eller samtycker till det. Det förekommer att en stödperson för en patient, som vårdas med stöd av LPT eller LRV, efter vårdens avslutande förordnas att vara en kontaktperson för patienten. Eftersom det är av stor vikt att det stöd som ges en person med psykiska problem präglas av kontinuitet och trygghet finns det ett intresse av att man bör skapa ett system där samordning av de olika insatserna för den enskilde förbättras. Mot bakgrund av detta föreslår regeringen att uppdraget som stödperson skall kunna fortgå fyra

veckor efter isoleringens avslutande, varefter patientnämnden, under förutsättning att den isolerade och stödpersonen samtycker därtill, skall ha en underrättelseskyldighet gentemot socialnämnden. Nämnden får därefter i samråd med den enskilde och stödpersonen ta ställning till om stödpersonen skall förordnas som kontaktperson enligt SoL.

Om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens säkerhet skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller patientnämnden. Detta mot bakgrund av att det finns situationer då det är viktigt att den isolerade får en stödperson men då det för stödpersonens säkerhet kan finnas behov av att kunna lämna ut mer information om den isolerade än vad som i dag är möjligt på grund av bestämmelser om sekretess.

Vanligen löses detta problem genom att en patient ger tillstånd till uppgiftslämnandet. En del patienter vill dock inte att en annan person skall ha vetskap om deras bakgrund. Även JO har uppmärksammat att det finns situationer då en stödpersons säkerhet måste anses väga tyngre än patientens integritet. Den isolerade får vid avvägningen om han eller hon vill ha en stödperson ta med i beräkningen att stödpersonen kan få ta del av sekretessbelagda uppgifter. Då syftet är att alla som vill, skall få en stödperson är det viktigt att inte de isolerade, på grund av att information om dem lämnas ut, blir tveksamma till att begära en stödperson som de egentligen behöver. Regeringen föreslår att chefsöverläkaren skall lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller patientnämnden, om det finns särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens säkerhet. Det är dock viktigt att betona att man först skall tala med den isolerade och genom individuellt anpassad information försöka att få denne att själv lämna uppgifterna till stödpersonen, eller att ge samtycke till att personalen talar med stödpersonen. Förslaget motsvarar helt 26 a § i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Vidare vill regeringen erinra om att stödpersoner inte får röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om den isolerades hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

14 Objektinriktade åtgärder

14.1 Regleringen av objektinriktade smittskyddsåtgärder

Regeringens förslag: Smittskyddslagen skall ges en klarare inriktning på att förhindra att smitta sprids från person till person och på åtgärder som riktar sig till människor. De smittskyddsåtgärder som riktas mot objekt och djur skall i sin helhet regleras i andra lagar, främst livsmedelslagen och miljöbalken. I miljöbalken skall kommunerna ges ett direkt ansvar för att vidta åtgärder för att spåra smittskällan och undanröja risken för smittspridning. Kommunernas ansvar för smittskyddsåtgärder riktade mot djur begränsas uttryckligen till sådana sällskapsdjur som innehåses av privatpersoner. Vissa bestämmelser som ger befogenhet att låta förstöra föremål av personlig natur och rätt att avliva sällskapsdjur om det är nödvändigt för att förhindra spridning

av allvarlig smittsam sjukdom samt en bestämmelse som ger uttrycklig rätt till ersättning i nu berörda fall förs in i miljöbalken.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. Kommittén föreslog dock att kommunerna endast skulle vidta smittskyddsåtgärder i sin egenskap av tillsynsmyndighet.

Remissinstanserna: Många av remissinstanserna, bl.a. *Statens jordbruksverk* och *Statens veterinärmedicinska anstalt*, är positiva till att renodla smittskyddslagen och att i linje därmed flytta över bestämmelser rörande objektinriktade smittskyddsåtgärder till annan lagstiftning. Flera remissinstanser påpekar att det är viktigt att gränsen mellan kommunernas ansvar för smittskyddsåtgärder enligt miljöbalken och Jordbruksverkets, länsstyrelsernas och Livsmedelsverkets ansvar är tydlig. *Svenska Kommunförbundet* och *Jordbruksverket* påtalar t.ex. att det bör klargöras vem som skall ansvara för smitta i zooutiker och djurparker. Några instanser ifrågasätter om kommunerna förfogar över den kompetens som behövs för att genomföra kommitténs förslag. Flera remissinstanser, däribland flera landsting, anser att smittskyddsläkaren när någon insjuknat i en smittsam sjukdom och misstanke uppkommer om att objektrelaterad smitta föreligger skall tillse att källan till smitta utreds. *Malmö kommun* föreslår ett tillägg till miljöbalken för att tydliggöra att de avvägningar som föreskrivs i balken inte utgör något hinder för den kommunala nämnden att vidta åtgärder som smittskyddet fordrar. *Halmstads* och *Jönköpings kommuner* anser att ansvaret för utredning av objektbunden smitta bör ligga på den myndighet som har tillsynsansvaret för berörd anläggning.

Bakgrund: Enligt den nuvarande smittskyddslagen svarar kommunen för att åtgärder vidtas mot objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Samtidigt finns bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur, livsmedel och andra objekt i miljöbalken, livsmedelslagen (1971:511), lagen (1992:1683) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658). En redogörelse för bestämmelserna i dessa lagar och vissa problem i tillämpningen återfinns nedan.

Det kommunala smittskyddsarbetet enligt gällande smittskyddslag

Kommunen skall enligt den nuvarande smittskyddslagen svara för att åtgärder vidtas mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar. Ärenden som rör smittskydd utgör dock endast en liten del av de ärenden som handläggs vid de aktuella förvaltningarna bl.a. beroende på att flertalet anmälningar rör personer som misstänks ha smittats utomlands. Enligt kommitténs undersökning föranleder färre än tio ärenden enligt smittskyddslagen per år någon åtgärd av kommunerna utöver mottagandet av anmälan.

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

sina uppgifter enligt smittskyddslagen har den kommunala nämnden getts befogenhet att vidta vissa tvångsåtgärder. För att förhindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan nämnden utfärda förelägganden och förbud, vilka kan förenas med vite, samt förordna om rättelse på den enskildes bekostnad. Vidare får nämnden om det är nödvändigt för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom låta förstöra föremål av personlig natur och låta avliva sällskapsdjur. Den enskilde som drabbas av beslut har i vissa fall rätt till ersättning. Tvångsåtgärder synes emellertid sällan ha tillgripits. Ett beslut av den kommunala nämnden kan överklagas till länsrätten.

Livsmedelslagen (1971:511)

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

Ett av livsmedelslagens huvudsyften är att tillförsäkra konsumenterna livsmedel som inte är skadliga för hälsan. Med livsmedel avses även dricksvatten. Lagens bestämmelser gäller i princip all livsmedelshandling utom hantering av livsmedel i enskilt hushåll eller i kök, i förskola eller fritidshem med högst två avdelningar. Livsmedelslagstiftningen innehåller generella bestämmelser bl.a. om livsmedlens sammansättning och beskaffenhet, personalhygien samt livsmedelslokal. Detaljerade bestämmelser finns i livsmedelsförordningen (1971:807) och i Livsmedelsverkets föreskrifter. I lagen föreskrivs bl.a. att livsmedel som kan vara otjänligt till människoföda inte får saluhållas och att en person som har eller antas ha sjukdom eller smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda ej får vara sysselsatt i livsmedelshandlingen. Ansvaret för att de materiella reglerna i lagen följs åvilar primärt den som hanterat livsmedel. För att se till att lagen följs får emellertid tillsynsmyndigheten meddela de förelägganden och förbud som uppenbart behövs och får även vidta rättelse på den enskildes bekostnad. Vidare får en vara som saluhålls eller avses saluhållas i strid med livsmedelslagens bestämmelser tas om hand och under vissa förutsättningar förstöras.

Eftersom livsmedelslagen är den lag som kommunen generellt tillämpar vid hantering av livsmedel tillämpas bestämmelserna i denna lag i första hand även vid misstänkt eller konstaterad smittspridning från livsmedel. Möjligheterna till ingripanden är i princip desamma enligt smittskyddslagen och livsmedelslagen. Livsmedelslagens bestämmelser är dock inte begränsade till enbart samhällsfarliga sjukdomar. Beträffande den rätt till ersättning som kan utgå till den enskilde vid ingripanden enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen hänvisas till kapitel 20.2.

Miljöbalken

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

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

myndighetsutövning med de verktyg som står till buds genom miljöbalkens regler. Tillsynsmyndigheten har rätt att meddela förelägganden och förbud, vilka får förenas med vite. En nyhet i förhållande till bl.a. hälsoskyddslagen är att tillsynsmyndigheten – om ett föreläggande eller beslut inte blir åttlytt – kan ansöka om verkställighet av beslutet hos kronofogdemyndigheten. Det finns emellertid fortfarande möjlighet att i stället förordna om rättelse på den enskildes bekostnad.

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

Att vissa åtgärder kan vidtas mot objekt med stöd av miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd är klart. Befogenheterna motsvarar härvid till viss del de befogenheter som ges i smittskyddslagen. Det är oklart i vilken mån bestämmelserna om hälsoskydd medger direkta ingripanden mot djur. Att den kommunala nämnden kan besluta om åtgärder mot skadedjur är klart. Vidare kan nämnden, i sin egenskap av tillsynsmyndighet, exempelvis meddela förbud mot att ha ett djur som medför olägenhet för människors hälsa i en bostad. Miljöbalkens bestämmelserna ger inte något uttryckligt stöd för ingripande åtgärder som riktar sig direkt mot andra djur än skadedjur.

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

Epizootilagen (1999:657)

Epizootilagen innehåller bestämmelser om allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa (epizootiska sjukdomar). Med allmänfarliga sjukdomar avses i lagen sådana sjukdomar som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors eller djurs hälsa eller medföra stora ekonomiska förluster för samhället. De sjukdomar som omfattas av epizootilagen anges i verkställighetsföreskrifter av Statens jordbruksverk.

I lagen finns bestämmelser om förebyggande åtgärder och bekämpning. Den som har anledning att misstänka att epizootiska sjukdomar har drabbat djur i hans vård skall omedelbart anmäla detta till distriktsveterinären eller annan veterinär. Till dess ett besked av en veterinär föranleder

något annat skall den som har djuren i sin vård göra vad som rimligen kan begäras för att förhindra eller begränsa smittspridning. Veterinären skall omedelbart göra en undersökning för att fastställa sjukdomens art och i övrigt göra vad som är nödvändigt för att förhindra att smitta sprids. Veterinären skall skyndsamt underrätta Jordbruksverket och länsstyrelsen. Länsstyrelsen skall utan dröjsmål underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, distriktsveterinären och den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Om det är fråga om en epizootisk sjukdom hos fisk skall Fiskeriverket underrättas, och om misstanken gäller sådan epizootisk sjukdom som kan överföras till människor skall även Livsmedelsverket, Smittskyddsinstitutet och smittskyddsläkaren underrättas.

Vidare ges bestämmelser om åtgärder som kan vidtas av veterinär eller myndighet som regeringen bestämmer, exempelvis förbud mot att besöka eller lämna eller utföra transporter till eller från ett visst område. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan vidare meddela föreskrifter eller i det enskilda fallet besluta om vissa andra åtgärder som slakt eller avlivning av djur, oskadliggörande av döda djur m.m., smittrening, skyddsympning, undersökning av djur i kontrollsyfte samt djurhållning m.m. Det finns också bestämmelser om skyldighet för slakteriinrättningar, bearbetningsanläggningar m.fl. att på olika sätt bistå vid bekämpningen av epizootiska sjukdomar.

Tillsynen över efterlevnaden av lagen och föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av den utövas centralt av Jordbruksverket och inom länet av länsstyrelsen. Staten utger ersättning till den som på grund av föreskrifter eller beslut som har meddelats med stöd av lagen drabbas av olika förluster och kostnader. Ersättning för produktionsbortfall lämnas dock som huvudregel endast med 50 procent av den kostnad eller förlust som bortfallet medför utom för de allvarligaste sjukdomarna som räknas upp i epizootiförordningen (1999:659).

Zoonoslagen (1999:658)

Lagen innehåller bestämmelser om sjukdomar och smittämnen hos djur som kan spridas naturligt från djur till människa och tvärtom (zoonoser) och som inte omfattas av epizootilagen. En förutsättning för att en zoonos skall omfattas av lagen är att det finns tillräckliga kunskaper om den för effektiv kontroll och bekämpning. Zoonoserna anges i verkställighetsföreskrifter av Statens jordbruksverk. För närvarande omfattas endast salmonella av lagen.

Lagens bestämmelser motsvarar till stora delar de som finns i epizootilagen. Den som yrkesmässigt håller djur åläggs skyldighet att låta utföra och bekosta undersökningar av djur, föra anteckningar och lämna uppgifter om verksamheten. Närmare föreskrifter om detta meddelas av regeringen eller av den myndighet som regeringen bestämmer.

En veterinär som har anledning att misstänka att ett fall av zoonos har inträffat skall omedelbart göra en undersökning och vidta erforderliga åtgärder för att förhindra smittspridning. Vidare finns bestämmelser om underrättelser som skall lämnas till olika myndigheter. Därefter följer bestämmelser om provtagning eller undersökning av djur samt olika åtgärder som regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer kan

meddela föreskrifter om eller i det enskilda fallet besluta om. Tillsynen utövas enligt lagen centralt av Jordbruksverket och inom länet av länsstyrelsen. I enskilda fall finns möjlighet att låta veterinär utöva tillsynen. Bestämmelser om tillsynsmyndighetens befogenheter ges.

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

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

Vissa problem rörande ansvaret för smittskyddsåtgärder riktade mot objekt och djur

Kritik har riktats mot gällande reglering av det objektrinriktade smittskyddet för att ansvarsfördelningen inte är tillräckligt tydlig. Den föreliggande regleringen av ansvaret i olika lagar innebär att ansvaret för att ingripa i bland kan åvila olika myndigheter samtidigt och att problem därvid kan uppstå bl.a. rörande ledningsansvar. Detta har framför allt visat sig vid större och kostnadskrävande utbrottsutredningar. Frågor rörande ansvaret för åtgärder och det därmed sammanhängande kostnadsansvaret har, enligt vad kommittén erfarit, främst uppstått då smitta som kan överföras till människor förekommer eller misstänks förekomma hos djur. I smittskyddslagen har den kommunala nämnden ålagts ansvar för att vidta åtgärder mot djur. Enligt den befintliga lagstiftningen vad gäller kontroll och bekämpning av smittsamma djursjukdomar är det Jordbruksverket som i första hand har att vidta olika åtgärder. Denna dubbla reglering har emellanåt medfört osäkerhet beträffande vilken myndighet som har ansvar för att erforderlig utredning och andra åtgärder kommer till stånd.

Det har också påpekats att ansvarsfördelningen mellan smittskyddsläkaren och den kommunala nämnd som ansvarar för objektinriktade åtgärder bör göras tydligare. Med detta sammanhänger vidare att kunskaperna om ett inträffat fall av smittsam sjukdom relativt ofta erhålls så sent att det inte är meningsfullt med ytterligare utredning och att anmälningarna är ofullständigt ifyllda.

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

Skälen för regeringens förslag: Ett effektivt smittskydd kräver att det inte föreligger tveksamhet om vem som har ansvaret för att vidta en viss åtgärd. En klarare ansvarsfördelning i lagstiftningen bör eftersträvas och befintlig dubbelreglering undanröjas så långt det är möjligt. Regeringen anser att det ansvar för smittskyddsåtgärder mot djur och objekt som kommunerna har i dag 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 när det gäller åtgärder mot djur.

Regeringen har tidigare framhållit att smittskyddslagen tydligare bör inriktas på åtgärder för att förhindra att sjukdomar sprids mellan människor. Smittskyddslagens bestämmelser om objektinriktade åtgärder synes ha tillämpats i liten utsträckning. De kommunala nämndernas arbete har främst ägt rum med stöd av bestämmelser i annan lagstiftning. Detta talar för att de kommunala smittskyddsåtgärderna i sin helhet bör regleras i de andra lagar som reglerar kommunens åligganden i dessa hänseenden. De lagar som därvid främst reglerar kommunens ansvar är livsmedelslagen och miljöbalken.

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 balkens definition en störning som enligt medicinsk och hygienisk bedömning kan påverka hälsan menligt och som inte är ringa eller helt tillfällig. I förarbetena nämns buller, kyla, drag, lukt, ohyra och skadedjur som exempel på sådana störningar. Smitta från objekt torde dock på samma sätt som t.ex. ohyra kunna leda till en sådan negativ hälsoeffekt som omfattas av lagens

definition. Det är därför inte nödvändigt att justera bestämmelsen om olägenhet för människors hälsa för att balkens regler om hälsoskydd skall vara tillämpliga på smitta.

När det gäller miljöbalken är det i egenskap av tillsynsmyndighet som den kommunala nämnden i dag har att ingripa mot störningar som innebär olägenhet för människors hälsa. Tillsynsansvaret innebär att myndigheten skall svara för kontrollen av att reglerna i den berörda lagstiftningen följs. Detta innebär en skyldighet att ingripa när ägare eller nyttjanderättshavare av berörd egendom inte vidtar de åtgärder som skäligen kan krävas för att förhindra uppkomsten av eller undanröja olägenheter för människors hälsa.

För att ta ställning till om ett ingripande skall ske måste en skälighetsavvägning göras. Ingripanden kan ske också med stöd av miljöbalkens allmänna hänsynsregler. Även vid tillämpningen av dessa bestämmelser skall dock en avvägning göras. Regeringen bedömer dock att smittspridning eller befarad smittspridning inte torde kunna utgöra en sådan olägenhet som man på grund av t.ex. tekniska och ekonomiska avvägningar får acceptera. Vidare bör det enligt regeringens bedömning inte vara möjligt för kommunen vid smittspridning eller befarad smittspridning avvakta att en ägare eller nyttjanderättshavare av berörd egendom vidtar åtgärder. För att de åtgärder som smittskyddet kräver skall kunna vidtas snabbt och effektivt införs i 9 kap. miljöbalken istället en direkt skyldighet för kommunen att vidta åtgärder för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning.

I samma bestämmelse i 9 kap. miljöbalken införs även en särskild befogenhet för kommunen att låta förstöra föremål av personlig natur och avliva sällskapsdjur som innehåller av privatpersoner. Möjligheten att förstöra personliga föremål införs trots att sådan förstöring knappast har förekommit under senare tid. Med hänsyn bl.a. till att nya sjukdomar med hittills okända smittvägar kan uppträda är det dock inte otänkbart att ett behov av en sådan åtgärd kan uppkomma. Kommunernas rätt att avliva sällskapsdjur införs eftersom de nuvarande bestämmelserna i miljöbalken endast ger kommunen ett uttryckligt stöd för ingripanden mot skadedjur. De nya bestämmelserna i miljöbalken motsvarar i stort de som finns i smittskyddslagen och införs i miljöbalken för att undanröja frågan om balkens tillämplighet i dessa avseenden.

I de fall kommunen har låtit förstöra föremål av personlig natur föreligger enligt gällande bestämmelser i smittskyddslagen rätt till ersättning. När ett sällskapsdjur har avlivats kan ersättning i stället utbetalas med stöd av bestämmelserna i förordningen (1956:296) om ersättning från staten i vissa fall vid ingripanden enligt smittskyddslagen för att förhindra spridning av smittsam sjukdom. Motsvarande möjlighet till ersättning saknas vid ingripanden enligt hälsoskyddsreglerna i miljöbalken. Miljöbalkens bestämmelser om ersättning vid ingripanden av det allmänna skall därför kompletteras med en bestämmelse som ger uttrycklig rätt till ersättning i nu berörda fall.

Bestämmelser om kommunens rätt till tillträde och provtagning vid misstanke om smittsam sjukdom hos sällskapsdjur eller annat objekt följer av 28 kap. miljöbalken.

Förhållandet mellan miljöbalken och den lagstiftning som rör djur

Det är främst den nu rådande dubbelregleringen beträffande ansvar för åtgärder mot djur som sprider och misstänks sprida smitta som har vållat problem i praktiken. Den nuvarande regleringen av smittskyddsåtgärder mot djur innebär att kommunerna genom smittskyddslagens bestämmelser har ett generellt ansvar för att sådana vidtas. Samtidigt har Jordbruksverket och i vissa fall även länsstyrelsen samt enskilda veterinärer en skyldighet att vidta olika åtgärder för att förebygga och bekämpa smittsamma djursjukdomar enligt bestämmelser i epizootilagen och zoonoslagen och en befogenhet att vidta åtgärder enligt lagen om provtagning på djur m.m.

Sällskapsdjur som innehas av privatpersoner kan sägas höra nära samman med den enskilde och dennes bostad och det är därför naturligt att se sådana djur som en personlig egendom som bör omfattas av hälso-skyddsbestämmelserna i miljöbalken. Beträffande övriga djur har Jordbruksverket och länsstyrelsen större kompetens och större resurser än en enskild kommun. I praktiken är det vidare redan i dag så att det är Jordbruksverket och inte kommunen som tar ansvaret för insatser vid större utbrott som rör djur. Regeringen anser därför att kommunernas ansvar för smittskyddsåtgärder riktade mot djur uttryckligen skall begränsas till sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Det innebär bl.a. att kommunerna inte skall ha något ansvar för sällskapsdjur som är föremål för yrkesmässig uppfödning eller yrkesmässig försäljning, t.ex. i zoo-butiker och djurparker.

Regeringen gör bedömningen att det även beträffande sällskapsdjur som innehas av privatpersoner i många fall är Jordbruksverket och länsstyrelserna som har kompetens och resurser att vidta åtgärder. Det ansvar som vilar på Jordbruksverket och länsstyrelserna enligt epizootilagen, zoonoslagen och lagen om provtagning på djur, m.m. för åtgärder mot smitta hos djur bör av detta skäl inte förändras. För att det inte skall föreligga oklarhet beträffande vem det är som har ansvaret för att ingripa mot sällskapsdjur anser regeringen att kommunernas ansvar bör begränsas till sådana åtgärder som inte vidtas enligt lagen om provtagning på djur, epizootilagen, zoonoslagen och livsmedelslagen. Det innebär att kommunerna inte kommer att behöva ingripa i de fall som Jordbruksverket, Livsmedelsverket, länsstyrelsen eller enskilda veterinärer har befogenhet att vidta åtgärder för att förebygga och bekämpa smittsamma djursjukdomar hos sällskapsdjur som innehåvs av privatpersoner. Sammantaget bör enligt regeringens uppfattning detta leda till att ansvaret beträffande åtgärder mot djur som sprider och misstänks sprida smitta tydliggörs och att situationer där det föreligger oklarhet om vem som har ansvar att ingripa så långt som möjligt begränsas. Regeringen förutsätter att Jordbruksverket tillsammans med länsstyrelserna, kommunerna, Socialstyrelsen och smittskyddsläkarna kommer att se till att det upprättas tydliga riktlinjer för vem det är som har ansvaret för att i olika situationer vidta påkallade åtgärder beträffande sällskapsdjur som innehas av privatpersoner.

Ansvaret för smittutredningen

Flera remissinstanser har framfört att smittskyddsläkaren när någon insjuknat i en smittsam sjukdom och misstanke uppkommer om smitta från objekt eller djur skall se till att källan till smitta utreds och att kommunerna skall ta vid om åtgärder behöver tillgripas för att eliminera en smittkälla i miljön. Regeringen har tidigare framhållit vikten av en klar ansvarfördelning mellan aktörerna inom smittskyddet. I likhet med gällande bestämmelser bör kommunen och andra myndigheter även i fortsättningen ha ett självständigt ansvar för åtgärder som riktas mot objekt och djur, varvid landstingen, smittskyddsläkaren inbegripen, inte bör ha några befogenheter över kommunens eller myndigheternas arbete. Av detta följer att kommunen också måste ges ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för åtgärder enligt miljöbalken.

14.2 Samverkan och samordning

Regeringens förslag: Anmälningförfarandet enligt smittskyddslagen förenklas genom att anmälningar skall göras enbart till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet. Skyldigheten för smittskyddsläkaren, kommunen och andra berörda myndigheter att informera och samråda med varandra stärks.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: De flesta instanser är positiva till kommitténs förslag. *Socialstyrelsen* anser att förslaget att kommunen vid en underrättelse från smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som krävs inte är tillräckligt för ett optimalt smittskydd vid objektrelaterad smitta. Förslaget att det i livsmedelslagen och miljöbalken bör införas en skyldighet att informera och samråda med smittskyddsläkaren får ett positivt bemötande av flertalet remissinstanser. Ett par remissinstanser anser att det vid vissa rutinåtgärder inte alltid bör vara nödvändigt med information till smittskyddsläkaren.

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

objektinriktade åtgärder som inte kommer till stånd genom kommunens försorg.

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

Att döma av de uppgifter som inhämtats synes samarbetet mellan de kommunala förvaltningarna och smittskyddsläkaren i allmänhet fungera väl. Vid de smittskyddsärenden som föranleder vidare utredning har förvaltningarna regelmässigt kontakt med smittskyddsläkarna. Samarbetet är dock sällan formaliserat genom skriftliga avtal eller liknande. Enligt en rapport från Statskontoret är de kommunala förvaltningarnas samarbete med kontaktläkare och distriktsläkare liksom med länsveterinär vanligen av mer sporadisk karaktär. Samverkan med den behandlande läkaren består ofta enbart av läkarnas anmälningar av sjukdomsfall enligt smittskyddslagen.

Skälen för regeringens förslag: Regeringens förslag innebär att ansvaret för att smittskyddsåtgärder vidtas även i fortsättningen kommer att vara uppdelat mellan flera aktörer. Det är därför av stor vikt att dessa aktörer samverkar och att de smittskyddsåtgärder som behöver vidtas samordnas. Detta gäller i synnerhet vid smittutredningar som inbegriper både människor, djur och objekt. Smittskyddsläkaren kommer enligt förslaget till ny smittskyddslag att även i fortsättningen ha ett övergripande ledningsansvar för smittskyddet för människor inom det landsting där han eller hon är verksam. I smittskyddsläkarens uppgifter ingår därvid att se till att behövliga åtgärder vidtas och att verka för en effektiv samordning av smittskyddsåtgärder.

Ett effektivt smittskydd kräver att den som har att svara för smittskyddsåtgärder utan onödig tidsfördröjning får kännedom om förhållanden som kan påkalla sådana åtgärder. Det 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.

Den nuvarande ordningen som innebär att den behandlande läkaren skall anmäla vissa fall av smittsamma sjukdomar till den kommunala nämnden har inte fungerat tillfredsställande. För att åstadkomma en snabbare och mera effektiv rapportering skall anmälningsförfarandet enligt smittskyddslagen förenklas genom att anmälningar skall göras enbart till smittskyddsläkaren och Smittskyddsinstitutet (se även avsnitt 10.2). Smittskyddsläkarens kompetens och överblick över ett större område och den samlade informationen han eller hon erhåller gör det möjligt för smittskyddsläkaren att bedöma vem som bör vidta åtgärder och att samordna sådana åtgärder, inte minst vid sådana utbrott som omfattar flera kommuner. Smittskyddsläkaren bör därför få en uttrycklig skyldighet att

underrätta berörd myndighet då smittskyddsläkaren får uppgift om förekomst eller misstänkt förekomst av smittsam sjukdom som påkallar åtgärder. De myndigheter till vilka sådana underrättelser skall lämnas kan förutom kommunerna vara t.ex. Livsmedelsverket, Jordbruksverket eller länsstyrelsen.

Med hänsyn till behovet av samarbete mellan berörda aktörer bör även en skyldighet för andra myndigheter att underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser av betydelse för smittskyddet för människor komma till uttryck i aktuella författningar. Den bestämmelse om skyldighet för kommunerna att underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor som finns i nuvarande smittskyddslag skall av detta skäl föras över till miljöbalkens bestämmelser om hälsoskydd. I epizootilagen och zoonoslagen finns redan en skyldighet för länsstyrelsen att underrätta smittskyddsläkaren vid misstänkt fall av zoonos eller sådan epizootisk sjukdom som kan överföras till människor. I syfte att säkerställa att smittskyddsläkaren utan onödig tidsförskjutning får kännedom om förhållanden som kan påkalla åtgärder anser regeringen att motsvarande underrättelseskyldighet även bör föras in i vissa förordningar (livsmedelsförordningen (1971:807) och förordningen (1971:810) med allmän veterinärinstruktion).

Det är vidare av stor betydelse för smittskyddsarbetet att det inte råder någon tvekan om när ansvaret för att vidta åtgärder inträder. Det får inte uppkomma situationer där ovisshet råder om kommunens eller myndighetens skyldighet att agera, vilket till viss del förelegat vid tillämpningen av nuvarande smittskyddslag. Av detta skäl föreslår regeringen att ovan nämnda underrättelseskyldighet för smittskyddsläkaren skall kompletteras med en bestämmelse i livsmedelslagen varigenom berörd myndighet, oftast kommunen, ges ett ansvar för att senast efter en sådan underrättelse vidta de åtgärder som behövs för att spåra och eliminera smittkällan. Kommittén föreslog även att motsvarande bestämmelse skulle föras in i miljöbalken och lagen om provtagning på djur, m.m. Regeringens förslag till ny bestämmelse i miljöbalken (se avsnitt 14.1) innebär emellertid en skyldighet för kommunen att vidta nödvändiga smittskyddsåtgärder redan så snart den uppmärksammas på förekomst eller misstänkt förekomst av smitta. Denna skyldighet gäller oavsett om misstanken grundar sig på en underrättelse från smittskyddsläkaren, upplysningar från allmänheten eller på information från annat håll. På motsvarande sätt framgår av bestämmelser i epizooti- och zoonoslagen att åtgärder skall vidtas omedelbart vid misstanke om epizootisk sjukdom eller zoonos. Regeringen har av detta skäl inte funnit någon anledning att i dessa författningar införa en särskild bestämmelse om att den berörda myndigheten skall vidta åtgärder efter en underrättelse från smittskyddsläkar. Inte heller i lagen om provtagning på djur m.m kan det anses nödvändigt att införa en sådan skyldighet.

Till följd av den stora betydelse som samarbetet mellan berörda aktörer har för det samlade smittskyddet anser regeringen att smittskyddslagen skall kompletteras med en bestämmelse med skyldighet för berörda myndigheter att i förevarande fall efter begäran från smittskyddsläkaren eller annan berörd myndighet fortlöpande informera och samråda med varandra. Med hänsyn till att kommuner och övriga myndigheter har ett självständigt ansvar för vidtagande av smittskyddsåtgärder bör dock inte

smittskyddsläkaren eller någon annan berörd myndighet ha rätt att besluta vilka åtgärder den ansvariga myndigheten skall vidta. Det slutliga avgörandet skall således även fortsättningsvis ligga på respektive myndighet. Regeringen förutsätter emellertid att stor hänsyn tas till smittskyddsläkarens uppfattning.

15 Vårdrelaterade infektioner

Regeringens bedömning: Anmälningsförfarandet för smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen bör användas som ett led i den nationella övervakningen av vårdrelaterade infektioner.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer till viss del med regeringens förslag. I kommitténs förslag ingår även att smittskyddsläkaren skall ges ett ansvar för att bevaka att huvudmän för sjukhus, sjukhem, den kommunala hälso- och sjukvården samt hemsjukvården vidtar de åtgärder som krävs för att hindra smittspridning.

Remissinstanserna: En majoritet av de remissinstanser som uttalat sig i frågan är positiva till kommitténs förslag. Flera remissinstanser anser det vara positivt att smittskyddsläkaren får en starkare roll avseende vårdrelaterade infektioner. En del av dessa remissinstanser anser dock att ytterligare utredning eller förtydliganden behövs. Flera remissinstanser, varav flera landsting, påpekar att man måste klargöra smittskyddsläkarens ansvar i förhållande till hygienläkare och övrig personal.

Bakgrund: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner och infektionshygieniska frågor har under de senaste åren väckt särskild uppmärksamhet, bl.a. på grund av oro för att sådana infektioner ökar inom vården. Infektioner i samband med sjukhusvård är emellertid inte något nytt problem och sedan 1960-talet har en särskild hygienisk verksamhet funnits inom sjukvården. Det bör noteras att frågorna inte berördes i förarbetena till gällande smittskyddslag.

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

Ansvar och organisation

Hälso- och sjukvård bedrivs i såväl landstingens som kommunernas regi. Landstingen har enligt tandvårdslagen (1985:125) också ansvaret för tandvården. Kommunal hälso- och sjukvård omfattar hälso- och sjukvård till personer som bor i kommunernas särskilda boendeformer samt viss hemsjukvård. Den omfattar dock inte läkarvård. Landstingen och kommunerna har således det övergripande ansvaret för vårdens bedrivande och därmed också det övergripande ansvaret för de vårdhygieniska frågorna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall det finnas särskilda verksamhetschefer som svarar för verksamheten på enheter inom den landstingsdrivna vården. Inom kommunernas verksamhetsområde skall finnas s.k. medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Hälso- och sjukvårdspersonalen har också ett personligt ansvar enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område för att bl.a. arbetet utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I alla landsting finns s.k. hygiensektioner med särskilt ansvariga läkare och sjuksköterskor. Några formella mandat att genomföra vissa åtgärder har dessa inte utan deras roll är främst rådgivande. Någon motsvarande särskild organisation finns inte inom den kommunala vården.

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

Beträffande det statliga ansvaret kan nämnas att vårdhygieniska frågor ingår i Socialstyrelsens ansvar för tillsynen över hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har bl.a. utfärdat rekommendationer på området. Smittskyddsinstitutet har vidare till uppgift att bl.a. stödja och samordna bekämpningen av vårdrelaterade infektioner.

Socialstyrelsens översyn av vårdrelaterade infektioner

En särskild verksamhetsöversyn över hygienverksamheten inom hälso- och sjukvården genomfördes av Socialstyrelsen under åren 1996 och 1997. Med anledning av vad som framkommit vid denna översyn överlämnade Socialstyrelsen till Socialdepartementet i september 1998 ett kunskapsunderlag om vårdrelaterade infektioner och hygien i den svenska hälso- och sjukvården "Vårdrelaterade infektioner" (SoS-rapport 1998:19) och den omarbetade handboken "Att förebygga infektioner i sjukvården II" (SoS-rapport 1998:12).

Enligt Socialstyrelsens rapporter finns det i dag brister inom hygienområdet på flera håll. Ett grundläggande problem är bristerna i övervakningen av infektionerna vilket gör att det inte går att få en samlad bild av omfattningen av antalet vårdrelaterade infektioner. Beträffande den sjukhushygieniska verksamheten bedöms läkare och sjuksköterskor vid hygiensektionerna arbeta i stort enligt gällande rekommendationer. Ett problem anses dock vara att verksamheten är starkt koncentrerad till slu-

ten vård och att hygienverksamheten inte når ut till t.ex. den kommunala hemsjukvården i önskvärd omfattning. Ett annat problem som har framförts är brister i kunskaper och utbildning om infektionshygien hos personal och ansvariga inom hälso- och sjukvården. Särskilt påpekas detta utgöra ett problem inom den kommunala vården.

Till följd av rapporterna presenterade Socialstyrelsen i en skrivelse till regeringen förslag till åtgärder för att åstadkomma förbättringar på området (S98/6129/HS). En särskild fråga om införande av bestämmelser i smittskyddslagen rörande rapporteringsskyldighet till smittskyddsläkare och nationell myndighet överlämnades till Smittskyddskommittén.

Med utgångspunkt i ovan nämnda underlag har Socialstyrelsen inkommit till regeringen med en skrivelse med förslag till lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner (S2000/3063/HS). I skrivelsen föreslås bl.a. att en uttryckligt bestämmelse om att hälso- och sjukvården och tandvården skall vara organiserade så att tillgång till infektionshygienisk kompetens är säkerställd skall föras in i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125), att verksamhetschefen eller den som han delegerat uppgiften till skall anmäla till vårdgivaren, Smittskyddsinstitutet och smittskyddsläkaren när en patient drabbats av en vårdrelaterad infektion i hälso- och sjukvården samt att verksamhetschefer och ansvariga vid mikrobiologiska laboratorier skall vara skyldiga att på vårdgivares begäran lämna ut uppgifter om resultat av utförda provtagningar.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag även utarbetat ett förslag till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens (S2000/3321/FH). I förslaget till handlingsplan föreslås bl.a. åtgärder beträffande övervakning av antibiotikaresistens och antibiotikaförskrivning, infektionsförebyggande åtgärder, förbättrad diagnostik och antibiotikaanvändning samt läkemedelsinformation och marknadsföring. Förslaget till handlingsplan innefattar även förslag som rör användningen av antibiotika i veterinärmedicin, i livsmedel, som växtskyddsmedel och i miljön.

Såväl Socialstyrelsens förslag till lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner som förslaget till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens har remissbehandlats.

Skälen för regeringens bedömning: Kunskaperna om den egentliga omfattningen av vårdrelaterade infektioner är mycket bristfälliga. Socialstyrelsen konstaterar dock i sina rapporter att sådana infektioner utgör ett betydande, kanske ökande, problem inom hälso- och sjukvården oavsett vårdgivare. Enligt regeringen 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 god vård. Det är självklart att detta innebär att riskerna för den enskilde patienten att utsättas för smitta i samband med vården begränsas så långt det är möjligt.

En särskild fråga är spridningen av antibiotikaresistenta smittämnen. Förekomsten av sådana smittämnen är mindre vanlig i Sverige än i många andra länder men tecken har uppmärksammats 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. Det är enligt regeringens uppfattning av stor vikt att man genom olika förebyggande

åtgärder motverkar uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistenta smittämnen.

Smittskyddskommittén stannade vid att lyfta fram vissa frågor som rör övervakningen av och ansvaret för åtgärder mot vårdrelaterade infektioner. Det framgår enligt kommitténs underlag klart att det föreligger stora brister i den kontinuerliga infektionsövervakningen inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser att det är av stor vikt att det finns nationell och regional övervakning av vårdrelaterade infektioner. Ett led i en sådan övervakning är anmälningsskyldigheten enligt smittskyddslagen. Om anmälningsskyldigheten omfattar även fall av vissa vårdrelaterade infektioner av betydelse ges bättre möjlighet att upptäcka och följa uppkomsten av aktuella infektioner, inte minst inom öppenvården och de kommunala vårdformerna. Det bör här erinras om att ett antal vårdrelaterade infektioner (meticillinresistenta gula stafylokocker [MRSA], pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin samt vancomycinresistenta enterokocker [VRE]) redan förts in i den förteckning över smittsamma sjukdomar som skall vara anmälningsskyldiga enligt smittskyddslagen. Regeringen förslår dessutom i avsnitt 10 att infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) och infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G skall klassificeras som allmänfarliga sjukdomar enligt den nya smittskyddslagen. Förslaget till ny smittskyddslag innebär vidare att regeringen ges möjlighet att meddela närmare föreskrifter om vilka andra sjukdomar än de allmänfarliga som skall anmälas enligt smittskyddslagen. I detta sammanhang kommer regeringen att ta ställning till om fler vårdrelaterade infektioner bör omfattas av anmälningsskyldigheten.

En annan fråga som regeringen 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 hygiensköterskor som bl.a. har en rådgivande roll i förhållande till övriga aktörer. Denna infektionshygieniska verksamhet är främst koncentrerad till den slutna vården. Infektionshygienisk kompetens saknas i dag inom viss öppenvård och inom stora delar av den kommunala hälso- och sjukvården. Organisation för att komma tillrätta med vårdrelaterade infektioner saknas på många håll, t.ex. inom den kommunala omsorgen. Problemet har enligt kommitténs underlag även påpekats gälla bl.a. gränsdragningen mellan verksamhetschefernas, hygiensektionernas och smittskyddsläkarens ansvar. Det bör framhållas att smittskyddsläkaren enligt regeringens förslag skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom sin region och ansvar därmed också för att adekvata smittskyddsåtgärder vidtas vid i princip varje utbrott av smittsamma sjukdomar. Enligt vad som framkommit av kommitténs underlag vidtar smittskyddsläkaren i praktiken sällan några åtgärder inom sjukvårdens lokaler. Problemet med vårdrelaterade infektioner har förutsatts kunna lösas av sjukvårdshuvudmännen med hjälp av hygienläkare och andra specialister. Detta bör enligt regeringen vara utgångspunkten även i fortsättningen.

Av Socialstyrelsens rapporter framgår det klart att frågan om vårdrelaterade infektioner sträcker sig över flera ansvarsområden och berör frågor såväl på det egentliga smittskyddsområdet som inom andra om-

råden, däribland vårdens organisation och utformning av vårdlokaler. Rapporten pekar på behovet av vårdhygieniska kunskaper för såväl den egentliga vårdpersonalen som övrig personal inom vården, oavsett om den bedrivs på sjukhus eller i annan form. Vidare visar rapporten på att samverkan mellan de olika aktörerna, bl.a. hygienansvariga, smittskyddsläkare och vårdgivare, är av stor betydelse. Vid remissbehandlingen av kommitténs betänkande har flera instanser påpekat att förslagen beträffande vårdrelaterade infektioner bör utredas ytterligare och att smittskyddsläkarens ansvar i förhållande till hygienläkare och övrig personal behöver klargöras. I sin rapport framhåller Socialstyrelsen att det finns behov av en bred långsiktig strategi avseende vårdrelaterade infektioner. Åtgärder för att övervaka och kontrollera vårdrelaterade infektioner framhålls bl.a. vara en viktig beståndsdel i en samlad strategi för att motverka uppkomsten och spridningen av smittämnen som är resistenta mot antibiotika. De förslag till lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner som Socialstyrelsen utarbetat ansluter av denna anledning till stor del till myndighetens förslag till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens. Av detta skäl anser regeringen att det är lämpligt att ta ställning till behovet av lagbestämmelser beträffande vårdrelaterade infektioner i samband med att regeringen tar ställning till förslaget till nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens.

16 Nationell styrning och organisatoriska frågor

16.1 Ansvaret för smittskyddsåtgärder och smittskyddsorganisationen

Regeringens förslag: Landstinget skall även fortsättningsvis ha ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstinget. Undantag skall liksom i dag gälla för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka kommunerna och vissa nationella myndigheter har ansvaret. Smittskyddsläkaren skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. Smittskyddsläkaren skall ges möjlighet att delegera uppgifter till biträdande smittskyddsläkare.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. I kommitténs förslag ingår även att fler än en smittskyddsläkare skall kunna förordnas inom ett landstingsområde samt att två eller flera landsting skall kunna samverka om smittskyddsläkare.

Remissinstanserna: De remissinstanser som uttalar sig i frågan stödjer kommitténs förslag om fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen. De flesta remissinstanserna är positiva till möjligheten att flera landsting skall kunna samverka om en smittskyddsläkare. Däremot är flera remissinstanser, varav många landsting, negativa till att flera smittskyddsläkare skall kunna utses i ett landsting. Andra instanser har synpunkter på hur ansvaret i så fall skall för-

delas mellan dem. Flera instanser påtalar att en av smittskyddsläkarna måste ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom landstinget om det skall finnas möjlighet att utse flera smittskyddsläkare inom ett landsting.

Bakgrunden för regeringens förslag

Statskontorets utvärdering av den nuvarande smittskyddsorganisationen

Statskontoret har på kommitténs uppdrag gjort en genomgång och utvärdering av den nuvarande smittskyddsorganisationen. Utvärderingen begränsades till att avse smittskyddsorganisationen i snäv bemärkelse på lokal, regional och nationell nivå, dvs. kommunerna, landstingen med smittskyddsläkarna, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet (SMI). Enligt Statskontoret fungerar organisationen i huvudsak väl även om vissa brister konstaterades. 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.

En analys av förutsättningarna för en förstärkt nationell samordning och styrning av verksamheten samt hur skärpta krav på tillsyn och uppföljning kan tillgodoses har därefter på kommitténs uppdrag gjorts av Statskontoret. I uppdraget ingick även att ange förutsättningarna för ett eventuellt statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen.

I tillämpliga delar redovisas i de följande avsnitten vad som framkommit vid Statskontorets utvärdering. En mer utförlig genomgång återfinns i kommitténs betänkande samt i Statskontorets rapport nr 1998:25 ”Smittskyddsarbetets organisation”.

Landstinget och smittskyddsläkarna

Landstinget är enligt smittskyddslagen huvudman för smittskyddet med undantag för objektinriktade åtgärder och för sådana konkreta åtgärder som åvilar de enskilda läkarna enligt smittskyddslagens bestämmelser. I varje landsting skall enligt 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.

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 som har tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, i klinisk bakteriologi eller i klinisk virologi utses. 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 var verksamma som läkare inom den ordinarie vården. Hälften av smittskyddsläkarna arbetade deltid som infektionsläkare. Vad avser smittskyddsenshetens placering i landstingsorganisationen framgår av utvärderingen att den i fem fall var knuten till en infektionsklinik, i två fall till ett bakteriologiskt laboratorium och i ett fall till en hygienavdelning. Den övriga organisationen skilde sig stort mellan landstingen. Vid sju av smittskyddsensheterna, däribland enheterna i de tre storstadsområdena, fanns biträdande smittskyddsläkare. Smittskyddsläkare som saknade biträdande smittskyddsläkare hade ersättare vid frånvaro men ersättaren hade inte något anställningsförhållande vid smittskyddsensheten. Förutom smittskyddsläkare och biträdande smittskyddsläkare förekommer det att sjuksköterskor, socionomer, psykologer och jurister tjänstgör vid de större smittskyddsensheterna.

I Statskontorets utvärdering konstateras att det finns stora skillnader mellan de olika landstingens resursinsatser för att lösa likartade uppgifter. Statskontoret konstaterar vidare 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 smittskyddsarbetet inte får den prioritet och självständighet i förhållande till vården som avsetts. Statskontoret framhåller också att denna dubbla ställning kan vara tveksam från rättssäkerhetssynpunkt.

Närmare om smittskyddsläkarens uppgifter

Smittskyddsläkaren har enligt nuvarande smittskyddslag ett flertal uppgifter av både allmän art och av myndighetskaraktär. 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. 10, 12, 13 och 14. I det följande redogörs därför främst för smittskyddsläkarens övergripande ansvar för smittskyddet samt för dennes samverkan och samarbete med andra aktörer på smittskyddets område.

Smittskyddsläkaren har 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 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. Till förebyggande åtgärder hör också upprättandet av epidemiplaner. Det förebyggande arbetet kan även utföras i samarbete med andra. Exempel härpå är bl.a. särskilda handlingsplaner för preventivt hivarbete. Alla landets smittskyddsenheter deltar vidare i s.k. 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 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. 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 smittskyddsarbete har rätt att få sådan av smittskyddsläkaren. Att undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor är en annan uppgift för smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren skall också lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor. Slutligen skall smittskyddsläkaren även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd. Bestämelsen innebär ett generellt åliggande att även på annat sätt än som ovan beskrivits verka för ett effektivt smittskydd.

När det gäller smittskyddsläkarnas kontakter med andra aktörer inom smittskyddet var enligt Statskontorets utvärdering smittskyddsläkarnas

kontaktnät omfattande. Kontakterna var generellt tätast med infektionskliniker, behandlande läkare, mikrobiologiska laboratorier, sjukhushygien och Smittskyddsinstitutet. Med framförallt följande organ förekom därutöver kontakt varje månad; ungdomsmottagningar, lokala media, länsveterinärer, miljö- och hälsoskyddskontor, kuratorer vid särskilda mottagningar för sexuellt överförbara sjukdomar och distriktsköterskor.

Ett effektivt smittskydd ställer krav på samarbete och samordning. I smittskyddslagen har därför tagits in en bestämmelse 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.

Skälen för regeringens förslag: Den nuvarande organisationen för smittskyddsläkarna har i allt väsentligt fungerat väl. Frågan är om det ändå finns skäl att överväga en övergång till ett statligt huvudmannaskap. Ett argument som talar för detta är rättssäkerhetsaspekterna. Desto fler befogenheter smittskyddsläkaren har att fatta ingripande beslut mot enskilda, desto starkare blir kraven på enhetlig tillämpning och på ett statligt ansvar. Regeringens förslag innebär att fler befogenheter att vidta tvångsåtgärder mot enskilda flyttas från smittskyddsläkaren till förvaltningsdomstol. Den föreslagna regleringen tillgodoser enligt regeringens mening de rättssäkerhetskrav som kan ställas. Ett annat skäl som framförts för ett statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkarorganisationen är att det kan vara en svaghet att smittskyddsläkaren är beroende av landstingets prioriteringar och resurstilldelning. Regeringen föreslår ett ökat ansvar för smittskyddsläkaren för att bevaka bl.a. att enskilda som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittriskan samt få till uppgift att påpeka brister i smittskyddet. I dessa fall är det viktigt att smittskyddsläkaren har en stark och oberoende ställning i förhållande till kommun och landsting. I den nuvarande situationen anser dock inte regeringen att det finns tillräckliga skäl för att föreslå något annat än ett fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap. Med de ovan redovisade förändringarna av smittskyddsläkarnas uppgifter och en förstärkt tillsyn torde det inte vara nödvändigt att ändra huvudmannaskapet för att upprätthålla rättsäkerhet och kvalitet i smittskyddsarbetet.

Liksom enligt gällande smittskyddslag bör landstingen vidare även i fortsättningen ha frihet att själva bestämma över 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 i dag föreligger beträffande möjligheterna att närmare utvärdera effekterna av prestationerna och kostnadseffektiviteten gör det vidare svårt att jämföra olika landsting och dra slutsatser rörande hur organisationen bör utformas. Det bör här dock beaktas att organisationen bör utformas så att den kan uppfylla de mål samt de krav på kvalitet och kompetens som anges i förslaget till ny smittskyddslag (se avsnitt 16.2).

En särskild fråga rör kravet enligt nu gällande smittskyddslag på att det skall finnas en smittskyddsläkare inom varje landstingsområde. Av Statskontorets utvärdering av smittskyddsorganisationen framgår att i hälften av landstingen arbetar smittskyddsläkaren deltid med dessa upp-

gifter varvid smittskyddsläkartjänsten kombineras med annan läkartjänst. Enligt regeringens mening är det önskvärt att smittskyddsläkarens roll renodlas. Med hänsyn till bl.a. smittskyddsläkarens övervakande och myndighetsutövande roll framstår det inte som lämpligt att smittskyddsläkaren samtidigt arbetar som t.ex. behandlande läkare. Det kan emellertid med hänsyn till befolkningsunderlaget vara svårt för mindre landsting att inrätta en heltidstjänst som smittskyddsläkare. Med hänsyn till detta föreslog Smittskyddskommittén att en möjlighet skall öppnas för landstingen att samverka om en smittskyddsläkare. En fördel med en sådan lösning skulle vara att landstingen får möjlighet att rekrytera smittskyddsläkare med hög kompetens som helhjärtat kan ägna sig åt sin uppgift. En nackdel skulle kunna vara att smittskyddsläkaren i sådant fall kan förlora något av sin lokala förankring. Regeringen har tidigare framhållit att det faktum att ansvaret för det samlade smittskyddet i samhället är uppdelat på många aktörer ställer krav på en stark samordning av smittskyddet. I smittskyddsläkarens ansvar för det regionala smittskyddet ligger ett ansvar att verka för samordning av smittskyddsåtgärderna oberoende av om dessa är personinriktade eller objektinriktade. Vid utbrott som skulle kunna leda till svåra påfrestningar på samhället i fred (t.ex. en influensapandemi) och vid andra större utbrott är det särskilt angeläget att smittskyddsläkaren kan fokusera på samordningen av smittskyddet inom landstingen. Regeringen är därför inte beredd att lägga ett förslag om att öppna en möjlighet för landstingen att samverka om smittskyddsläkare.

Av Statskontorets utvärdering framgår att arbetsuppgifterna för smittskyddsläkaren i storstadsregionerna kan vara så omfattande att en smittskyddsläkare inte är tillräcklig. I dag har frågan praktiskt lösts så att s.k. biträdande smittskyddsläkare utsetts. Dessa kan dock inte ges några formella bemyndiganden enligt nuvarande smittskyddslag, något som smittskyddsläkarföreningen framhållit som en brist. Regeringen har övervägt alternativet att ge landstingen en möjlighet att inom smittskyddsmyndigheten utse flera smittskyddsläkare som på eget ansvar har att utföra de uppgifter som åligger dem enligt smittskyddslagen. Vid remissbehandlingen framkom det dock att en del remissinstanser är tveksamma till en sådan lösning. Ett argument är att förutsättningarna för samordning och likformighet i handläggningen av smittskyddsärendena blir sämre om det finns fler än en smittskyddsläkare i varje landsting. Några remissinstanser anser att om det öppnas en möjlighet att ha fler än en smittskyddsläkare inom ett landsting är det viktigt att klargöra att en av dem skall ha ställning som chef och ha det övergripande ansvaret för att planera, organisera och leda smittskyddet inom landstinget. Mot bakgrund av de synpunkter som framkommit är regeringen inte beredd att föreslå att landstingen ges möjlighet att utse fler än en smittskyddsläkare. På grund av den stora omfattning som arbetsuppgifterna kan ha i vissa landsting anser regeringen att det finns ett behov av att ge smittskyddsläkaren en formell möjlighet att delegera uppgifter till biträdande smittskyddsläkare. En sådan möjlighet får dock inte omfatta det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där smittskyddsläkaren verkar.

16.2 Nationell styrning och uppföljning

Regeringens förslag: Målet för smittskyddet och vissa allmänna riktlinjer skall anges i smittskyddslagen. Socialstyrelsen skall ansvara för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet ha till uppgift att följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt. Regeringen skall få meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet om det vid en fredstida kris finns behov av samordnande nationella åtgärder eller särskilda insatser inom smittskyddet.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag. I kommitténs förslag ingår även att ett nationellt smittskyddsanslag skall inrättas.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser stödjer förslaget att det övergripande målet för smittskyddet och vissa allmänna riktlinjer skall anges i smittskyddslagen. Ett par instanser framhåller att det gagnar smittskyddsarbetet att det finns angivet att smittskyddet skall vara av god kvalitet och att de som är verksamma inom området skall ha lämplig kompetens. Ett par remissinstanser anser att dessa riktlinjer bör förtydligas och knytas an till lagen exempelvis genom att ange att de som är verksamma inom smittskyddet skall ha lämplig kompetens från smittskyddssynpunkt. De instanser som yttrat sig stödjer förslaget att ge regeringen rätt att besluta om samordnande nationella åtgärder även vid svåra påfrestningar i fredstid. Förslaget om nationellt smittskyddsanslag får ett positivt bemötande av de flesta av de instanser som berör frågan. *Riksrevisionsverket* tolkar dock orsaken till att förslag på ett nationellt smittskyddsanslag framläggs som att ansvarsfördelningen inte till alla delar är klarlagd och menar att det är väsentligt att ansvar såväl för olika smittskyddsåtgärder som för kostnader klargörs.

Bakgrund: I det föregående avsnittet redogjordes för landstingets ansvar för att smittskyddsåtgärder vidtas och smittskyddsläkarens övergripande ansvar för smittskyddet inom landstinget. I det följande avsnittet återfinns en redogörelse för de uppgifter inom smittskyddet som åvilar myndigheter på nationell nivå samt för mål och uppföljning inom smittskyddsområdet.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har enligt smittskyddslagen tillsyn över smittskyddet. Tillsynsansvaret 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 med stöd av smittskyddslagen och smittskyddsförordningen meddela föreskrifter om frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination. Tillsynsresor görs för att se hur smittskyddet fungerar i praktiken. I bland 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. Smittskyddsenheten vid myndigheten initierar och tillsätter ett flertal arbetsgrupper med experter inom många för smittskyddet viktiga områden. Smittskyddsenheten har vidare täta smittskyddsläkarkontakter. Anmälningar från bl.a. patienter handläggs av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. I Socialstyrelsens uppgifter ingår också att fatta beslut i enskilda fall rörande statens kostnadsansvar vid tillämpning av bestämmelserna om kostnadsfria förmåner i smittskyddslagen.

Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutet (SMI) skall enligt smittskyddsförordningen förlöpande sammanställa anmälningar till institutet enligt 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.

Enligt instruktionen är SMI central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar. SMI skall följa och analysera det epidemiologiska läget 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 lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget och föreslå åtgärder som detta kan föranleda, följa och analysera immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper, ta initiativ till åtgärder som medför ett gott skydd i landet mot smittsamma sjukdomar, även i kris och krig, upprätthålla ett för landets smittskydd relevant förråd av bakterier, virus och andra ämnen, stödja och samordna bekämpning av sjukhusinfektioner. 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. Institutet har vidare 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.

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 sam-

verka med bl.a. infektionskliniker, mikrobiologiska laboratorier och smittskyddsläkare.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut disponerar anslaget 14:1 Insatser mot aids under utgiftsområde 9. En samrådsgrupp har bildats med FHI som sammankallande och med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarföreningen och Landstingsförbundet som övriga deltagande. En del av anslaget går till ekonomiskt stöd till frivilligorganisationer. De tre organisationer som får det mesta stödet är Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset (Noaks Ark). Ekonomiskt stöd lämnas också till de hivsmittades frivilligorganisationer på riksnivå och till sådana invandrarorganisationer som spelar en viktig roll i det hivpreventiva arbetet. En del av aidsanslaget går till olika förebyggande projekt i landsting och kommun.

Mål- och uppföljning av den samlade folkhälsopolitiken

I propositionen mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) presenterar regeringen grunderna för mål och uppföljning av den samlade folkhälsopolitiken. I propositionen föreslår regeringen att det övergripande nationella folkhälsomålet skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Regeringen pekar vidare på att det är särskilt viktigt att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder. I syfte att följa upp insatserna inom folkhälsopolitiken presenteras elva målområden för den samlade folkhälsopolitiken.

Regeringen framhåller i propositionen att insatser för att förebygga smittspridning är en viktig del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Gott skydd mot spridning skall därför utgöra ett särskilt målområde inom folkhälsopolitiken. Samtidigt bidrar flera andra målområden till att skapa förutsättningar för en minskad smittspridning, t.ex. trygga och goda uppväxtvillkor, sunda och säkra miljöer och produkter, en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa samt goda matvanor och säkra livsmedel.

I propositionen konstaterar regeringen att uppföljningen och utvärderingen av insatserna för en bättre folkhälsa bör bedrivas inom ramen för den befintliga ansvarfördelningen mellan myndigheterna. Statens folkhälsoinstitut (FHI) skall få i uppgift att stödja och samordna arbetet samt att ansvara för den samlade uppföljningen. Vidare konstaterar regeringen att det krävs ytterligare underlag för att bestämma de indikatorer och den statistik som bäst mäter sambanden mellan bestämningsfaktorer och hälsa. I mars 2003 redovisade FHI ett uppdrag från regeringen att i samarbete med berörda statliga myndigheter och kommun- och landstingsförbunden initiera ett sådant utvecklingsarbete samt lämna förslag på

vilka befintliga indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer och delmål inom respektive målområde som bör ingå i uppföljningsarbetet.

Behovet av uppföljning och utvärdering av smittskyddsverksamheten

I Statskontorets rapport (se avsnitt 16.1) konstateras att dagens uppföljning av smittskyddet 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. Statskontoret anser att en nationell uppföljning bör utvecklas för att tillgodose statsmakternas behov av att få en samlad bild som underlag för beslut om lagstiftning, dimensionering av anslag m.m. Uppföljningen bör avse tillståndet inom smittskyddsområdet, de samlade kostnaderna för smittsamma sjukdomar, 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.

Skälen för regeringens förslag

Nationell samordning och styrning

Smittskyddsverksamheten omfattar ett stort antal olika huvudmän på central, regional och lokal nivå. Det kan ifrågasättas om statens 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. Det finns därför ett behov av att utvidga regeringens rätt att meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet vid krig eller krigsfara till att även gälla vid kriser i fredstid. Härigenom kan regeringen besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet.

För att förbättra förutsättningarna för en nationell samordning finns det skäl att fastställa vilken instans som under riksdag och regering har det övergripande nationella ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Vid remissbehandlingen har ett par instanser framhållit att ansvaret för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting bör ligga på Smittskyddsinstitutet. Övervägande skäl talar dock enligt regeringens uppfattning för att detta ansvar bör anförtros Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har redan i dag ett ansvar för samordningen av smittskyddet såväl i egenskap av tillsynsmyndighet som genom befogenheterna att utfärda allmänna råd och föreskrifter. Socialstyrelsen har vidare till uppgift att 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 Socialstyrelsen ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att Socialstyrelsen skall initiera ett utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen

mellan olika huvudmän. Detta innebär dock inte att Socialstyrelsen får direktivrätt över andra myndigheter som ansvarar för smittskyddsåtgärderna.

Vid sidan av Socialstyrelsen har Smittskyddsinstitutet en central roll i det nationella smittskyddsarbetet i egenskap av nationellt expertorgan. Av stor betydelse är bl.a. de råd och underlag för bedömning av vidare insatser som institutet kan ge med grund i den epidemiologiska bevakningen och genom institutets uppgifter i det internationella samarbetet. Regeringen anser att Smittskyddsinstitutet även fortsättningsvis skall ges rollen av ett nationellt expertorgan på smittskyddsområdet och man i denna roll skall följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för en effektiv funktion av landets smittskydd. Ett viktigt led i detta arbete bör vara att stödja landsting och kommuner vid större eller ovanliga smittutbrott och att bistå Socialstyrelsen med kunskapsunderlag av betydelse för samordningen av smittskyddet i landet.

Mål och riktlinjer för smittskyddsverksamheten

Den nuvarande smittskyddslagen har i stor utsträckning karaktären av en ren förfarandelag. Den ger sålunda inga mål för smittskyddsverksamheten, vare sig på central, regional eller lokal nivå. Klart utformade mål och riktlinjer för smittskyddsverksamheten ger ökade förutsättningar för en enhetlig tillämpning av regelverket och en jämnare kvalitetsutveckling. De kan också vara ett stöd för den statliga tillsynen av verksamheten.

I kapitel 9 föreslår regeringen att målet för samhällets smittskydd skall vara att med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. I den nya smittskyddslag som regeringen nu föreslår skall förutom målet för smittskyddet även vissa allmänna riktlinjer för smittskyddet anges. Riktlinjerna bör bl.a. innefatta kvalitets- och kompetenskrav. Kompletterande mål kan också behöva fastställas på både kort och lång sikt och på såväl nationell, regional som lokal nivå.

Inledningsvis har regeringen framhållit att vikten av att bestämmelserna i FN:s barnkonvention tas i beaktande när smittskyddsåtgärder vidtas. Hänsynen till barnets bästa är enligt regeringens uppfattning av så stor vikt i smittskyddsarbetet att det bör komma till uttryck i en särskild bestämmelse i smittskyddslagen. Regeringen anser följaktligen att det av de inledande riktlinjerna för smittskyddet skall framgå att det vid åtgärder som rör barn särskilt skall beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Med barn avses varje människa under 18 år.

Uppföljning och utvärdering

I propositionen mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) konstaterar regeringen att insatser för att förebygga smittspridning är en viktig del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Av detta skäl har regeringen föreslagit att gott skydd mot spridning skall utgöra ett särskilt målområde inom folkhälso-

politiken. I den rapport med förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet som Statens folkhälsoinstitut nyligen redovisat ingår förslag till delmål och indikatorer inom smittskyddsområdet som en integrerad del av den samlade uppföljning av det övergripande folkhälsomålet. Dessa förslag kommer att remissbehandlas. Regeringen avser därefter att återkomma till hur arbetet med att utveckla uppföljningen och utvärderingen av det övergripande folkhälsomålet skall bedrivas och i det sammanhanget även behandla frågor som rör samhällets skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Regeringen instämmer i Statskontorets bedömning att dagens uppföljning av smittskyddet har luckor och att den information som finns är svår att jämföra. Den samlade uppföljning av det övergripande folkhälsomålet syftar till att ge en övergripande bild av utvecklingen på folkhälsoområdet. Inte heller den uppföljningen har förutsättningar att i egentlig mening ge något samlad underlag för beslut om smittskyddsverksamheten. Det är enligt regeringens bedömning angeläget att vid sidan av den mer övergripande uppföljningen av den samlade folkhälsopolitiken få till stånd en fördjupad uppföljning av smittskyddsverksamheten i syfte att åstadkomma ett samlat underlag för beslut om lagstiftning och verksamhet inom smittskyddsområdet.

Inledningsvis i detta avsnitt har regeringen pekat på behovet av att förbättra förutsättningarna för en nationell samordning och av detta skäl föreslagit att Socialstyrelsen ges ett ansvar för att samordna smittskyddet på nationell nivå. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att Socialstyrelsen skall initiera ett utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän. I detta ligger också enligt regeringens uppfattning att Socialstyrelsen i samråd med berörda myndigheter, kommuner och landstingen har ett ansvar att initiera ett utvecklingsarbete i syfte att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering av landets smittskydd.

Särskilda statliga medel för insatser mot hiv/aids

I avsnitt 12.1 har regeringen redogjort för det förebyggande arbetet beträffande hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar samt de särskilda statliga medel som finns avsatta för detta ändamål. Regeringen har tillsatt en särskild utredare (dir. 2002:68) med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. I uppdraget ingår bl.a. att lämna förslag till hur uppföljningen och utvärderingen av de insatser som vidtas inom ramen för den särskilda statliga medlen skall förbättras samt till hur samverkan mellan statliga myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer skall stärkas. Vidare skall utredaren lämna förslag till framtida inriktning av anslaget Insatser mot aids och till hur anslaget skall administreras. Med utgångspunkt i utredarens förslag avser regeringen att återkomma beträffande inriktningen på de särskilda statliga medlen samt till hur dessa insatser mot hiv/aids bör hanteras inom ramen för samhällets samlade smittskydd.

Nationellt smittskyddsanslag

Det har med nuvarande smittskyddslag i bland, särskilt i inledningen av en smittutredning, förelegat oklarhet om vem som slutligen skall bära kostnaderna för provtagning och dylikt. I sådana fall kan det finnas en risk för att utredningen försenas eller t.o.m. att provtagning inte sker i den omfattning som vore önskvärd. Det kan vidare vara svårt för mindre kommuner att ta kostnadsansvaret för mera omfattande utredningar och provtagningar, trots att de är angelägna. Det har därför framförts förslag om inrättande av ett nationellt smittskyddsanslag. De problem som i praktiken förekommit vid större utbrott har dock ofta haft anknytning till oklarheter om kostnadsansvaret för åtgärderna och till det förhållande att det kan bli fråga om mycket höga provtagningskostnader. Det är därför av stor betydelse för smittskyddsarbetet att det inte råder någon tvekan om när ansvaret för att vidta åtgärder inträder. Det får inte uppkomma situationer där ovisshet råder om kommunen eller annan myndighet har en skyldighet att agera, vilket till viss del förelegat vid tillämpningen av nuvarande smittskyddslag.

Ett effektivt smittskydd kräver enligt regeringens uppfattning att det inte föreligger tveksamhet om vem som har ansvaret för att vidta en viss åtgärd. En klarare ansvarsfördelning i lagstiftningen bör således eftersträvas och befintlig dubbelreglering undanröjas så långt det är möjligt. Regeringen har tidigare framhållit att smittskyddslagen klarare bör inriktas på åtgärder för att förhindra att sjukdomar sprids mellan människor. I avsnitt 14 föreslår därför regeringen att kommunens ansvar för smittskyddsåtgärder riktade mot djur skall begränsas till sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Regeringen föreslår även att smittskyddsläkaren bör få en uttrycklig skyldighet att underrätta berörd myndighet då smittskyddsläkaren får uppgift om förekomst eller misstänkt förekomst av smittsam sjukdom som påkallar åtgärder samt att skyldigheten för smittskyddsläkaren, kommunerna och andra berörda myndigheter att samråda med varandra skall stärkas.

De förtydliganden av ansvarsfördelningen mellan olika aktörer som ansvarar för delar av smittskyddet som nu föreslås bör enligt regeringens uppfattning sammantaget medföra att de situationer där det föreligger tveksamhet om vem det är som har ansvaret för att vidta en viss åtgärd minskar betydligt. Det bör således inte finnas några hinder mot att den kommun eller myndighet som har ansvaret för en åtgärds genomförande även fortsättningsvis också skall ha det totala kostnadsansvaret härför. Regeringen är av denna anledning inte beredd att i nuvarande läge föreslå att medel avsätts till ett nationellt smittskyddsanslag. Ett sådant anslag skulle kunna leda till att kommuner blir benägna att vältra över kostnaderna för smittskyddsåtgärder på staten i stället för att anstränga sig att sköta smittskyddsarbetet på ett kostnadseffektivt sätt.

16.3 Tillsyn och disciplinpåföljder

Regeringens förslag: Socialstyrelsen skall ha tillsyn över smittskyddet i landet.
--

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. I kommitténs förslag ingår även att tillsynen över smittskyddsverksamheten skall samordnas med Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården i stort.

Socialstyrelsens förslag: Det disciplinära ansvaret enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) skall utökas till att omfatta fall då läkare och annan sjukvårdspersonal inte uppfyller sina skyldigheter enligt smittskyddslagen.

Remissinstanserna om Smittskyddskommitténs förslag: De instanser som uttalat sig i frågan delar kommitténs bedömning att Socialstyrelsen skall ha tillsyn över smittskyddet i landet. Flera remissinstanser anser att tillsynen även fortsättningsvis bör ligga på Socialstyrelsens centrala enhet då det är där specialistkunskaperna finns vilket bör innebära en mer enhetlig tillämpning.

Remissinstanserna om Socialstyrelsens förslag: Ett par instanser uttalar sig positivt om förslaget till utökning av det disciplinära ansvaret enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Flera remissinstanser, däribland *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*, *Landstingsförbundet* och *Vårdförbundet*, anser att det inte är lämpligt med en specialreglering av dessa frågor på smittskyddsområdet utan att en översyn bör göras i ett bredare sammanhang.

Skälen för regeringens förslag

Tillsyn

Statskontoret framhåller i sin utvärdering av smittskyddet att statens tillsyn i dag ger begränsade möjligheter att påverka att verksamhet i lands- 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. Statskontoret anser bl.a. att antalet inspektioner bör ökas kraftigt och att en viss andel inspektioner strikt bör avse kontroll mot lagstiftningen.

Den statliga tillsynen är enligt regeringens uppfattning ett viktigt medel för att öka enhetlighet och kvalitetsmedvetande inom smittskyddet. Det är självklart att tillsynsmyndigheten då också måste utöva tillsyn i formell mening, d.v.s. göra påpekanden om brister och i sista hand utöva de befogenheter som lagstiftningen ger att genomdriva åtgärderna. Smittskyddsverksamheten styrs av annan lagstiftning än hälso- och sjukvården och det är därför enligt regeringens uppfattning inte självklart att en samordning med den regionala tillsynen över hälso- och sjukvården medför några större samordningsvinster. Socialstyrelsens uppfattning om fördelarna med att ha specialistkunskaperna inom området koncentrerade måste tillmätas stor vikt. Det är vidare myndigheten som bör vara bäst skickad att avgöra hur den tillsyn som myndigheten ansvarar för skall bedrivas. Det finns enligt regeringens bedömning inga skäl att i detta sammanhang slå fast hur tillsynen över smittskyddet i landet skall organiseras. Regeringen delar dock Statskontorets uppfattning att tillsynen bör intensifieras, särskilt avseende kontrollen av hur smittskyddslagstiftningen följs.

Disciplinpåföljder

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. Av 5 kap. 2 § i denna lag framgår att disciplinpåföljd endast kan komma i fråga för hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller yrkesutövning som har betydelse för patientsäkerheten. Smittspårning och en del andra åtgärder enligt smittskyddslagen får dock i vissa fall betraktas som rena smittskyddsåtgärder.

Socialstyrelsen har i sin redovisning av regeringens uppdrag angående vissa smittskyddsfrågor tagit upp behovet av att utöka det disciplinära ansvaret enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område för läkare och annan sjukvårdspersonal som inte uppfyller sina skyldigheter enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen har konstaterat allvarliga brister när det gäller smittspårning vid framför allt klamydia. Vid remissbehandlingen av Socialstyrelsens redovisning uttryckte ett par instanser stöd för Socialstyrelsens förslag. Flera remissinstanser framhöll dock att det inte är lämpligt med en specialreglering av dessa frågor på smittskyddsområdet utan att en utökning av det disciplinära ansvaret skulle kräva en mer omfattande översyn.

Regeringen vill framhålla att det är av största vikt att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal fullgör sina skyldigheter enligt smittskyddslagen. I den mån som sådana åtgärder kan bedömas ha betydelse för patientsäkerheten bör också underlåtenhet att uppfylla skyldigheterna enligt smittskyddslagen kunna föranleda disciplinåtgärder enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. En bedömning av om så är fallet görs av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd i varje enskilt fall. Regeringen delar dock uppfattningen att det krävs ytterligare utredning för att man skall kunna överväga att utvidga området för disciplinära åtgärder till att omfatta även åtgärder som inte har direkt betydelse för patientsäkerheten. Regeringen är av detta skäl inte beredd att i nuläget lämna ett sådant förslag. Regeringen avser dock att undersöka frågan ytterligare och överväga möjliga åtgärder i ett bredare perspektiv.

17 Straffrättsliga aspekter på smittskyddet

Regeringens förslag: En ny straffbestämmelse för gärningar som innebär att en person utsätter annan för fara att smittas av livshotande sjukdom införs i smittskyddslagen. I sekretesslagen (1980:100) införs en bestämmelse om att sekretess enligt 7 kap. 1 eller 4 § inte hindrar att uppgift som gäller misstanke om brott i fråga om smittoöverföring lämnas till åklagar- eller polismyndighet.

Lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål skall omfatta även vissa andra sjukdomar som kan överföras via gärningsmannens blod.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Kommittén ansåg dock att den nya straffbestämmelsen

skulle placeras i brottsbalken samt att en ny särskild regel om ansvarsfrihet vid samtycke borde införas.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser ställer sig positiva till kommitténs förslag om en ny straffbestämmelse. Remissinstanserna är däremot inte lika överens om utformningen av paragrafen. *Åklagarmyndigheten i Göteborg* tillstyrker förslaget till ny straffbestämmelse såvitt gäller första stycket. Myndigheten avstyrker att samtycke skall fria från ansvar i den utsträckning som föreslås. *Svea hovrätt* ställer sig positiv till kommitténs förslag men föreslår bl.a. att den skall delas upp i en paragraf för uppsåtsbrott och en för oaktsamhetsbrott. Vidare anser hovrätten att det rimmar illa med brottsbalkens systematik att införa en särskild ansvarsfrihetsregel vid samtycke i en straffbestämmelse. *Svea hovrätt* och *Åklagarmyndigheten i Göteborg* anser att samtycke från brottsoffret inte bör kunna medföra ansvarsfrihet vid uppsåtliga brott, det kan istället bedömas vid bestämmandet av brottets straffvärde. Vid oaktsamhetsbrott kan frågan om ansvarsfrihet vid samtycke i vissa fall bli aktuell och då bör den allmänna regeln om ansvarsfrihet vid samtycke enligt 24 kap. 7 § brottsbalken tillämpas. *Riksåklagaren* delar kommitténs bedömning att nuvarande bestämmelser skapar ett flertal tillämpningssvårigheter, men anser även att den nu föreslagna straffbestämmelsen har en alltför generell utformad brottsbeskrivning samtidigt som avsikten med bestämmelsen i första hand är att straffrättsligt reglera sexuellt överförande av hivsmitta eller beteenden som medför sådan risk. *Riksåklagaren* menar att om en bestämmelse med detta avgränsade utrymme skall införas bör den systematiskt placeras i smittskyddslagen och inte i brottsbalken. *Riksåklagaren* delar kommitténs förslag att reglerna i sekretesslagen bör ändras om den nya straffbestämmelsen införs. I annat fall kan *Riksåklagaren* inte se hur man på ett effektivt sätt skall kunna bedriva förundersökning och lagföra dessa brott. *HomO*, *Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)* och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL)* avvisar förslaget till ny straffbestämmelse. *HomO*, *RFHP* och *RFSL* anser att det är bättre att behålla nuvarande lagstiftning samt undanröja eventuellt förekommande brister. *HomO* och *RFSL* menar att det även i det nuvarande regelverket finns behov av en ändring som innebär att samtycke befriar från straffansvar.

Bakgrund: Gällande svensk rätt saknar straffbestämmelser som specifikt tar sikte på handlingar som medför att smittsamma sjukdomar överförs från en person till en annan. Nu gällande smittskyddslag innehåller inte några straffbestämmelser, och inte heller i brottsbalken finns några ansvarsbestämmelser som är särskilt avpassade för överföring av smittsamma sjukdomar från en person till en annan. Brottsbalken innehåller emellertid flera bestämmelser som alltefter omständigheterna i det enskilda fallet kan bli tillämpliga på förfaranden som innebär att smitta överförs eller riskeras att överföras. Tillämpningen av dessa bestämmelser har emellertid varit långt ifrån okomplicerad.

Majoriteten av de rättsfall rörande smittspridning som har förekommit har gällt handlingar av sexuell natur som inneburit att överföring eller risk för överföring av hivsmitta förelegat. Något enstaka avgörande handlar om hepatit.

Kortfattad historisk bakgrund och något om frågans tidigare behandling

I 1968 års smittskyddslag fanns en särskild bestämmelse om straff för den som hade könsligt umgänge trots att han eller hon led av venerisk sjukdom och hade vetskap eller misstanke om detta. När smittskyddslagens regler år 1985 gjordes tillämpliga på hivinfektion upphävdes straffbestämmelsen. Skälet till ändringen var bl.a. en önskan att stärka förtroendet för smittskyddsarbetet. Det ansågs finnas en risk för att straffhotet avskräckte den som drabbats av venerisk sjukdom från att söka läkare, vilket bl.a. hängde samman med att smittskyddsläkaren under vissa förutsättningar var skyldig att anmäla misstanke om sådant brott. Det förhållandet att hivinfektion inte var botbar medförde vidare andra hänsynstaganden än de som gällt tidigare, bl.a. ansågs det inte rimligt att av den smittade kräva fullständig sexuell avhållsamhet för all framtid. I propositionen (prop. 1985/86:13) framhölls särskilt att upphävandet av den särskilda straffbestämmelsen inte innebar att könsligt umgänge vid venerisk sjukdom fortsättningsvis skulle vara straffritt. Det hänvisades i stället till straffbestämmelserna i 3 och 13 kap. brottsbalken. Vid tillkomsten av den nuvarande smittskyddslagen ansågs det inte heller finnas skäl att återinföra en liknande straffbestämmelse.

I 1968 års smittskyddslag fanns även en bestämmelse enligt vilken den som bröt mot meddelade föreskrifter om isolering och inskränkning i sin verksamhet kunde straffas med böter. Någon regel som straffbelägger brott mot förhållningsregler infördes inte i 1988 års smittskyddslag, eftersom det ansågs tveksamt om böter skulle förmå den enskilde att vidta rättelse.

Under 1990-talet framfördes bl.a. i riksdagsmotioner förslag till en särskild straffbestämmelse och till straffskärpning för medvetet överförande av hivinfektion.

Närmare om tillämpliga bestämmelser i brottsbalken

Under 1990-talet har ett antal fall rörande gärningar som inneburit att hivinfektion överförts eller riskerat att överföras till annan prövats av domstolarna. Då bestämmelserna i brottsbalken har tillämpats på gärningarna har en mängd centrala straffrättsliga regler kommit att aktualiseras, t.ex. frågor om adekvans, påföljd och verkan av samtycke m.m. En särskild svårighet i dessa fall är vidare frågan vilket uppsåt gärningsmannen haft med sitt handlande.

I svensk straffrätt finns olika former av uppsåt. Vanligtvis talar man om direkt uppsåt, indirekt uppsåt och eventuellt uppsåt. Den uppsåtsform som hittills har haft störst aktualitet i samband med gärningar som innebär överförande av eller risk för överförande av hivinfektion är det eventuella uppsåtet. I rättsfallet NJA 2002 s. 449 behandlas uppsåtsbegreppet utförligt.

Om uppsåt inte föreligger kan det bli aktuellt att döma för brott begångna av oaktsamhet (vållande till kroppsskada eller sjukdom, vållande till annans död eller framkallande av fara för annan). Det subjektiva rekvisitet oaktsamhet föreligger när gärningsmannen åtminstone borde förstå att en viss effekt skall eller riskerar att inträffa. Vad gäller gärningar som har inneburit överföring eller risk för överföring av hiv-

infektion har domstolarna vid bedömningen av frågan vad som kan anses vara normal aktsamhet lagt vikt vid de råd och förhållningsregler som ges till skydd för smittspridningen. Vilka förhållningsregler som meddelats och vad för annan information som givits har även betydelse vid bedömningen av om en viss gärningsman i det enskilda fallet kan anses ha handlat av oaktsamhet.

I de fall där smitta verkligen har överförts kan det bli aktuellt att döma för mord, dråp, vållande till annans död, misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom. Den som uppsåtligen berövar annan livet döms för mord eller, om brottet är att anse som mindre grovt, för dråp. Om den utsatte inte dör kan det bli aktuellt att döma för försök till mord eller dråp. Den som av oaktsamhet orsakar annans död döms för vållande till annans död eller grovt vållande till annans död. Enligt Smittskyddskommitténs genomgång har såvitt känt något åtal för fullbordat mord eller dråp beträffande gärning som inneburit överföring av hivsmitta inte prövats i Sverige. Frågan om ansvar för försök till mord har dock prövats av tingsrätt i åtminstone ett fall. Domstolen fann då att de objektiva förutsättningarna för försök till mord förelåg, men att det inte var styrkt att gärningsmannen hade uppsåt att döda. Straffbestämmelserna om grov misshandel samt grovt vållande till annans död har ansetts kunna tillämpas då en person genom oskyddat sexuellt umgänge smittat annan med hiv.

Ansvar för misshandel eller grov misshandel inträder om någon uppsåtligen tillfogar annan kroppsskada, sjukdom eller smärta. Åsamkar någon av oaktsamhet annan person sådan kroppsskada eller sjukdom som ej är ringa, döms för vållande till kroppsskada eller sjukdom. Att hiv-infektion är en sjukdom i bestämmelsernas mening och att ett tillfogande i bestämmelsernas mening föreligger då sjukdom överförs genom sexuellt umgänge har accepterats av domstolarna.

För att ansvar skall föreligga enligt någon av de ovan nämnda bestämmelserna fordras att det är utrett att gärningsmannens handlande orsakat sjukdomen. När det gäller sexuellt umgänge har i praxis misshandel ansetts föreligga då smitta överförts vid ett enda samlag (NJA 1995 s. 119). En annan svårighet i sammanhanget är att man måste kunna konstatera att smittan överförts från just den aktuella gärningsmannen, något som kan vålla svårigheter då målsäganden haft flera partners.

I praxis har man, då en gärning som inneburit att hivinfektion överförts vid sexuellt umgänge rubricerats som vållande till annans död, misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom, regelmässigt gjort bedömningen att det rört sig om ett grovt brott.

Om smitta inte överförts kan det bli aktuellt att döma för försök till något av de tidigare angivna brotten. Här krävs dock att det subjektiva rekvisitet är uppsåt, eftersom straffrättsligt ansvar för försök till viss gärning endast kan komma i fråga vid uppsåtliga gärningar. I praxis har vid ett flertal tillfällen förekommit att bestämmelserna om försök till grov misshandel tillämpats i fall då en hivsmittad haft oskyddat samlag med annan utan att denne smittats.

Framkallande av fara för annan föreligger då någon av grov oaktsamhet utsätter annan för livsfara eller fara för svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom. Hivinfektion räknas som allvarlig sjukdom i bestämmelsens mening. Faran för sjukdomen måste ha varit konkret; en bedömning

måste göras i det enskilda fallet om en person verkligen skulle kunnat komma att smittas.

Allmänfarliga brott

Vid allmänfarliga brott är gärningarna riktade mot allmänheten. Till skillnad från vad som gäller för brotten mot enskild behöver det inte klarläggas vem angreppet riktar sig mot. För de flesta allmänfarliga brott gäller att fler än en person skall vara i farozonen.

De allmänfarliga brott som här kan komma i fråga är spridande av gift eller smitta samt vårdslöshet med gift eller smittämne. Spridande av gift eller smitta begås uppsåtligt, medan det för vårdslöshet med gift eller smittämne räcker med oaktsamhet. För att man skall kunna döma till ansvar krävs i båda fallen att någon framkallat allmän fara för människors liv eller hälsa t.ex. genom att överföra eller sprida allvarlig sjukdom. Straffrättsligt ansvar föreligger även vid försök till spridande av gift eller smitta.

Sekretessfrågor vid utredning av brott

I vissa fall kan hälso- och sjukvårdssekretessen brytas vid misstanke om brott. När detta kan ske regleras i 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen (1980:100). Där föreskrivs att uppgift inom hälso- och sjukvården som angår misstanke om brott får lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet endast om det för brottet inte är föreskrivet lindrigare straff än två års fängelse. Sekretessen hindrar inte heller att uppgift som rör misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken mot någon som inte har fyllt 18 år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. Av de brott som det i dag kan bli aktuellt att döma för vid överföring eller risk för överföring av smittsam sjukdom är det endast för mord, dråp, våldtäkt och spridande av smitta (grovt brott) som det inte är föreskrivet lindrigare straff än två års fängelse. Detta innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdssekretessen som huvudregel inte får brytas vid grov misshandel (minimistraff fängelse ett år), vållande till kroppsskada eller sjukdom, grovt brott (minimistraff fängelse 14 dagar) eller framkallande av fara för annan (minimistraff böter), vilka är de brottsrubriceringar som vanligen åsätts nu aktuella gärningar.

Ovan har nämnts att uppgifter om t.ex. meddelade förhållningsregler kan utgöra viktig bevisning i mål som rör överföring av smitta, bl.a. då det gäller att bedöma gärningsmannens uppsåt. För att polis och åklagare skall få tillgång till den misstänktes patientjournal krävs emellertid i princip, då misstanken rör grov misshandel eller annat brott för vilket är föreskrivet ett lindrigare minimistraff än fängelse två år, att den misstänkte själv efterger sekretessen. Detta kan dock vara svårt att uppnå.

Ovan beskrivna regler om sekretess inverkar även på möjligheten att höra vissa vittnen vid rättegång. I rättegångsbalkens 36 kap. 5 § finns begränsningar i möjligheten att ställa frågor till ett vittne (det s.k. frågeförbudet) samt vissa bestämmelser om vittnesplikt. Vård- och viss socialtjänstpersonal får enligt denna bestämmelse höras som vittnen om något

som i deras yrkesutövning anförtrotts dem eller som de i samband därmed erfarit endast om det är medgivet i lag eller om den, till vars förmån tystnadsplikten gäller, samtycker till det. Skyldighet att vittna föreligger för annan än försvarare i mål angående brott som avses i 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen. Detta innebär i nu diskuterat sammanhang att personalen endast kan höras vid misstanke om sådana brott som enligt 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen medför att vårdsekretessen bryts. Motsvarande bestämmelser som gäller hörande av vittnen tillämpas då fråga är om företeende av skriftlig handling inför domstol, 38 kap. 2 § rättegångsbalken.

Skälen för regeringens förslag: I svensk rätt saknas straffbestämmelser som specifikt tar sikte på fall då en person agerar på ett sådant sätt att smittsam sjukdom överförs från honom eller henne till en annan person. I rättspraxis har ett flertal bestämmelser i brottsbalken tillämpats på gärningar som inneburit att smitta överförts eller riskerat att överföras vid sexuellt umgänge. Tillämpningen av bestämmelserna i brottsbalken vid denna typ av gärningar har dock visat sig vara förenad med en hel del svårigheter. Ett av problemen är förutsägbarheten när det gäller hur en viss gärning kommer att bedömas straffrättsligt. Men även tillämpningen beträffande uppsåt och samtycke är problematisk. Svårigheterna gäller bl.a. bedömningen av vilken risk för smittoöverföring som föreligger i det enskilda fallet, vilken betydelse samtycke av en informerad motpart skall tillmätas och bedömningen av gärningsmannens avsikt med sitt handlande. Det kan således vara förenat med stora svårigheter att avgöra om en gärning som inneburit att smitta överförts eller kunnat överföras begåtts med uppsåt eller av oaktsamhet. Hur en gärning rubriceras har emellertid stor inverkan på straffmätningen. Skillnader i påföljdshänseende kan bl.a. bero 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).

Det som framförallt uppmärksammas i rättspraxis är frågan om hur det s.k. eventuella uppsåtet skall bedömas.

I rättsfallet NJA 1994 s. 614 fann Högsta domstolen att en hivsmittad man som hade haft fullbordat samlag med en kvinna som inte kände till hans sjukdom och som inte blev smittad av sjukdomen skulle rubriceras som försök till grov misshandel. I ett tillägg till domslutet tillade referenten följande:

”Hanteringen av uppsåtsrekvisitet i mål jämförliga med det nu aktuella bereder ofta bekymmer. I de fall gärningsmannen vill smitta ned sin partner, föreligger direkt uppsåt men som regel är situationen inte den utan läran om eventuellt uppsåt måste tillämpas, om ansvar för misshandelsbrott skulle ifrågakomma. Det eventuella uppsåtet förutsätter att domstolen gör en bedömning i två led. Det första ledet innefattar att domstolen i fall som det aktuella skall pröva, om den tilltalade vid gärningstillfället förstod, att hans eller hennes sexualpartner utsattes för en smittorisk genom det oskyddade samlaget. Detta led torde rimligen inte bereda några större svårigheter. Vårre blir det när domstolen skall undersöka, om det andra ledet i det eventuella uppsåtet är uppfyllt, nämligen om det står klart att samlaget skulle ha ägt rum, även om gärningsmannen varit säker på att samlaget skulle leda till smittoöverföring.

Ofta torde det inte finnas något säkert underlag för att en domstol skall kunna finna det senare ledet uppfyllt. Det går inte att utifrån den omständigheten att gärningsmannen insett risken för att smitta dra

några slutsatser i fråga om det senare ledet i det eventuella uppsåtet. I så fall har nämligen domstolen i realiteten låtit det första ledet vara ensamt avgörande för uppsåtsbedömningen, vilket i sin tur betyder att man tillämpar någon form av sannolikhetsuppsåt. Och sådant uppsåt är inte erkänt i svensk straffrätt. I doktrinen har framhållits att läran om eventuellt uppsåt måste tillämpas med försiktighet, särskilt när det gäller allvarliga brott. Vid vissa handlanden kan en för annan skadlig utgång framstå som mer eller mindre sannolik utan att man för den skull bör döma gärningsmannen för uppsåtligt brott. Det kan i så fall vara mer närliggande att döma för oaktsamhetsbrott eller för uppsåt att framkalla fara, om det är straffbelagt.”

I fall som det ovan beskrivna kan domstolen döma för uppsåtligt brott endast om uppsåt till smittoöverföring kan konstateras.

För att åstadkomma större enhetlighet föreslår regeringen en specifik straffbestämmelse i smittskyddslagen enligt vilken den som uppsåtligt eller av oaktsamhet utsätter annan för fara att smittas av livshotande sjukdom döms för *orsakande av smittfara* till böter eller fängelse i högst två år. Bestämmelsen är dock inte tillämplig om gärningen är belagd med strängare straff i brottsbalken.

Den föreslagna bestämmelsen tar sikte dels på fall där en person av oaktsamhet utsätter annan för fara att smittas av livshotande sjukdom, dels på fall där en person uppsåtligt utsätter annan för denna smittfara. Sålunda bör den föreslagna bestämmelsen kunna tillämpas i fall då ett uppsåt till smittoöverföring inte kan styrkas. En närmare redogörelse för frågor om uppsåt, oaktsamhet, straffrättslig rubricering och påföljd finns i författningskommentaren. Härutöver kan följande sägas.

Sjukdomar

En första fråga är vilka sjukdomar den nya bestämmelsen bör omfatta. Enligt regeringens 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. För 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 eller hon drabbades av sjukdomen var särskilt svag och mottaglig för infektioner omfattas inte. Vilka sjukdomar som omfattas får avgöras av domstolarna med ledning av i texten stipulerade kriterier. Enligt regeringens bedömning får för närvarande t.ex. hivinfektion, multiresistent tuberkulos och difteri anses omfattas av bestämmelsen. Sjukdomar som i dag omfattas av bestämmelsen kan dock efter ytterligare medicinsk forskning inte komma att anses som livshotande, och bestämmelsen skall då inte tillämpas på dessa.

Eftersom olika sjukdomar smittar på skilda sätt anser regeringen att regeln bör utformas så att den som beter sig på sådant sätt att annan utsätts för fara att smittas skall straffas för detta. Straffrättsliga sanktioner bör dock endast övervägas för sådana handlingssätt som inneburit att fara för smittoöverföring förelegat i det enskilda fallet.

Samtycke

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. Smittskyddskommittén har föreslagit att en särbestämmelse om samtyckets inverkan skall införas i den föreslagna straffbestämmelsen. Enligt Smittskyddskommitténs förslag skall gärningsmannen inte dömas till ansvar om den mot vilken gärningen begåtts har samtyckt till att utsätta sig för fara att smittas.

I 24 kap. 7 § brottsbalken (BrB) stadgas att en gärning som begås med samtycke från den mot vilken den riktas endast utgör brott om gärningen är oförsvarlig med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter. Enligt praxis medför normalt sett inte ett samtycke till misshandel att gärningsmannen befrias från straffrättsligt ansvar. Undantag görs om fråga är om ringa misshandel. Även då fråga är om oaktsamhetsbrott som rör våld mot person (vållande till kroppsskada eller sjukdom samt framkallande av fara för annan) torde utrymmet för samtyckets ansvarsbefriande verkan vara mycket begränsat. Ett samtycke skall dock beaktas vid bestämmandet av gärningens straffvärde. Enligt 29 kap. 3 § BrB skall samtycke beaktas som förmildrande omständighet då straffvärdet bestäms. Med hänsyn härtill kan man t.o.m. utdöma lindrigare straff än vad som är föreskrivet för brottet.

Den föreslagna straffbestämmelsen avser allvarliga situationer där en person uppsåtligen eller av oaktsamhet utsätter en annan person för en risk att smittas av en livshotande sjukdom. Den aktuella situationen och betydelsen av ett samtycke kan skifta beroende på en rad omständigheter. Exempelvis kan ett samtycke komma att bedömas olika beroende på om fråga är om en tillfällig förbindelse eller en långvarig kärleksrelation mellan den smittade och den osmittade, där parterna är noga med att begränsa smittrisen. Regeringen finner att problematiken förenklas alltför mycket om ett samtycke alltid skall leda till ansvarsfrihet. En sådan åtgärd skulle dessutom riskera att motverka straffbestämmelsernas syfte att skydda den osmittade. I stället är det regeringens uppfattning att det är av stor vikt att en individuell bedömning av samtycket görs i det enskilda fallet. Brottsbalkens bestämmelser ger sammantaget tillräckliga möjligheter att beakta de straffbefriande eller förmildrande omständigheter som kan föreligga. Regeringen avstår därför från att lägga fram ett förslag till särreglering om samtycke.

Sekretessfrågor vid utredning av brott som rör överföring av smitta

Enligt nuvarande bestämmelser i sekretesslagen (1980:100) saknas möjlighet att bryta hälso- och sjukvårdssekretessen i övervägande antalet fall som rör brott som innebär 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 är av stor betydelse för att den enskilde med förtroende skall våga vända sig till sin läkare eller socialhandläggare. I mål som rör överföring av smitt-

sam 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 eller hon fått av sin läkare, vilka råd som givits honom eller henne m.m.

Regeringen föreslår därför en ändring i sekretesslagen så att sekretess inte skall hindra vårdpersonal eller personal vid socialtjänsten att lämna de uppgifter som behövs till åklagare eller polis då det föreligger misstanke om att en person gjort sig skyldig till brott enligt den föreslagna straffbestämmelsen om orsakande av smittfara. Uppgifter skall även få lämnas då det föreligger misstanke om annat brott eller försök därtill, som begåtts genom överföring eller försök till överföring av sådan smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelsen om orsakande av smittfara. I praktiken torde det kunna röra sig om grov misshandel eller försök till sådant brott.

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

Vid vissa typer av brottsliga gärningar som innebär att smitta kan överföras från gärningsmannen till målsäganden kan det vara av intresse för målsäganden att få kännedom om gärningsmannens eventuella sjukdomstillstånd. En sådan kännedom kan oftast fås genom att blodprov tas från gärningsmannen. Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF) är emellertid medborgarna gentemot det allmänna skyddade mot varje påtvingat kroppsligt ingrepp. Blodprov anses vara ett sådant ingrepp. Begränsningar i detta skydd får enbart göras i lag och då bara för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. En begränsning får vidare aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den, 2 kap. 12 § RF.

Begränsningar i ovan nämnda skydd återfinns i dag, såvitt här är av intresse, dels i rättegångsbalken, dels i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål med därtill hörande förordning. Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken får i vissa fall kroppsbesiktning (t.ex. blodprov) företas på den som är skäligen misstänkt för ett brott som kan medföra fängelse, om syftet med kroppsbesiktningen är att få fram omständigheter som kan vara av betydelse för utredningen av brottet. Däremot får kroppsbesiktning inte vidtas i syfte att upptäcka eventuellt brott. Eftersom frågan om den misstänkte är smittad eller inte måste ha konkret betydelse för bedömningen av gärningen är möjligheterna att enligt bestämmelserna i rättegångsbalken få till stånd provtagning i syfte att få vetskap om en eventuell smitta tämligen begränsade.

Ytterligare möjlighet att besluta om provtagning ges, som ovan nämnts, i lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål. Lagen reglerar, till skillnad från bestämmelserna i rättegångsbalken som avser alla typer av smittsamma sjukdomar, endast provtagning beträffande hivinfektion. Syftet med lagen är att tillgodose målsägandens intresse av att kunna få reda på om han utsatts för smittrisk, och undersökning kan endast äga rum på målsägandens begäran. Risken för smitta måste ha uppstått genom en brottslig gärning. Beslut om undersökning fattas av åklagare eller domstol. Undersökning kan ske i fråga om den som skäligen kan misstänkas för sexualbrott varigenom hivinfektion kunnat överföras. Vidare kan undersökning ske i fråga om den som är

skäligen misstänkt för något annat brott, men då endast om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att hivinfektion kunnat överföras genom brottet. Att särskilda omständigheter skall ha förelegat innebär enligt förarbetena att konkreta omständigheter skall peka på att hivinfektion verkligen kan ha överförts. Dels måste händelseförloppet ha varit sådant att det, med hänsyn till sjukdomens smittvägar, verkligen finns risk för smittoöverföring. Dels krävs att det finns särskild anledning att tro att den misstänkte är smittad. Det räcker inte med att han tillhör en särskild riskgrupp, utan misstanken om smitta måste vara mer konkret. Som typfall anges i förarbetena att den misstänkte själv i samband med brottet uttalat att han är smittad. Målsäganden och åklagaren skall underlägga om resultatet av en undersökning enligt lagen. En hänvisning i sekretesslagen 1 kap. 2 § och 7 kap. 1 § medför att undantag i sekretessen gäller i dessa fall.

Regeringen anser att det saknas skäl att endast låta hivinfektion omfattas av lagen (1988:1473) om undersökning beträffande hivsmitta i brottmål. Även vad gäller vissa andra svåra smittsamma sjukdomar 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 allmänfarliga sjukdomar skulle emellertid i nuläget föra alltför långt. Regeringen anser dock 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 i fråga om dessa sjukdomar kan det ta avsevärd tid för målsäganden att få veta om han eller hon själv är smittad. Som en konsekvens av den föreslagna ändringen måste även lagens rubrik ändras. Regeringen är för närvarande inte beredd att föreslå några ytterligare utvidgningar av lagens tillämpningsområde. Utifrån ett brotts-offerperspektiv kommer regeringen dock att överväga detta.

18 Bastuklubbar och andra liknande verksamheter

<p>Regeringens förslag: Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter upphävs.</p>
--

Smittskyddskommitténs förslag: Kommittén föreslår att lagen om bastuklubbar upphävs. De s.k. bastuklubbarna skall i stället regleras i ordningslagen (1993:1617) och där jämföras med offentliga tillställningar. Något generellt förbud kommer därmed inte att gälla, men en bastuklubb kan upplösas om det där förekommer något som strider mot lag eller om verksamheten medför oordning eller fara för de närvarande.

Remissinstanserna: Av de relativt få remissinstanser som har synpunkter på förslaget i denna del anser några att lagen bör avskaffas utan att någon ny reglering införs (*Kalmar tingsrätt, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, Riksförbundet för hivpositiva, Riksförbundet för sexuell upplysning och Riksförbundet för sexuellt lika-berättigande*) medan ett fåtal vill ha kvar ett förbud mot bastuklubbar

och liknande verksamheter (*Rikspolisstyrelsen, Åklagarmyndigheten i Göteborg*). *Folkhälsoinstitutet* bedömer att det kan vara svårt att motivera bastuklubbslagen av smittskyddsskäl, men anser att de föreslagna kompletteringarna i ordningslagen bör vara tillräckligt för att förhindra en eventuell smittspridning. *Riksåklagaren* ser svårigheter för polis att upptäcka och informera sig om hur ordningsförhållandena ser ut på klubbarna och när ett ingripande är nödvändigt enligt den föreslagna ordningen.

Bakgrund: Syftet med lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter är att skydda människor från smitta (i första hand hiv). I lagen föreskrivs att tillställning eller sammankomst till vilken allmänheten har tillträde inte får anordnas, om den med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare. Förbudet omfattar även verksamhet som är att jämställa med tillställning eller sammankomst dit allmänheten har tillträde. Den som bryter mot förbudet skall dömas till fängelse i högst två år eller, om omständigheterna är mildrande, till böter.

Bakgrund till nuvarande reglering

Bastu- och videoklubbar för homo- och bisexuella män (fortsättningsvis benämnda bastuklubbar) blev allmänt kända i Sverige under 1970-talet. Vid tidpunkten för införandet av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagen) våren 1987 fanns det i landet cirka tio sådana klubbar, främst i storstäderna. Verksamheten utmärkte sig genom att den möjliggjorde tillfälliga sexuella kontakter i klubblokalen.

Eftersom verksamheten vid dessa klubbar ansågs innebära en risk för spridning av smitta, framför allt av hivinfektion, valde regeringen att föreslå ett förbud mot verksamheter som var ägnade att främja tillfälliga sexuella kontakter. I propositionen (prop. 1986/87:149) till bastuklubbslagen uttalade departementschefen att hivsmittan fått en allt vidare spridning och inte längre var begränsad till vissa riskutsatta grupper. Hon menade att det därför var nödvändigt att vidta åtgärder mot miljöer som var särskilt farliga från smittskyddssynpunkt. Enligt departementschefen sade det sig självt att en miljö där människor träffas och har anonyma, sexuella kontakter som en naturlig och ofta avsedd umgängetsform utgjorde en utomordentlig grogrund för spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Vidare framhölls att eftersom hivinfektion utgjorde ett utomordentligt hot mot befolkningens hälsotillstånd kunde verksamheter som underminerar arbetet med att begränsa smittspridningen inte godtas. Till sådana verksamheter ansågs bastuklubbar för homo- och bisexuella män höra, och man fann heterosexuella klubbar med samma inriktning lika farliga. Man menade att särskilda lagstiftningsåtgärder var nödvändiga för att möjliggöra ingripanden mot klubbarna; någon befintlig lagstiftning ansågs i princip inte tillämplig. Då det gällde formen för de rättsliga åtgärderna diskuterades i propositionen två varianter. Den ena lösningen innebar att det genom föreläg-

ganden i det enskilda fallet skulle ges möjlighet att framtvinga en förändring av verksamheten på klubbarna så att dessa kunde godtas från smittskyddssynpunkt. Fördelen med denna lösning ansågs bl.a. vara att den epidemiologiska grunden för ett ingripande klart skulle komma till uttryck.

Departementschefen menade dock att en sådan ordning skulle medföra mycket stora praktiska svårigheter, inte minst beträffande tillsynen över verksamheten. Det alternativ som i stället förordades – och genomfördes – var en generell kriminalisering av verksamheten genom ett straffsanktionerat förbud. I bastuklubbslagen förbjuds således anordnande av tillställning och sammankomst till vilken allmänheten har tillträde om den, med hänsyn till utformning, inredning eller beskaffenhet i övrigt av den lokal eller plats där den skall äga rum och den verksamhet som förekommer eller är avsedd att förekomma eller annan omständighet, är särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare.

Ett problem som uppmärksammades vid konstruktionen av bastuklubbslagen var klubbarnas relation till den grundlagsskyddade mötesfriheten. Enligt 2 kap. 1 § regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna bl.a. tillförsäkrad mötesfrihet. Mötesfriheten definieras i RF som en frihet att ordna och bevista sammankomst för upplysning, meningsyttring eller annat liknande syfte eller för framförande av konstnärligt verk. Undervisningssituationer, föredrag, debatter och diskussioner omfattas av mötesfriheten liksom gudstjänster och sammankomster för religionsutövning. Vidare omfattas teater- och biografföreställningar, konserter, poesiaftnar m.m. Att något är ”konstnärligt” i lagens mening har inte en kvalitativ innebörd utan tar närmast hänsyn till formen för yttrandet. Även framförande av film vars konstnärliga värde kan diskuteras är grundlagsskyddat. Grundlagsskydd föreligger däremot inte då det enligt ”vanligt språkbruk” framstår som helt främmande att överhuvudtaget tala om konstnärligt verk.

Vid sin granskning av förslaget till bastuklubbslag uttalade Lagrådet att det inte kunde uteslutas att den föreslagna lagstiftningen under vissa förhållanden kunde innebära en begränsning i mötesfriheten. Det var därför viktigt att den förbjudna verksamheten avgränsades så klart som möjligt. Även departementschefen utgick från att den aktuella klubbverksamheten i vissa fall kunde omfattas av mötesfriheten.

Det kan nämnas att varken Norge, Finland eller Danmark har något förbud mot bastuklubbar.

Tillämpningen av reglerna

Det är främst polismyndigheten i Stockholm som har haft erfarenhet av bastuklubbslagens tillämpning. I Stockholm har ett antal årliga kontroller genomförts av lokaler på grund av misstanke om brott mot bastuklubbslagen. Bara ett litet antal kontroller har utmynnat i åtal. I det fåtal mål om brott mot bastuklubbslagen som har prövats av domstol har den centrala frågan varit om tillställningen i fråga varit särskilt ägnad att underlätta för besökare att ha sexuellt umgänge med annan besökare. Särskild vikt har därvid fästs vid lokalernas utformning och inredning.

Några statistiska uppgifter om antalet personer som i Sverige smittats av hivinfektion genom sexuella kontakter på bastuklubbar har inte kunnat erhållas. De undersökningar som kommittén har tagit del av och de uppgifter som man har fått från vissa sjukhuskliniker i Stockholmsområdet tyder på att det i viss utsträckning förekommer att anonyma sexuella kontakter vid sådana sammankomster och tillställningar som avses i bastuklubbslagen uppges som motiv för hivtestning och som möjlig smittkälla.

Skälen för regeringens förslag: Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter (bastuklubbslagen) bör bedömas ur ett smittskyddsperspektiv. 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, gör att man knappast kan bortse från den smittrisk som kan föreligga. Miljön på själva inrättningarna underlättar också ett högriskbeteende, d.v.s. oskyddat sexuellt umgänge med okända. Motsvarande beteende förekommer dock även på andra ställen där möjlighet att ingripa enligt bastuklubbslagen saknas.

Det är oklart i vad mån förbudet i bastuklubbslagen haft den åsyftade effekten på hivepidemin. Det har inte kunnat beläggas att lagen haft någon inverkan på epidemins förlopp. Med hänsyn härtill anser regeringen att ett totalförbud mot bastuklubbar inte längre kan anses motiverat av smittskyddsskäl. Detta innebär dock inte att den på klubbarna utövade verksamheten är riskfri från smittskyddssynpunkt. Det kan övervägas om det behövs en 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 ingripanden mot bastuklubbarna (om fråga inte är om ingripande på grund av brott enligt brottsbalken eller liknande) enligt annan befintlig lagstiftning än bastuklubbslagen. Ordningslagen (1993:1617) innehåller visserligen bestämmelser om vad som gäller vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, men i normalfallet kan den verksamhet som sker vid bastuklubbarna varken betraktas som allmän sammankomst eller offentlig tillställning enligt lagens nuvarande lydelse. Någon typ av lagändring skulle således krävas för att möjliggöra ingripanden vid missförhållanden på bastuklubbar i det enskilda fallet.

Införandet av en reglering i exempelvis ordningslagen som ger möjlighet till ingripande i det konkreta fallet kan dock antas medföra relativt stora tillämpningssvårigheter. För att ett ingripande skall kunna ske blir det då nödvändigt att konstatera dels att det är fråga om en sådan verksamhet som omfattas av bestämmelserna, dels att det föreligger en konkret risk för smittspridning i det enskilda fallet. Vinsterna ur smittskyddssynpunkt med en sådan ordning torde bli små. Det kan vidare inte uteslutas att möjligheterna att informera dem som besöker bastuklubbar och liknande inrättningar om smittrisker och säkrare sexualbeteende ökar om förbudet mot bastuklubbar upphävs.

Mot bakgrund av vad som nu anförts anser regeringen att lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter bör upphävas samt att det saknas skäl att reglera verksamheter av detta slag i annan lagstiftning.

Regeringens förslag: Smittskyddsläkaren skall beträffande personer som är smittade av allmänfarliga sjukdomar ha rätt att inhämta uppgifter från myndigheter samt personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Socialstyrelsen. En generell rätt för smittskyddsläkaren att lämna uppgifter om en enskild till socialtjänsten eller till vårdansvariga enligt hälso- och sjukvårdslagen för att han eller hon skall kunna få erforderlig vård, stöd eller behandling bör inte införas.

Smittskyddsläkaren har rätt att i ett enskilt fall på begäran få upplysningar från och del av uppgifter i handlingar hos kommunala nämnder som fullgör uppgifter på miljö- och hälsoskyddsområdet samt från sjukvårdspersonal om detta behövs för att han eller hon skall kunna fullgöra sina smittskyddsuppgifter.

Vid utredning efter anmälan om smittfarligt beteende hos den enskilde, då det är fråga om allmänfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren underrätta vissa myndigheter, som efter en sådan anmälan i sin tur skall anmäla till smittskyddsläkaren om man i sin verksamhet uppmärksammar förhållanden som tyder på att en smittad inte följer meddelade förhållningsregler.

Vid allmänfarliga sjukdomar skall smittskyddsläkaren i vissa fall underrätta närstående till en smittad om smittrisken och hur den kan förebyggas. Om en person som bär på smitta av en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en annan vårdinrättning skall den läkare som där ansvarar för hälso- och sjukvården underrättas av den behandlande läkaren om smittan och de förhållningsregler som getts till den intagne.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Kommittén förslår dock att smittskyddsläkaren skall få lämna uppgifter till socialtjänsten eller vårdansvariga enligt hälso- och sjukvårdslagen om en enskild för att han eller hon skall kunna få erforderlig vård, stöd eller behandling.

Remissinstanserna: Många remissinstanser är tveksamma till förslagen och anser att ytterligare analys av de föreslagna bestämmelserna behövs. Några remissinstanser menar att förslaget innebär en alltför långtgående uppluckring av sjukvårdssekretessen. *Kalmar tingsrätt*, *Stockholms läns landsting* och *Riksförbundet för hivpositiva* stödjer förslaget.

Bakgrund: I smittskyddslagen finns en rad bestämmelser om uppgiftslämnande som medför att den sekretess som annars skulle gälla enligt sekretesslagen (1980:100) bryts. Bestämmelserna om anmälningskyldighet har tidigare nämnts. Smittskyddsläkaren har för att kunna fullgöra sina uppgifter rätt att på begäran i ett enskilt fall få upplysningar från och ta del av uppgifter från den kommunala nämnden samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården (8 §). När det gäller hivinfektion finns dessutom vissa särregler. Vidare finns regler om skyldighet för myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter som är av betydelse för smittskyddet och för

personal inom enskild hälso- och sjukvård som står under tillsyn av Socialstyrelsen, att på smittskyddsläkarens begäran lämna för honom behövliga uppgifter om smittbärare vid vissa samhällsfarliga sjukdomar (29 §).

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. Behandlande läkare skall enligt 32 § smittskyddslagen underrätta läkare som ansvarar för hälso- och sjukvård vid kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård då en patient med hivinfektion intagits på anstalten eller vårdinrättningen. Vidare har hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam vid bl.a. kriminalvårdsanstalt, LVM-hem och s.k. särskilda ungdomshem skyldighet att i vissa fall underrätta styresmannen vid anstalten respektive den som förestår hemmet om att en intagen har en samhällsfarlig sjukdom (37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL), 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).

Sekretessen i smittskyddsmål

Beslut enligt smittskyddslagen omfattas som huvudregel av sekretess enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen. 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 (d.v.s. gonorré, hivinfektion, klamydia, syfilis och ulcus molle).

Undantaget för beslut som angår frihetsberövande innebär att beslutet är offentligt. Motsvarande undantag från sekretess gäller också vid beslut om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

I sekretesslagen finns vidare i 12 kap. särskilda bestämmelser om sekretess vid domstolar. Dessa bestämmelser är tillämpliga även på förvaltningsdomstolarnas handläggning av mål och ärenden enligt smittskyddslagen. Av bestämmelserna följer att om en domstol i sin rättskipande eller rättsvårdande verksamhet från domstol eller annan myndighet erhåller en uppgift som är sekretessbelagd där, gäller sekretessen även 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 vittgående möjlighet att hålla förhandling inom stängda dörrar, vilket innebär att förhandlingen inte är offentlig. Enligt 16 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) får rätten utöver vad som följer av 5 kap. 1 § rättegångsbalken (RB) förordna om att en förhandling skall hållas inom stängda dörrar om det kan antas att vid förhandlingen kommer att förebringas uppgift för vilken sekretess gäller hos domstolen. Om förhandlingen hålls inom stängda dörrar bibehålls sekretessen för uppgifter som har förebringats vid förhandlingen, om inte domstolen förordnar om annat (12 kap. 3 § 2 st. sekretesslagen). Om en uppgift tas in i domstolens dom eller beslut upphör normalt all sekretess för den uppgiften (12 kap. 4 §). Domstolen kan

dock, när målet avslutas, förordna att sekretessen skall bestå. Under förutsättning att sekretess fortfarande gäller för en uppgift kan domstolen även sekretessbelägga 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. För övriga uppgifter som finns tillgängliga i målet kan domstolen förordna att sekretessen skall bestå.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen anser att de grundsatser som anges i motiven till gällande smittskyddslag (prop. 1988/89:5) bör gälla även fortsättningsvis. Det innebär att utgångspunkten bör vara 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 får dock inte utformas så restriktivt att smittskyddet starkt försvåras.

Nuvarande smittskyddslag innehåller flera sekretessbrytande bestämmelser som införts i syfte att bl.a. smittskyddsläkaren skall få tillgång till för honom nödvändiga uppgifter. Enligt regeringens 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 nu föreslås. I några fall finns det dock anledning att göra vissa ändringar. Regeringen anser att de bestämmelser som anges i det följande innebär en rimlig avvägning mellan smittskyddets behov och den enskildes intresse av sekretess.

Allmänna bestämmelser om utlämnande av uppgifter

I gällande smittskyddslag finns särskilda bestämmelser om utlämnande av uppgifter mellan smittskyddsläkaren och berörda myndigheter m.fl. som syftar till att möjliggöra ett så effektivt smittskyddsarbete som möjligt, nämligen 8 § respektive 12 § andra stycket. Enligt 8 § 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 enligt 12 § 2 st. skyldighet att i vissa fall lämna uppgifter till andra smittskyddsläkare och till behandlande läkare. Dessa bestämmelser har stor betydelse för smittskyddsarbetet och bör enligt regeringen bibehållas även i en förändrad smittskyddslag.

Uppgiftslämnande i samband med utredning hos smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkaren får enligt regeringens förslag ett uttryckligt ansvar för att bevaka att den smittade får tillgång till det stöd eller den vård som krävs för att minska smittspridningen. För att nödvändig utredning skall kunna komma till stånd krävs bl.a. 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 nu gällande smittskyddslag har smittskyddsläkaren rätt att få uppgifter från bl.a. nu nämnda myndigheter och personer beträffande vissa av regeringen föreskrivna samhällsfarliga sjukdomar. En motsvarande bestämmelse bör finnas även i den nya lagen. Regeringen anser dock att rätten för smittskyddsläkaren att inhämta uppgifter bör omfatta samtliga allmänfarliga sjukdomar där isolering kan förekomma. Beträffande denna mycket begränsade grupp av sjukdomar 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.

För att den enskilde skall kunna få erforderlig vård, behandling eller annat stöd kan det finnas skäl för smittskyddsläkaren att lämna uppgifter till socialtjänsten eller vårdansvariga enligt hälso- och sjukvårdslagen. Smittskyddskommittén föreslår att smittskyddsläkaren uttryckligen ges en sådan rätt i smittskyddslag. Redan i dag finns det dock möjlighet att lämna ut uppgifter om uppgiftslämnandet kan anses vara till förmån för den enskilde. Om den enskilde samtycker kan uppgifterna i regel lämnas ut. Även om en generell rätt för smittskyddsläkaren att lämna uppgifter om den enskilde kan motiveras av smittskyddsskäl, skulle en sådan rätt enligt regeringens mening innebära ett alltför långtgående ingrepp i den enskildes integritet. När det gäller att få till stånd nödvändig vård och behandling eller annat stöd bör smittskyddsläkarens uppgiftslämnande därför inte utvidgas utöver vad som gäller enligt nuvarande lagstiftning.

Enligt 30–31 §§ i gällande smittskyddslag skall smittskyddsläkaren i vissa fall underrätta bl.a. socialnämnd och polismyndighet om patienten inte har följt eller misstänks inte ha följt för honom eller henne meddelade förhållningsregler. Underrättade myndigheter har härefter skyldighet att anmäla förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs. Bestämmelserna synes ha använts i mycket begränsad omfattning och det kan därför ifrågasättas om denna rapporteringsskyldighet 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. Det kan dock undantagsvis förekomma situationer då de bestämmelser som beskrivits ovan inte ger smittskyddsläkaren tillräckliga möjligheter att utreda huruvida en smittad som anmälts av sin behandlande läkare, utsätter andra för smittrisk. Skäl föreligger därför att ålägga vissa myndigheter, däribland socialtjänsten, en tidsbegränsad skyldighet att anmäla förhållanden som tyder på att en smittad bryter mot förhållningsregler. Denna möjlighet får dock endast användas då det är nödvändigt för smittskyddsläkarens utredning rörande behovet av insatser för en enskild smittad. Uppgiftsskyldigheten bör omfatta samtliga allmänfarliga sjukdomar.

Som framgår av avsnitt 12.4 skall smittskyddsläkaren under vissa förutsättningar informera en person som är närstående till den som är smittad av en allmänfarlig sjukdom och som är utsatt för påtaglig smittrisk. Skälen för att ålägga smittskyddsläkaren denna underrättelseskyldighet anges i avsnitt 12.4.

Utlämnande av uppgifter om smittade personer som intagits på kriminalvårdsanstalt eller inrättning för tvångsvård

Bestämmelserna om skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att underrätta föreståndare för hem, styresman för häkte m.fl. enligt LVM och andra lagar som ovan nämnts infördes med hänsyn till bl.a. att den behandlande läkaren har begränsade möjligheter att kontrollera att den smittade följer förhållningsregler då han eller hon är tvångsomhändertagen. Med hänsyn till att särskilda åtgärder kan krävas för att 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 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. Det framstår därför som mer ändamålsenligt att den ansvarige läkaren direkt kontaktar smittskyddsläkaren då problem med smittrisk 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 § KvaL. Enligt de förstnämnda bestämmelserna skall föreståndaren för vården i princip alltid underrättas med undantag för sådana situationer där 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 regeringens mening finns det därför inga tungt vägande skäl för att uppgiftsskyldigheten enligt kriminalvårdslagens bestämmelser utformas annorlunda än vad som gäller enligt bl.a. LVM. Till detta kommer att den aktuella underrättelseskyldigheten rör allvarliga smittsamma sjukdomar, vilket talar för att styresmannen vid kriminalvårdsanstalten i regel bör få kännedom om att en intagen är smittad av en 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 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. Det skulle dock föra för långt att öppna ytterligare möjligheter att lämna ut sekretesskyddade uppgifter.

Sekretess för domar och beslut i smittskyddsmål

De undantag för frihetsberövande åtgärder som regleras i 7 kap. 2 § sekretesslagen har motiverats av att det av rättsäkerhetsskäl är väsentligt att det finns möjligheter till insyn i dessa mål. Regeringen anser att på motsvarande sätt som i dag skall sekretessen inom hälso- och sjukvården inte gälla beslut enligt smittskyddslagen om beslutet angår frihetsberövande åtgärd. 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. I praktiken handlar det nästan uteslutande om beslut som rör hivinfektion.

Rättsäkerhetsskäl talar starkt för att även beslut som rör frihetsberövande hivpositiva bör vara offentliga. Med hänsyn till att ett frihetsberövande utgör ett allvarligt ingrepp i den enskildes personliga frihet är det av stor vikt att sådana beslut kan bli föremål för offentlig insyn och kontroll. De relativt långvariga frihetsberövanden det här kan vara fråga om, även med de begränsningar som regeringen föreslår, understryker också behovet av offentlig insyn i dessa mål.

Regeringen har även betonat vikten av en förändrad syn på hivinfektion och framhållit att hivinfektion bör behandlas på samma sätt som andra allvarliga smittsamma sjukdomar i lagstiftningen. 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.

Mot dessa argument får vägas den stora betydelsen hälso- och sjukvårdssekretessen har för den enskildes förtroende för kontakterna med sjukvården. Fortfarande förekommer ofta fördomar och obefogad rädsla inför hivinfektion, även om allmänhetens kunskaper och syn på sjukdomen har blivit mer nyanserade och realistiska. Regeringen vill dock framhålla de möjligheter som domstolarna har att begränsa vilka uppgifter som redovisas i domen. I princip är det endast de omständigheter och resonemang som ligger till grund för domslutet nödvändiga. I övrigt kan sekretessen behållas. Oavsett de invändningar som kan göras väger rättsäkerhetsaspekterna så tungt att regeringen finner att undantaget för vissa sjukdomar inte bör behållas i den nya smittskyddslagen.

20 Ekonomiska förmåner

20.1 Kostnadsfrihet för undersökning, vård och behandling samt läkemedel

Regeringens förslag: Vid allmänfarlig sjukdom skall undersökning, vård och behandling som är ägnad att minska risken för smittspridning vara kostnadsfri för patienten om den ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som uppbär ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget. Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och som bedöms minska risken för smittspridning skall vara kostnadsfria för patienten.

Smittskyddskommitténs förslag: Kommitténs förslag innebär att kostnadsfri undersökning, vård och behandling skall ges även vid sjukdom som påkallar smittspårning. Vidare föreslog kommittén 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. Kommittén föreslog dock att regeringen skall kunna meddela närmare föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har i stort inget att invända mot kommitténs förslag. Flera av remissinstanserna anser att preciseringar krävs vad gäller när och vid vilka åtgärder kostnadsfrihet skall gälla för att få en likformighet i hela landet. Några landsting och *Landsförbundet* anser att rätten till ersättning bör belysas närmare med tanke på att det här finns en stor risk att landstingen får vidkännas ökade kostnader. *Statskontoret* och *Landstinget i Jönköpings län* anser att reglerna om högkostnadsskydd bör tillämpas även för de sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Flera remissinstanser anser tvärtom att kostnadsfriheten skall vara mer omfattande. Särskilt anser en del instanser att även personer som tillfälligt vistas i Sverige skall kunna få del av de kostnadsfria förmånerna om det behövs från smittskyddssynpunkt.

Bakgrund: Enligt gällande smittskyddslag är all undersökning, vård eller behandling vid samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri 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.

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 sist-

nämnda fall omfattar dock inte efterföljande vård och behandling hos sådan läkare.

Vidare är all läkemedelsbehandling som behövs vid en samhällsfarlig sjukdom kostnadsfri oavsett om den förskrivs av läkare inom den offentliga sjukvården eller av privatläkare och oavsett om den senare får ersättning enligt LOL eller ej. 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.

De kostnadsfria förmånerna gäller dock inte alla utan är begränsade till dem som är sjukförsäkrade enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, d.v.s. 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 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 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 för kostnader för undersökning, vård och behandling, dock inte läkemedel, av en patient som inte är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (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 tillämpningen 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.

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 slutliga avgörandet ligger dock hos den som skall stå för kostnaden ifråga, d.v.s. landstinget respektive staten. 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.

Ekonomiska förmåner i samband med smitta finns även reglerade i lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade och förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen har inte funnit anledning till några förändringar av nuvarande bestämmelser om kostnadsfrihet. Emellertid får de förändringar i indelningen av sjukdomarna i smittskyddslagen som regeringen föreslagit vissa konsekvenser för vilka sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten.

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 alltför begränsad tolkning. Kostnadsfriheten skall gälla samtliga åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Enligt regeringens mening bör detta synsätt gälla även fortsättningsvis. I lagtexten bör detta dock formuleras som att åtgärden skall vara ”ägnad att minska risken för smittspridning”. 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. Vård och behandling kan många gånger ha effekt både för den enskildes eget hälsotillstånd och för smittspridningen. Om åtgärden medför att smittsamheten minskar eller hålls tillbaka bör den emellertid omfattas även om denna effekt är av mindre betydelse. Vidare ligger i kriteriet en objektiv bedömning av åtgärden. Detta innebär bl.a. 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 avgör 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 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 medicinska och praktiska råd och förhållningsregler som 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 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. Det skulle föra för långt att låta sådana åtgärder omfattas av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen.

Regeringen anser inte att det finns anledning att låta alla smittsamma sjukdomar omfattas av kostnadsfriheten utan denna bör begränsas till sådana sjukdomar där samhällets intresse av att smittskyddsåtgärder vidtas är särskilt starkt. I dessa fall är det av stor betydelse att den enskilde snabbt söker läkare och tidigt får behandling eller råd om hur han eller hon skall förhindra att andra människor utsätts för smittrisk. Regeringen

anser därför att kostnadsfriheten skall begränsas till allmänfarliga sjukdomar. De sjukdomar som föreslås ingå i gruppen allmänfarliga sjukdomar är dock i stor utsträckning samma som ingår i den nuvarande smittskyddslagens förteckning över samhällsfarliga smittsamma sjukdomar. I förhållande till nuvarande bestämmelser torde detta medföra endast en marginell förändring av antalet sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten. Vid övriga smittsamma sjukdomar, även sådana som är anmälningspliktiga eller som skall bli föremål för smittspårning, finns det inte samma starka skäl för att undersökning, vård och behandling skall vara kostnadsfri. På grund av de relativt låga patientavgifter och det högkostnadsskydd som gäller för besök i öppenvården blir kostnaderna för den enskilde ändå relativt begränsade.

Kostnadsfriheten bör naturligtvis gälla för undersökning, vård och behandling som ges i landstingets egen regi. När det gäller privat verksamma läkare bör kostnadsfriheten gälla undersökning, vård och behandling som ges av privat verksamma läkare i de fall dessa är anslutna till den offentligt finansierade vården, dvs. omfattas av lagen (1993:651) om läkarvårdsersättning eller har vårdavtal med landstingen. Detta innebär en utvidgning i förhållande till nu gällande bestämmelser, som innebär att endast undersökningen är kostnadsfri hos en privat läkare. Regeringen anser dock att en väl fungerande läkarkontakt är viktig ur smittskyddssynpunkt och inte bör brytas utan vägande skäl. Förslaget medför också en ökad valfrihet för patienten. I de fall som nu angetts har landstingen också möjlighet till kontroll över kostnaderna. Däremot skulle det enligt regeringens bedömning föra för långt att låta kostnadsfriheten omfatta andra privat verksamma läkare än vad som nu sagts.

Kostnadsfrihet för läkemedel

Även beträffande läkemedel gäller enligt nuvarande bestämmelser att dessa är kostnadsfria för den enskilde om läkemedlet behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig smittsam sjukdom. Regeringen 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 smittspridning. 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 vara kostnadsfritt. Däremot skall läkemedel som enbart har betydelse för behandling av sjukdomstillståndet som sådant eller eventuella följsjukdomar och komplikationer inte omfattas av kostnadsfriheten.

I första hand är det 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. Vid remissbehandlingen har flera remissinstanser understrukit att det krävs precise-

ringar vad gäller när och vid vilka åtgärder kostnadsfrihet skall gälla för att få en likformighet i hela landet. Inte minst ur den enskilde patientens perspektiv är det enligt regeringens uppfattning viktigt att tillämpningen blir enhetlig. Emellertid är det inte rimligt att reglera vilka läkemedel som skall omfattas av kostnadsfriheten i lag. För att uppnå en större enhetlighet bör i stället Socialstyrelsen ges möjlighet att utfärda allmänna råd i detta avseende.

Kravet bör vidare vara att läkemedel 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 ansåg Smittskyddskommittén att det föreligger goda skäl för en generös tillämpning av kostnadsfriheten för läkemedel. Utgångspunkten borde därför enligt kommitténs mening vara att patientens kostnadsfrihet för läkemedel som har inverkan på smittspridningen i princip skall gälla samtliga sjukdomar som omfattas av förslaget till smittskyddslag. Samtidigt konstaterade kommittén att detta kan leda till en icke önskvärd kostnadsutveckling för läkemedel. Kommittén föreslog därför att regeringen skall kunna meddela närmare föreskrifter om vilka sjukdomar som skall omfattas av kostnadsfriheten. Vid remissbehandlingen har Landstingsförbundet och flera landsting framhållit att de ser problem med förslaget att utvidga antalet smittsamma sjukdomar för vilka läkemedel skall vara kostnadsfria för patienten då detta kommer att leda till ökade kostnader. Regeringen ser inga skäl till varför samhällets intresse av att smittskyddsåtgärder vidtas skulle vara starkare i fråga om läkemedelsbehandling än för undersökning, vård och annan behandling. Patientens kostnadsfrihet för läkemedel bör av denna anledning omfatta samma sjukdomar som när det gäller den ovan behandlade kostnadsfriheten för undersökning, vård och behandling. Det är vid de allmänfarliga sjukdomarna som det största behovet av att hindra smittspridning föreligger. Vid övriga sjukdomar torde ändå kostnaden för de flesta människor vara överkomlig med hänsyn till det högkostnadsskydd som finns för läkemedel. Regeringen bedömer därför inte att det sammantaget finns tillräckligt skäl för att utvidga kostnadsfriheten för läkemedel till andra sjukdomar än de allmänfarliga sjukdomarna.

Förmånsberättigade

Regeringen har inte funnit anledning till någon principiell förändring av kretsen förmånsberättigade. Kostnadsfriheten skall således endast gälla de personer som bär på en allmänfarlig sjukdom eller misstänks vara smittade. Vidare skall kostnadsfriheten vara begränsad till den som är bosatt i Sverige enligt 2 kap 1-6 §§ socialförsäkringslagen (1999:799). 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 system för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

Smittskyddsskäl talar i och för sig för att även utländska personer som vistas i landet på andra grunder borde omfattas av förmånerna enligt smittskyddslagen. Vid remissbehandlingen har flera instanser framhållit

att även personer som tillfälligt vistas i Sverige bör kunna få del av de kostnadsfria förmånerna om det behövs från smittskyddssynpunkt, eventuellt efter beslut av smittskyddsläkaren. En sådan reglering skulle dock innebära en principiell förändring som torde ha effekter även på sjukvårdssystemet i stort och som inte bör övervägas enbart med avseende på smittskyddsåtgärderna. Kostnadskonsekvenserna av en sådan ändring är dessutom svåra att överblicka. Regeringen är därför inte beredd att nu lägga fram ett sådant förslag.

Kostnadsansvaret

Beträffande ansvaret för de kostnader som följer av dessa förmåner för den enskilde kan konstateras att landstingen fr.o.m. 1990-talet allmänt sett har 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. Samtidigt infördes emellertid ett särskilt statsbidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen. Statens ekonomiska ersättning till landstingen har fastställts genom en årlig överenskommelse mellan staten och landstingen. I april 2000 träffade regeringen en överenskommelse med Landstingsförbundet om en ny modell för läkemedelsförmånens kostnader åren 2002–2004. Överenskommelsen innebär i korthet att ersättningen för läkemedelsförmånens kostnader under de tre kommande åren läggs fast. Dessutom läggs i överenskommelsen fast hur stor del landstingens egen ekonomiska risk för den aktuella perioden kommer att vara. Landstingen är genom detta övertagande ansvariga för läkemedelkostnaderna såväl inom sluten- som öppenvård. Med hänsyn till dessa förändringar anser regeringen att landstingen helt skall svara för kostnaderna på grund av undersökning, vård och behandling samt läkemedel som skall vara kostnadsfria för den enskilde enligt smittskyddslagen.

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, lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hivsmittade och i livsmedelslagstiftningen. Regeringen anser inte att några förändringar av dessa bestämmelser är påkallade.

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 gonorrhé, klamydiainfektion och syfilis. Förordningen synes sällan ha 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 förmåner 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. Bestämmelser härom skall därför tas in i smittskyddslagen.

20.2 Ersättning till smittbärare och vid objektinriktade smittskyddsåtgärder och vissa andra ekonomiska förmåner

Regeringens förslag: Ersättning till smittbärare skall vara knuten till allmänfarliga sjukdomar. Till följd av förslaget att smittskyddslagen inte längre skall reglera åtgärder som riktas mot objekt och djur skall vissa ersättningsbestämmelser föras över till miljöbalken.

Smittskyddskommitténs förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna har inget att invända mot kommitténs förslag.

Bakgrund: I lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare finns bestämmelser om rätt till ersättning av allmänna medel för personer som är smittbärare, men som inte har förlorat arbetsförmågan och därför inte har rätt till sjukpenning eller sjuklön. Enligt lagen kan s.k. smittbärappenning utgå om smittbäraren måste avstå från förvärvsarbete på grund av

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

I detta sammanhang kan nämnas att lagen (1962:381) om allmän försäkring innehåller bestämmelser om ekonomiska förmåner i form av bl.a. rätt till tillfällig föräldrapenning i samband med vård av smittförande barn.

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 kan enligt denna förordning en enskild eller ett företag få ersättning från staten för kostnader och förluster som orsakats av att en myndighet ingripit enligt smittskyddslagen (dock endast beträffande vissa sjukdomar) eller enligt livsmedelslagstiftningen för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Förordningen innehåller närmare bestämmelser om i vilka fall sådan ersättning kan ges och hur ersättningen beräknas. Bland annat finns en särskild bestämmelse om möjlighet till ersättning om en myndighet låtit avliva ett sällskapsdjur.

Skälen för regeringens förslag

Ersättning till smittbärare

Regeringen anser inte att det finns anledning att förändra villkoren för när en smittad person skall anses vara berättigad till ersättning enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare eller de ersättningsbelopp som medges enligt lagen. Regeringens förslag att förhållningsregler även fortsättningsvis skall meddelas vid allmänfarliga sjukdomar innebär inte heller att några förändringar måste beaktas i reglerna om ersättning till smittbärare. Ersättningsbestämmelserna skall vara knutna till de allmänfarliga sjukdomarna.

Ersättning vid objektinriktade smittskyddsåtgärder

Regeringen föreslår att objektinriktade åtgärder inte längre skall regleras i smittskyddslagen (se avsnitt 14). I förslaget till nya bestämmelser i miljöbalken ingår också särskilda ersättningsbestämmelser. Enligt dessa ersättningsbestämmelser skall den enskilde ha rätt till skälig 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 ändring i sak av nuvarande förhållanden. Förändringen i regleringen av de objektinriktade åtgärderna föranleder dock följdändringar i 1956 års ersättningsförordning.

Det har i lagstiftningssammanhang flera gånger påpekats att ersättningsbestämmelserna i 1956 års förordning bör ses över bl.a. med hänsyn till de ersättningsbestämmelser som finns i andra lagar och till att ersättningsbeloppen under en lång tid varit oförändrade. Regeringen anser emellertid att en översyn av dessa bestämmelser får göras i ett annat sammanhang.

21 Övriga frågor

21.1 Karantänslagstiftningen

Karantänsbestämmelser har funnits i många länder sedan lång tid tillbaka. De första internationella hälsovårdsbestämmelserna antogs av fjärde världshälsovårdsförsamlingen år 1951 och ersatte ett stort antal icke samordnade hälsovårdskonventioner och andra överenskommelser

mellan olika länder. Nu gällande internationella överenskommelse, International Health Regulations (IHR), antogs år 1969. I likhet med de flesta andra länder i världen har Sverige anslutit sig till IHR. Vidare har Sverige, Norge, Finland och Danmark träffat särskilda överenskommelser rörande den sanitära kontrollen över trafiken mellan länderna. Innebörden av dessa är bl.a. att de uppräknade länderna skall ses som en enhet i karantänssammanhang; vid resa mellan dessa krävs ingen kontroll. Den befintliga svenska karantänslagstiftningen har utformats i syfte att stå i överensstämmelse med åtagandena enligt IHR och de nordiska överenskommelserna.

Den svenska karantänslagstiftningen utgörs av karantänslagen (1989:290) och karantänsförordningen (1989:302) och syftar till att ge skydd mot att de s.k. karantänssjukdomarna (gula febern, kolera och pest) förs i landet eller sprids till utlandet. Närmare föreskrifter om tillämpningen har utfärdats av Socialstyrelsen. Lagen omfattar in- och utförsel av dessa sjukdomar genom land-, luft- eller sjötrafik. Karantänslagen utgör ett komplement till smittskyddslagen och innehåller främst bestämmelser om de ytterligare åtgärder som erfordras i karantänssyfte. Bestämmelserna har tillkommit främst på grund av Sveriges åtagande enligt IHR och inte på grund av att ett faktiskt behov har ansetts föreligga. Sannolikheten för att någon av 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.

IHR är för närvarande föremål för en översyn inom Världshälsoorganisationen (WHO), ett arbetet i vilket Sverige deltar. Det pågående revisionsarbetet har bl.a. givit för handen att IHR:s nuvarande roll bör ändras och utvidgas, särskilt vad gäller rapporteringsskyldigheten. Vid den femtiofjärde Världshälsoforsamlingen i maj 2001 antogs en resolution med uppmaningar till WHO och medlemsstaterna att fortsätta stödja den pågående översynen av IHR och särskilt vad gäller omfattningen av bestämmelserna för att bättre täcka in aktuella allvarigare hälsohot och ett effektivare rapporteringssystem.

21.2 Sakkunnig och vissa andra processuella frågor

Regeringens förslag: Sakkunnig skall höras vid muntlig förhandling i mål om fortsatt isolering.

Promemorians förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser, såsom Länsrätten i Stockholms län, Socialstyrelsen, Riksförbundet för hivpositiva och Smittskyddsläkarföreningen tillstyrker förslaget eller lämnar det utan erinran. *Socialstyrelsen* vill dock påpeka att det krävs att det finns en lag- eller förordningsreglerad uppgiftsskyldighet i förhållande till en annan myndighet för att sekretess skall kunna brytas enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen. Styrelsen vill också uppmärksamma frågan vad som händer om en privat yrkesutövare utses att vara särskild sakkunnig. *Riksförbundet för hivpositiva* vill av rättssäkerhetsskäl komplettera förslaget om sakkunnig på så sätt att sakkunnig skall höras redan vid den första pröv-

ningen i mål om isolering. *Stockholms läns landsting* har synpunkter på de skäl som framförs för en sakkunnigs medverkan vid muntlig förhandling. Enligt landstinget har den isolerade redan tillgång till ett flertal läkare. Utöver den behandlande läkaren och smittskyddsläkaren har *Stockholms läns landsting* som rutin att begära in ett psykiatriskt utlåtande inför varje förhandling. Utöver smittskyddsläkaren har domstolen möjlighet att kalla både den behandlande läkaren och den psykiatri-specialist som gett in utlåtande till förhandlingen. Landstinget motsätter sig dock inte ett förfarande med sakkunnig om regeringen finner att ett sådant behov verkligen finns.

Skälen för regeringens förslag

Sakkunnig

Allmän förvaltningsdomstol har möjlighet att inhämta yttrande beträffande viss fråga från sakkunnig (24 § förvaltningsprocesslagen (1971:291)). Regeringen får också på begäran av allmän förvaltningsdomstol förordna särskilda sakkunniga för viss tid med uppgift att tillhandagå domstolen med utlåtande (29 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar). För att underlätta för de allmänna förvaltningsdomstolarna att i olika frågor av brådskande natur kunna få ett utlåtande från eller höra en utomstående sakkunnig har i LPT tagits in en bestämmelse om att ett antal fasta sakkunniga skall förordnas med uppgift att bistå domstolarna. Bestämmelsen har gjorts tvingande. Genom bestämmelsen kan uppgiften att förordna särskilda sakkunniga delegeras till Socialstyrelsen. Vid muntlig förhandling i mål enligt LPT skall lämplig sakkunnig höras om det inte är uppenbart obehövt.

Även vid muntlig förhandling i mål enligt smittskyddslagen finns ett behov av att tillföra rätten sakkunskap om smittrisk och andra frågor. Regeringen anser att det största behovet av denna sakkunskap finns i mål om fortsatt isolering. Av den anledningen föreslår regeringen att länsrätten alltid skall höra lämplig sakkunnig i dessa mål. Förslaget bör leda till att länsrätten får uppkommande medicinska eller andra frågeställningar tillräckligt belysta. Enligt regeringens mening måste det vara en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde att en annan läkare än smittskyddsläkaren får lämna sin uppfattning i målet. För att underlaget för länsrättens bedömning av argumenteringen i t.ex. medicinska frågor skall bli så gott som möjligt tillfogas dessutom en regel som medger att den sakkunnige kan få spela en aktiv roll vid förhandlingen genom att ställa frågor till smittskyddsläkaren och den isolerade i sådana hänseenden som är av betydelse för sakkunniguppgiftens fullgörande. Utfrågningen skall naturligtvis ske under domstolens processledning. I bland kan det vara lämpligt att den sakkunnige hörs per telefon.

Regeringen har föreslagit att det från en verksamhet där sekretess gäller enligt 7 kap. 1 eller 4 § första och tredje styckena sekretesslagen (1980:100), utan hinder av sekretess, skall lämnas ut sådana uppgifter om en isolerad som en sakkunnig behöver för sitt uppdrag. En remissinstans har funnit att bestämmelsen som den formulerats inte leder till att sekretess bryts eftersom det krävs att det finns en lag- eller förordningsreglerad uppgiftsskyldighet i förhållande till en annan myndighet för att

sekretess skall kunna brytas enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen. Den föreslagna formuleringen motsvarar i huvudsak den som finns i 43 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk vård. Genom att skriva att uppgifterna skall lämnas ut från en verksamhet till en annan är det regeringens uppfattning att bestämmelsen leder till en sådan uppgiftsskyldighet enligt lag som till följd av 14 kap. 1 § sekretesslagen ger stöd för uppgiftslämnandet. Av 7 kap. 1 § femte stycket andra meningen sekretesslagen framgår vidare att uppgift får lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i smittskyddslagen. Således kan nödvändiga uppgifter lämnas ut även om en privat yrkesutövare utses att vara sakkunnig.

Frågor om tillgång på sakkunniga faller inom Socialstyrelsens ansvarsområde och regeringen utgår från att styrelsen kommer att ge frågan nödvändig uppmärksamhet.

Övriga 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 behöver göras sammanhänger bl.a. 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 smittskyddslagen.

Vidare krävs vissa förändringar i handläggningsreglerna på grund av de regler om isolering och tillfällig isolering 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. Regeringens förslag till bestämmelser på detta område framgår av författningsförslaget samt författningskommentaren.

För att bl.a. genomföra en tvångsundersökning som beslutats av länsrätten eller föra den som isolerats enligt bestämmelserna om isolering eller tillfällig isolering till en vårdinrättning skall polismyndighet lämna biträde, om smittskyddsläkaren begär det. Detta motsvarar vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Innan biträde av polismyndighet begärs bör försök göras att finna en annan lösning. Handräckning är resurskrävande för polismyndigheterna och bör endast användas då det bedöms vara nödvändigt för att genomföra en åtgärd enligt smittskydds-

lagen. Det finns också arbetsmiljöaspekter på handräckningsåtgärder i smittskyddsärenden som självfallet måste beaktas. Det innebär bl.a. att de poliser som skall utföra transporter av människor som bär på smitta måste få tillräcklig information om hur man undviker att risk för smittoöverföring uppkommer.

21.3 Följdändringar i andra författningar

Regeringens förslag medför att följdändringar behöver göras i andra författningar. Utöver de följdändringar av saklig betydelse som tidigare tagits upp behövs ändringar av terminologi och laghänvisningar i ytterligare ett antal lagar. De lagar som berörs är lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar, lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare, karantänslagen (1989:290), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1994:459) om arbetsförmedlingsregister, lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård, lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring, lagen (1997:982) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar, lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, lagen (1998:544) om vårdregister samt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård.

På förordningsnivå erfordras också ändringar av saklig betydelse. Det krävs bl.a. en ny och till den föreslagna smittskyddslagen anpassad smittskyddsförordning.

22 Ekonomiska konsekvenser

Det föreligger i dag betydande svårigheter att göra samhällsekonomiska beräkningar på smittskyddsområdet, bl.a. med hänsyn till att det föreligger stora brister i det empiriska underlaget. Olika försök att har gjorts att uppskatta kostnaderna men dessa skattningar får anses vara mycket osäkra. Regeringen har tagit upp och behandlat dessa problem i avsnitt 16.2 och föreslagit att ett arbete för att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering skall inledas.

Regeringens förslag 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. Regeringen bedömer att förslagen sammantaget inte medför någon ökning av de offentliga utgifterna.

Regeringens förslag syftar till att stärka de insatser som görs i frivillig form för att minska behovet av tvångsåtgärder. Detta bör bl.a. kunna minska användningen av isolering, vilket är en ytterst kostnadskrävande vårdform. Vidare syftar regeringens förslag till att få till stånd kortare

isoleringstider, vilket bidrar till att användningen av denna kostnadskrävande vårdform minskar. Man bör även hålla i minnet att antalet personer som blir föremål för tvångsisolering redan i dag är litet. Vissa kostnader för alternativa åtgärder kan förväntas uppkomma, men dessa bedöms bli avsevärt lägre än kostnaderna för isolering i varje enskilt fall. En stor del av dessa kostnader faller på landsting och kommun. Regeringens förslag medför dock inte 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 sjukvårdsområdet samt på socialtjänstens område. De förändringar som föreslås kan ställa krav på ett ökat engagemang från kommunernas och landstingens sida. Man kan dock notera att smittskyddslagens bestämmelser aldrig har haft till syfte att avlasta kommunerna och landstingen från det ansvar de har enligt andra lagar.

Vissa förändringar föreslås när det gäller rätten till kostnadsfri undersökning, vård och behandling, främst avseende vid vilka sjukdomar kostnadsfrihet kan komma i fråga. Rätten begränsas dock till de allmänfarliga sjukdomarna. Dessa motsvarar i stor utsträckning de sjukdomar som klassificeras som samhällsfarliga sjukdomar enligt den nuvarande smittskyddslagen. Den dominerande kostnaden för vården bärs redan av landstingen. Det är alltså endast patientavgiften som berörs. Regeringen bedömer att det är osäkert hur kostnaderna påverkas, men att det i vart fall inte är troligt att det kommer att ske någon större kostnadsökning till följd av regeringens förslag.

När det gäller förslaget om kostnadsfrihet för läkemedel föreslås i likhet med nuvarande smittskyddslag en begränsning av kostnadsfriheten till de allmänfarliga sjukdomarna. Skillnaden i förhållande till dagens situation blir därmed obetydlig.

Även i fråga om smittbärrampen föreslås att ersättningsbestämmelserna skall vara kopplade till de allmänfarliga sjukdomarna. Kostnaderna för denna ersättning beror bl.a. på antalet fall av sjukdomarna samt i vad mån man är smittbärare utan att förlora arbetsförmågan. Regeringen bedömer att det är osäkert hur kostnaderna påverkas. Sammantaget är det inte heller beträffande smittbärrampen troligt att det kommer att ske någon större kostnadsökning till följd av regeringens förslag.

Vad gäller smittskyddsläkarnas uppgifter har regeringen föreslagit att dessa skall preciseras tydligare än vad som är fallet i dag. I praktiken genomför dock smittskyddsläkaren redan i dag till stor del dessa uppgifter. Sammantaget bedömer regeringen att förslagen beträffande smittskyddsläkarnas uppgifter medför enbart marginella kostnadsökningar.

Beträffande Socialstyrelsens tillsyn över smittskyddsarbetet anser regeringen att ambitionsnivån bör höjas, vilket kan medföra en viss kostnadsökning. En intensifierad tillsyn bör dock kunna bidra till ett effektivare smittskyddsarbete på det lokala planet och därmed till att minska kostnaderna för smittsamma sjukdomar.

För domstolarnas del torde regeringens förslag rörande beslut om tvångsundersökning endast innebära en marginell ökning av antalet mål och därför endast en försumbar kostnadsökning. Detsamma gäller för förslaget att sakkunnig skall höras vid muntlig förhandling i mål om fortsatt isolering. Samtidigt innebär regeringens förslag en skärpning av de

rekvisit då isolering kan komma i fråga vilket bör leda till att antalet ärenden minskar något. Härutöver föreslår regeringen att lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och liknande verksamheter upphävs vilket medför att domstolarnas kostnader för denna typ av mål upphör. Sammantaget gör regeringen därför nu den bedömningen att föreslagna ändringar inte bör medföra någon sådan ökning av arbetsbördan för domstolarna som inte kan tas om hand med befintliga resurser. Regeringen avser emellertid att noga följa utvecklingen och, om skäl därför bedöms föreligga, återkomma med förslag på de insatser som kan bli nödvändiga. 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.

Sammantaget gör regeringen bedömningen att regeringens förslag rymms inom nuvarande finansiella ramar för smittskyddsarbetet för såväl stat som kommun och landsting.

23 Författningskommentar

23.1 Förslaget till smittskyddslag

1 kap. Allmänna bestämmelser

Smittskyddets mål

1 §

I paragrafen anges målet för samhällets smittskydd (jfr 1 § i gällande smittskyddslag). Smittskyddets uppgift är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen omfattar alla smittsamma sjukdomar som inte innebär endast ett ringa hot mot människors hälsa, se 3 §. Åtgärder som är ingripande för den enskilde kan emellertid vidtas enbart beträffande vissa, allvarigare, sjukdomar (se t.ex. 3 kap. 2 och 4–6 §§, 4 kap. 2 § och 5 kap. 1 och 3 §§).

Vidare fastslås i paragrafen att smittskyddsarbetet skall bedrivas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

Det betyder 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.

Lagens tillämpningsområde

2 §

I bestämmelsen tydliggörs att smittskyddslagen endast reglerar smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom läkarundersökning, behandling, information till allmänheten om smittvägar och dylikt. Finns smittkällan i den fysiska miljön (t.ex. livsmedel eller djur) kan i stället objektrinriktade åtgärder bli aktuella för att hindra

smittspridning. De mest centrala lagarna som reglerar objektinriktade åtgärder uppräknas i paragrafens andra stycke.

Definitioner

3 §

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 görs för sådana sjukdomar som endast innebär ett ringa hot mot människors 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. Begreppet ”smittsamma sjukdomar” skall ses som en samlingsterm för flera olika tillstånd. Grundläggande för alla tillstånden är att det som framkallar sjukdomen utgår från någon typ av mikroorganism, t.ex. virus, bakterier, parasiter eller svampar. Dessa kan i sig ge upphov till sjukdom eller bilda gifter som utlöser sjukdom. Vidare kan en människa bära på en mikroorganism utan att insjukna. Även vid ett sådant förhållande skall han eller hon anses ha en smittsam sjukdom.

I *andra stycket* definieras vad som i lagen avses med allmänfarliga sjukdomar. De *allmänfarliga sjukdomarna* är sådana allvarliga sjukdomar för vilka det kan bli aktuellt att vidta tvångsåtgärder såsom tvångsundersökning, tillfällig isolering samt isolering. Dessutom skall förhållningsregler alltid meddelas den som bär på en allmänfarlig sjukdom. För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig sjukdom måste den uppfylla de i paragrafen uppställda kriterierna. En prövning måste således göras av varje enskild sjukdom.

För att en sjukdom skall betecknas som en allmänfarlig sjukdom krävs att sjukdomen kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser. 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.

Som exempel på sjukdomar som omfattas av de nu diskuterade kriterierna kan nämnas difteri och tuberkulos som är potentiellt livshotande sjukdomar och som kan leda till bestående men. Tuberkulos är dessutom ett långvarigt sjukdomstillstånd som kräver långvarig behandling. Hiv-

infektion (livshotande, långvarig sjukdom med svårt lidande) samt hepatit B och C (långvarig infektion med långvarigt lidande samt långdragen och omfattande behandling) är andra exempel på smittsamma sjukdomar som faller under mer än ett kriterium. Vad avser salmonella och shigella samt smitta med vissa andra bakterier som sprids via födan är risken att drabbas av en mycket allvarlig form av sjukdom låg i det enskilda fallet och infektionen ofta relativt kortvarig och självläkande. Däremot är långvarigt bärarskap inte alls ovanligt och sekundära komplikationer förekommer inte sällan vid dessa sjukdomar. Spridningsmönstret är dessutom sådant att man, om man avhänder sig möjligheten att ingripa mot smittade individer, snabbt riskerar att få ett stort antal akuta fall med såväl en påtaglig dödlighet som ett antal allvarliga och långdragna fall som följd. Mot den bakgrunden bör också dessa sjukdomar kunna klassificeras som allmänfarliga i lagens mening. Även gonorré, klamydiainfektion och syfilis är potentiellt långdragna tillstånd med allvarliga konsekvenser om inte spårning av smittade och adekvat undersökning och diagnos kan säkerställas. En obehandlad klamydiainfektion kan exempelvis leda till sterilitet. Infektioner med gula stafylokokker eller med pneumokokker med nedsatt känslighet för penicillin G är också exempel på infektioner som kan leda till mycket långvariga sjukdomstillstånd, långa och krävande behandlingsinsatser och medföra allvarliga konsekvenser för de drabbade.

För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig sjukdom i lagens mening krävs vidare att den kan *överföras till eller mellan människor* samt *att man genom åtgärder som riktas till den smittade kan ingripa mot sådan överföring*. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men därefter inte vidare till annan människa, t.ex. stelkramp, omfattas således inte av begreppet; vid dessa sjukdomar finns heller inget skäl att vidta tvångsåtgärder mot en enskild smittad för att förhindra smittspridning. Vid andra sjukdomar som i övrigt uppfyller kriterierna för allmänfarlig sjukdom och har en hög smittspridningsförmåga mellan människor, t.ex. influensa, saknas idag verkningfulla åtgärder som den smittade kan vidta för att förhindra smittspridning och sjukdomen kan därför inte anses som en allmänfarlig sjukdom i lagens mening.

För de sjukdomar som i lagens mening klassificeras som allmänfarliga sjukdomar kan bl.a. följande individriktade åtgärder vara aktuella; tvångsundersökning av den enskilde i syfte att fastställa diagnosen, förhållningsregler i syfte att förhindra smittspridning samt, om vissa förutsättningar är uppfyllda, tillfällig isolering och isolering. Tillfällig isolering och isolering innebär omfattande inskränkningar i den enskildes frihet och får därför bara tillgripas som en sista utväg för att förhindra smittspridning och under förutsättning att villkoren i 5 kap. 1 § och 5 kap. 3 § är uppfyllda. Det är vidare angeläget att sådana åtgärder begränsas till enbart de sjukdomar där de bedöms kunna hindra smittspridning.

Av *tredje stycket* framgår att de allmänfarliga sjukdomarna tillsammans med vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning. Smittsamma sjukdomar som skall anmälas benämns anmälningspliktiga och smittsamma sjukdomar som skall bli föremål för smittspårning benämns smittspårningspliktiga. Såväl de

anmälningspliktiga som de smittspårningspliktiga sjukdomarna avser ett större antal sjukdomar än de allmänfarliga sjukdomarna.

Anmälningspliktiga sjukdomar är sådana vars utbredning och variationer i samhället är angeläget att följa. Anmälan skall göras av läkare dels till smittskyddsläkaren, dels till Smittskyddsinstitutet (jfr 2 kap. 5 §).

Smittspårningspliktiga sjukdomar är sådana 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 sjukdomarna, är vissa sjukdomar som sprids via livsmedel, t.ex. botulism, trikininfektion och listeriainfektion. Andra sjukdomar som också torde omfattas är t.ex. legionellainfektion och papegojsjuka.

Med hänsyn till att ingripande åtgärder kan vidtas mot den som bär på en allmänfarlig sjukdom bör en närmare precisering av vilka enskilda sjukdomar som omfattas av definitionen göras i lag. I *fjärde stycket* hänvisas till bilagan.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 §

I paragrafen formuleras vissa grundläggande förutsättningar för smittskyddsverksamheten. Inledningsvis slås fast 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.

I andra stycket införs ett särskilt barnperspektiv som tidigare saknats i smittskyddslagen. Principen om barnets bästa är väl förankrad i all lagstiftning som rör barn men har tidigare inte kommit till tydligt uttryck i smittskyddslagen. Enligt bestämmelsen skall, när åtgärder rör barn, särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Den nya bestämmelsen svarar mot innehållet i artikel 3 i barnkonventionen. I enlighet med den definition av barn som ges i FN:s konvention om barnets rättigheter, skall med barn avses varje människa under 18 år.

Vidare tydliggörs 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 eller mindre ingripande åtgärder är uttömda.

5 §

Paragrafen behandlar smittskyddets kvalitet. Liknande bestämmelser finns t.ex. i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) och 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). 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. 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 smittade 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 4 kap. 1 § andra stycket och i 4 kap. 6 §.

Ansvar 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 (se vidare avsnitt 14 och 16.2).

Andra stycket: Enligt 2 kap. 5 § skall anmälan om inträffade sjukdomsfall göras till Smittskyddsinstitutet. 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 den gällande smittskyddslagen. Lands-tinget skall även fortsättningsvis ha ansvar för det personinriktade smittskyddet och vara huvudman för smittskyddsläkarorganisationen. Rege-

ringens överväganden beträffande huvudmannskapet för smittskyddsläkarorganisationen redovisas i avsnitt 16.1.

9 §

Första och andra stycket i paragrafen motsvaras av 6 § i den gällande smittskyddslagen, som föreskriver att det i varje landsting skall finnas en smittskyddsläkare.

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 eller hon vara självständig i förhållande till landstingskommunen.

Av *tredje stycket* framgår att smittskyddsläkaren kan delegera sina uppgifter enligt lagen till en annan erfaren läkare. Den som smittskyddsläkaren delegerar uppgifter till skall ha en kompetens som motsvarar de krav som ställs på smittskyddsläkaren. Den gällande smittskyddslagen saknar en sådan möjlighet till delegation. I praktiken förekommer dock på vissa platser ett system med biträdande smittskyddsläkare trots att stöd för detta saknas i den gällande smittskyddslagen. Genom den nya bestämmelsen ges ett uttryckligt stöd för att – när så erfordras – andra läkare på uppdrag av smittskyddsläkaren får utföra dennes uppgifter enligt lagen. Det yttersta ansvaret har enligt denna paragraf jämfört med 6 kap 1 § dock den läkare som har utsetts enligt denna paragrafs andra stycke. Detta ansvar kan således inte delegeras till någon annan.

10 §

Paragrafen motsvarar till en del 12 § första stycket i den gällande smittskyddslagen. Myndigheter inom smittskyddet, bl.a. 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 avsnitt 14 och 16 varierar smittskyddsansvaret med varifrån smittan härrör. Smittskyddsläkaren är ansvarig då smittan härrör från människor medan ansvaret, då det gäller smitta som härrör från djur eller andra objekt, kan åvila bl.a. kommunen, Jordbruksverket eller Livsmedelsverket (se avsnitt 14 för en närmare beskrivning av ansvarsfördelningen). Formerna för samverkan bestäms av de inblandade aktörerna själva. Riktlinjer för underrättelser, informationsutbyte och samråd finns dock i 6 kap. 7 §. Att smittskyddsläkaren skall stödja sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet samt, när det behövs, ge dessa råd om lämpliga smittskyddsåtgärder framgår av 6 kap. 2 § p. 4.

2 kap. Förebyggande åtgärder och rapportering av sjukdomsfall

Den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning

1 §

Det är inte möjligt för samhället att skydda sin befolkning mot alla smittorisker. Av avsnitt 11 framgår att alla individer, såväl smittade som osmittade, i vid mening har intresse av och ansvar för att förhindra smittspridning. I paragrafen slås därför fast att utgångspunkten är att var och

en så långt som möjligt skall vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot smittrisk. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar. Här spelar information och förebyggande åtgärder en stor roll, se 3 och 4 §§ samt 6 kap. 2 § p 1 och 2.

2 §

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 4 kap. 1 § och de förhållningsregler som skall ges enligt 4 kap. 2 § vid allmänfarlig sjukdom, 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 sjukdom. I den allmänna motiveringen ges en redovisning av regeringens överväganden vad gäller informationsplikten, se kap. 11.

Informationsplikten innebär att den som är smittad av en allmänfarlig 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 får denna kunskap huvudsakligen genom att han eller hon ges medicinska och praktiska råd samt förhållningsregler av sin läkare enligt 4 kap. 1 och 2 §§. Det är således inte den enskildes egen uppfattning som är avgörande för om skyldighet föreligger eller inte. Detta innebär således att den som bär på en blodsmitta skall informera t.ex. tandläkare och i vissa fall vårdpersonal (se vidare avsnitt 11). Är fråga om en sexuellt överförbar sjukdom skall sexualpartners alltid informeras, och den som bär på tuberkulos skall bl.a. informera dem han eller hon delar bostad med. I fråga om sexuellt överförbara sjukdomar kan det noteras att en skyldighet att informera sexualpartner om sitt smittbärarskap också följer av förhållningsregeln i 4 kap. 2 § 5p. Den behandlande läkaren skall således informera patienten om att beteenden i strid med meddelade förhållningsregler kan innebära att en beaktansvärd risk för smittoöverföring uppstår.

Skyldigheterna enligt bestämmelserna är inte särskilt sanktionerade. Underlåter den enskilde att fullgöra sin informationsplikt till en honom eller henne närstående person är emellertid den behandlande läkaren i vissa situationer skyldig att underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren skall därvid, om han eller hon delar den behandlande läkarens bedömning av smittrisen, underrätta den närstående enligt 4 kap. 8 § om smittrisen och hur den kan förebyggas. 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 avsnitt 17. Ytterst kan den som bär på en allmänfarlig

sjukdom och som inte vill eller inte är i stånd till att vidta erforderliga åtgärder i vissa situationer bli föremål för isolering, se 5 kap. 1 §.

Information och förebyggande åtgärder

3 §

I *första stycket* tydliggörs landstingets ansvar för att allmänheten får den information som de behöver för att kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar. Det rent faktiska preventionsarbetet bedrivs främst av smittskyddsläkaren. I 6 kap. 2 § p 1 och 2 stadgas att smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar samt att han eller hon skall ge råd och anvisningar till grupper som är särskilt utsatta för smittrisk.

Av *andra stycket* framgår att även annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom smittskyddet utför sådant arbete. Eftersom prevention genom information är en viktig uppgift för alla som arbetar med smittskydd slås fast 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

4 §

Bestämmelsens motsvaras till viss del av första meningen i 10 § i den gällande smittskyddslagen. Den föreslagna bestämmelsen omfattar dock – i motsats till nu gällande bestämmelse – samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Dessutom omfattar bestämmelsen inte bara läkare utan all hälso- och sjukvårdspersonal, jfr 2 kap. 3 §.

5 §

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 anmälände läkare är uppkopplad till SmiNet (ett datoriserat inrapporteringssystem) kommer dock i praktiken endast en anmälan att behöva upprättas, eftersom datasystemet ser till att anmälan befordras till båda instanserna.

Till skillnad från vad som gäller i dag skall både *konstaterade fall och kliniskt misstänkta fall* anmälas. Den anmälningsskyldige läkaren behöver således inte ha ställt fullständig diagnos innan han eller hon gör sin anmälan, vilket medför att behövliga tidsvinster kan göras. Åtgärder mot smittspridning kan då sättas in så tidigt som möjligt. 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 ske då läkare misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom enligt 1 kap. 3 §.

En anmälan skall alltid göras så snart som möjligt eftersom det är viktigt att det nödvändiga smittskyddsarbetet kommer igång så snabbt som möjligt. Huvudregeln är att anmälan skall ske utan dröjsmål. Detta innebär att anmälan skall göras samma dag och senast dagen efter att sjukdom konstaterats eller misstanke om sådan uppstått. Anmälan skall göras skriftligen, antingen per post eller genom datamedia. En skriftlig anmälan kan i akuta lägen behöva föregås av ett telefonsamtal. Enligt 7 § får regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bl.a. meddela närmare föreskrifter om undantag från kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål enligt denna paragraf.

Enligt *andra stycket* skall även läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik samt obducerande läkare som misstänker eller finner smittämne av sådan sjukdom som sägs i första stycket anmäla detta. I de fall där laboratoriet saknar läkarkompetens skall annan som är ansvarig för laboratoriet ha anmälningskyldigheten.

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 6 kap. 7 §. Härigenom förenklas förfarandet hos den behandlande läkaren.

6 §

Paragrafen slår fast vad anmälan enligt 5 § skall innehålla. Bestämmelsen motsvarar i princip 21 § i gällande smittskyddslag. I anmälan skall uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades identitet och adress, den sannolika smittkällan och de sannolika smittvägarna samt de åtgärder behandlande läkare vidtagit för att hindra smittspridning lämnas. Sådana åtgärder kan förutom förhållningsregler och 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.

7 §

I paragrafen föreskrivs att närmare bestämmelser om anmälan enligt 5 § bör regleras i föreskrifter, meddelade av regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen. Bland annat bör föreskrifter meddelas om förfarandet i de fall där misstanke om sjukdom anmäls enligt 5 §, men misstanken efter noggrannare undersökning visat sig vara ogrundad. Föreskrifter bör också meddelas om i vilka fall undantag från kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål kan göras. Paragrafen ger vidare möjlighet att i föreskrifter meddela vissa undantag från anmälningskyldigheten eftersom behovet av klinisk anmälan respektive anmälan av bl.a. laboratoriefynd varierar mellan olika sjukdomar. Så kan t.ex. beträffande kikhosta laborieanmälan 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.

Föreskrifter bör också meddelas om uppgift om identitet och smittkälla inte skall lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar. Istället för att skriva ut namn, personnummer/samordningsnummer etc. tillämpas ett system med kodbeteckningar. De sjukdomar som här kan bli aktuella är de sexuellt överförbara sjukdomarna, dvs. klamydiainfektion, syfilis och gonorré samt hivinfektion för vilka identitetsuppgifter m.m. inte anges i anmälan enligt den gällande smittskyddslagen. Regeringens överväganden i denna del redovisas i avsnitt 10.2.

3 kap. Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

1 §

I paragrafens *första stycke* regleras den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas. Skyldigheten överensstämmer med de fall då den enskilde enligt 3 kap. 4 § är skyldig att medverka till smittspårning. Detta innebär att den enskilde åläggs en sådan skyldighet då han eller hon vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom (se 1 kap. 3 §). I dessa fall skall den enskilde utan dröjsmål söka läkare. Anledning att misstänka att man bär på dylik sjukdom kan föreligga t.ex. 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.

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 undersökningskyldighet. Även här är skyldigheten begränsad till allmänfarliga sjukdomar eller andra smittspårningspliktiga sjukdomar. Skyldigheten gäller såväl privat som offentligt verksamma läkare. Enligt den gällande smittskyddslagen krävs, för att läkarens skyldighet skall aktualiseras, att han eller hon 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 eller hon gör följer redan av andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område. Om läkaren inte anser sig ha kompetens att genomföra en undersökning åligger det läkaren 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 sjukdom men motsätter sig erforderlig undersökning eller provtagning skall läkaren enligt

tredje stycket utan dröjsmål göra anmälan till smittskyddsläkaren. Utan dröjsmål innebär att anmälan i princip skall göras samma dag. Bestämmelsen avser situationen då en patient av någon anledning söker läkarvård. För fall då misstanke om smitta framkommit vid smittspårning finns bestämmelser i 6 §.

2 §

Paragrafen ersätter 36 § i den gällande smittskyddslagen. Enligt den föreslagna bestämmelsen kan tvångsundersökning i vissa särskilda fall beslutas beträffande en person som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom. Tillämpningsområdet för tvångsundersökning är något snävare än vad som gäller beträffande den allmänna skyldigheten att uppsöka läkare (1 §). Dels skall det vara fråga om en allmänfarlig 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 uppstå t.ex. vid läkarbesök, antingen genom vad patienten själv 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 det finns en 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.

Till skillnad från bestämmelsen i 36 § i den gällande smittskyddslagen att smittskyddsläkaren beslutar om tvångsundersökning föreslås att länsrätten som första instans beslutar om tvångsundersökning. Detta föreslås mot bakgrund av den vikt som *den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna* (Europakonventionen) och regeringsformen (RF) tillerkänner den kroppsliga integriteten. Tvångsundersökning kan även innebära ett frihetsberövande i Europakonventionens mening, se avsnitt 8.4. Visserligen torde det sällan vara fråga om särskilt ingripande undersökningar. Rätts säkerhetsskäl talar dock för att domstolsprövning alltid bör ske, om det inte finns ett samtycke från patientens sida.

Domstolen har att pröva målet skyndsamt, se 8 kap. 4 §. Av 8 kap. 5 § framgår att domstolen senast inom en vecka från det att ansökan kom in

har att pröva målet. Skulle situationen vara av så allvarlig och bråds-kande art att en omedelbar undersökning är nödvändig och domstolens beslut inte kan avvaktas ges enligt 5 kap. 3 § en möjlighet för smittskyddsläkaren att tillgripa tillfällig isolering i avvaktan på domstolens beslut om tvångsundersökning.

I paragrafens *sista stycke* åläggs den läkare som utfört läkarundersökningen en skyldighet att omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

3 §

Bestämmelsen motsvarar i princip 19 § i den gällande smittskyddslagen. Enligt den föreslagna bestämmelsen skall emellertid inte endast den tidigare behandlande läkaren utan också smittskyddsläkaren underrättas om ett läkarbyte.

Liksom enligt 11 § första stycket i den gällande smittskyddslagen avses med behandlande läkare den läkare som har det omedelbara medicinska ansvaret för patienten. Misstänker någon att han eller hon 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 sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret för den allmänfarliga sjukdomen omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren.

Smittspårning

4 §

Bestämmelsen ersätter 14 och 18 §§ i den gällande smittskyddslagen och behandlar läkares och viss annan hälso- och sjukvårdspersonals ansvar för smittspårning. Smittspårning skall ske då fråga är om allmänfarliga sjukdomar eller andra smittspårningspliktiga sjukdomar (se 1 kap 3 §) 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 tidigt skede nå personer som kan ha smittats av sjukdomen.

Skyldigheten att försöka få upplysningar omfattar uppgifter om vem eller av vad patienten kan ha fått smittan i från samt vilka patienten i sin tur kan ha smittat. 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 spridits. Om smitta kan ha överförts från djur, livsmedel eller andra objekt skall behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal söka få nödvändiga upplysningar från patienten om detta. Vägledning bör därför ges centralt i form av föreskrifter eller allmänna råd, alternativt som riktlinjer utformade inom smittskyddsläkarorganisationen (t.ex. de s.k. smittskyddsbladen som utges av Smittskyddsläkarförbundet).

Enligt den gällande lagen är det den behandlande läkaren som har det formella ansvaret för smittspårningsarbetet även om han eller hon i prak-

tiken ofta delegerar det praktiska arbetet till annan hälso- och sjukvårdspersonal, se vidare avsnitt 12.2. Den föreslagna bestämmelsen innebär en viss utvidgning av den personkrets som ansvarar för smittspårningsarbetet med den enskilde patienten. Behandlande läkare är dock skyldig att se till att ansvaret ges till personal med kompetens för arbetet.

Den som ansvarar för smittspårningen är enligt *andra stycket* skyldig att se till att personer som hans eller hennes patient kan misstänkas ha smittat underrättas om sjukdomen och uppmanas 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 vården av patienter med sexuellt överförbara sjukdomar och vid behov bör vägledning och riktlinjer ges ut centralt. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man misstänker kan ha smittats verkligen har underrättats om misstanken och att han eller hon har uppmanats 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 1 §.

5 §

Hälso- och sjukvårdspersonals skyldighet att genomföra smittspårning regleras i 4 §. Den person som skall genomföra smittspårningen måste inte bara ha goda epidemiologiska kunskaper; han eller hon 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. I första hand efter underrättelse från den behandlande läkaren själv (eller annan personal), då läkaren inte ser sig i stånd att genomföra viss smittspårning. I andra hand då smittskyddsläkaren i sitt arbete själv finner att ett visst smittspårningsärende inte utförs på ett riktigt sätt (jfr 6 kap 2 § p 5). 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. Smittskyddsläkaren har då möjlighet att personligen utföra smittspårningen. Ett överlämnande eller övertagande enligt bestämmelsen kan avse smittspårningsärendet i sin helhet eller enbart en viss del därav, såsom själva kallelsen av de av patienten uppgivna personerna samt kontroll av att dessa söker läkare. *Andra stycket* tar sikte på den enskildes skyldigheter att medverka med upplysningar i fall då smittskyddsläkaren tagit över smittspårningen.

6 §

Bestämmelsen ersätter 26 § i den gällande smittskyddslagen. Skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren gäller endast vid allmänfarliga sjukdomar (jfr 2 § 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 eller hon mottagit anmälan framgår av 6 kap. 3 §.

7 §

Paragrafen motsvarar 27 § i den gällande smittskyddslagen. Bestämmelsen reglerar vad anmälningar till smittskyddsläkaren enligt 1 § tredje stycket och 6 § 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. Anmälan skall även innehålla en redogörelse för de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om att den enskilde bär på smitta.

4 kap. Vissa smittskyddsåtgärder

Råd och stöd

1 §

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 2 kap. 2 § första stycket. 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, jfr t.ex. 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). 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, 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 och vid tveksamhet bör läkaren kontakta smittskyddsläkaren, som har en lagstadgad skyldighet att bistå honom (6 kap. 2 § p 4). Enligt 6 kap. 2 § p 5 har smittskyddsläkaren en skyldighet att se till att ändamålsenliga råd ges till dem som kan ha smittats.

I *andra stycket* stadgas att nödvändigt psykosocialt stöd skall erbjudas om den enskilde personen av smittskyddsskäl behöver det. Utgångspunkten för bestämmelsen är övervägandena angående samhällets skyldighet att bistå den enskilde smittade så att denne kan ta sitt ansvar, se avsnitt 11. 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 det stöd och den hjälp som behövs. 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.

Förhållningsregler

2 §

En skyldighet för den som bär på en smittsam sjukdom att skydda sina medmänniskor finns intagen i 2 kap. 2 §. För att kunna fullgöra sina skyldigheter skall den enskilde ges tillräckliga förutsättningar för att ta sitt ansvar och läkaren har därför alltid en generell skyldighet att ge medicinska och praktiska råd till sin patient för att denne om möjligt skall undvika att föra smitta vidare, se 4 kap. 1 §. Den behandlande läkaren skall därutöver meddela den som smittats eller misstänks ha smittats med en allmänfarlig sjukdom *förhållningsregler* till ledning för patientens handlande. Användandet av förhållningsregler riktade till den som smittats med en allmänfarlig sjukdom bygger på principen att dessa sjukdomar, förutom andra möjliga spridningsvägar, kan överföras mellan människor samt att man genom åtgärder som riktas till den smittade kan ingripa mot sådan överföring. Det är därför viktigt att den smittade vet vad han eller hon kan göra för att hindra smittspridning till andra i sin omgivning.

I syfte att åstadkomma en enhetlighet i tillämpningen, undvika godtycke och stärka den smittades rättssäkerhet begränsar lagen de olika moment som förhållningsreglerna kan omfatta. Inom denna ram skall förhållningsreglerna vara utformade utifrån aktuell kunskap om sjukdomen och dess spridningssätt samt individuellt utformade utifrån den smittade individen och dennes levnadsförhållanden. Det kan vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förhållningsregler som skall ges och andra förebyggande åtgärder som kan behöva vidtas. Vägledning bör därför ges centralt i form av föreskrifter eller allmänna råd, alternativt som riktlinjer utformade inom smittskyddsläkarorganisationen (t.ex. de s.k. smittskyddsbladen som utges av Smittskyddsläkarförbundet). Vid tveksamhet bör läkaren alltid rådfråga smittskyddsläkaren som har en lagstadgad skyldighet att bistå honom i dessa frågor (se 6 kap. 2 §).

I många fall kan förhållningsreglerna inskränkas till skärpta hygienregler och en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med sin läkare

vilket i mycket ringa utsträckning kan betraktas som intrång i den personliga integriteten. I andra fall tvingas man föranstalta om mer omfattande integritetsinskränkningar, t.ex. i form av inskränkning i möjligheten att utöva sitt arbete eller skyldighet att iaktta sexualbeteende som minskar risken för smittspridning.

Regler om inskränkning rörande arbete, skolgång eller annan verksamhet kan t.ex. meddelas den livsmedelsarbetare eller sjukvårdsanställd som smittats med en tarmbakterie (t.ex. salmonella eller shigella) och därefter bär på bakterien utan att ha sjukdomssymtom. Sådan avstängning från arbetsuppgifter kan också meddelas den som infekteras med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA). Med annan verksamhet avses t.ex. deltagande i arbetsmarknadsåtgärder, studier vid universitet men också sådant som kan betecknas som rena fritidsaktiviteter samt vistelse i förskoleverksamhet och skolbarnomsorg. Således kan även barn som insjuknat i hepatit A med inga eller mycket lindriga symtom stängas av från förskola eller skola med återopande av samma regel. I vissa fall kan man behöva inskränka möjligheter till tillfälligt boende för den smittade i anslutning till fritidsaktiviteter, t.ex. när det är fråga om att bo i tält eller på logement.

Förbud mot blodgivning och organdonation gäller (vanligtvis livslångt) den som smittats med hepatit B och C, hivinfektion och andra blodburna smittämnen. För dessa sjukdomar gäller även ett förbud för injektionsmissbrukare att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg till andra.

Skyldigheten att informera vårdgivare eller sådana som utför icke medicinska ingrepp om smittbärarskap när risk för smittspridning finns innebär inte en allmän skyldighet att informera i alla sammanhang utan endast vid sådana situationer när en reell smittrisk föreligger beroende på situationen och på sjukdomens smittvägar. Den som bär på en blodsmitta skall t.ex. informera sin tandläkare och i vissa fall vårdpersonal om sjukdomen. Information skall vidare lämnas till den som utför fotvårdande behandling och tatuering eller piercing där risken för blodsmitta är påtaglig eller till annan som på motsvarande sätt genom nära kontakt med patienten utsatts för smittfara.

Vid sexuellt överförbar sjukdom skall sexualpartner informeras om sjukdomen. Det föreligger vidare en skyldighet att vid sexuella kontakter iakttaga ett beteende som minimerar risken för smittspridning, t.ex. använda kondom vid samlag.

Hygienrutiner kan bestå i krav på skärpt handhygien och desinficering av toalettstol men också förbud att laga mat åt andra i hushållet. Ibland kan de vara av mer omfattande art och de kan därvid även innebära inskränkningar i patientens boende. Det gäller främst personer i gruppboende där man kan tvingas föranstalta om att den smittade t.ex. inte använder gemensamma toaletter eller äter i gemensam matsal.

Förhållningsregler skall meddelas patienten skriftligt. Muntliga regler kan behöva meddelas i ett akutskede men dessa skall alltid kompletteras skriftligen så snart det är möjligt. Uppgifter om vilka förhållningsregler 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.

3 §

Enligt paragrafen skall smittskyddsläkaren, om den smittade begär det, pröva beslutet om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren, som har det övergripande ansvaret inom sitt område för att korrekta förhållningsregler meddelas de smittade (6 kap. 2 § p. 5) kan också på eget initiativ ompröva de givna förhållningsreglerna. Den smittade skall vidare av behandlande läkare informeras om att han eller hon har möjlighet att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.

4 §

Enligt bestämmelsen är den behandlande läkaren – i likhet med vad som gäller enligt 25 § i den gällande smittskyddslagen – skyldig att anmäla till smittskyddsläkaren om han eller hon får veta eller misstänker att den enskilde patienten inte iakttar eller inte kommer att iaktkta meddelade förhållningsregler.

Till skillnad från nuvarande reglering lämnas i paragrafens *andra stycke* ett uttryckligt utrymme för läkaren att inte göra anmälan om det stöd som behövs kan fås genom läkarens försorg. Den föreslagna bestämmelsen motiveras bl.a. av vikten av att en patient som bär på en allvarlig sjukdom skall känna tillräckligt förtroende för att kunna ta upp och diskutera sina svårigheter med läkaren.

5 §

I paragrafens *första stycke* regleras skyldigheten för behandlande läkare att i vissa fall underrätta annan läkare om viss patient bär på smitta samt om de förhållningsregler som läkaren meddelat patienten enligt 2 §. Sådan underrättelse skall ske om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en vårdinrättning. Mottagare av underrättelsen är den läkare som svarar för hälso- och sjukvården på anstalten eller vårdinrättningen i fråga. Syftet med underrättelseskyldigheten är att risken för smittspridning så långt som möjligt skall minskas vid tvångsomhändertagandet.

Den gällande smittskyddslagen 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 att få uppgifter om den intagne. Det gäller även vid t.ex. difteri, tuberkulos och andra svåra smittsamma sjukdomar. Den här föreslagna bestämmelsen innebär därför att underrättelse skall ske vid samtliga allmänfarliga sjukdomar. Liksom enligt nu gällande smittskyddslag avses med vårdinrättning i lagtextens mening hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), institutioner som lämnar vård enligt lagen (1990:52) om vård av unga (LVU) samt vårdinrättningar för psykiatrisk 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 § LVM och 12 § tredje stycket LVU. Dessa bestämmelser föreslås anpassas till den nu föreslagna smittskyddslagen, se den allmänna motiveringen kap. 19. Den behandlande läkarens skyldighet att underrätta läkaren på kriminalvårds-

anstalten eller vårdinrättningen är beroende av att den behandlande läkaren får kännedom om intagningen. Information om intagningen kan i vissa fall ges av den enskilde, i andra fall kan behandlande läkaren notera att patienten har avbrutit sin behandling och då skall behandlande läkaren enligt 4 kap. 7 § underrätta smittskyddsläkaren om detta. Denne skall då enligt 6 kap. 4 § och 6 kap. 12–13 §§ utreda den enskildes situation. Genom denna utredning kan smittskyddsläkaren få information om att den enskilde tagits in på en kriminalvårdsanstalt eller en vårdinrättning. Den behandlande läkarens skyldighet att underrätta läkaren på kriminalvårdsanstalten eller vårdinrättningen kan dock aldrig sträcka sig längre än till vad den behandlande läkaren känner till.

Enligt *andra stycket* skall den ansvarige läkaren till smittskyddsläkaren anmäla 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 meddelade förhållningsregler till förhindrande av smittspridning. Smittskyddsläkaren skall då utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som erfordras för att förebygga smittspridning, 6 kap. 4 §.

Vård och behandling

6 §

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). Bestämmelsen innebär inte att behandling eller medicinering kan ske mot den enskildes vilja. Med särskilda behandlingsinsatser avses exempelvis behandling för missbruk av alkohol eller narkotika. I detta sammanhang bör det framhållas att med *att erbjuda* viss behandling inte innebär att patienten får förtur till viss behandling.

7 §

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.

Underrättelse till närstående

8 §

Isolering bör i princip inte 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 smittskyddsläkaren, 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 5 kap. 1 § 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 sjukdom och om läkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas.

Med hänsyn till betydelsen av förtroendet mellan den smittade patienten och läkaren bör det vara smittskyddsläkaren som skall underrätta den närstående. Efter det att den behandlande läkaren anmält förhållandena till smittskyddsläkaren skall han eller hon göra en egen bedömning av om det föreligger skäl att underrätta den närstående. Genom detta förfarande minskas risken för att förhållandet mellan behandlande läkare och patient skadas. Dessutom innebär förfarandet att frågan om utlämnande av integritetskänsliga uppgifter prövas av två av varandra oberoende läkare.

Av 7 kap. 1 § sekretesslagen framgår att underrättelse enligt ovan kan lämnas utan hinder av sekretess.

9 §

Paragrafen motsvarar 27 § i den gällande smittskyddslagen. Bestämmelsen reglerar vad anmälningar till smittskyddsläkaren enligt 4, 7 och 8 §§ 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. Vid anmälan enligt 8 § första stycket bör således uppgifter om närstående lämnas så att smittskyddsläkaren kan fullgöra sin underrättelseskyldighet.

5 kap. Isolering

Förutsättningar för isolering

1 §

Paragrafen reglerar förutsättningarna för isolering. Sådan isolering är en åtgärd som endast får tillgripas som en sista utväg för att hindra smittspridning. Utgångspunkterna för ställningstagandena i denna fråga har utförligt behandlats i den allmänna motiveringen, kap. 13. Därutöver kan följande anmärkas.

Ett första villkor för att isolering skall kunna komma ifråga är att det rör sig om en allmänfarlig sjukdom enligt 1 kap. 3 § andra stycket. Dessutom krävs att de förutsättningar som beskrivs nedan är för handen.

Punkt 1 tar sikte på den enskildes förmåga att frivilligt underkasta sig vissa åtgärder. För den som frivilligt medverkar till nödvändiga åtgärder för att hindra smittspridning kan isolering enligt denna bestämmelse 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 eller vägrar undergå från smittspridningssynpunkt nödvändig behandling. Det kan även vara fråga om trovärdiga uppgifter om visst smittfarligt beteende som stöds av annan utredning. Domstolen skall bedöma om de åtgärder som det krävts att den enskilde frivilligt medverkat till kan anses adekvata och rimliga.

Punkt 2 överensstämmer med bestämmelsen i 38 § första stycket andra meningen den gällande smittskyddslagen. Med att det skall föreligga *grundad anledning anta* menas att det skall föreligga konkreta omständigheter som talar för att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler. Bara en misstanke om att så är fallet räcker således inte.

Förutom att någon av punkterna 1 eller 2 skall vara uppfyllda uppställs det allmänna kravet att påtaglig risk skall föreligga för att andra människor kan smittas om inte isolering sker (jfr förutsättningarna för tvångsundersökning mot den enskildes vilja enligt 3 kap. 2 §). 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.

2 §

Beslut om isolering utan samtycke enligt 1 § fattas av länsrätt. Ansökan härom görs av smittskyddsläkaren.

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.

3 §

Paragrafen reglerar möjligheterna till tillfällig isolering i vissa mycket brådskande fall. Vid fall av allmänfarlig sjukdom kan det i vissa fall uppkomma situationer där smittrisen är så allvarlig och överhängande att frivilliga åtgärder eller domstols beslut om isolering enligt 1 § inte kan avvaktas. Smittskyddsläkaren skall därför få behörighet att besluta om tillfällig isolering om någon bär på eller misstänks bära på en sådan smitta och denne 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 misstänks vara smittad gäller det även att klarlägga om denne verkligen är smittad. Visar det sig att så inte är fallet skall isoleringen genast upphöra. Isoleringen skall annars upphöra så snart sådana åtgärder som undanröjer den omedelbara smittrisen kunnat vidtas.

Tillfällig isolering utgör en självständig åtgärd i förhållande till isolering enligt 1 §. Är förutsättningarna för isolering enligt 1 § uppfyllda, kan tillfällig isolering enligt denna bestämmelse emellertid följas av ett domstolsbeslut om isolering enligt 1 §. Det är dock inte meningen att tillfällig isolering rutinmässigt skall föregå ett förfarande om isolering enligt 1 §.

Smittskyddsläkarens beslut skall senast inom fyra dagar underställas länsrätten för prövning. Sker inte detta, förfaller smittskyddsläkarens beslut. Den tillfälliga isoleringen kan bestå under högst två veckor.

4 §

Med hänsyn till att isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld mot enskilda skall isolering äga rum i offentligt bedriven verksamhet. Isolering enligt 1 § samt tillfällig isolering enligt 3 § 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.

5 §

Isolering enligt 1 § är den sista utvägen för att hindra smittspridning. Isoleringen skall inte pågå längre än vad som är oundgängligen nödvändigt.

Enligt paragrafen får isolering enligt 1 § 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. Även under isoleringstiden skall den isolerade erbjudas den vård och det stöd han eller hon behöver.

I vissa fall kan dock nödvändiga alternativa åtgärder inte komma till stånd innan de stipulerade tre månaderna löpt till ända. Rätten kan då *enligt andra stycket*, efter ansökan av smittskyddsläkaren, besluta att isoleringen skall pågå utöver den längsta tiden enligt första stycket. Medgivandet får lämnas för högst sex månader åt gången. Den nämnda tiden utgör en maximitid för förlängningen. När förlängning medges får maximitiden sex månader inte tillämpas slentrianmässigt.

Enligt *tredje stycket* skall ansökan om fortsatt isolering ha kommit in till rätten innan tiden för gällande beslut om isolering har löpt ut. I annat fall upphör isoleringen och den enskilde får inte hållas kvar på vårdinrättningen mot sin vilja.

6 §

När rätten fattat beslut om isolering enligt 1 § skall smittskyddsläkaren genast underrätta det landsting eller den kommun som har ansvaret för att de för den smittade behövliga insatserna kommer 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.

7 §, 8 §

Den som är isolerad enligt bestämmelserna om isolering enligt 1 § eller tillfällig isolering enligt 3 § kan när som helst under isoleringstiden begära att isoleringen skall upphöra. I första hand är det smittskyddsläkaren som skall pröva frågan om upphörande av isoleringen. Smittskyddsläkaren är skyldig att pröva den isolerades begäran utan dröjsmål. Om smittskyddsläkaren finner att skäl för isolering inte längre finns skall han eller hon omedelbart häva beslutet. Om smittskyddsläkaren avslår den isolerades begäran om upphörande av isoleringen skall den isolerade informeras om möjligheten att överklaga smittskyddsläkarens beslut hos länsrätten (se 8 kap. 1 § 3). Smittskyddsläkaren skall fortlöpande överväga frågan om isoleringens upphörande.

Isoleringens innehåll

9 §

Bestämmelsen motsvaras delvis av 43 § i den gällande smittskyddslagen. Första stycket är emellertid anpassat till det innehåll isolering enligt 1 § 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 minskas så långt som möjligt. Det är viktigt att isoleringstiden inte blir ett passivt frihetsberövande; insatser för att stärka den enskildes förmåga att ta sitt ansvar bör påbörjas redan under isoleringen.

10 §, 11 §

Innehållet i paragraferna motsvaras i huvudsak av 43 a § och 43 b § i nu gällande smittskyddslag. När det gäller besök enligt 10 § första stycket skall detta ske i sådana former att risk för smittspridning och införsel av sådan egendom som avses i 13 § motverkas.

Särskilda befogenheter vid isoleringen

12 §

Paragrafen motsvaras av 44 § i den gällande smittskyddslagen. Smittskyddsläkaren kan begära biträde av polismyndighet för att återföra den som avvikit från vårdinrättningen (8 kap. 11 § 3).

13 §

Enligt 45 § i den gällande smittskyddslagen 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 den gällande smittskyddslagen 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 och 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 till maten eller att inneha ett till honom eller henne receptförskrivet sömnmedel som är klassificerat som narkotika.

14 §, 15 §, 16 §

Bestämmelserna motsvarar 46–48 §§ i den gällande smittskyddslagen.

Vistelse utanför vårdinrättningen

17 §, 18 §

Paragraferna, som ersätter 49 § och 50 § i den gällande smittskyddslagen, reglerar möjligheten att bevilja tillstånd för en person som är isolerad enligt 1 § att under viss kort tid vistas utanför vårdinrättningens område. Sådan vistelse kan enbart tillåtas om den antingen är påkallad av särskilda skäl hänförliga till den isolerade själv eller den isolerades 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 deltagande i aktivitet anordnad av en frivilligorganisation). Med kort tid avses normalt inte längre tid än en dag. Av 17 § följer att tillstånd får förenas med särskilda villkor. Sådana villkor kan t.ex. avse att vistelsen utanför vårdinrättningen skall genomföras tillsammans med personal från vårdinrättningen. Sådan tillsyn bör vara huvudregeln om inte sådan tillsyn av särskilda skäl kan antas vara onödig. Ett annat exempel på särskilda villkor kan vara förbud mot att dricka alkoholhaltiga drycker.

Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område kan inte ges vid tillfällig isolering. Detta får anses följa av den överhängande smittrisk som förutsätts för tillfällig isolering. Eventuella nödvändiga besök utanför vårdinrättningen måste genomföras tillsammans med personal från inrättningen. Av 18 § *andra stycket* följer att smittskyddsläkaren får delegera sin rätt att besluta om vistelse utanför vårdinrättningen till chefsöverläkaren.

Stödperson

19 §

Denna paragraf behandlar den isolerades rätt att få en stödperson utsedd. Eftersom den isolerade på grund av sitt psykiska tillstånd kan sakna förmåga att ta initiativ till att få hjälp av en stödperson har en föreskrift tagits in om att en stödperson kan utses också i annat fall, om den isolerade inte motsätter sig det. Om den isolerade motsätter sig att stödperson

uteses är chefsöverläkaren skyldig att fortlöpande erbjuda den isolerade detta stöd.

Enligt *tredje stycket* skall stödpersonen bistå den isolerade i personliga frågor så länge som denne är isolerad. Avsikten är således inte att stödpersonen skall ha någon självständig ställning. Han skall t.ex. inte i denna sin egenskap kunna överklaga ett beslut som har fattats av chefsöverläkaren, smittskyddsläkaren eller rätten.

Stödpersonen har rätt att besöka den isolerade under förutsättning att besöket kan genomföras på sådant sätt att inte risk för smittspridning finns. I detta sammanhang bör nämnas att en föreskrift om rätt för stödpersonen att närvara vid en muntlig förhandling inför en domstol och att om möjligt underrättas om förhandlingen tas in i 8 kap. 6 §.

20 §

Stödpersonen utses av patientnämnden enligt gällande lag om sådana nämnder.

21 §

Chefsöverläkaren skall ta initiativ till att stödperson förordnas genom att anmäla till patientnämnden när det kan finnas skäl att utse en stödperson. Sådana skäl föreligger självfallet så snart den isolerade ger till känna att han önskar bistånd av en stödperson. Det kan också finnas skäl att anmäla till nämnden frågan om stödperson bör utses, t.ex. när den isolerade på grund av sitt psykiska tillstånd saknar förmåga att begära hjälp av en stödperson eller saknar stöd från närstående. Påpekas bör att den isolerade naturligtvis också kan vända sig direkt till nämnden i denna fråga.

Den isolerades uppfattning bör tillmätas stor betydelse vid val av stödperson. Om det är möjligt bör patientnämnden utse den som den isolerade själv begär. Nämnden bör kunna byta ut en redan utsedd stödperson, om den isolerade eller någon annan begär det och det finns skäl för detta. Vidare bör stödpersonen entledigas från sitt uppdrag, om den isolerade förklarar att han eller hon inte längre önskar bistånd från stödpersonen. I annat fall bör stödpersonen entledigas när isoleringen upphört.

22 §

Paragrafen innebär att om den isolerade så önskar och stödpersonen samtycker därtill skall socialnämnden i den kommun där den isolerade är folkbokförd underrättas om att den isolerade önskar att stödpersonsuppdraget skall övergå till att vara ett uppdrag som kontaktperson enligt socialtjänstlagen.

23 §

Paragrafen innebär att chefsöverläkaren skall, om det finns särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens säkerhet, lämna ut nödvändiga uppgifter om den isolerade till stödpersonen eller till sådan nämnd som avses i 20 § första stycket. Paragrafen skall tolkas restriktivt men skall i de enstaka fall då det är behövligt ge en möjlighet att lämna ut uppgifter även om den isolerade inte samtyckt till det.

24 §

Bestämmelsen motsvarar 50 a § i den gällande smittskyddslagen.

6 kap. Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens allmänna skyldigheter

1 §

Smittskyddsläkaren har enligt gällande smittskyddslag en central roll i samhällets smittskydd. Han eller hon 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. Smittskyddsläkarens huvudsakliga arbetsuppgifter bör inte förändras genom den nya lagen. Även i fortsättningen skall han eller hon således ha ansvaret för den övergripande ledningen av smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon är verksam. Smittskyddsläkaren skall liksom i dag planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (jfr 7 § p 1 och 2 i den gällande smittskyddslagen).

Enligt 1 kap. 9 § tredje stycket kan smittskyddsläkaren uppdra åt en erfaren läkare att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har.

2 §

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 på grund av den nya formuleringen. Även fortsättningsvis skall han eller hon ha en mycket aktiv roll i det praktiska smittskyddsarbetet. Däremot utökas smittskyddsläkarnas ansvar på vissa punkter.

Punkt 1: Smittskyddsläkaren skall se till att allmänheten har tillgång till sådan 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 iakta (t.ex. vid anrättning av matvaror eller vid sexuell 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 se till att även andra förebyggande åtgärder än de som nämns under p. 1 och 2 vidtas. I detta ingår bl.a. att han eller hon skall ge akt på när det av epidemiologiska skäl är påkallat att erbjuda olika typer av vaccinationer och uppmärksamma sjukvårdshuvudmannen 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 eller hon 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 ansvaret ligger också att smittskyddsläkaren när så behövs undervisar berörd personal i smittskyddsfrågor. 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 i dag ett ansvar för att smittutredningarna blir fullständiga. Genom den föreslagna bestämmelsen uttrycks dock smittskyddsläkarens ansvar i denna fråga mer tydligt. Uppgift om smittspårning får han eller hon i det enskilda fallet genom den anmälan behandlande läkare m.fl. har att göra då fråga är om vissa typer av sjukdomar (se 2 kap. 5–7 §§). En sådan anmälan skall bl.a. innehålla uppgifter om den sannolika smittkällan samt om de åtgärder läkare vidtagit för att hindra smittspridningen. I 3 kap. 5 § 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 och förhållningsregler (se 4 kap. 2 §) ges till dem som kan ha smittats. Uppmärksammar smittskyddsläkaren att de givna råden av en eller annan anledning kan ifrågasättas eller behöver kompletteras, skall han eller hon kontakta behandlande läkare om detta.

Punkt 6: Enligt 2 kap. 1 § bör var och en medverka till att spridningen av smittsamma sjukdomar förhindras. Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon är smittad av en allvarlig sjukdom är dessutom skyldig att vidta de åtgärder som krävs 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, 2 kap. 2 §. Han eller hon 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 eller hon får erforderlig information samt den vård och det stöd han eller hon behöver. Smittskyddsläkaren skall bevaka att den enskilde verkligen får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller av smittrisken. Smittskyddsläkaren skall utreda vilka problem den smittades svårigheter bottenar 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. Smittskyddsläkarens insatser enligt bestämmelsen torde främst aktualiseras efter det att en enskild smittad klagat på att han eller hon inte får det stöd som den smittade anser sig behöva, efter anmälan om en smittad persons misskötsamhet från behandlande läkare eller efter en anhållan om hjälp från behandlande läkare i ett enskilt fall.

Punkt 7: Det är av största vikt att smittskyddsläkaren håller sig informerad om smittskyddssituationen i det område som han eller hon ansvarar för. Uppgifter om smittskyddsläget får smittskyddsläkaren bl.a. från de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkare har att göra enligt 2 kap.5–7 §§. Uppmärksammar smittskyddsläkaren vid övervakningen förhållanden som kräver smittskyddsåtgärder, skall han eller hon skyndsamt se till att sådana vidtas.

3 §

Bestämmelsen, som behandlar smittskyddsläkarens skyldigheter då han eller hon fått anmälan om att en person som antas bära på en allmänfarlig sjukdom inte låter sig undersökas av läkare, motsvarar delvis 28 § i den gällande smittskyddslagen. 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 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 hos länsrätten om tvångsundersökning (3 kap. 2 §).

4 §

I bestämmelsen regleras smittskyddsläkarens skyldigheter efter det att han eller hon fått en anmälan om att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller misstänks inte kommer att iakttaga meddelade förhållningsregler för att skydda andra mot smitta, inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra eller när smittskyddsläkaren fått en anmälan om att en patient är intagen på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en vårdinrättning inte kan tas om hand på sådant sätt att smittspridning kan förhindras. Bestämmelsen ersätter del av 28 § i den gällande smittskyddslagen.

Efter att ha fått anmälan skall smittskyddsläkaren påbörja den utredning om den enskilde som krävs för att smittskyddsläkaren skall kunna ta ställning till vilka insatser som erfordras för att smittspridning skall för-

hindras. 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 få förståelse för 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 (6 kap. 10 §). Är det nödvändigt för en utredning får smittskyddsläkaren 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 6 kap. 12 §.

5 §

Uppmärksammar smittskyddsläkaren brister i smittskyddet skall detta påpekas för den myndighet eller annan som är skyldig att avhjälpa bristerna. Sker inte rättelse, och medför detta fara från smittskyddssynpunkt, skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandet till aktuell tillsynsmyndighet (t.ex. Socialstyrelsen om fråga är om hälso- och sjukvård). Anmälan skall användas som ett yttersta påtryckningsmedel och bör ske först om huvudmannen, trots påpekande, inte åtgärdat bristerna.

6 §

Paragrafen motsvarar 12 § andra stycket i den gällande smittskyddslagen.

7 §

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 de föreslagna ändringarna i smittskyddslagen, miljöbalken med flera författningar ges en klarare ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna inom det objektinriktade smittskyddet. I *första stycket* åläggs smittskyddsläkaren att formellt underrätta en kommun – eller annan ansvarig myndighet – om att smittskyddsåtgärder erfordras. Bestämmelsen är kopplad till vissa föreslagna paragrafer i bl.a. miljöbalken och livsmedelslagen. Underrättelsen innebär dock inte att smittskyddsläkaren har någon direktiv rätt mot objektansvariga kommuner eller myndigheter.

I *andra stycket* slås fast att smittskyddsläkaren på begäran har rätt att få fortlöpande information om de beslut och de andra åtgärder av betydelse för smittskyddet för människor som vidtas eller planeras att vidtas med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen, lagen om provtagning på djur, m.m., epizootilagen och zoonoslagen.

Med hänsyn till vikten av samverkan mellan de myndigheter på vilka det ankommer att vidta åtgärder för att förhindra smittspridning föreskrivs i bestämmelsens *tredje stycke* om samråd. I den allmänna motiveringen, kap. 14.1 och 14.2, finns en närmare redogörelse för regeringens överväganden vid samordning av smittskyddsåtgärder riktade mot människor och objekt.

8 §

Paragrafen motsvarar 12 § tredje stycket i den gällande smittskyddslagen.

9 §

Bedömer smittskyddsläkaren i ett enskilt ärende att vidare smittskydds- eller smittspårningsåtgärder inte behövs eller inte är möjliga att vidta för att hindra smittspridning skall han eller hon 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.

Smittskyddsläkaren särskilda befogenheter

10 §

Paragrafen motsvaras närmast av 29 § i den gällande smittskyddslagen. Skyldigheten att lämna uppgifter gäller bara om det är fråga om allmänfarlig 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. Enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) får uppgifter lämnas till en annan myndighet trots sekretess om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I den gällande smittskyddslagen anses smittskyddsläkaren vara en myndighet. Förslaget innebär inte någon ändring i detta avseende. Bestämmelsen i paragrafen innebär en sådan uppgiftsskyldighet som avses i 14 kap. 1 § sekretesslagen. Att begärd uppgift omfattas av sekretess hindrar därför inte att den skall lämnas ut till smittskyddsläkaren. Enligt punkt 2 har personal inom den enskilda hälso- och sjukvården en skyldighet att lämna uppgifter till smittskyddsläkaren. Enligt 2 kap. 8 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) får inte den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården obehörigen röja vad han eller hon fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses dock inte att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Att begärd uppgift omfattas av tystnadsplikt hindrar därför inte att den skall lämnas ut till smittskyddsläkaren.

11 §

Bestämmelsen motsvarar 8 § i gällande smittskyddslag. Den är inte begränsad till allmänfarliga 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 eller hon 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. Smittskyddsläkarens rätt att få upplysningar eller att ta del av uppgifter i handlingar är begränsade till de fall då det behövs för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smitt-

skyddslagstiftningen. Beträffande sekretessfrågor hänvisas till kommentaren till 10 §.

12 §

Paragrafen motsvarar 30 § i den gällande smittskyddslagen. Den nuvarande bestämmelsen omfattar dock endast hivinfektion. Underrättelse får ske om det är nödvändigt för en utredning enligt 4 §, dvs. utredning efter anmälan om att den enskilde (vid allmänfarlig sjukdom) inte iakttar eller misstänks inte komma att iakttaga meddelade förhållningsregler för att skydda andra mot smitta, inte följer anvisad medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor eller när den enskilde är intagen på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en vårdinrättning och inte kan tas om hand på sådant sätt att smittspridning kan förhindras. 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. Beträffande sekretessfrågor hänvisas till kommentaren till 10 §.

13 §

Paragrafens *första stycke* motsvarar huvudsakligen 31 § i den gällande smittskyddslagen; 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 12 § mottagits. Har smittskyddsläkaren av någon anledning inom denna tid inte kunnat avsluta sin utredning, kan han eller hon, om det bedöms nödvändigt på nytt göra underrättelse enligt 12 §. En ny tvåmånadersfrist enligt denna paragraf *andra stycket* börjar då löpa. Beträffande sekretessfrågor hänvisas till kommentaren till 10 §.

7 kap. Ersättning

1 §

Paragrafen reglerar kostnadsfrihet beträffande vissa läkemedel. Bestämmelserna om rätt till ersättning vid vissa åtgärder har närmare behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 20.

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 de allmänfarliga sjukdomarna. 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 den enskilda hälso- och sjukvården. 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.

2 §

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 avsnitt 20 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 sjukdomar. 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. För undersökning, behandling och vård som ges av läkare som inte omfattas av lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning 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.

3 §

I paragrafen anges vem som har rätt till förmånerna enligt 1 § och 2 §. 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 ställningstagandet att rätten till kostnadsfria förmåner enligt förordningen (1968:235) med särskilda bestämmelser om gratis undersökning och behandling av sjömän vid vissa smittsamma sjukdomar bör regleras i lag (se kap. 20) och inte i förordning. I övrigt innebär bestämmelsen inte några förändringar mot vad som gäller enligt den gällande smittskyddslagen.

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.

4 §

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 gällande bestämmelser (jfr 64 § i den gällande smittskyddslagen) 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 högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. och rörande läkarvårdsersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

8 kap. Överklagande m.m.

Överklagande till domstol

1 §

Paragrafen reglerar vilka beslut av smittskyddsläkare och annan läkare som får överklagas. Den motsvarar 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 (prop. 1997/98:101) 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.

De beslut som fattas av smittskyddsläkaren och som får överklagas enligt paragrafen är beslut om förhållningsregler, tillfällig isolering, avslag på begäran om upphörande av 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 5 kap. 16 § om att förstöra eller försälja berusningsmedel m.m., samt beslut enligt 5 kap. 11 § om inskränkningar i rättigheterna för den enskilde som isolerats enligt 5 kap. 1 § vad gäller sysselsättning, utomhusvistelse, telefonsamtal, besök m.m.

2 §

Bestämmelsen motsvarar 53 a § i den gällande smittskyddslagen, dock med de tilläggen att det inte heller i mål om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § krävs prövningstillstånd i kammarrätt.

3 §

Paragrafen motsvarar 55 § i den gällande smittskyddslagen.

Handläggningen i domstol

4 §

Paragrafen motsvarar 54 § i den gällande smittskyddslagen.

5 §

Bestämmelsen motsvarar till del 56 § i den gällande smittskyddslagen.

I *första stycket* anges den tidsfrist, inom vilken länsrätten har att ta upp mål om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §, förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §, enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § och upphörande av isolering enligt 5 kap. 8 § 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 målets brådskade karaktär skall emellertid tiden förlängas endast 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 5 kap. 3 §. Dessa mål är av ytterst brådskande karaktär. I 5 kap. 3 § finns bestämmelser om att smittskyddsläkares beslut om tillfällig isolering måste underställas länsrätten inom fyra dagar, annars förfaller beslutet. Länsrätten skall i sin tur ta upp målet snarast och senast inom fyra dagar från det att underställningen skedde. I likhet med vad som gäller enligt den gällande smittskyddslagen skall länsrätten ha möjlighet att avvakta den slutliga handläggningen om inte beslutet om tillfällig isolering har verkställts när det underställs länsrätten. I dessa fall skall målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet om tillfällig isolering verkställdes. 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 gällande 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 enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § eller om fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §.

6 §

Bestämmelsen, som bl.a. reglerar domstolarnas skyldighet att hålla muntlig förhandling i mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § och upphörande av isolering enligt 5 kap. 8 § motsvarar i stort 57 § i den gällande smittskyddslagen.

Regler om när muntlig förhandling skall hållas i övriga mål enligt smittskyddslagen återfinns i 9 § förvaltningsprocesslagen (1971:291).

I paragrafen föreskrivs också att den isolerades stödperson har rätt att närvara vid förhandlingen och stödpersonen om möjligt skall underrättas om förhandlingen. Föreskrifter om när stödperson skall förordnas finns i 5 kap. 19 §.

7 §

Paragrafen innehåller föreskrifter om hörande av sakkunnig vid muntlig förhandling inför länsrätten i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § och i mål om fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §. Det behov som finns av att tillföra rätten sakkunskap om smittrisk och andra frågor får tillgodoses främst

genom särskilt förordnade sakkunniga. Om lämplig sakkunnig hörs vid muntlig förhandling bör länsrätten få uppkommande medicinska eller andra frågeställningar tillräckligt belysta. Detta leder i sin tur till att länsrättens möjligheter att göra en obunden bedömning inte kan sättas i fråga. För att underlaget för länsrättens bedömning av argumenteringen i t.ex. medicinska frågor skall bli så gott som möjligt har den sakkunnige rätt att ställa frågor till smittskyddsläkaren och den enskilde i sådana hänseenden som är av betydelse för sakkunniguppgiftens fullgörande. Utfrågningen skall naturligtvis ske under domstolens processledning. Ibland kan det vara lämpligt att den sakkunnige hörs per telefon.

8 §

Paragrafen ersätter 58 § i den gällande smittskyddslagen. 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) med särskilda 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 författningskommentaren till förslaget om lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.

9 §

Bestämmelsen ersätter 59 § i den gällande smittskyddslagen.

10 §

Bestämmelsen motsvarar i princip 60 § i den gällande smittskyddslagen. Så kallad surrogatdelgivning och kungörelsedelgivning får inte användas vid delgivning med enskild i mål och enligt smittskyddslagen.

11 §

Bestämmelsen motsvarar 61 § i den gällande smittskyddslagen. 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 tvångsundersökning.

12 §

I paragrafen regleras när biträde av polismyndighet kan lämnas för att säkerställa vissa enligt lagen beslutade åtgärder. Paragrafen motsvarar till del 62 § i den gällande smittskyddslagen.

Hjälp av polismyndighet kan begäras för att genomföra av länsrätten beslutad läkarundersökning, för att genomföra isolering eller tillfällig isolering samt för att återföra en person som isolerats med stöd av lagen till vårdinrättning. En dylik 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 åtgärden avser, vilken typ av sjukdom den enskilde kan befaras vara eller är smittad av och vart han skall föras.

Vid biträde vid beslut om tvångsundersökning 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 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 9 kap. 1 § ovan).

9 kap. Övriga bestämmelser

Straffbestämmelse

1 §

Paragrafen innehåller en ny straffbestämmelse. Bestämmelsen tar sikte på gärningar genom vilka mycket farliga smittsamma sjukdomar kan överföras från en person till en annan. 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 befogat att ha en särskild straffrättslig bestämmelse; beträffande andra smittsamma sjukdomar skall enbart de redan 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 eller hon smittades var särskilt svag och mottaglig omfattas däremot inte. Vilka konkreta sjukdomar som täcks av definitionen kan komma att variera över tiden, och domstolarna får avgöra om en sjukdom faller in under lagtextens kriterier eller ej. Nya allvarliga sjukdomar kan dyka upp och sjukdomar som i dag omfattas av bestämmelsen kan efter ytterligare medicinsk forskning bedömas som icke livshotande. För närvarande omfattas t.ex. hivinfektion, multiresistent tuberkulos och difteri av den föreslagna definitionen.

Eftersom avsikten är en specialinriktad bestämmelse med sammanhållen straffskala omfattar denna både *uppsåt* och *oaktsamhet*. Straffskalan bör därför vara tämligen vid. 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 gärningsmannen haft uppsåt till att fara för smittoöverföring förelegat, dvs. att han eller hon insett att handlandet inneburit en fara för att smitta skulle kunna komma att överföras. Bestämmelsen kan härigenom fånga upp många av de fall där man i dag har problem vid bedömningen av det s.k. eventuella uppsåtet

(se vidare härom i den allmänna motiveringen). Vad som skall anses vara uppsåtligt respektive oaktsamt handlande får bedömas i varje enskilt fall. Hänsyn får bl.a. tas till gärningsmannens kunskaper om sjukdomen och de förhållningsregler och övriga råd och upplysningar han eller hon fått av sin läkare. Ett exempel på uppsåt i den föreslagna bestämmelsens mening kan vara om en person som är bärare av en av bestämmelsen omfattad sexuellt överförbar sjukdom underlåter att se till att kondom kommer till användning vid samlag trots meddelade förhållningsregler vilka innebär att den smittade har en skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning. Har alla erforderliga försiktighetsåtgärder vidtagits men smitta ändå överförs kan beteendet varken anses uppsåtligt eller oaktsamt (och är därmed inte straffbart). 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 i dag. 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 överförs eller riskerat att överföras. Det räcker med att han på goda grunder verkligen har haft anledning att misstänka att han är smittad. Grund för misstanke kan t.ex. finnas om allmänt kända och tydliga symtom på sjukdomen uppträtt eller om personen vet att han varit i en sådan situation där en konkret fara för smittoöverföring föreläggat. 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.

För att en gärning skall vara straffbar krävs vidare att det funnits en konkret fara för att smitta skulle ha kunnat överföras. Om sådan fara verkligen funnits får prövas i varje enskilt fall. En handling som abstrakt sett innebär en smittorisk kan inte bestraffas om det i det enskilda fallet föreläggat sådana omständigheter att fara för smittoöverföring varit utesluten (exempelvis p.g.a. att målsäganden redan var 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.

Såsom den föreslagna brottsbeskrivningen är avfattad är det möjligt att gärningar, som inneburit överförande eller risk för överförande av livshotande sjukdom, kan komma att rubriceras både som *orsakande av smittfara* och brott enligt 3 kap. eller 13 kap. brottsbalken (BrB). Så kallad brottskonkurrens föreligger således. I den föreslagna lagtexten har dock uttryckligen angivits att bestämmelsen inte är tillämplig om gärningen är belagd med strängare straff i brottsbalken. I de fall det har skett en smittoöverföring och uppsåt har kunnat konstateras har således bestämmelserna om *mord* (3 kap. 1 §), *dråp* (3 kap. 2 §) och *grov misshandel* (3 kap. 6 §) i BrB företräde framför den föreslagna straffbestämmelsen. När det gäller brottet *misshandel* enligt 3 kap. 5 § BrB torde det endast i undantagsfall vara tillämpligt i den beskrivna situationen. Har smitta överförts och detta skett uppsåtligt bör det, med hänsyn till att det är fråga om en livshotande sjukdom (jfr. rekvisiten i 3 kap. 6 § andra stycket BrB), normalt dömas för *grov misshandel*. Om

smittoöverföring inte har skett men ett uppsåt till smittoöverföring kan konstateras bör normalt dömas för *försök till grov misshandel*. När smittoöverföring inte har skett men endast uppsåt till smittfara kan konstateras bör dömas för *orsakande av smittfara*.

Om smittoöverföring har skett men gärningen inte bedöms vara uppsåtlig kommer brotten vållande till annans död (3 kap. 7 §) eller vållande till kroppsskada eller sjukdom (3 kap. 8 §) i BrB, liksom den föreslagna straffbestämmelsen att tillämpas i konkurrens. Vid grovt brott kommer de angivna bestämmelserna i BrB att ha företräde med hänsyn till straffskalornas utformning.

Den som av oaktsamhet utsatt annan för fara för att smittas av livshotande sjukdom bör dömas enligt den föreslagna bestämmelsen. I fall av grov oaktsamhet kommer den föreslagna bestämmelsen att tillämpas i konkurrens med brottet framkallande av fara för annan i 3 kap. 9 § BrB. Även i detta fall bör orsakande av smittfara vinna företräde. Även om det ovan anförda ger viss vägledning vid rubriceringen av viss gärning måste dock framhållas att det ändå är upp till domstolarna att i det enskilda fallet avgöra huruvida viss gärning skall bedömas som brott enligt nu föreslagna bestämmelse eller som brott enligt BrB. Slutligen bör något sägas om straffskalans utformning. I fall där endast fara för smittoöverföring förelegat och det skett av oaktsamhet bör inte fängelse kunna komma ifråga.

Tillsyn

2 §

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 den gällande smittskyddslagen), vilket naturligtvis även omfattar smittskyddsläkarnas verksamhet. Genom bestämmelsen ges Socialstyrelsen alla de befogenheter, inklusive möjligheten att förbjuda viss verksamhet, som föreligger vid styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens uppdrag att följa och vidareutveckla smittskyddet hänför sig till den speciella dynamik som präglar detta område. Infektionspanoramats har förändrats påtagligt de senaste decennierna; en rad ”nya” eller åtminstone hittills okända smittämnen har identifierats, andra smittämnen har funnit nya vägar och därigenom fått en större spridning, och ytterligare ett antal sjukdomar som tidigare ansågs vara på tillbakagång har återkommit med full kraft. Detta ställer särskilda krav på såväl lagstiftning och organisation som beredskap. Det är angeläget att Socialstyrelsen, med stöd av andra myndigheter inom området, följer det epidemiologiska läget och den medicinska utvecklingen vad avser spridning och kontroll av smittsamma sjukdomar och tar initiativ till de förändringar som kan behövas bland annat i lag och annan författning, i tillämpning och i organisation.

3 §

Paragrafen motsvarar 4 § gällande smittskyddslagen med vissa redaktionella ändringar. Vid behandlingen av förslaget till bestämmelse i den gällande smittskyddslagen anförde Lagrådet bl.a. följande:

”Bakgrunden till bestämmelsen är att det har bedömts nödvändigt att kunna snabbt ingripa med långtgående åtgärder, om en verkligt allvarlig sjukdom oväntat och plötsligt uppträder i landet och riksdagens beslut inte kan avvaktas. Lagrådet ifrågasätter på intet sätt det sakligt befogade i den gjorda bedömningen. Den valda lagstiftningstekniken kan emellertid uppfattas så att tvångsåtgärder av långtgående slag kan utlösas på grund av ett beslut av regeringen som fattats med stöd av en i lag given delegation från riksdagen. Fråga uppkommer därmed om en sådan ordning är förenlig med bestämmelserna i regeringsformen om riksdagens och regeringens normgivningsmakt. Det remitterade lagförslaget innehåller regler om tvångsåtgärder, som innebär att ingrepp kan komma att göras i enskildas personliga och ekonomiska förhållanden. Lagförslaget innebär också att privat verksamma läkare åläggs att vidta vissa åtgärder. Det är alltså fråga om sådana föreskrifter som enligt 8 kap. 3 § regeringsformen skall meddelas genom lag. I förslaget finns vidare bestämmelser om åligganden för landstingskommuner och kommuner. Av 8 kap. 5 § regeringsformen följer att sådana bestämmelser skall meddelas genom lag. Enligt 8 kap. 7 § första stycket regeringsformen kan regeringen efter bemyndigande i lag genom förordning meddela föreskrifter om bl.a. skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Den möjlighet till delegation av normgivningskompetensen från riksdagen till regeringen som lagrummet ger får emellertid princip inte utnyttjas, om det rör sig om en föreskrift som enligt 2 kap. regeringsformen endast får meddelas genom lag (8 kap. 1 §). Eftersom det remitterade lagförslaget innehåller bestämmelser om tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering blir det i detta sammanhang aktuellt att uppmärksamma bestämmelserna i 2 kap. 6 § regeringsformen om skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp och i 2 kap. 8 § om skydd mot frihetsberövande och skydd för friheten att förflytta sig. De nyss angivna fri- och rättigheterna får enligt 2 kap. 12 § första stycket regeringsformen begränsas genom lag. Efter delegation från riksdagen enligt 8 kap. 10 § regeringsformen får emellertid begränsning av grundlagsskyddade fri- och rättigheter göras även genom annan författning än lag. Fråga uppkommer därmed om denna särskilda delegationsbestämmelse kan tillämpas i detta fall. 8 kap. 10 § innebär bl.a. att regeringen, efter bemyndigande i lag, i ämne som avses i 8 kap. 7 § första stycket kan genom förordning bestämma, att föreskrift i lagen skall börja att tillämpas. 8 kap. 7 § första stycket punkten 1 handlar om skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. I förarbetena till den punkten nämns som exempel på föreskrifter, som avses i punkten, hälsovårdsstadgan (SOU 1972:15 s. 161, prop. 1973:90 s. 311 jfr prop. 1975/76:209 s. 161–162). I doktrinen har påpekats att beskrivningen i punkten har ganska stor räckvidd (Strömberg, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform s. 86). I det remitterade lagförslagets 4 § har utförligt angetts under vilka förutsättningar regeringen skall kunna föreskriva, att reglerna om samhällsfarliga sjukdomar skall kunna tillämpas på en sjukdom som inte upptagits som en samhällsfarlig sjukdom i bilagan till lagen. Det skall enligt motiven vara fråga om en ”ny” sjukdom. Detta kan uppfattas så att regeringen med stöd av ett i lag givet bemyndigande förordnar, att de rättighetsbegränsande lagreglerna om samhällsfarliga sjukdomar skall börja att tillämpas i fråga om den ”nya” sjukdomen i den mening som avses i 8 kap. 10 § regeringsformen. Det kan inskjutas att om det från grundlagssynpunkt är möjligt att utforma en lagstiftning som en beredskapslagstiftning, vars tillämpning fordrar beslut av regeringen, det även bör finnas möjlighet att utforma en lag i viss del som en beredskapslagstiftning (jfr Petrell-Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 190 samt Strömberg, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform s. 94). De omständigheter som 4 § första stycket avser att täcka får anses vara så speciella att det är fullt försvarbart att uppfatta bestämmelsen som ett slags beredskapslagstiftning. För att bestämmelsens särskilda karaktär skall framgå tydligt och för att få en bättre anknytning till ordalagen i 8 kap. 10 § regeringsformen bör sär-

skilt föreskrivas att bestämmelsen tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer. Lagrådet föreslår vidare att det i lagtexten särskilt markeras att 4 § skall tillämpas bara i brådskande situationer när riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas och det är fråga om en sjukdom som inte var känd såsom samhällsfarlig när förteckningen i bilagan över samhällsfarliga sjukdomar kom till. Lagrådet föreslår att 4 § första stycket ges följande lydelse: "Om riksdagens beslut om ändring av bilagan inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet, om sjukdomen bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade. Sådan föreskrift får meddelas endast om nämnda verkningar av sjukdomen inte var kända vid tillkomsten av bilagan." Om regeringen har meddelat en föreskrift av det angivna slaget, bör bilagan i lagen snarast kompletteras med uppgift om den "nya" sjukdomen. Eftersom detta fordrar beslut av riksdagen, synes det böra övervägas om föreskrifter som regeringen meddelat enligt 4 § första stycket lagförslaget skall underställas riksdagen för prövning, se 8 kap. 12 § regeringsformen."

Det saknas skäl att frånga den bedömning som Lagrådet gjorde vid behandlingen av förslaget till bestämmelse i den gällande smittskyddslagen.

En nyhet i förhållande till bestämmelsen i den gällande smittskyddslagen är att även om det vid tillkomsten av bilagan var känt att viss sjukdom uppfyllde kriterierna enligt 3 § andra stycket får regeringen meddela föreskrifter om att en sådan sjukdom skall omfattas av bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar under förutsättning att det inte, vid lagens ikraftträdande, var känt att smittspridning av sjukdomen skulle förekomma i landet.

Det som åsyftas är för det första sådana sjukdomar som, såvitt är känt, har utrotats men som om de skulle återuppträda, skulle omfattas av de uppställda kriterierna i 3 §. Ett exempel är smittkoppsvirus som är utrotat sedan ett par decennier tillbaka. Det är dock känt att ett antal stater fortfarande förfogar över smittkoppsvirus. Det kan inte uteslutas att andra stater, organisationer, grupper eller enskilda kan komma över delar av dessa smittkoppslager med avsikten att sprida smittkoppsvirus i terror-syfte.

Det är därför mycket angeläget att regeringen ges möjlighet att snabbt agera om riksdagens beslut om ändring av bilagan inte kan avvaktas.

För det andra åsyftas sjukdomar, som även om det är känt att de uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 §, är endemiska eller har ett så begränsat utbredningsområde att det inte är sannolikt att smittspridning skulle kunna förekomma i landet.

4 §

Av paragrafen framgår att regeringen får föreskriva vilka smittsamma sjukdomar utöver de allmänfarliga som är anmälningspliktiga. Likaså får regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen, föreskriva om vilka smittsamma sjukdomar utöver de allmänfarliga som är smittspårningspliktiga.

5 §, 6 §, 7 §

Paragraferna 5 och 6 motsvarar i princip 69 § och 70 § i den gällande smittskyddslagen.

I likhet med vad som sker i dag, och bl.a. för att säkerställa en likformig tillämpning av lagen, får enligt 4 § första stycket regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen, meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskild. Föreskrifterna kan gälla inom skilda områden såsom anmälningsförfarandet, journalföring, den enskilde läkarens skyldigheter gentemot sin patient, smittskyddsläkarens myndighetsutövning etc. Föreskrifterna kan också avse de specifika smittskyddsåtgärder som kan komma att behöva vidtagas för att förhindra smittspridning av sjukdomar som omfattas av lagen. Dessa kan vara av mer generell karaktär och röra sig om t.ex. rekommendationer om hälsoundersökning av grupper som utsatts för hög smittrisk, skyddsåtgärder mot smitta genom blodtransfusion eller föreskrifter om vaccinationer som skall erbjudas befolkningen eller vissa riskgrupper i befolkningen. Föreskrifter kan också röra speciella situationer där man erfarenhetsmässigt vet att risk för smittoöverföring förekommer, t.ex. screening av gravida kvinnor för enskilda sjukdomar i syfte att förhindra överföring till fostret. Föreskrifter och allmänna råd kan också beröra de åtgärder som bör vidtagas kring ett eller flera inträffade fall av smittsam sjukdom och därvid behandla skilda frågor, såsom t.ex. riktlinjer för smittspårningsarbete, medicinska förebyggande åtgärder som bör vidtagas samt förhållningsregler som kan komma i fråga. Vidare kan vägledning ges om vilka praktiska och medicinska råd som kan vara befogade vid de olika sjukdomarna. Föreskrifterna skall alltid anpassas till aktuell kunskap om de enskilda sjukdomarnas spridningssätt till och mellan människor och de kan därför behöva omprövas och förnyas relativt ofta.

Den föreslagna 7 § innebär en utvidgning av regeringens befogenheter jämfört med vad som tidigare har gällt. I 7 § bemyndigas regeringen att utfärda särskilda föreskrifter om smittskyddet också i fredstid, om det vid en fredstida kris finns behov av samordnade nationella åtgärder eller andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Meningen är att regeringen vid svåra påfrestningar i fredstid vid vilka akuta smittskyddsåtgärder är nödvändiga skall kunna besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet. Regeringen kan därvid besluta om sjukvårdshuvudmännens, inklusive smittskyddsläkarnas, deltagande i samordnade nationella åtgärder till skydd för befolkningen varvid sjukvårdshuvudmännen kan åläggas att ställa personella resurser, utrustning och läkemedel till förfogande för epidemibekämpning även utanför det egna landstingsområdet. Regeringen kan också föreskriva att sjukvårdshuvudmännen skall erbjuda kostnadsfri vaccination eller annan tillgänglig profylax till befolkningen t.ex. i händelse av influensapandemi (global epidemi) eller utbrott av annan smittsam sjukdom där sådan profylax är medicinskt motiverad. I den allmänna motiveringen, kap. 16.2, finns en redogörelse för regeringens 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 5–7 §§ inte får avse begränsningar i medborgarnas grundlagsfästa skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp eller frihetsberövande.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Punkt 1

I denna anges att lagen träder i kraft den 1 juli 2004 då den gamla lagen skall upphöra att gälla.

Punkt 2

Övergångsbestämmelsen i denna punkt innebär att förhållningsregler som meddelats enligt den gamla lagen upphör att gälla senast den 31 december 2004. Behandlande läkare har således en skyldighet att dessförinnan på nytt meddela förhållningsregler till dem som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom enligt 4 kap. 2 § i nya lagen

Punkt 3

Denna övergångsbestämmelse innebär att smittskyddsläkaren senast den 4 juli 2004 måste ansöka om isolering hos länsrätten enligt den nya lagen för de som är tvångsisolerade vid ikraftträdandet. I annat fall upphör isoleringen och den isolerade får inte längre hållas kvar på vårdinrättningen mot sin vilja.

Punkt 4

Övergångsbestämmelsen innebär att beslut om tillfällig isolering som fattats med stöd av den gamla lagen skall anses som fattade enligt den nya lagen. Beslutet skall anses vara fattat vid tidpunkten för den nya lagens ikraftträdande, dvs. den 1 juli 2004.

Punkt 5

Bestämmelsen innebär att om ett mål om tvångsisolering enligt den gamla lagen inte slutligt har avgjorts av domstolen vid ikraftträdandet av den nya lagen skall den nya lagens bestämmelser om förutsättningarna för isolering och tillfällig isolering tillämpas.

Punkt 6

I denna bestämmelse anges att bestämmelserna i den gamla lagen fortfarande gäller i fråga om kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

23.2 Förslaget till lag om ändring i miljöbalken

9 kap.

14 §

Paragrafen är ny men motsvarar till viss del 12 § första stycket andra meningen i gällande smittskyddslag.

15 §

Paragrafen är ny. Den klarlägger för kommunen när ett ansvar för smittskyddsåtgärder senast inträder.

När kommunen får uppgifter som tyder på att en smittkälla i miljön, mot vilken det åligger myndigheten att ingripa, sprider eller misstänks sprida en allvarlig smittsam sjukdom har kommunen enligt *första stycket*

ett ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas. Som exempel på sådan allvarlig smittsam sjukdom kan vissa av de smittsamma sjukdomar som i smittskyddslagen betecknas som allmänfarliga sjukdomar nämnas, däribland salmonellainfektion, kolera, infektion med enterohemorragisk E.coli och mjältbrand. Därutöver bör vissa andra smittsamma sjukdomar kunna betecknas som allvarliga i miljöbalkens mening, t.ex. legionella och papegojsjuka. De åtgärder som avses är såväl utrednings- som bekämpningsåtgärder. I de flesta fall är det smittskyddsläkaren som underrättar kommunen om förhållanden som han bedömer påkallar åtgärder från deras sida. 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. Kommunens ansvar för att vidta åtgärder inträder senast när den fått kännedom om förhållanden som den bedömer påkallar ett ingripande.

Kommunernas ingripanden för att lokalisera smittkälla hos djur och förhindra att smitta sprids från dessa med stöd av bestämmelserna i miljöbalken aktualiseras framför allt såvitt gäller sällskapsdjur som innehas av privatpersoner. Med sällskapsdjur avses i första hand djur som hålls i människans bostad. En strikt begränsning till dessa har dock inte ansetts lämplig. Exempelvis bör även 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 zooutiker – till skillnad från vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag och enligt praxis – i fortsättningen inte att ingå i det kommunala ansvarsområdet. När det gäller andra djur än sådana sällskapsdjur som innehas av privatpersoner är Jordbruksverket normalt ansvarig myndighet.

Andra meningen i första stycket motsvarar till stor del 34 § i gällande smittskyddslag. Det torde under senare tid knappast ha förekommit att personliga föremål förstörts för att förhindra smittspridning. 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 aktuella bestämmelsen ges kommunen en befogenhet att förstöra vissa föremål. Liksom i motsvarande stadgande 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.

Kommunen 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. Ett samråd med smittskyddsläkaren bör alltid föregå en sådan åtgärd. Beslut om förstöring och beslut om avlivning begränsas till att omfatta endast allvarliga smittsamma sjukdomar. Ersättning skall betalas med skäligt belopp enligt 31 kap. 11 a §.

Myndigheter som har ett ansvar att vidta åtgärder i fall då sällskapsdjur är eller misstänks vara smittade av sjukdom pekas ut, förutom i miljöbalken, i livsmedelslagen, lagen om provtagning på djur, m.m., epizootilagen och zoonoslagen. Ansvaret enligt miljöbalken åvilar kommunerna, medan ansvaret enligt de andra lagarna åvilar Jordbruksverket, Livsmedelsverket och, i viss mån, länsstyrelserna. *Andra stycket* införs för att tydliggöra att kommunernas ansvar enligt miljöbalken för utredning och bekämpande av smitta eller sjukdom hos sällskapsdjur, som kan medföra olägenhet för människors hälsa, föreligger då bestämmelser härom saknas i speciallagstiftning.

31 kap.

11 a §

Paragrafen är ny. Den motsvarar sista meningen i 34 § i gällande smittskyddslag.

Kommunen skall ersätta den som drabbats av ett beslut om att avliva ett sällskapsdjur eller ett beslut om förstöring. Ersättning skall betalas med skäligt belopp. Som en konsekvens av att bestämmelsen införs i 31 kap. sätts en underrubrik närmast före bestämmelsen.

12 §

I paragrafen införs en hänvisning till 31 kap. 11 a § miljöbalken med anledning av den nya möjligheten i denna bestämmelse till ersättning vid vissa smittskyddsåtgärder.

23.3 Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (1971:511)

27 a §

Paragrafen är ny. Bestämmelsen 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.

23.4 Förslaget till lag om ändring i sjömanslagen (1973:282)

9§

I paragrafens *första stycke andra punkten* görs en följdändring med anledning av den ändrade sjukdomsindelningen i smittskyddslagen.

I bestämmelsen finns en hänvisning till 1.1 och 1.2 bilagan till gällande smittskyddslag. I bilagan finns en uppräknning av smittsamma sjukdomar som kan spridas i Sverige, men även flera smittsamma sjukdomar

som normalt sett endast sprids utomlands, t.ex. fläckfeber och återfallsfeber.

I den nya smittskyddslagen har man däremot vid bedömningen av om en sjukdom skall finnas med bland uppräknigen av allmänfarliga sjukdomar utgått från att de upptagna sjukdomarna skall kunna spridas i Sverige. Det innebär att sjukdomar som endast sprids utomlands inte längre finns med i uppräknigen av allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen.

Någon materiell ändring av innehållet i den aktuella paragrafen i sjömanslagen är inte avsedd. Eftersom uppräknigen av smittsamma sjukdomar i den nya smittskyddslagen inskränks, så som angetts ovan, och indelningen ändras måste det emellertid i sjömanslagen nu särskilt anges vilka smittsamma sjukdomar som avses där.

23.5 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

7 kap.

1 §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av den nya smittskyddslagen och ändringen av rubriken för lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.

2 §

Bestämmelsen om undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen i paragrafens första stycke 2 omfattar beslut om frihetsberövande åtgärd vid de sjukdomar som räknas upp i bilagan till smittskyddslagen. Det innebär att bl.a. beslut som avser frihetsberövande åtgärd vid hivinfektion omfattas av bestämmelsen.

Beslut som berörs av bestämmelsen är isolering och tillfällig isolering. Utöver beslut om att någon skall isoleras omfattar bestämmelsen 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 finns misstanke om att en person utsatts för brottet orsakande av smittfara enligt 9 kap. 1 § smittskyddslagen, eller annat brott rörande överföring eller försök till överföring av sådan sjukdom som avses i nämnda lagrum. De brott som i praktiken kan bli aktuella är, på grund av den föreslagna konkurrensbestämmelsen i 9 kap. 1 § smittskyddslagen, försök till mord eller dråp, grov misshandel och försök till grov misshandel. Regeringens över-

väganden beträffande sekretess vid brottsutredning redovisas utförligt i den allmänna motiveringen.

23.6 Förslaget till lag om upphävande av lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter

Förslaget innebär att lagen upphör att gälla vid utgången av juni månad år 2004.

23.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

1 §

Möjligheten till provtagning utvidgas till att omfatta något fler sjukdomar än hivinfektion. De sjukdomar som 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 är inte avsedd. Den aktuella lydelsen innebär framförallt att skyddet för dem som i sitt arbete kan utsättas för särskild risk att smittas av allvarliga sjukdomar stärks.

Paragrafen har justerats språkligt genom att ”infektion av HIV (humant immunbristvirus)” bytts ut mot ”hivinfektion”.

Lagen skall som en konsekvens av det utvidgade området för provtagning rubriceras på så sätt att det av rubriken framgår att lagen omfattar fler smittsamma sjukdomar än hivinfektion. ”HIV-smitta” ersätts således med ”vissa smittsamma sjukdomar”.