Socialutskottets betänkande

1980/81: 10

om åtgärder för att förebygga vissa sjukdomar och ohälsa m. m.

Motionsyrkanden

I motion 1979/80: 250 av Nils Hjorth (s) och Margit Sandéhn (s) hemställs

1. att riksdagen hos regeringen hemställer om förslag till åtgärder i enlighet med vad som anförts i motionen mot spridning av infektioner vid utlandsresor,

2. att riksdagen hos regeringen hemställer om en översyn av bokningsbestämmelserna och rutinerna vid flygresor i syfte att vid infektions- och epidemirisk snabbt kunna lokalisera riskpersoner.

I motion 1979/80: 634 av Maja Ohlin m. fl. (s) hemställs att riksdagen beslutar att anhålla att regeringen låter utreda om synundersökningarna vid 4-årskontrollen och i grundskolan kan utökas till att gälla även samsynsproblem samt framlägga förslag till åtgärd som en sådan utredning kan ge anledning till.

I motion 1979/80: 1222 av Knut Wachtmeister (m) hemställs att riksdagen hos regeringen begär att formerna för arbetet vid regionala onkologiska centra skyndsamt ses över i vad gäller handhavandet av cytostatika.

I motion 1979/80: 1665 av Gabriel Romanus (fp) och Margareta Andrén (fp) hemställs att riksdagen antar ett vid motionen fogat förslag till lag om rökfria miljöer.

Lagförslaget fogas vid betänkandet som bilaga 1.

Ansvaret för hälsovård och hälsoskydd

Hälsovård

Genom sjukvårdslagen (1962: 242) har det ålagts landstingskommunerna och kommunerna som inte tillhör landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) att ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd. Sjukvårdslagen anger emellertid inte någon skyldighet för sjukvårdshuvudmännen – eller annan – att bedriva individinriktad förebyggande verksamhet (hälsovård). I avsaknad av lagstiftning härom har dock individinriktad förebyggande verksamhet – till viss del med stöd av statsbidragsbestämmelser – växt fram hos sjukvårdshuvudmännen och förekommer numera i större eller mindre omfattning hos alla. Som

exempel härpå kan nämnas mödrahälsovård, barnhälsovård, hälsoundersökningar och hälsoupplysning.

Den alltmer ökade insikten om de förebyggande åtgärdernas betydelse och utvecklingen av olika former av hälsovård har föranlett krav på att lagstiftningen om hälso- och sjukvård mer uppmärksammar även förebyggande verksamhet.

Den år 1975 tillkallade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) – vilken haft i uppdrag att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården – har också i sitt år 1979 avlämnade betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården framlagt ett förslag till en hälso- och sjukvårdslag som bl. a. innebär att sjukvårdshuvudmännen skall få ett lagfäst ansvar även för hälsovård. Enligt 3 § första stycket i lagförslaget skall sålunda varje landstingskommun bära ett samlat ansvar för att främja hälsan för dem som är bosatta inom landstingskommunen och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem. Med hälso- och sjukvård skall enligt lagförslaget förstås verksamhet för att förebygga, uppspåra, utreda och behandla sjukdomar och skador.

HSU påpekar emellertid bl. a. att möjligheterna att påverka den enskildes situation i stor utsträckning ligger utanför själva hälso- och sjukvårdssystemet och att åtgärder utanför hälso- och sjukvårdssektorn är nödvändiga för att komma till rätta med hälsoproblem inom t. ex. arbetslivet, boendemiljön och skolan. HSU framhåller i detta sammanhang hälso- och sjukvårdens uppgift att ta till vara, sammanställa och bearbeta den information om miljörisker som upptäcks i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet samt att utifrån denna informera och samverka med olika samhällsorgan m. fl. och därigenom medverka till samhällsförändringar av betydelse för befolkningens hälsa.

HSU:s betänkande har remissbehandlats och är f. n. föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet.

Hälsoskydd

I lagstiftningen har termen allmän hälsovård använts för den verksamhet av omgivningshygienisk natur som kommunerna enligt hälsovårdsstadgan (1958:663) har att bedriva genom sina hälsovårdsnämnder. Enligt 1 § i hälsovårdsstadgan ankommer det sålunda på kommunerna att ta hand om den allmänna hälsovården. Av förarbetena till hälsovårdsstadgan framgår att med allmän hälsovård avses förebyggande och undanröjande av sanitär olägenhet för människor och en fortlöpande höjning av den allmänna hygieniska standarden. Sanitär olägenhet innefattar enligt förarbetena alla yttre faktorer som inte är av tillfällig natur och som kan inverka menligt i fysiskt eller psykiskt hänseende på en normal människas hälsotillstånd.

Genom lagstiftning vid sidan av hälsovårdsstadgan har hälsovårdsnämnderna ålagts uppgifter beträffande smittskydd, livsmedel och miljövård m. m.

Den år 1974 tillkallade hälsovårdsstadgeutredningen (S 1974:08) – vilken haft till uppgift att göra en översyn av hälsovårdsstadgan – har i sitt år 1978 avgivna betänkande (SOU 1978:44) Kommunalt hälsoskydd bl. a. föreslagit att begreppet allmän hälsovård skall ersättas av begreppet hälsoskydd samt framlagt ett förslag till en hälsoskyddslag som skall ersätta hälsovårdsstadgan. Utredningen har för att betona miljöfrågornas ökade betydelse i hälsovårdsnämndens arbete föreslagit miljö- och hälsoskyddsnämnd som ny benämning för hälsovårdsnämnden.

Betänkandet har remissbehandlats. En proposition på grundval av betänkandet har aviserats.

Bestämmelser av hälsoskyddskaraktär finns även i lagstiftning som inte berör hälsovårdsnämndernas arbete, t. ex. i arbetsmiljölagstiftningen.

Begränsning av tobaksrökning i offentliga lokaler och färdmedel

Bakgrund

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen tillkallades år 1977 tobakskommittén (S 1977:03) för att utarbeta ett program för arbetet med att nedbringa tobakskonsumtionen och motverka dess skadeverkningar. Enligt direktiven för tobakskommitténs arbete skulle tobakskommittén lägga fram förslag dels om åtgärder som omedelbart borde vidtas för att minska tobakskonsumtionen och förebygga tobakens skadeverkningar, dels om åtgärder på längre sikt.

Tobakskommittén avgav år 1978 till dåvarande statsrådet Troedsson delbetänkandet (Ds S 1978:7) Rökfria miljöer med förslag till en lag om begränsning av tobaksrökningen i offentliga lokaler. Med offentlig lokal förstås i lagförslaget lokal i statlig, kommunal och landstingskommunal inrättning, lokal för hälso- och sjukvård och tandvård, lokal i vilken anordnas offentlig tillställning eller allmän sammankomst samt rum, i vilket tillfällig bostad yrkesmässigt upplåtes. Med offentlig lokal jämställs allmänt kommunikationsmedel och inrättning, som står till förfogande för resande med allmänt kommunikationsmedel.

Det skall enligt lagförslaget åligga hälsovårdsnämnden att övervaka efterlevnaden av bestämmelserna i den föreslagna lagen och socialstyrelsen att utöva den centrala tillsynen över efterlevnaden. Av olika skäl föreslås inte straffpåföljd för den som bröt mot ett rökförbud.

Efter remissbehandling har betänkandet varit föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet.

Motionen

I motion 1979/80: 1665 (fp) anförs bl. a. att det nu är hög tid att riksdagen får behandla en lagstiftning som avser att garantera den, som inte vill utsättas för tobaksrök, skydd mot detta i sådana offentliga miljöer och färdmedel som var och en kan ha anledning att vistas i. Motionärerna

påpekar att bland remissinstanserna för tobakskommitténs delbetänkande fanns olika meningar om behovet av en lagstiftning men att de flesta remissinstanserna dock tillstyrkte tobakskommitténs förslag.

Motionärerna framhåller att deras lagförslag bygger på tobakskommitténs förslag samt anför följande.

I debatten har ifrågasatts om det är riktigt att införa en lagstiftning, där den som bryter mot lagen, genom att inte respektera rökförbudet, inte blir föremål för något straff. Om det anses lämpligt, finns möjlighet att införa bötesstraff; man kan då i motiveringen klargöra att det skall användas sparsamt. Det kan nämnas att för bl.a. lokaltrafiken i Stockholms län redan finns ett förbud mot tobaksrökning. Den som bryter mot förbudet kan dömas till böter enligt allmänna ordningsstadgan. Såvitt det är känt har denna sanktion ännu inte behövt tillämpas.

Det kan också övervägas att införa en bestämmelse som innebär att den som röker där detta inte är tillåtet och som fortsätter att röka trots att han blir tillsagd kan avvisas från lokalen av lokalinnehavaren eller en representant för denne. Det har också hävdats att det skulle finnas behov av en möjlighet till dispens från lagstiftningens regler för vissa lokaler eller utrymmen, t.ex. internationella storflygplatser eller större järnvägsstationer. Utskottet bör överväga dessa frågor och om så anses erforderligt komplettera lagförslaget med sådana regler.

Tidigare riksdagsbehandling m.m.

Statsrådet Holm besvarade den 17 april 1980 (prot. 1979/80: 123 s. 20–23) en fråga (1979/80: 418) om när en proposition om rökfria offentliga lokaler kommer att föreläggas riksdagen. Statsrådet påpekade i svaret att många remissinstanser var tveksamma till eller avstyrkte tobakskommitténs lagförslag i betänkandet Rökfria miljöer och att de ansåg att man lättare kunde nå det åsyftade målet med ökad upplysning om tobakens skadeverkningar och enskilda åtgärder. Statsrådet framhöll att tobakskommittén beräknades avsluta sitt arbete senast i september 1980, att tobakskommittén i sitt väntade slutbetänkande skulle komma att lägga fram förslag till ett samlat åtgärdsprogram i tobaksfrågan och bl.a. väntades föreslå ytterligare åtgärder för att få till stånd rökfria miljöer. Enligt statsrådets mening var det därför lämpligt att avvakta tobakskommitténs slutbetänkande innan regeringen tog ställning till frågan om bl.a. rökförbud i vissa lokaler.

Under överläggningen efter avgivandet av frågesvaret framhöll statsrådet bl.a. att man inte var overksam i avvaktan på tobakskommitténs slutbetänkande. Hon erinrade därvid om att ett flertal åtgärder vidtogs för att sprida information om tobakens skadeverkningar i syfte att påverka attityderna till tobaksrökningen.

Tobakskommittén beräknas numera komma att avge sitt slutbetänkande vid årsskiftet 1980-1981.

Handhavandet av cytostatika inom sjukvården

Bakgrund

Cancer och andra elakartade tumörsjukdomar uppstår genom att celler i kroppen ändrar sitt normala tillväxtmönster.

Behandlingsformerna vid sådana tumörsjukdomar är kirurgisk behandling, strålbehandling (radioterapi) och medicinsk behandling. Den medicinska behandlingen omfattar bl. a. behandling med medel som hämmar celltillväxten (cytostatika). Under senare år har cytostatika börjat användas på allt fler kliniker på våra sjukhus och användningen har ökat. Detta gäller såväl i den öppna som i den slutna vården. Många cytostatika kan vid hantering ge skador på oskyddad hud och dessutom framkalla allergiska reaktioner.

Läran om tumörsjukdomar benämns onkologi. I inskränkt bemärkelse syftar termen på läran om elakartade tumörer. Socialstyrelsen har i Råd och anvisningar nr 32 från februari 1974 om planering av onkologisk sjukvård framlagt råd och anvsningar att beaktas vid planeringen av den onkologiska sjukvården.

Motionen

I motion 1979/80: 1222 (m) anförs att metoderna för att effektivisera cancervården vid ett onkologiskt centrum ännu inte har blivit slutgiltigt utformade i socialstyrelsens råd och anvisningar om planering av onkologisk sjukvård. Det är, påpekar motionären, utomordentligt viktigt att handhavandet av de cellgifter (cytostatika) som sätts in mot elakartade tumörer regleras både beträffande läkare och legitimerade sjuksköterskor så att man kan uppnå optimal effekt för de sjuka och minimala risker för vårdpersonalen.

Vissa bestämmelser

I fråga om tillverkning och hantering m. m. av cytostatika gäller bestämmelserna i läkemedelsförordningen (1962: 701). Enligt bestämmelser i 13 § nämnda förordning skall vid handhavande m. m. av cytostatika bl. a. nödig aktsamhet iakttas så att cytostatika inte kan vålla skada. Tillsynen över efterlevnaden av läkemedelsförordningen utövas av socialstyrelsen.

För hanteringen av cytostatika vid vårdinrättningar gäller vidare bestämmelserna i arbetsmiljölagen (1977: 1160) och arbetsmiljöförordningen (1977: 1166). I arbetsmiljölagen är det bl. a. föreskrivet att ämne som kan föranleda ohälsa eller olycksfall endast får användas under förhållanden som ger betryggande säkerhet och att arbetsgivare skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Tillsynen över efterlevnaden av arbetsmiljölagen utövas av arbetarskyddsstyrelsen samt, under dess överinseende och ledning, av

yrkesinspektionen. Arbetarskyddsstyrelsen äger utfärda föreskrifter för verkställighet av arbetsmiljölagen.

Socialstyrelsens råd och anvisningar angående planering av onkologisk sjukvård

Socialstyrelsen har i sina råd och anvisningar angående planering av onkologisk sjukvård förordat att cancervården samordnas inom varje sjukvårdsregion genom ett onkologiskt centrum vid varje regionsjukhus, som skall ha att svara för cancervården inom sjukvårdsregionen som helhet. Det onkologiska centret skall vara en funktionell enhet som är baserad på de cancervårdsresurser som finns inom regionsjukhusets olika kliniker men inte innebära tillskapandet av en ny lokalmässigt sammanhållen enhet inom regionsjukhuset. Den medikamentella cancerterapin och radioterapin bör enligt socialstyrelsens råd och anvisningar samordnas inom ramen för de befintliga radioterapeutiska klinikerna vid regionsjukhusen. Tumörkirurgin förutsätts även i fortsättningen komma att bedrivas inom de olika kirurgiska specialavdelningarna. Det onkologiska centret skall bl. a. ha till uppgift att inom ramen för fastställda vårdprogram samordna sjukvårdsregionens resurser för cancervård genom en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan de olika enheterna i vårdkedjan, från vårdcentral till regionsjukhus och omvänt.

Enligt socialstyrelsens råd och anvisningar bör vården av vissa tumörsjukdomar centraliseras till regionsjukhusets olika kliniker. Den stora frekvensen av andra tumörformer förutsätts emellertid medföra att behandlingen av dessa även fortsättningsvis måste ske vid centrallasarett och i viss mån vid normallasarett.

Anvisningar för handhavande och administrering av cytostatika

Socialstyrelsen har i november 1978 i nr 1978: 7 av publikationsserien Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning publicerat en instruktion av en onkolog vid lasarettet i Lund och en apotekare hos Apoteksbolaget AB för handhavande och administrering av 19 angivna cytostatika. Det anges i instruktionen att den har remissbehandlats av samtliga onkologiska kliniker i landet.

I fråga om handhavandet av cytostatika påpekas det att många cytostatika vid hantering kan ge skador på oskyddad hud och dessutom framkalla allergiska reaktioner. För att minska riskerna måste, sägs det, den som iordningställer och ger cytostatika till patient under hela hanteringen skydda sig själv och omgivningen mot onödig exponering. I instruktionen hänvisas det till de allmänna föreskrifter som finns för tillredning och administrering av injektionsläkemedel. Härutöver påpekas det att cytostatika om möjligt bör beredas i dragskåp varvid operationshandskar och skyddsrock skall användas. Finns inte dragskåp tillgängligt bör skyddsutrustning-

en kompletteras med operationsmunskydd och ansiktsvisir eller skyddsglasögon. Anvisningar ges vidare om hantering av cytostatika-ampuller och injektionssprutor, om åtgärder för det fall cytostatika kommer i kontakt med hud och ögon samt om behandling av material som kommit i kontakt med cytostatikakoncentrat.

Viss utredning

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen år 1979 tillkallades cancerkommittén (S 1979: 07) för att utreda frågor om cancerförebyggande åtgärder. Enligt direktiven för utredningsarbetet skall cancerkommitténs huvuduppgift vara att föreslå åtgärder som kan förebygga cancersjukdomar. Den skall emellertid även uppmärksamma problem kring sjukdomarnas diagnos och terapi. Det skall också ingå i cancerkommitténs uppgifter att följa utvecklingen av uppbyggnaden av vården av cancersjuka patienter.

Remissyttranden

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, medicinska forskningsrådet, arbetarskyddsstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR samt Landsorganisationen i Sverige (LO).

Läkaresällskapet har vid sitt yttrande fogat ett gemensamt yttrande över motionen av Svensk onkologisk förening, Svensk internmedicinsk förening, Svensk kirurgisk förening samt Svensk förening för radioterapi.

SACO/SR har vid sitt yttrande fogat ett yttrande över motionen av Svenska onkologförbundet och Sveriges Farmaceutförbund.

Ställningstaganden till motionsyrkandet

Arbetarskyddsstyrelsen anför att myndigheten har för avsikt att utfärda föreskrifter om hanteringen av cytostatika och att arbetet beräknas starta under år 1980. Föreskrifterna kommer enligt arbetarskyddsstyrelsen att utarbetas i samråd med socialstyrelsens läkemedelsavdelning.

Arbetarskyddsstyrelsen framhåller vidare bl. a. att – mot bakgrund av att användningen av cytostatika synes ha ökat under senare år samtidigt som hanteringen av dessa läkemedel alltmer har decentraliserats från onkologiska centra – eventuella utredningar och åtgärder i övrigt inom området inte bör begränsas till att gälla enbart onkologiska centra.

Socialstyrelsen anför att myndigheten har kommit överens med arbetarskyddsstyrelsen att medverka i utformningen av dess planerade föreskrifter på området.

Socialstyrelsen framhåller bl. a. att det pågår ett kontinuerligt samarbete mellan de onkologiska klinikerna, Apoteksbolaget AB och organisationer inom sjukhusfarmaciens och sjukvårdens områden för att anpassa arbetssätt och utrustning efter de erfarenheter som undan för undan görs och för att informera om resultaten. Socialstyrelsen nämner som exempel härpå att ett par olika typer av skyddsboxar för cytostatikaberedning numera framtagits samt den i Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1978: 7 publicerade informationen för handhavande och administrering av cytostatika.

Medicinska forskningsrådet anför att rådet delar uppfattningen att det bör ske en översyn av handhavandet av cytostatika och framhåller angelägenheten av att översynen inte begränsas till onkologiska centra utan innefattar även andra slutna och öppna sjukvårdsinrättningar.

Landstingsförbundet anför att Landstingsförbundet saknar den medicinska kompetensen för att bedöma om anvisningarna i Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1978: 7 är medicinskt adekvata men vill peka på att åtgärder redan vidtagits för att tillfredsställa motionärens önskemål. Landstingsförbundet framhåller härvid att nämnda anvisningar har uppmärksammats av sjukvårdshuvudmännen och att särskild utbildning har anordnats inte bara vid onkologiska centra utan även på andra håll i sjukvården där cellgifter används.

De organisationer som hörts av *Svenska läkaresällskapet* tar upp frågor om risker för patienter vid behandling med cytostatika och framhåller att det vore mycket värdefullt om socialstyrelsen ville föranstalta om en utredning för att uppnå lämpliga anvisningar för användning av cytostatika. Läkaresällskapet, som instämmer häri, framhåller att aktuella cytostatika är mutagena och cancerogena till sin natur och att det därför är naturligt om frågan om den yrkesmedicinska risken även underställs arbetarskyddsstyrelsen.

TCO anser det mycket angeläget att få en översyn över vilka specialiteter – kliniker, primärvård etc. – som använder cytostatiska och att de personalgrupper som där administrerar cytostatika erhåller utbildning för detta. Dessutom, framhåller TCO, måste anvisningar som reglerar handhavandet, dvs. beredning och administrering av cytostatika, skapas.

SACO/SR och det av organisationen hörda Svenska onkologförbundet tillstyrker att den i motionen begärda utredningen genomförs samt framhåller att utredningen bör utgå från och baseras på socialstyrelsens råd och anvisningar angående planering av onkologisk sjukvård. Det likaledes av SACO/SR hörda Sveriges farmacevtförbund framhåller sammanfattningsvis vikten av att man på samtliga sjukvårdsinrättningar genomför möjliga

samordningar av administreringen av och hanteringen med cytostatika till ett eller ett fåtal ställen på respektive sjukhus.

LO påpekar att hantering av cytostatika endast utgör ett av många miljöproblem vid onkologiska kliniker. LO framhåller härvid särskilt strålskyddet som ett problemområde. LO anser att det finns ett behov av förbättrad information om hanteringen av cytostatika som arbetarskyddsfråga och påpekar i detta sammanhang att cytostatika förekommer även vid andra slag av vårdenheter än onkologiska kliniker.

LO vill inte motsätta sig en översyn enligt motionärens förslag men anser att det bör undersökas om frågeställningen om cytostatika är av den omfattning och komplexitet som motiverar särbehandling och att det även bör övervägas om utredningen lämpligen skall begränsas till att gälla förhållanden enbart vid onkologiska kliniker.

Innehållet i remissyttrandena

Arbetarskyddsstyrelsen anför följande.

Handhavandet av cytostatika kan utgöra en hälsorisk för berörd personal. Arbetarskyddsstyrelsen har mot bakgrund av bl. a. de frågor som kommit till styrelsen från yrkesinspektionen och från sjukhusenheter rörande arbetsmiljöaspekter på cytostatikahantering, gjort bedömningen att regler för denna hantering erfordras. Styrelsen har för avsikt att utfärda föreskrifter om hantering av cytostatika och arbetet beräknas starta under 1980. För närvarande pågår förberedande materialinsamling. Styrelsen har haft kontakt med socialstyrelsens läkemedelsavdelning i denna fråga och föreskrifterna kommer att utarbetas i samråd med läkemedelsavdelningen.

Användningen av cytostatika synes ha ökat under senare år samtidigt som hanteringen av dessa läkemedel alltmer har decentraliserats från onkologiska centra. Mot bakgrund av detta anser styrelsen det vara av stor vikt att samtlig hantering av cytostatika inom vårdområdet regleras genom föreskrifter.

Eventuella utredningar och åtgärder i övrigt inom detta område bör därför inte heller begränsas till att gälla enbart onkologiska centra.

Socialstyrelsen anför följande.

Cellgifter (cytostatika) får enligt läkemedelsförordningen (1962: 701) som andra farmaceutiska specialiteter endast säljas efter tillstånd av socialstyrelsen. För att ett sådant tillstånd skall ges, vanligen i form av registrering, får specialiteten inte vid normal användning ge skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten. Härav följer att medel med effekt vid allvarliga sjukdomstillstånd får accepteras även om deras användning medför risk för svåra biverkningar. Givetvis är en korrekt användning av preparatet en förutsättning för att dess nytta skall bli den största möjliga och dess risker så små som möjligt.

I samband med registreringen granskar socialstyrelsen den information om specialiteten, som tillverkaren utarbetar för den av läkemedelsindustrin utgivna FASS-katalogen. Granskningen syftar främst till att bevaka,

att texten innehåller korrekta och tillräckliga uppgifter om riskerna för *patienten* och att uppgifterna om preparatets fördelar inte är överdrivna, missvisande eller felaktiga. De egenskaper hos preparatet som medför risker för patienten kan i vissa fall också vålla risker för den *vårdpersonal* som hanterar preparatet i samband med behandlingen. Socialstyrelsen har att bevaka att även anvisningar för vårdpersonalens säkerhet i sådana fall kommer in i FASS. När det gäller cytostatika är risker vid hanteringen förknippade med sådana preparat som skall injiceras. Som exempel bifogas kopia ur FASS 1980 om den registrerade farmaceutiska specialiteten Onocovin.

Många cytostatika är dock ej registrerade utan försäljs endast mot licens eller användes i klinisk prövning och är därför ej intagna i FASS. Socialstyrelsen anser att förpackningar av oregistrerade cytostatika i fortsättningen bör åtföljas i erforderlig omfattning av säkerhetsanvisningar avseende patienter och personal.

Vidare må framhållas, att det pågår ett kontinuerligt samarbete mellan de onkologiska klinikerna, Apoteksbolaget AB och organisationer inom sjukhusfarmaciens och sjukvårdens område för att anpassa arbetssätt och utrustning efter de erfarenheter som undan för undan görs och för att informera om resultaten. Exempelvis kan nämnas att ett par olika typer av skyddsboxar för cytostatikaberedning nu framtagits. Socialstyrelsen har i Information 1978: 7 från Socialstyrelsens Läkemedelsavdelning publicerat sådan information för handhavande och administrering av cytostatika, utarbetad av en onkolog i samarbete med Apoteksbolaget AB. Socialstyrelsens Läkemedelsavdelning har också kommit överens med arbetarskyddsstyrelsen att medverka i utformningen av dess planerade föreskrifter på området.

Medicinska forskningsrådet (MFR) anför följande.

MFR delar uppfattningen att det bör ske en översyn av handhavandet av cytostatika vid slutna och öppna sjukvårdsinrättningar. Interpellanten begär att formerna för arbetet vid regionala onkologiska centra skyndsamt ses över vad gäller handhavandet av dessa medel. MFR anser det angeläget att denna översyn innefattar även andra sjukvårdsinrättningar.

Cytostatika har preparerats, hanterats och givits till patienter vid våra sjukvårdsinrättningar sedan mer än 25 år tillbaka. Under den senaste 5-årsperioden har användningen av dessa medel ökat kraftigt. Flertalet cytostatika är registrerade läkemedel, vilket innebär att de kliniskt prövats och värderats innan de godkänts för användning inom sjukvården. Cytostatikabehandling åtföljs ofta av biverkningar, vilka vanligtvis är svårare än vid användning av andra läkemedel. Kraven på kunskap och erfarenhet hos personal som handhar dessa medel måste därför vara större än vid annan läkemedelsbehandling. Det måste dock anses olyckligt att på grund av dessa förhållanden officiellt sätta cytostatika i en grupp för sig.

Nya kunskaper om cancerbiologi och cytostatika innebär att den medikamentella behandlingen av cancersjukdom har blivit en viktig tilläggsbehandling till kirurgi, som genomföres i botande, tumörkontrollerande eller lindrande syfte. Denna form av tilläggsbehandling har ännu ej fått full acceptans vid operationer för solida cancrar. I landet pågår sedan flera år kontrollerade behandlingsstudier vid cancersjukdomar, såsom bröstcancer, colorektal cancer, magsäckscancer och melanom. Flera av dessa studier genomföres som multicenterstudier, vilket innebär att flera sjukhus

utanför onkologiska centra deltager. Den onkolog-kirurgiska verksamheten utgör en betydande del av kirurgin i landet. En uppskattning baserad på information från ett flertal sjukhus visar att mer än en fjärdedel av de vårdade patienterna är intagna på grund av cancersjukdom. Mot denna bakgrund synes det olämpligt ur såväl medicinsk som sjukvårdsadministrativ synvinkel att centralisera cytostatikabehandlingen till onkologiska kliniker eller till kliniker i anslutning till onkologiska centra. Man bör i stället satsa på utbildning av personal som skall handha cytostatika samt på tillgång till lättillgängliga arbetsbeskrivningar samt skyddsföreskrifter som går att använda utifrån de resurser som finns på en sjukvårdsavdelning där medlen användes.

Ansvariga vid sjukvårdsinrättning där cytostatika beredes och administreras måste ur personalsynvinkel beakta såväl de medicinska riskerna som de psykologiska problemen. Man kan inte utesluta att personal som under långa tider hanterar cytostatika kan få i sig skadliga mängder, exempelvis genom inandning eller absorption från hud eller slemhinnor. Hur stor den medicinska risken egentligen är finns i dag ej dokumenterat. Överkänslighetsreaktioner gentemot cytostatika har dock beskrivits. Detta är emellertid ej unikt utan förekommer också gentemot en hel rad andra läkemedel. Vid onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala genomfördes under tiden 1976–1977 en undersökning om biverkningar hos vårdpersonal (Segerström, K 1977). Några säkra hållpunkter för samband mellan symtom hos personalen och kontakt med cytostatikabehandlade patienter eller cytostatika framkom ej.

Det framgår av en undersökning som utfördes år 1979 (Johansson, H, Vårdfacket 1. årgång 3, 1979) att oro och rädsla för biverkningar finns hos personal som arbetar med cytostatika. Osäkerheten är större bland personal där utarbetade rutiner ej finnes. För att komma till rätta med de medicinska och psykologiska problemen vid cytostatikabehandling är det framför allt tre faktorer som måste beaktas:

- Kunskaper och erfarenhet om hur cytostatikabehandling skall utföras
- Lämplig lokal för spädning och tillredning av cytostatikalösningar
- Skyddsutrustning och skyddsanordningar.

En förutsättning för att kunna uppfylla dessa krav är att enstaka läkare med personal inte skall behandla enstaka patienter. Ett team av läkare med personal kan däremot använda cytostatika i behandling av en grupp patienter, som av olika skäl vårdas vid den klinik där läkargruppen är verksam. Detta innebär att "etablerad" cytostatikabehandling på kliniker utanför onkologiska kliniker och onkologiska centra bör kunna fortsätta cytostatikahanteringen som tidigare. Detta gäller under förutsättning att man följer de råd och anvisningar som socialstyrelsen gett ut för handhavandet och administrering av cytostatika (Information 1978: 7 årgång 3, socialstyrelsens läkemedelsavdelning). Behovet av dessa speciella skyddsåtgärder gör emellertid att cytostatikaberedning och administrering bör koncentreras till högst en eller två avdelningar per klinik. Personalen vid dessa avdelningar bör ges möjlighet att få utbildning om cytostatikahantering, skyddsutrustning och skyddsanordningar. Enligt MFR:s uppfattning bör det anordnas centrala eller regionala kurser i cytostatikahantering.

De i dag etablerade onkologiska centra i landet bör kunna ansvara för sådant kursutbud.

MFR vill framhålla att det inte bör vara problemet med läkemedelshanteringen som skall avgöra i vilken omfattning cytostatikabehandlingen skall drivas vid olika sjukhus i landet. De praktiska läkemedelsproblemen

är lösbara på olika vägar. Cytostatikabehandlingen måste vara grundad inte bara på rätt diagnos utan också på möjligheter till behandlingsframgång i rimlig relation till riskerna för såväl patienter som personal.

Landstingsförbundet anför följande.

Cellgifter (cytostatika) är läkemedel enligt läkemedelsförordningens (1962: 701) definition. Dessa läkemedel är därmed underkastade samma regler vad avser bl. a. hanteringen, som andra läkemedel. Cellgifter kan vid felaktig hantering ge upphov till skador på såväl patienter som personal. Socialstyrelsen utgav i samarbete med Apoteksbolaget AB i november 1978 en särskild instruktion för handhavande och administrering av cytostatika (Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1978: 7). Dessa instruktioner har uppmärksammats av sjukvårdshuvudmännen och särskild utbildning har anordnats inte bara vid onkologiska centra utan även på andra håll i sjukvården där cellgifter används.

Landstingsförbundet saknar den medicinska kompetensen för att bedöma huruvida socialstyrelsens rekommendationer är medicinskt adekvata, men vill peka på att åtgärder redan har vidtagits för att tillfredsställa motionärens önskemål.

I det av *Svenska läkaresällskapet* åberopade yttrandet av Svensk onkologisk förening, Svensk internmedicinsk förening, Svensk kirurgisk förening och Svensk förening för radioterapi anförs följande.

Frågan om indikationerna för behandling av tumörpatienter med cytostatika har på senaste åren livligt debatterats. Man kan med ledning av hittills vunna erfarenheter säga att cytostatika ofta är synnerligen verksamma vid leukemier, lymfom, myelom och "jämförliga systemsjukdomar". Dessutom kan vissa solida tumörer med framgång behandlas medikamentellt. Som rutinbehandling av inoperabel cancer kommer cytostatika endast i fråga vid vissa tumörformer. De anförda skälen talar starkt för omdömet att cytostatikabehandling endast bör utövas på mycket stränga indikationer och av läkare som fått grundlig utbildning och kunskaper beträffande tidigt igenkännande och riktig terapi vid allvarliga komplikationer. Metoderna är ännu på försöksstadiet. Orsakerna till denna restriktiva inställning är flerfaldiga. Tillräckligt intensiv terapi för att man skall kunna hoppas på några verkliga resultat medför alltid risker och ofta betydande obehag för patienten. Likaså kräver ett riktigt handhavande en väl utbildad personal. På senaste medicinska riksstämman i Stockholm (1979) visades av en Lundakollega skrämmande hudnekroser i armbågsvecket efter injektion av cytostatika. Dylika komplikationer vållar svårt lidande för den sjuke och medför betydande onödiga kostnader för sjukhusvård. Även om dylika allvarliga skador hittills lyckligtvis varit sällsynta, medför de flesta effektiva cytostatikakurer betydande subjektiva obehag för den sjuke. Många gånger blir det nödvändigt att för övervakning av eventuella komplikationer hålla patienten kvar en längre tid på sjukhuset. En viktig komplikation, som på sista tiden bl. a. i Sverige visats vara av praktisk betydelse, kan framkallas av de alkylerande medlens carcinogena effekter. Sådana preparat utgör ryggraden i den cytostatiska arsenalen och det har visat sig att både enstaka patienter med myelom och sjuka med cancer i äggstockarna några år efter en lyckad kur kan insjukna i en dödlig akut

leukemi. En sådan statistiskt sett liten risk kan naturligtvis tagas, när man vill ge den sjuke en behandling som ger vissa chanser att erhålla påtaglig påverkan på en dödlig grundsjukdom. När det gäller behandling av än så länge tvivelaktigt värde är det oförsvarligt att taga sådana risker.

En långt driven centralisering är närmast omöjlig p. g. a. mängden av behandlingar och skulle kräva genomgripande förändringar av cancersjukvårdens organisation. Personal som handhar behandling med cytostatika måste vara väl förtrogen med verkningsmekanismer, administrationssätt och biverkningar. Sådan personal bör få särskild utbildning inom dessa områden. Onkologiska centra kan lämpligen åläggas ansvar för att personal som sysslar med cytostatikabehandling erhåller nödvändig utbildning. Enligt vår uppfattning föreligger ett stort behov av att samordna behandling i vårdprogram så att behandlingsresultaten kan utvärderas. Sådana vårdprogram måste utformas med hänsyn till de lokala resurserna. Vårdprogrammen bör utarbetas av expertis från olika discipliner, och man bör arrangera för en kontinuerlig utvärdering.

Vi anser att det vore mycket värdefullt om Socialstyrelsen vill i enlighet med ovanstående föranstalta med en utredning för att uppnå lämpliga anvisningar för användning av cytostatika.

Svenska läkaresällskapet instämmer i ovannämnda yttrande. Läkaresällskapet framhåller beträffande den yrkesmedicinska risken att aktuella cytostatika är mutagena och cancerogena till sin natur. Det är därför naturligt, sägs det, om denna fråga även underställs arbetarskyddsstyrelsen. Problemet blir, sägs det vidare, närmast en fråga om klassificering av substanserna och kontroll av att givna instruktioner står i överensstämmelse med den allmänna arbetarskyddslagstiftningen. Om tveksamhet härvid skulle uppstå föreslås att frågan hänskjuts till en särskild utredning.

TCO anför följande.

Användandet av cytostatika för behandling av tumörsjukdomar har ökat kraftigt de senaste 10 åren. Cytostatika används inte enbart på onkologiska centra utan även inom andra kliniker på sjukhusen samt också inom den öppna vården. Idag är det endast de läkare som specialistutbildas i onkologi samt radioterapiassistenter som erhåller utbildning om cytostatikapreparatens farmakologi och användning samt dess biverkningar.

TCO anser det mycket angeläget att få en översyn över vilka specialiteter – kliniker, primärvård etc. – som använder cytostatika och att de personalgrupper som där administrerar cytostatika erhåller utbildning för detta. Dessutom måste anvisningar som reglerar handhavandet, dvs. beredning och administrering av cytostatika skapas.

Motstånd har mötts från arbetsgivaren då krav ställts på skyddsutrustning till avdelningar där cytostatika används och det är därför av stor betydelse att centrala direktiv om skyddsåtaganden utformas.

Avslutningsvis vill TCO även anmärka mot benämningen cellgift. Det är olyckligt att ordet cellgift mer eller mindre vedertagits. Det är TCOs bestämda uppfattning att cytostatika eller kemoterapi är de benämningar som måste användas.

SACO/SR anför att centralorganisationen tillstyrker att den av motionären föreslagna utredningen genomföres. Centralorganisationen anser, anförs det vidare, att utredningen bör utgå ifrån och baseras på socialstyrelsens råd och anvisningar angående planering av onkologisk sjukvård.

SACO/SR anför slutligen att centralorganisationen ansluter sig till de inhämtade yttrandena från Svenska onkologförbundet och Sveriges farmacevtförbund.

Svenska onkologförbundet anför sammanfattningsvis följande.

Sammanfattningsvis anser Onkologförbundet att principerna för tumörvårdens organisation i Sverige har nyligen blivit fastlagd av Socialstyrelsen i Råd och anvisningar nr 32 1974 "Planering av onkologisk sjukvård". Sex år är en kort tid för anpassning av sjukvården till Socialstyrelsens Råd och anvisningar i en så stor fråga, och Råd och anvisningar "Planering av onkologisk sjukvård" bör därför idag icke ifrågasättas. Cytostatikaterapiens snabba tillväxt har emellertid gett upphov till en del oklarheter som bör föranleda en utredning. Socialstyrelsens Råd och anvisningar 32 1974 gäller främst organisationen vid regionsjukhus. Onkologförbundet anser att Råd och anvisningar 32 1974 bör följas av huvudmännen i frågor som gäller cytostatikabehandling vid regionsjukhus. Den föreslagna utredningen skulle då huvudsakligen gälla hanteringen av cytostatika utanför regionsjukhusen. Med tanke på stora geografiska skillnader i förutsättningarna för cytostatikabehandling föreslår Onkologförbundet att man tillsätter regionala kommittér med uppgift att följa och planera denna behandlingsform. Denna verksamhet bör grundas på Råd och anvisningar 32 1974. Dock bör man vid senare tillfälle göra en övergripande utvärdering av cytostatikabehandling i Sverige. Onkologförbundet tillstyrker att den av motionären föreslagna utredningen genomföres. Onkologförbundet anser att utredningen bör utgå ifrån och baseras på Socialstyrelsens Råd och anvisningar 32 1974 "Planering av onkologisk sjukvård".

Farmacevtförbundet anför följande.

Under senare år har på allt fler kliniker på våra sjukhus användningen av läkemedelsgruppen cytostatika ökat. Detta gäller såväl i den öppna som i den slutna vården. Det har också uppmärksammats mer och mer, att sjukvårdspersonal som administrerar och för övrigt hanterar dessa mycket potenta cellpåverkande läkemedel kan drabbas av olika slag av känslighetsreaktioner. Såväl Socialstyrelsen som de anställdas organisationer har därför i olika sammanhang påpekat vikten av att alla tänkbara försiktighetsåtgärder måste vidtas i denna hantering.

Utredningar i dessa frågor har pågått på flera håll i landet, bl.a. i Skaraborgs läns läkemedelskommitté. Klinikcheferna har där i samverkan med personalen gått igenom i vilken utsträckning man ev. skulle kunna samordna cytostatikabehandlingen till ett eller ett fåtal ställen på resp. kliniker eller sjukhus. Det har också framhållits från kommittén att s.k. skyddsboxar bör införskaffas till de ställen där cytostatika hanteras regelbundet. Det visade sig i Skaraborgs län att möjligheter till en mycket stark samordning fanns på alla sjukhus.

Ett samordningsförfarande av cytostatikaadministrationen inom resp. sjukhus enligt angiven modell skulle dessutom medföra, att särskilt erfaren

personal alltid skulle finnas till hands för denna speciella form av läkemedelsadministration, vilket ur bl. a. observationssynpunkt (effekter, bieffekter) bör ses som mycket positivt. Därutöver skulle förmodligen en del av beredningen av cytostatikalösningarna lättare kunna överlåtas till sjukhusapoteken, som i flertalet fall torde ha resurser för denna typ av tillverkning.

Sammanfattningsvis vill farmacevtförbundet framhålla vikten av att man på samtliga sjukvårdsinrättningar genomför möjliga samordningar av administreringen av och hanteringen med cytostatika till ett eller ett fåtal ställen på resp. sjukhus. En sådan samordning underlättar också möjligheten att erhålla beredningar från resp. sjukhusapotek, där man på ett effektivt sätt kan bevaka att såväl skyddsåtgärder som aseptiska synpunkter blir tillfredsställande beaktade.

LO anför följande.

LO vill med anledning av den fråga som aktualiseras i motionen erinra om att frågan om hantering av cytostatika utgör endast ett av många miljöproblem vid onkologiska kliniker. Strålskyddet utgör ett annat och viktigt problemområde där krav på såväl patientskydd som arbetsskydd skall tillgodoses. Därutöver finns vid de onkologiska klinikerna en rad skyddsproblem som är gemensamma för stora delar av den vårdsektor där dessa kliniker ingår.

LO önskar understryka att en fullgod information om risker för berörda arbetstagare utgör en förutsättning för ett effektivt skyddsarbete. Från denna utgångspunkt bedömer LO att det finns ett behov av förbättrad information om hanteringen av cytostatika som arbetarskyddsfråga.

I detta sammanhang skall erinras att hantering av cytostatika förekommer även vid andra slag av vårdenheter än onkologiska kliniker. Utvecklingen går här mot en spridning av det aktuella slaget av terapi så att den förekommer även i öppen vård. Problemet är således inte koncentrerat enbart till onkologiska kliniker.

LO önskar inte motsätta sig en översyn enligt motionärens förslag, men vill rekommendera att utskottet före sitt ställningstagande närmare orienterar sig om vad som föranlett motionen. I samband härmed bör undersökas om frågeställningen om cytostatika är av en omfattning och komplexitet som motiverar en särbehandling. I samband härmed bör även övervägas om utredningen lämpligen skall begränsas till att gälla förhållanden enbart vid onkologiska kliniker.

LO har under hand informerats att Arbetarskyddsstyrelsen i egenskap av arbetarskyddets tillsynsmyndighet uppmärksammat frågan och är medveten om behovet av förbättrad information. LO räknar med att tillsynsmyndigheten i sin fortsatta behandling av frågan kommer att på sedvanligt sätt samarbeta med berörda arbetstagarorganisationer.

Förebyggande av infektioner vid utlandsresor m. m.

Motionen

I motion 1979/80: 250 (s) påpekas bl. a. att omkring två tredjedelar av de mellan 1 500 och 2 500 salmonella- och shigellapatienter* som årligen regi-

* Beteckningen salmonellasjukdom används ofta för tyfus, paratyfus samt akuta tarm- och maginfektioner av typerna "sommarsjuka" och "turistdiarré".
Shigella används som beteckning för bacillär dysenteri.

streras i vårt land ådrar sig infektionen under utlandsresor samt att de nya och avlägsna resmålen i varmare länder som researrangörer lockar med flerdubblar riskerna. Det påpekas vidare att orsaken till "turistsalmonellan" i dessa varma och soliga länder är den bristfälliga hygienen i förening med det heta klimatet.

För att man skall komma till rätta med den ökade risken för "importsmitta" vid resor till varmare länder krävs enligt motionärerna att researrangörer informerar om risken för infektioner i samband med resan och att enkla råd och anvisningar ges för att förebygga dem.

De hotell och restauranger som regelbundet anlitas av researrangörerna bör, anför motionärerna vidare, rekommenderas en förbättrad livsmedelshygienisk kontroll och ökade hygieniska krav på dem som arbetar inom näringen. Detta gäller, anförs det vidare, även matserveringen ombord på flyg och båtar. Härvid bör enligt motionärerna eftersträvas internationella överenskommelser.

För att man snabbt skall kunna spåra exponerade flygresenärer vid inträffade epidemier bör enligt motionärerna fullständiga passagerarlistor med namn och adresser upprättas vid alla flygresor.

Åtgärder mot smittsamma sjukdomar

Bestämmelser om åtgärder mot smittsamma sjukdomar finns i smittskyddslagen (1968: 231) och den till denna knutna smittskyddskungörelsen (1968: 234).

Smittbekämpningen går ut på att hindra smittspridningen och omfattar i princip följande moment, nämligen registrering av de smittsamma sjukdomarnas frekvens och utbredning, kartläggning och uppspårning av smittkällorna samt brytande av smittvägarna och neutralisering av smittkällorna genom behandling och/eller isolering.

Smittskyddet är i första hand en kommunal uppgift. Enligt 1 § smittskyddslagen åligger det sålunda kommun att vidta erforderliga åtgärder till skydd mot smittsamma sjukdomar hos människor, varvid hälsovårdsnämnden har att utöva det närmaste inseendet över verksamheten. Länsstyrelsen skall vaka över att smittsamma sjukdomar bekämpas i länet och tillse att lämpliga åtgärder vidtas för ändamålet. Socialstyrelsen har högsta tillsynen över bekämpandet av smittsamma sjukdomar och skall meddela råd och anvisningar till ledning för hälsovårdsnämnderna.

I smittskyddslagen föreskrivs åtgärder av olika slag beroende av om den aktuella sjukdomen tillhör kategorierna allmänfarliga sjukdomar, veneriska sjukdomar eller övriga smittsamma sjukdomar. I smittskyddskungörelsen är angivna de sjukdomar som hänförs till kategorierna allmänfarliga sjukdomar och veneriska sjukdomar. Till de allmänfarliga sjukdomarna är bl. a. hänförda – i en grupp II som huvudsakligen avser tarmsjukdomar – tyfoid, paratyfoid, salmonelladiarré och bacillär dysenteri.

Antal passagerare i utrikes chartertrafik med flyg

Antalet från Sverige avresande passagerare i sällskapsresor i utrikes chartertrafik med flyg var år 1978 totalt 1 220 252. Dessa fördelade sig på destinationsland enligt följande uppställning.

Spanien	479 996	Tunisien	22 156
Grekland	243 460	Marocko	15 060
Storbritannien	119 483	Sri Lanka	10 979
Italien	76 365	Israel	10 366
Västtyskland	51 527	Rumänien	8 350
Frankrike	47 084	Jugoslavien	8 096
Portugal	37 075	Malta	7 381
Schweiz	30 548	Övriga länder	27 878
Österrike	24 448		

Vissa konventionsbestämmelser m. m. angående internationell civil luftfart

I 1944 års konvention angående internationell civil luftfart – den s. k. Chicagokonventionen – till vilken Sverige anslutit sig (SÖ 1946: 2) förbinder sig fördragsslutande stat bl. a. att genom utfärdande av särskilda bestämmelser eller på annat sätt vidta lämpliga åtgärder för att underlätta (facilitate) och påskynda lufttrafiken mellan de fördragsslutande staternas territorier och för att särskilt vid tillämpning av lagar angående immigration, karantän, förtullning och klarering förhindra onödiga dröjsmål i trafiken för luftfartyg, besättningar, passagerare och gods (artikel 22) samt att, i den mån fördragsslutande stat så finner lämpligt i fråga om förtullning och immigration i samband med internationell luftfart tillämpa ett förfarande, som står i överensstämmelse med de regler (practices), som tid efter annan anbefalls enligt konventionen (artikel 23).

Enligt artikel 37 i Chicagokonventionen skall den Internationella civila luftfartsorganisationen (ICAO) anta och om så befinns erforderligt tid efter annan ändra internationella normer samt förorda regler och tillämpningsförfaranden beträffande ämnen som äger samband med lufttrafikens säkerhet, regelbundenhet och effektivitet. I en bilaga (annex) 9 till konventionen har ICAO meddelat normer (standards) och förordade regler (recommended practices) beträffande underlättande (facilitation) av luftfarten.

I annex 9 till Chicagokonventionen föreskrivs bl. a. – numera som norm – att fördragsslutande stat skall avstå från att ställa krav på att passagerarlista (s. k. passagerarmanifest) skall upprättas. I detta annex föreskrivs vidare bl. a. att fördragsslutande stat skall vidta åtgärder för att möjliggöra för flygbolag och berörda organ att tillhandahålla passagerare information om vaccinationskrav och formulär för vaccinationsintyg före avresan.

ICAO har rekommenderat medlemsstaterna att inrätta nationella Facili-

tation-(FAL-)kommittéer för behandling av frågor beträffande underlättande av luftfarten. I den svenska FAL-kommittén är olika myndigheter m. fl. – bl. a. socialstyrelsen – representerade.

Remissyttranden

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, luftfartsverket, statens livsmedelsverk, Svenska resebranschens förening (SRF, tidigare benämnd Svenska resebyråföreningen) samt Researrangörsföreningen i Skandinavien (RIS).

Socialstyrelsen har inhämtat och vid sitt yttrande fogat yttranden av ledamoten i socialstyrelsens vetenskapliga råd, professorn i infektionssjukdomar vid Karolinska institutet Elias Bengtsson, statens bakteriologiska laboratorium (SBL), länsläkarorganisationen i Stockholms län, förste stadsläkaren i Göteborg samt länsläkaren Lars Olof Mentzing, som är socialstyrelsens representant i den nationella FAL-kommittén.

Ställningstaganden till motionsförslagen m. m.

Socialstyrelsen anser att de av motionärerna aktualiserade problemen är viktiga men att fortsatta åtgärder i syfte att ytterligare minska riskerna för import av smittsamma sjukdomar till Sverige med svenska turisters utlandsresor kan ske inom ramen för (a) den hälsoupplysning som ges, (b) researrangörernas möjlighet att ställa krav på god hygienisk standard på hotellen och (c) Världshälsovårdsorganisationens (WHO:s) arbete.

Socialstyrelsen anser inte att särskilda åtgärder från regeringens sida såsom översyn av bokningsbestämmelser och rutiner vid flygresor f. n. är nödvändiga från smittskyddssynpunkt.

Socialstyrelsen framhåller att myndigheten inom kort kommer att föreslå regeringen en mera allmän översyn av smittskyddslagstiftningen och att det är naturligt att de av motionärerna aktualiserade problemen tas upp till en samlad bedömning i detta sammanhang.

Professor Elias Bengtsson föreslår att resebyråer ånyo uppmärksammas på riskerna för resenärer till varmare länder att ådra sig tarmburna, smittsamma sjukdomar och att resebyråerna mer aktivt än tidigare bör informera sina resenärer om möjligheter att skydda sig mot dessa.

Det föreslås vidare att hotell och restauranger som besöks av större antal svenskar bör inspekteras av svensk hälsovårdsexpertis och att WHO bör underrättas om de positiva resultat som vunnits genom svenska aktioner för att prövas också av andra länder.

SBL påpekar att informationsmaterial med hälsoråd till resenärer till tropiska länder finns tillgängligt och anser det knappast befogat f. n. att åtgärder vidtas för att utarbeta ytterligare sådant informationsmaterial.

Däremot kan, anför SBL, åtgärder diskuteras för att resenärer så ofta som möjligt verkligen skall få tillgång till informationsmaterialet. SBL har vid sitt yttrande fogat exempel på informationsmaterial med hälsoråd m. m.

SBL påpekar vidare att passagerarlistor med namn och adress numera praktiskt taget alltid kan erhållas beträffande resenärer i charterflyg men att avböjande svar erhållits hos SAS vid förfrågan om möjlighet att genomföra en registrering av passagerare i reguljärt flyg. SBL anför att SBL med glädje skulle se att passagerarlistor för reguljära flygturer skulle bli tillgängliga i samband med inträffade epidemier. För detta, påpekas det, torde dock krävas internationella överenskommelser.

Länsläkarorganisationen i Stockholms län diskuterar frågor om krav från researrangörernas sida på hygienstandarden på hotell och restauranger, gammaglobulinprofylax, nya hälsoråd av socialstyrelsen och passagerarlistor men anser att resultaten av åtgärder i dessa hänseenden torde vara relativt begränsade.

Däremot, anförs det, torde det vara angeläget att via internationella organ successivt arbeta för en höjd hygienisk- och livsmedelshygienisk standard i de för även svenskar vanligaste turistmålen även om några radikala förbättringar knappast kan ske annat än i takt med en ökad socioekonomisk standard i turistländerna.

Förste stadsläkaren i Göteborg anser det inte meningsfullt att spåra upp flygpassagerare som flugit tillsammans med någon eller några salmonella- eller dysenterisjuka. Däremot, framhålls det, är det av stor vikt att den enskilde charterresenären upplyses om hur man skyddar sin hälsa i länder med andra vanor och annat klimat. Det påpekas att en lista med hälsoråd med fördel skulle kunna delas ut till resenären, t. ex. i samband med utdelningen av listor över tullfria varor som säljs ombord på flygplanen. Vid yttrandet är fogat en förebild till en lista med hälsoråd.

Länsläkaren Lars-Olof Mentzing framhåller angelägenheten av att informationen om hälsorisker m. m. förbättras till personer med nedsatt infektionsförsvar m. fl. Däremot, påpekas det, måste det krävas tungt vägande skäl för införande av s. k. passagerarmanifest.

Luftfartsverket refererar föreskriften i annex 9 till Chicagokonventionen om information till passagerare om vaccinationskrav m. m. och anför att verket med stöd av bl. a. denna föreskrift biträder motionsförslaget avseende förbättrad information till flygresenärerna före resans påbörjande.

Luftfartsverket avvisar – med hänvisning till bl. a. normen i nämnda annex 9 beträffande passagerarlistor – med bestämdhet tanken på att införa passagerarlistor för flygresenärer.

Statens livsmedelsverk anser att åtgärder i första hand bör inriktas på att söka förbättra informationen till utlandsresenärerna om hälsorisker. Enligt

livsmedelsverket bör berörda statliga myndigheter få i uppdrag att tillsammans med researrangörernas branschorganisationer göra en översyn av denna del av problemkomplexet.

Svenska resebranschens förening (SRF) anför att föreningen inte har något att invända mot att en ytterligare information lämnas om de hygieniska förhållandena i de olika turistländerna. Däremot torde det enligt föreningen knappast finnas skäl att företa ytterligare åtgärder.

Researrangörsföreningen i Skandinavien (RIS) anför att researrangörerna redan i stor utsträckning lämnar information om smittorisker i samband med utlandsresor och om olämpligheten på vissa orter att dricka vattenledningsvatten osv. samt att researrangörerna noga följer standarden och förhållandena på resmålen och på de för resan anlitade hotellen och restaurangerna. På flera orter förekommer, anför föreningen vidare, att researrangörerna har särskild sjukvårdspersonal såsom läkare och sjuksköterskor som också står till tjänst i hygienfrågor.

Det framhålls att några invändningar från researrangörshåll mot ytterligare information om förhållandena i de olika turistländerna inte föreligger. Däremot, framhålls det vidare, torde inte förhållandena vara sådana att särskilda åtgärder skulle behöva insättas för förbättring av hygienstandarden i vissa i så fall utpekade länder.

Innehållet i övrigt i remissyttrandena

Socialstyrelsen anför bl. a. följande.

Socialstyrelsen kan i huvudsak instämma i den sak- och problemredovisning som ges i motionen. Det är således sannolikt att flertalet av de officiellt rapporterade sjukdoms- och smittbärarfallen av salmonellasjukdom i Sverige kan direkt härröras till smitta som förvärvats vid turistresa till utomnordiska länder. Det är också rimligt att anta att åtskilliga av de 500–1 000 rapporterade fallen av epidemisk gulsot förvärvats utomlands, även om till följd av bl. a. den långa inkubationstiden sambanden i de enskilda fallen kan vara svåra att klarlägga. För smittämnen, som inte naturligen finns i Sverige, såsom malaria, är det självklart att smittan ofta har skett utomlands.

När det gäller salmonellasjukdomen, som särskilt uppmärksammas i motionen, måste samtidigt framhållas att det är mycket ovanligt att hemvändande svenska turister *direkt* utgör orsak till uppkomsten av verkliga epidemier i Sverige, dvs. en ansamling av ett större antal samtidiga fall. I regel begränsas förekomsten till enstaka fall, möjligen med någon spridning i den närmaste familjekretsen. De större svenska epidemierna i salmonellasjukdom, som inträffat under senare tid, har regelmässigt kunnat hänföras till brister eller olyckshändelser i den inhemska livsmedelshanteringen utan påvisbart samband med föregående utlandsvistelse hos berörd livsmedelspersonal.

I jämförelse med flertalet andra, framförallt sydeuropeiska länder, är förekomsten av salmonellasmittämnen och troligen även åtskilliga andra aktuella smittämnen, i den allmänna miljön, hos husdjur och andra livsmedelsråvaror m. m. låg. Detta är en följd av allmänt hög nivå när det gäller

vattenhygien, avloppsvattenrening, avfallshantering, husdjurskontroll och livsmedelshygien m. m. i vårt land. Det samlade "salmonellatrycket" från omgivningen hålls således nere, varför antalet inträffade kända sjukdomsfall blir tämligen lågt.

Självfallet är det dock angeläget att om möjligt söka ytterligare reducera förekomsten av salmonellasjukdom i landet och framförallt riskerna härför, varvid åtgärder mot import av smitta kan vara ett viktigt led. För turisternas del är det självfallet önskvärt att under vistelsen utomlands löpa så små risker som möjligt att insjukna och eventuellt bära med smitta vid återresa till Sverige. Följande åtgärder kan därvid vara aktuella.

1. Hälsoupplysning

Det finns åtskilliga smärre skrifter med hälsoråd till utlandsresenärer, som brukar finnas till förfogande på resebyråer, vaccinationscentraler och andra enheter inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens egen skrift "Hälsoråd till utlandsresenärer" är numera utgången och har bl. a. av resursskäl inte kunnat förnyas.

Den intresserade utlandsresenären har emellertid tämligen god tillgång till skriftiga råd och upplysningar om vilka åtgärder som bör vidtas för att under utlandsvistelsen minska riskerna för att insjukna i bl. a. smittsamma sjukdomar. Häri ingår bl. a. råd om vaccinationsåtgärder. Framförallt de s. k. vaccinationscentralerna marknadsför mycket aktivt sina tjänster. Den som så önskar kan sålunda tämligen lätt erhålla det ympningsskydd som är möjligt att ge mot t. ex. epidemisk gulsot (gammaglobulin, egentligen passiv immunisering), förstärkt polioskydd och de speciella vaccinationer som kan vara aktuella vid mera ovanliga resmål. Malariaprofylaxen kan här vara ett mycket viktigt led. Det är dock att märka att sjukförsäkringen icke ger ersättning för kostnader för vaccin o. d., utan dessa måste helt bäras av den enskilde.

Mot det stora flertalet av salmonellagruppens sjukdomar finns inte verksamt vaccin. Eftersom livsmedelsburen smitta här är den helt övervägande mekanismen att förvärva smitta måste hälsoupplysningen inriktas på att ge resenären kunskap om lämpligheten av försiktighet med val av föda och dryck vid utlandsvistelsen. Det ligger emellertid i sakens natur att många turistresenärer ser förtäring av "exklusiva" maträtter som ett mycket väsentligt syfte med själva resan, varför det erfarenhetsmässigt är svårt att få gott gehör för de ganska restriktiva åtgärder, som måste vidtagas för att mera väsentligt minska riskerna för att råka ut för smitta vid livsmedelsförtäring. Socialstyrelsen bedömer att man inte kan räkna med särskilt stora vinster genom en ytterligare intensifierad hälsoupplysning, även om sådana åtgärder löpande bör övervägas.

2. Researrangörernas krav på viss hygienisk standard på resmålet

Kravet på god livsmedels- och vattenhygien och den allmänna hygieniska standarden på resmålet regleras självfallet i respektive nationell lagstiftning, som från svensk sida knappast direkt kan påverkas. Researrangörerna har emellertid möjlighet att vid kontrakten med respektive hotell ställa särskilda krav på god hygienisk standard. Som framgår av bilagda yttranden finns det researrangörer, som genom särskild expert kontrollerar hygiennivån vid aktuella hotell och inrättningar och därvid ställer krav på särskilda åtgärder. Det är rimligt att anta att sådana åtgärder är ett verksamt bidrag till att minska riskerna för uppkomst av vissa smittsamma sjukdomar hos berörda resenärer. Emellertid måste dessa krav begränsas

till själva hotellanläggningen och dylikt, medan den mera allmänna miljön på resmålet knappast är åtkomlig genom sådana mekanismer. Socialstyrelsen bedömer det önskvärt att researrangörerna så långt möjligt genom kontroll av kompetent expert säkerställer viss hygienisk standard på aktuellt resmål.

3. Internationellt samarbete

Åtgärder för att mera brett uppmärksamma problemen i anslutning till den hygieniska standarden på vanliga turistmål torde i första hand böra ske genom svenskt deltagande i och svenska påtryckningar i det internationella samarbetet i dessa frågor. Som framgår av bilagt material från WHO bedriver världshälsoorganisationen ett aktivt arbete i syfte att ge medlemsländerna underlag för effektiva livsmedelshygienska åtgärder, som bl. a. kan avkasta resultat i form av lägre infektionsfrekvens hos turister. Ett led i detta arbete är kraven på hög livsmedelshygienisk standard inom de internationella transportmedlen flyg och båt.

Socialstyrelsen bedömer det angeläget att svenska representanter i berörda internationella samarbetsorgan så aktivt som möjligt verkar för höga krav på den hygienska standarden på turistmål av stor svensk betydelse.

4. Möjligheter till snabb smittspårning bland hemvändande resenärer

Ovan nämnda åtgärder syftar till att på ett mera grundläggande sätt förhindra uppkomsten av smitta. Skulle likväl nedsmittning ha ägt rum är det angeläget att man vid återkomsten till Sverige så effektivt som möjligt förhindrar vidare spridning av smittan. Gällande smittskyddslagstiftning och den praktiska organisationen genom bl. a. hälsovårdsnämndernas försorg ger i huvudsak goda medel för snabb smittspårning, genomförande av isoleringsåtgärder etc. I detta sammanhang kan det vara av stort värde att ha tillgång till förteckningar över ressällskap, som vistats vid samma hotell och därför sannolikt förtärt likartad föda. Sådana förteckningar brukar i regel kunna erhållas när det gäller särskilt arrangerade charterresor. Däremot finns inte regelmässigt sådana passagerarlistor inom det reguljära flyget och inte heller i den internationella färjetrafiken. I dessa fall gäller emellertid att passagerarna inte tillhör samma sällskap och att därför tillgång till fullständiga passagerarlistor är av begränsat värde i smittspårningsarbetet. Socialstyrelsen har därför tidigare intagit ståndpunkten att smittskyddsmotiven inte är tillräckligt starka för att ställa ett generellt krav på passagerarlistor i internationell flyg- och färjetrafik. Socialstyrelsen finner inte anledning att nu frångå denna bedömning.

Professor Elias Bengtsson anför bl. a. följande.

Motionärerna påvisar väl kända förhållanden till vilka kan tilläggas att intet annat land har så omfattande kontroll på t. ex. hemvändande livsmedelsarbetare och personal ur svenska FN-bataljonerna som Sverige, ej heller så omfattande vaccinationsverksamhet för utresande svenskar. Det mer än tusentalet fall av importerade Salmonella- och Shigellainfektioner är likväl "för stort" och till detta kan läggas ett lika stort antal Giardiainfektioner (Giardia är en mikroorganism) och ett ännu större antal svenskar som infekteras utomlands, av godartade och kortvariga s. k. turistdiarréer. Mot hepatit, en annan livsmedels- eller vattenburen ofta utomlands förvärvad sjukdom, kan vi skydda oss med ympning, men långt ifrån alla kostar på sig detta skydd.

I början av 1960-talet samlade dåvarande generaldirektören för socialstyrelsen dels experter, dels företrädare för resebyråer till ett sammanträde i avsikt att informera de senare om smittorisker vid utlandsresor samt förmå dem att frivilligt ge hälsoupplysning för planerade resmål. Denna uppmaning har till viss del efterföljts, men den rådgivning som ges via resebyråerna är till ingen del fullständig och lämnar mycket övrigt att önska. Till allmänhetens disposition finns numera ett antal broschyrer. Socialstyrelsens broschyr torde nu vara utgången men i stället finns andra, ej minst Kabis, som revideras varje år. Det borde vara resebyråernas skyldighet att ständigt tillhandahålla någon av dessa informationsskrifter.

Motionärerna har ifrågasatt huruvida vi från svensk sida har möjlighet att påverka hygienförhållandena på hotell som oftast besöks av svenskar, likaså charterflygplan med svenska resenärer. Bitr. överläkaren Torbjörn Andersson, konsultläkare på SAS, har tillsammans med sin hustru sjuksköterskan Vivi Andersson i upprepade fall kunnat visa, att detta är fullt möjligt. Hotelldirektioner i ett par länder har utan motstånd samarbetat för att förbättra tidigare urusla förhållanden i kök och bland kökspersonal. 1974–75 importerades 35 % av alla våra salmonellafall från ett av dessa. Sedan doktor och fru Andersson besökt det hotell, där svenskar oftast bor och lyckats genomdriva en förbättrad hygienstandard svarade samma land för blott 6 % av våra salmonellaimporterade fall följande år. Det är emellertid lika nödvändigt att restaurangägare som samtyckt till att vidtaga förbättringar också går med på fortlöpande inspektion av svensk expertis. Varje salmonellafall kostar det svenska samhället stora summor, eftersom varje positivt fall isoleras i medeltal 6 veckor. Det bör därför vara en god samhällsinvestering att systematiskt söka kontrollera de hotell som frekventeras av stora grupper svenskar.

Det är ett intressant förslag att föra upp denna fråga till Världshälsoorganisationen. A priori torde man där bedöma aktioner av detta slag som meningslösa. De positiva resultat, som uppvisas av doktor och fru Andersson visar emellertid att deras väg är framkomlig och borde kunna prövas också av andra länder.

Jag vill i detta sammanhang påpeka vikten av att myndigheter och resebyråer också uppmärksammar vikten av adekvat profylax mot malaria, en sjukdom som under de senaste fem åren ökat mer än dubbelt i världen; lika mycket som importerad sjukdom i Europa. Förhållandet har påpekats i Europarådet 1979.

SBL anför bl. a. följande.

En kraftigt ökad risk för infektion vid turistande och arbete i tropiska länder är en välkänd och väl dokumenterad företeelse. Detta gäller inte blott salmonellainfektioner utan även andra sjukdomar som t. ex. malaria, gulsot och svåra former av veneriska sjukdomar.

I det följande ges exempel på åtgärder som vidtages eller har vidtagits från epidemiologiska avdelningen vid SBL och andra instanser i förebyggande syfte.

1. En kort informationsskrift om förebyggande åtgärder har utarbetats vid epidemiologiska avdelningen och tillställts alla resebyråer.
   Läkemedelsföretaget KABI delar ut 2 olika informationer.
   Försäkringsbolaget Skandia har givit ut en skrift om Tropiska sjukdomar.
2. I epidemiologiska avdelningens s. k. "veckorapport", som sänds ut till

alla infektionskliniker, distriktsläkare och andra vaccinationsinstanser, ges information om aktuella epidemier i världen.

3. Dr Torbjörn Andersson vid Roslagstulls sjukhus tillsammans med sjuksköterskan Vivi Andersson har utarbetat en särskild manual i restauranghygien för alla till SAS anknutna hotellrörelser (ex. Vingresors hotell). Han gör även med jämna mellanrum inspektion av hotellhygienen i SAS hotell i t. ex. Gambia och Sri Lanka.
4. I WHO:s regi har tagits initiativ till flera arbetsgrupper som behandlar födoämneshygien ur internationell synpunkt bl. a. flygrestaurationer.

— — —.

Som allmän kommentar kan tilläggas att Sverige internationellt sett ligger långt framme när det gäller observans och åtgärder för förhindrande av turistinfektioner och eventuella verkningar därav utan att inskränka friheten att resa. Vår speciella livsmedelslag rörande provtagning för salmonella- och shigelladiagnostik efter >5 dagars vistelse utanför Norden är unik.

Enorma skillnader i mathanteringen alltifrån råvaran till personalsituationen (brist på utbildning och rörligheten) föreligger mellan våra förhållanden och dem i tropikerna.

Försök till förbättring har dock gjorts vid några tillfällen, speciellt i Gambia, vilket synes ha lett till tillfällig minskning av antalet salmonellainfektioner.

Länsläkarorganisationen i Stockholms län anför bl. a. följande.

Det är riktigt att flertalet av vissa i smittskyddskungörelsen angivna sjukdomar, liksom även andra infektioner, uppenbarligen ådrages genom vistelse i utomnordiska länder liksom att av och till matförgiftningsutbrott inträffar på båtar och flyg i internationell trafik.

Med avseende på den senare typen av händelse måste dock framhållas att med tanke på intensiteten i denna internationella trafik dylika incidenser inträffar relativt sällan. Med tanke på de ofta mycket begränsade utrymmen på trafikmedlen som står till buds för livsmedelshanteringen är det dock mycket viktigt att ansvariga hälsovårdsmyndigheter ägnar stor uppmärksamhet åt dessa frågor. En avsevärd svårighet som därvid för de praktiskt arbetande hälsovårdsmyndigheterna ofta uppkommer är de något oklara regler som gäller för tillsynen av dessa objekt, t. ex. när det gäller utländskt flyg eller utländska fartyg som har kontakt med vårt land. Större klarhet bör skapas på denna punkt. För övrigt gäller enligt de internationella karantänsbestämmelserna vissa livsmedelshygieniska krav som varje land har att iakttaga och kontrollera i samband med internationell trafik.

Om dessa krav anses böra skärpas kan dessa aktualiseras t. ex. inom WHO.

Beträffande nödvändigheten att åstadkomma en successiv höjning av den hygieniska standarden på de olika turistorterna, så är ju detta klart värdlandets ansvarsområde även om många svenska reseföretag kan ha möjlighet påverka standarden på de hotell och eventuellt restauranger som avses utnyttjas. Detta torde dock icke få mer än marginella effekter och måste givetvis ske i samråd med värdlandets ansvariga myndigheter.

I sammanhanget kan nämnas att WHO utgivit en "guide" som vägledning för upprustning av bl. a. livsmedelshygienen i olika slag av turistanläggningar. Ett visst mått av stöd för WHO och andra intressenter

att successivt öka den hygienska standarden på och i anslutning till de stora turistorterna, (vilket i och för sig givetvis icke enbart är ett svenskt intresse) vore en bättre dokumentation, även internationellt, beträffande vilka turistmål – även enstaka orter eller hotellrestauranger – som tid efter annan producerar anhopning av sjukdomsfall – anhopningar som särskilt kan noteras om ett livligare internationellt informationsutbyte kan komma till stånd. För detta krävs dock oftast ett bättre anamnesupptagande än vad som oftast – i vårt land – synes vara fallet.

En viss minskning av en av de aktuella sjukdomarna, epidemisk hepatit, torde kunna åstadkommas om en större andel av svenska utlandsresenärer kan förmås att ta den profylax som står till buds, gammaglobulin. Undersökningar har visat att icke alla av dessa resenärer skaffat sig detta skydd, huruvida det nationalekonomiskt vore gynnsamt att det allmänna stod för dessa kostnader kan för närvarande icke bedömas av undertecknad.

Eventuellt bör en ny upplaga av socialstyrelsens skrift "Hälsoråd vid resor till varmare länder" utarbetas. Det torde böra övervägas om det kan anses ekonomiskt försvarbart att dela ut dessa råd och anvisningar kostnadsfritt till samtliga utlandsresenärer, ett motsvarande förfaringssätt uppges ske i något av de nordiska grannländerna.

Beträffande frågan om obligatoriska passagerarlistor för flyg- och båttrafik i internationell trafik torde värdet härav vara relativt begränsat.

Tidigare var det mycket vanligt att man undersökte t. ex. samtliga resenärer i en chartergrupp sedan enstaka eller mindre anhopningar av sjukdomsfall konstaterats i detta resesällskap.

Detta förfaringssätt har man nu gått ifrån, vilket beror på att utbytet inte ofta varit särskilt stort. Detta torde sammanhänga med att charterresorna ändrat karaktär, tidigare delade man inte enbart färdmedel utan bodde ofta på samma hotell och nyttjade samma restauranger, numera torde det vara så att det enbart är den korta flygresan som är gemensam för samtliga resenärer, för övrigt sprids man på olika hotell och nyttjar ett stort antal vitt skilda restauranger vid utlandsvistelsen. Värdet av dylika passagerarlistor torde därför vara något begränsat.

Förste stadsläkaren i Göteborg anför bl. a. följande.

Kontroll av den livsmedelshygieniska standarden vid olika turistorter ankommer på hälsovårdsmyndigheterna i respektive land. Några möjligheter för svenska myndigheter att utöva sådan kontroll finns ej.

Här bör påpekas att de seriöst verksamma hotellen är måna om sitt renommé och försöker i de flesta fall att hålla en acceptabel standard.

Livsmedel ombord på flygplan för charterresor från vårt land kommer huvudsakligast från beredningskök i Danmark och Sverige, i vilka länder livsmedlen är kontrollerade. (F. ö. hänvisas till expertutlåtande från WHO). Några svårigheter att få uppgifter om deltagare i charterresor från Sverige föreligger ej (med ett undantag).

Det kan inte anses meningsfullt att efterspana flygpassagerare som flugit tillsammans med någon eller några salmonella- eller dysenterisjuka, varför någon anledning knappast finns att Sverige skulle avvika från internationell praxis. För personer verksamma inom livsmedelsindustri m. m. finns särskilda bestämmelser angående hälsokontroll efter utlandsvistelser.

Länsläkaren Lars-Olof Mentzing anför bl. a. följande.

Motionärerna tar upp en mycket angelägen fråga. Importen av smitta via utomnordiska resor har under ett par decennier uppmärksammats mycket starkt av hälsovårdande myndigheter men har under senaste tiden fått en förnyad aktualitet. Detta hänger samman med att en stor grupp av resande beger sig till alltmer avlägsna och exotiska resemål. Detta innebär att man kommer i kontakt med en mycket stor variation av smittämnen, som kan utgöra en hälsorisk för svenska resenärer. Det innebär också att man kan råka ut för infektionssjukdomar, som vi är ovana vid i Sverige, och som den svenska sjukvården därför har en låg diagnostisk och terapeutisk beredskap mot. Särskilt utsatta är vissa grupper av resenärer såsom späda barn, gamla personer med nedsatt hälsotillstånd, gravida kvinnor och personer med vissa sjukdomar som medför ett nedsatt infektionsförsvar. Redan en resa till medelhavsområdet med den sämre hygieniska standard och ofta bristfälliga sjukvård man där kan bli utsatt för kan vara problematisk för denna grupp av människor. Men det torde knappast råda någon tvekan om, att många av de mer exotiska resemålen är direkt olämpliga för denna kategori av turister. Vid de läkarmottagningar där vaccination inför utlandsresor utförs, får man ofta kontakt med personer, som man av medicinska skäl skulle vilja avråda från att företa den planerade resan. I allmänhet har förberedelserna då hunnit så långt, att det är mycket svårt att inställa resan eller ändra resemål. Det är därför synnerligen angeläget, att informationen till dessa kategorier av människor på något sätt förbättras. Preciserade råd borde utarbetas av socialstyrelsen, statsepidemiologen och företrädare för infektionsspecialitén. Det skulle också vara värdefullt, om researrangörerna ålades en skyldighet att informera sina kunder beträffande sådana hälsorisker.

Vad beträffar motionärernas andra förslag, har de så kallade passagerarmanifesten diskuterats ingående i Nationella FAL-kommittén, där jag är socialstyrelsens representant. De passagerarmanifest som tidigare var aktuella hade visat sig mindre lämpliga när det gällde att spåra eventuellt smittade personer, dels därför att uppspårandet med hjälp av dessa i praktiken visade sig vara en omständlig och ganska tidskrävande process, dels också därför att dessa passagerarmanifest ej innehöll tillräckligt detaljerade data om passagerarna, för att man snabbt skulle kunna få tag på rätt personer. Efter samråd med socialstyrelsens byrå SN 1 och statsepidemiologen meddelade jag därför hösten 1977 Nationella FAL-kommittén, att socialstyrelsen ej längre ville ställa kravet, att passagerarmanifesten skulle bibehållas. Eftersom det från administrativ synpunkt är betungande att ha manifesten, synes det nödvändigt att anföra tungt vägande skäl innan man åter kräver deras införande. De skäl som låg till grund för socialstyrelsens ställningstagande 1977 synes alltjämt vara giltiga.

Luftfartsverket anför beträffande metoden att genom upprättande av passagerarlistor för varje flygning underlätta uppspårandet av eventuellt smittade resenärer efter ankomsten till Sverige följande.

I Annex 9 (till Chicagokonventionen) föreskrivs att medlemsstaterna skall avstå från att ställa krav på att passagerarlista skall upprättas.

Denna föreskrift som tidigare utgjorde en rekommendation ändrades vid medlemsstaternas möte i Montreal 1979 till s. k. STANDARD innebärande att medlemsstaterna nu i ännu högre grad än tidigare är skyldiga att verka

för ett slopande av passagerarlistan. Kravet på att medlemsländerna skall avskaffa passagerarlistan ökar i takt med den ökande volymen av flygresenärer och snabbare och dyrbarare flygplan.

Sverige slopade kravet på passagerarlista för internationell flygtrafik redan 1952.

De flesta medlemsstaterna, i synnerhet industriländerna i västvärlden, har slopat passagerarlistan och är eniga om att bruket av en sådan där den fortfarande förekommer snarast skall avskaffas. Orsaken till denna inställning är bl. a. att bruket av passagerarlista innebär

- mycket betungande administration för flygföretag och andra berörda organisationer,
- förlängda och kostsamma markuppehållstider för flygplanen,
- ökad köbildning i passagerarterminalerna genom förlängda incheckningstider och
- ökade krav på uppehållsutrymmen i terminalerna innebärande kostsamma utbyggnader av desamma.

Motionärernas förslag om upprättande av passagerarlista med namn, adress och telefonnummer är helt i strid med de nationella och internationella strävanden som pågått sedan 1949 i syfte att skapa en rationell och effektiv ordning inom transportflyget. Förslaget skall vidare ställas i relation till att under det halvår 1975-1976 då det enligt motionärerna inträffade tre större salmonellainfektioner bland svenska resenärer cirka en miljon människor flög med cirka 16000 flygningar till de länder som åsyftas i motionen. Motsvarande siffror är f. n. cirka 1 200 000 människor och 17000 flygningar. Verket har vidare informerats genom socialstyrelsens representant i Nationella Facilitation-kommittén om att socialstyrelsens erfarenheter 1977 av att med hjälp av charterflygets deltagarförteckningar spåra eventuellt smittade passagerare varit mindre goda. Metoden visade sig vara omständlig och tidsödande.

Statens livsmedelsverk anför bl. a. följande.

Internationella organisationer såsom Världshälsoorganisationen (WHO) och Codex alimentarius commission arbetar sedan länge såväl med åtgärder mot spridning av infektionssjukdomar som med framtagande av regler för en hygieniskt tillfredsställande livsmedelshantering. Detta är självfallet ett arbete på lång sikt och även sedan regler framtagits kan många länder troligen inte införa några mera genomgripande förbättringar inom överskådlig tid.

I detta sammanhang kan framhållas att WHO behandlat de livsmedelshygieniska problemen i samband med flygresor i publikationen "Aviation Catering", som utkom 1977. WHO har vidare utgivit en "Guide to Hygiene and Sanitation in Aviation". Såväl för reguljärt flyg som för charterflyg har det således utarbetats riktlinjer för en tillfredsställande livsmedelshantering.

När det gäller livsmedelshanteringen på fartyg så är svensk livsmedelslagstiftning i princip tillämplig på svenskregistrerade fartyg. En del fartyg som går i linjetrafik mellan svenska hamnar och hamnar i våra nordiska grannländer är emellertid utlandsregistrerade, varför svensk lagstiftning sannolikt inte är tillämplig. I samband med förslag om vissa ändringar i livsmedelskungörelsen har livsmedelsverket nyligen aktualiserat denna fråga i jordbruksdepartementet.

När researrangörer sluter avtal med utländska anläggningar bör de ha

möjligheter att påverka här aktuella förhållanden. Livsmedelsverket delar därför motionärernas uppfattning att researrangörerna bör rekommendera de hotell och restauranger som regelbundet anlitas att införa en förbättrad livsmedelshygienisk kontroll och att ställa ökade hygieniska krav på de personer som arbetar inom näringen.

Bästa sättet att så långt möjligt förhindra spridning av infektioner vid utlandsresor torde emellertid vara att ge alla resenärer upplysning om riskerna. I olika sammanhang har också informationsskrifter utarbetats. Redan 1964 gav dåvarande medicinalstyrelsen ut en skrift kallad "Hälsoråd vid resor till varmare länder" (meddelande nr 108). Senare har socialstyrelsen också behandlat problemet om skydd mot infektioner vid resor till varmare länder i "Socialstyrelsens kungörelser med allmänna råd om åtgärder mot smittspridning vid salmonella- och shigellainfektioner samt kolera och amöba-dysenteri" (SOSFS (M) 1978: 10). Vidare har olika resebyråer också utgivit smärre skrifter med hälsoråd för utlandsresenärer. Det är dock ett önskemål att alla researrangörer ser till att samtliga resenärer erhåller enkla råd om hur riskerna kan förebyggas.

I motionen föreslås vidare en översyn av bokningsbestämmelser och rutiner vid flygresor i syfte att vid infektions- och epidemirisk snabbt kunna lokalisera riskpersoner. Tillgång till fullständiga passagerarlistor med namn och adresser skulle givetvis i förekommande fall underlätta epidemiutredningar.

Svenska resebranschens förening (SRF) anför bl. a. följande.

Även om antalet inträffade fall av salmonella, som registreras i Sverige och som kan härledas från utlandsresor är relativt sett stort, bör dock antalet ses i relation till den stora mängd svenskar, som semestrar i sydligare länder. Här är det helt naturligt att risken för smitta är stor, något som ju också framförs av motionärerna. De arrangörer, som anordnar sällskapsresor till dessa områden, har som vana att vid informationsträffar på resmålen underrätta sina gäster om faran av att dricka vatten, iskylda drycker, äta grönsaker, frukter, glass m. m. Även i sina reseprogram brukar arrangörerna omtala dessa förhållanden. I de fall en arrangör har ett större åtagande på ett hotell har denne viss möjlighet att kunna påverka de hygieniska förhållandena där. Vidare är man genom sina produktkontroller uppmärksam på det sätt på vilket hotellet sköts. Självfallet har man möjlighet att helt påverka de hotell, som ägs av arrangören. Vidare kan nämnas att ett flertal arrangörer, som har avsevärt stora antal resenärer till en viss destination, ofta har egen sjuksyster, som kan ta hand om och övervaka vissa hygieniska frågor.

Vad gäller flygtransporterna så genomförs dessa nästan undantagslöst med skandinaviskägda flygföretag. Där är den hygieniska standarden ombord av den art att det skulle vara förvånansvärt om några speciella ingripanden skulle vara påkallade. Idag finns inga svårigheter att kunna lokalisera event. smittade resenärer genom den kontakt som finns med respektive försäljningsställe, där man för mycket noggranna uppgifter om resenärens adress och telefonnummer. Att införa ett tvång att på flyglistor ange dessa uppgifter som obligatoriska torde vara mycket svårt då man internationellt kommit överens om att ej ange dem, då det visat sig vara allt för betungande arbetsmässigt sett.

Researrangörsföreningen i Skandinavien (RIS) anför bl. a. följande.

Det av motionärerna angivna antalet inträffade sjukdomsfall måste ses mot bakgrund av det stora antalet sällskapsresor till utlandet, under 1979 ca 1,2 millioner resenärer. Det torde därför inte, som motionärerna anger, generellt kunna uttalas, att risken för epidemier är avsevärt större i utlandet än i Sverige. Det är vidare så, att möjligheterna att påverka hygienstandarden i andra länder är mycket begränsad.

Från researrangörernas sida ges regelmässigt i resebroschyrer och genom på de utländska resmålen verksamma reseledarna information om aktuella smittorisker. Vanligast är, att resenärerna på vissa orter varnas för att dricka vattenledningsvatten.

I mycket liten omfattning drivs anläggningar som utnyttjas av svenska sällskapsresearrangörer i egen regi. Detta innebär visserligen inte, att researrangören helt saknar möjligheter att påverka hygienstandarden och även vidta åtgärder om researrangörens hygieniska krav avseende hotellets rengöring, matlagning, m. m. ej iakttas. Researrangörerna företar regelbundet och fortlöpande produktkontroller för att se att de företag som anlitas för resan fullgör sina åligganden. Dessutom tar researrangörerna emot reklamationer från resenärerna, som i de här aktuella avseendena får anses vara mycket observanta. Av vad som framkommit vid företagna produktkontroller och resenärskontakter är det icke researrangörernas uppfattning, att man generellt kan säga, att hygienstandarden på de hotell och restauranger som anlitas för sällskapsresor är sådana, att ett akut behov skulle föreligga att sätta in internationella åtgärder gentemot vissa turistländer.

I fråga om flygresorna använder sig huvuddelen av de svenska sällskapsresearrangörerna av skandinaviska flygbolag. Det är inte researrangörernas uppfattning, att de hygieniska förhållandena ombord på dessa flygplan skulle vara sådana, att särskilda förbättringsåtgärder skulle behöva insättas.

Beträffande möjligheterna att snabbt kunna lokalisera s. k. riskpersoner har sällskapsresearrangörerna fullständiga förteckningar över deltagande resenärer, vanligtvis med både adress och telefonnummer.

Utökning av synprövningen på barn med samsynsundersökning

Motionen

I motion 1979/80: 634 (s) påpekas bl. a. att en viss studie visat att man genom s. k. ortoptistisk undersökning (ortoptik = behandling av defekt binokulärt seende) kan avslöja brister i samseendet – dvs. förmågan att se med båda ögonen tillsammans – som inte kan diagnostiseras av den typ av synundersökningar som vanligen förekommer i grundskolan. Motionärerna påpekar vidare att man inte kan utesluta att vissa samsynsproblem kan ha en negativ inverkan vid såväl läs- och skrivträning som vid annat närarbete och därmed kan försvåra individens livssituation.

Synprövningen inom barnhälsovården

Enligt ett av socialstyrelsen år 1969 fastställt normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 1969: 39) – för vilken verksamhet sjuk-

vårdshuvudmännen svarar – skall barnhälsovården vara inriktad på bedrivande av en fullständig hälsoövervakande och handikappuppspårande verksamhet i fråga om alla barn från födelsen intill skolåldern. Barnavårdscentralerna skall föranstalta om att konstaterade avvikelser blir föremål för adekvata medicinska och sociala åtgärder.

För barn utan konstaterad avvikelse skall följande antal besök hos läkare vara normerande, nämligen under första levnadsåret från fyra till sju gånger, under andra levnadsåret två gånger samt under övriga åldrar en gång per år. Socialstyrelsen har år 1972 fastställt bl. a. formulär till journal inom barnhälsovården (MF 1972: 20), som bl. a. innebär att barnen vid fyra av de i normalreglementet förutsatta läkarkontrollerna – nämligen i åldrarna 2 månader, 10 månader, 18 månader och 4 år – skall genomgå särskilda strukturerade handikappuppspårande undersökningar. Den första systematiska synundersökningen av barn i uppspårande syfte utförs f. n. i samband med 4-årskontrollen.

Riktlinjer för synkontrollen – liksom för andra kontroller av 4-åringarnas hälsa m. m. – finns i en av socialstyrelsen år 1968 presenterad skrift med förslag till allmän hälsokontroll av 4-åringar (Socialstyrelsen redovisar 1968: 2), vilken socialstyrelsen överlämnade till sjukvårdshuvudmännen. Enligt dessa riktlinjer skall barnet remitteras till ögonläkare, om brister i synskärpan av viss omfattning upptäcks.

Någon prövning av samseendet görs inte inom barnhälsovården.

Socialstyrelsen har år 1979 lagt fram ett förslag till principprogram för mödra- och barnhälsovård (Socialstyrelsen redovisar 1979: 4). Förslaget har remissbehandlats. Avsikten är att socialstyrelsen på grundval av förslaget och remissbehandlingen inom en nära framtid skall lägga fram ett program för mödra- och barnhälsovård som kan tjäna som underlag för sjukvårdshuvudmännens planering m. m. Förslaget till principprogram innebär bl. a. en viss utspridning i tiden av de strukturerade kontrollerna. Ortoptist förutsätts medverka vid kontrollerna i åldrarna 10 månader och 4 år.

Socialstyrelsen kommer inom kort att utfärda allmänna råd med rekommendationer avseende synundersökningar inom barnhälsovården, vilka bl. a. skall ersätta ovannämnda riktlinjer för synkontrollen i samband med 4-årskontrollen. I föreliggande förslag med rekommendationer anförs bl. a. att man i åldersgruppen 3–4 år kan räkna med att finna ögonfel av betydelse som inte tidigare upptäckts hos 7–9 % av barnen. Huvudparten av sådana ögonfel utgörs, sägs det, av synnedsättning till följd av brytningsfel samt skelning. I de föreslagna rekommendationerna ges anvisningar om hur synskärpebestämningar och skelningsundersökningar skall göras. Om ögonfel upptäcks skall remiss ske till ögonläkare.

Synprövning inom skolhälsovården

Huvudmän för skolhälsovården är f. n. kommunerna. Enligt en av skolöverstyrelsen år 1978 utfärdad instruktion för skolläkare och skolsköterska i det allmänna skolväsendet skall s. k. årsbundna undersökningar av eleverna ske i årskurserna 1, 4 och 8 i grundskolan samt i årskurs 1 i gymnasieskolan.

Socialstyrelsen har i en år 1978 utfärdad kungörelse med anvisningar för förbättrad kapacitet inom ögonvården (SOSFS(M) 1978: 14) gett följande riktlinjer för ögonvården inom skolhälsovården.

Elev, som vid synprövning i grundskolans årskurs 1 visats ha icke utredd nedsatt synskärpa, bör remitteras till ögonläkare. Finner denne att synrubbningen beror på refraktionsfel, som kan korrigeras med tillfredsställande synresultat, bör den fortsatta kontrollen som regel kunna göras av legitimerad optiker.

Elev, som är åtta år eller äldre och som tidigare haft normal synskärpa men vid synprövning företer en nytillkommen synnedsättning, kan av skolläkare/skolsköterska hänvisas till legitimerad optiker för kontroll av refraktionen. Om full synskärpa med glaskorrektion inte uppnås skall eleven remitteras till ögonläkare för undersökning. Elev, som företer uppenbara subjektiva besvär vid läsning eller annat närarbete, skall mot bakgrund av hälsotillståndet och prestationsförmågan i övrigt bedömas av skolläkare. Om resultatet därvid ger rimlig anledning att misstänka att ögonen (t. ex. samsynsrubbning) orsakar besvär, remitteras eleven till ögonläkare.

Synundersökningarnas innehåll och omfattning inom skolhälsovården beskrivs närmare i bilaga 4 till SOU 1976: 46 Skolhälsovård – Betänkande av 1974 års skolhälsovårdsutredning.

Bilaga 4 till 1974 års skolhälsovårdsutrednings ovannämnda betänkande innehåller bl. a. ett förslag av Svenska ögonläkarföreningen till ögonundersökningar inom skolhälsovården. I enlighet med detta förslag görs synskärpeprövning och yttre inspektion av ögat i årskurserna 1, 2, 4, 6 och 8 i grundskolan samt i årskurs 1 i gymnasieskolan. Hyperoptitest (hyperopti = översynthet) – som anges vara av betydelse för bl. a. uppspårandet av vissa samsynsrubbningar som sammanhänger med hyperopti – görs i årskurs 2 i grundskolan. Färgsinnesprövning görs i årskurs 6 i grundskolan. Om brister i synförmågan av viss omfattning konstateras skall elev remitteras till ögonläkare. I Ögonläkarföreningens förslag sägs bl. a. att binokulärt läsprov på nära håll synes vara av ringa intresse och behöver därför inte utföras. Någon prövning av samseendet görs heller inte inom skolhälsovården.

Tidigare riksdagsbehandling

I en den 1 december 1977 anmäld interpellation (1977/78: 89) togs bl. a. frågan om synvården i skolorna upp. Interpellanten påpekade bl. a. att elevers samsyn och närseende inte tillfredsställande undersöktes genom

s.k. binokular. I sitt den 19 januari 1978 avgivna svar på interpellationen (prot. 1977/78: 63 s. 27–35) framhöll statsrådet Mogård bl.a. att skolöverstyrelsens anvisningar för synkontroll i skolan grundades på den sakkunskap som ges genom socialstyrelsens försorg och att hon inte funnit anledning att ifrågasätta denna sakkunskap. Statsrådet anförde vidare bl.a. att frågan om ytterligare anvisningar för skolans synundersökningar skulle enligt vad hon erfarit komma att prövas av skolöverstyrelsen när statsmakterna tagit ställning till skolhälsovårdsutredningens förslag.

Riksdagen godkände senare under 1977/78 års riksmöte i prop. 1977/78: 85 föreslagna riktlinjer för skolhälsovårdens mål, innehåll och organisation (UbU 1977/78: 21, rskr 1977/78: 260), vilka förslag grundades på förslag i 1974 års skolhälsovårdsutrednings betänkande om skolhälsovård. Med anledning av propositionen väcktes en motion, vari bl.a. frågan om synvården inom skolan togs upp. Motionärerna ansåg att alla elever med läs- och skrivsvårigheter borde genomgå s.k. binokulär undersökning. Härigenom skulle enligt motionärerna de elever, vars svårigheter berodde på samsynsrubbningar, kunna spåras och få hjälp. Motionärerna begärde att rekommendationer skulle utfärdas om en bättre synvård inom skolhälsovården i vad gäller samsynsrubbningar, och detta skulle enligt motionärerna uppnås genom vidgat samarbete mellan ögonläkare, optiker och speciallärare. På förslag av utbildningsutskottet avslog riksdagen motionsyrkandet. Utskottet framhöll bl.a. (s. 27) att det givetvis var av största intresse att de åtgärder som kan hjälpa elever med läs- och skrivsvårigheter vidtogs i både undervisningen och skolhälsovården och påpekade att tillsynen över båda åvilade skolöverstyrelsen (SÖ). Enligt utskottets mening behövdes inga särskilda rekommendationer från regeringen för att SÖ med socialstyrelsens hjälp kontinuerligt skulle pröva om nya metoder borde införas i skolans synvård. Utskottet framhöll att det därvid förutsatte att SÖ tillvaratog de erfarenheter som gjordes vid olika försök i skolorna.

Remissyttranden m.m.

Socialutskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, skolöverstyrelsen (SÖ), Landstingsförbundet samt Svenska läkaresällskapet.

Svenska läkaresällskapet har avgivit sitt yttrande efter hörande av bl.a. Läkaresällskapets sektioner för oftalmologi, pediatrik och skolhygien, allmän medicin samt fysikalisk medicin och rehabilitering.

I ärendet har vidare inkommit skrivelser från Riksförbundet Hem och Skola samt från Svenska sällskapet för optometri. Nämnda sällskap anger att det är en organisation bestående av legitimerade optiker och att det har som målsättning att utveckla synvetenskapen till gagn för synvården.

Ställningstaganden till motionen

Socialstyrelsen, SÖ och *Svenska läkaresällskapet* tillstyrker inte motionen.

Socialstyrelsen framhåller sammanfattningsvis (1) att det aldrig har dokumenterats vetenskapligt att samsynsdefekter kan ge upphov till läs- och skrivsvårigheter, (2) att samsynsdefekter endast i undantagsfall kan bidra till vissa läsbesvär, (3) att några diagnostiska möjligheter inte finns tillgängliga med vilka man kan förutsäga vilka barn, som senare eventuellt kommer att utveckla besvär, orsakade av en samsynsdefekt, samt (4) att nuvarande praxis bör bibehållas, dvs. skolläkare remitterar de elever som har besvär vid närarbete till ögonspecialist.

SÖ och Läkaresällskapet har i huvudsak samma mening som socialstyrelsen.

Landstingsförbundet anför att det inte har några principiella invändningar mot sådana åtgärder som genom vetenskap och beprövad erfarenhet kan motiveras i patientarbetet och som visar sig vara praktiskt och funktionellt tillämpbara och som dessutom kan underlätta hälso- och sjukvårdsarbetet. I den mån hälsokontrollerande verksamheter av skilda slag behöver omprövas på grund av nya medicinska erfarenheter är det, anförs det vidare, i första hand socialstyrelsen som får ta ställning härtill. Det påpekas att det för Landstingsförbundets vidkommande är väsentligt att huvudmännen inte åläggs uppgifter, som föranleder ökade anspråk på den kommunala ekonomin.

Riksförbundet Hem och Skola anför att motionen är mycket angelägen. Riksförbundet framhåller att det under innevarande verksamhetsår funnit anledning att särskilt intressera sig för bl. a. läs- och skrivsvårigheter hos barn och ungdom. Förbundet hänvisar härvid till en vid skrivelsen fogad kopia av en framställning till utbildningsdepartementet med begäran om att en särskild utredning skall tillsättas för att utreda hur läs- och skrivsvårigheter hos barn och ungdom skall begränsas. Utredningen föreslås bl. a. ta ställning till vad som kan göras för barn i förskolan och grundskolan för att förebygga läs- och skrivsvårigheter och vilka observations-, diagnos- och behandlingsmetoder som skall användas. I skrivelsen till utbildningsdepartementet anförs det bl. a. att det råder skilda uppfattningar då det gäller synens roll vid läs- och skrivsvårigheter. Det påpekas att enighet dock synes föreligga om vissa syndefekters betydelse men att betydande brister föreligger då det gäller att upptäcka dessa. Regler måste, sägs det, utarbetas för denna del i det förebyggande arbetet.

Riksförbundets skrivelse till utbildningsdepartementet är f. n. föremål för remissbehandling.

Svenska sällskapet för optometri anför att sällskapet ställer sig helt bakom motionärernas förslag.

Innehållet i övrigt i remissyttrandena m. m.

Socialstyrelsen anför – efter att ha lämnat uppgifter om rutinerna m. m. för synundersökningar inom barnhälsovården och skolhälsovården – bl. a. följande.

Samseendet, dvs. förmågan att se med båda ögonen tillsammans, kan vara mer eller mindre utvecklat hos barn. En bestämning av graden av samseende fordrar en god medverkan av barnen och denna ofta tidsödande undersökning utförs på särskilda ortoptiska kliniker, som finns vid de flesta större ögonklinikerna. Även efter genomgången specialundersökning är det dock i de flesta fall omöjligt att avgöra i vad mån en påvisad samsynsdefekt har någon praktisk betydelse för barnens framtida utveckling, som t. ex. deras förmåga att tillgodogöra sig lästräning. Barnen anpassar sig nämligen oftast till sin samsynsdefekt och utvecklar följaktligen inte några som helst subjektiva besvär. Undantagsvis kan dock framförallt elever i de högre klasserna i grundskolan få vissa trötthetssymtom vid närarbete.

Trots mångårig internationell forskning har orsakerna till läs- och skrivsvårigheter i skolan inte kunnat kartläggas. Genetiska faktorer spelar sannolikt en stor roll i många fall. Av många pågående forskningsprojekt kan nämnas en samnordisk undersökning av inlärningsproblem på lågstadiet, Bergen-projektet, vars svenska del är förlagd till Umeå. Av tidigare brett upplagda undersökningar kan man emellertid fastslå att samsynsrubbningar aldrig kan förklara uppkomsten av läs- och skrivsvårigheter och endast sällan ger besvär vid läsning.

Det synes således enligt styrelsens bedömning vara orealistiskt att anta, att man genom massundersökningar av samsynen hos barn i 4- resp. 7-årsåldern skall kunna fånga upp de barn, som eventuellt senare kommer att få besvär på grund av samsynsdefekter. En sådan massundersökning skulle dessutom medföra en belastning på de ortoptiska klinikerna med en remissfrekvens på ca 40 % från barnavårdscentraler och skola. Den ökade arbetsinsatsen skulle på intet sätt motsvara vinsten i form av bekvämare närseende för ett fåtal av våra skolelever.

Ett mera praktiskt tillvägagångssätt för att spåra upp de barn, som eventuellt kan ha besvär av samsynsrubbningar, torde vara att i stället låta de barn, som företer symtom vid läsning, genomgå en fullständig undersökning, omfattande även ortoptisk bedömning. Ett sådant remissförfarande sker redan i enlighet med de riktlinjer som redovisas i 1974 års skolhälsovårdsutredningsbetänkande (SOU 1976: 46) Skolhälsovård.

Uppskattningsvis har 15 % av eleverna i grundskolan läs- och skrivsvårigheter. De sociala konsekvenserna för vissa drabbade elever kan bli betydande liksom de ekonomiska konsekvenserna för samhället. Det är därför viktigt, att forskning bedrivs inom detta område. Enligt socialstyrelsens mening är det dock inte meningsfullt att satsa ytterligare resurser vare sig på utredning eller ökad forskning vad beträffar samsynens betydelse för läsförmågan.

SÖ lämnar uppgifter om omfattningen av synundersökningar inom skolhälsovården samt anför därefter följande.

Vad beträffar hyperopiundersökningen i åk 2 så finns det nu tre samstämmiga svenska undersökningar som visar att denna undersökning inte

har något praktiskt värde. I sammanfattningen av en undersökning från Göteborg, som omfattar ca 1 300 elever framhåller ögonläkaren Kerstin Strömlund följande. "Insatsen från skolsköterskornas sida var betydande, då det rör sig om att testa ett stort antal barn". "Insatsen från ögonläkaren var däremot inte stor. Man ställer sig mycket tveksam till massundersökning av det här slaget, där arbetsinsatsen inte på något sätt motsvarar vinsten i form av nyupptäckta synfel, som ger betydande besvär och behöver åtgärdas." Enligt underhandsmeddelande avser ögonläkarföreningen föreslå att hyperopitesten utgår ur skolhälsovårdens synundersökning.

Läs- och skrivsvårigheter hos barn har varit föremål för en mångårig internationell forskning. Det eventuella sambandet mellan läs- och skrivsvårigheter och olika typer av samsynssvårigheter har undersökts i flera välkontrollerade studier. Nord, Rindziunski och Skydsgaard visade redan 1969 i en undersökning från Köpenhamn, "Ophthalmologic and Orthoptic Examinations of Dyslectics" (Acta Ophthalmologica vol 47 1969) att det inte föreligger något samband mellan "specifik dyslexi och syndefekter i dess vidaste bemärkelse".

Undersökningar visar att samsynsstörningar är utomordentligt vanliga men enligt ögonläkare ger de ej upphov till specifika läs- och skrivsvårigheter och endast i undantagsfall till trötthetsbesvär vid läsning. Det torde vara omöjligt att genom massundersökning av barnens samseende i fyrarespektive sjuårsåldern fånga upp dem som eventuellt senare kommer att utveckla symtom på läs- och skrivsvårigheter. Det riktiga tillvägagångssättet är enligt SÖ:s uppfattning att gå den omvända vägen, nämligen att låta de barn som företer symtom vid läsning genomgå en fullständig ögonundersökning, omfattande även ortoptisk bedömning.

Barn med läs- och skrivsvårigheter bör emellertid få sina ögon undersökta av ögonläkare. Detta är motiverat av det skälet att det är mycket svårt för såväl lärare och skolhälsovårdspersonal att avgöra om eleven har någon ögonåkomma förutom sina läs- och skrivsvårigheter.

Skolhälsovårdens synundersökningar bör enligt SÖ:s uppfattning även i fortsättningen ha den omfattning som anges i SOU 1976:46. Dock kan hyperopitesten utgå. Det är emellertid mycket viktigt att skolhälsovårdspersonalen, i första hand skolsköterskan, har en nära kontakt med lärarna för att få kännedom om vilka barn som har ögonbesvär vid läsning eller som har läs- och skrivsvårigheter. Skolhälsovården bör vara generös med remiss till ögonläkare eller till leg. optiker om barnen är över åtta år.

Orsakerna till uppkomsten av läs- och skrivsvårigheter är i flera avseenden fortfarande oklara. Det är viktigt att forskning bedrivs inom detta område. Däremot finns det enligt SÖ:s mening ingen anledning att ge ytterligare resurser åt det område som gäller samsynens betydelse för läsförmågan. SÖ anser sålunda att det inte finns något skäl att utreda om synundersökningarna vid fyraårskontrollen och i grundskolan bör utökas till att gälla även samsynsproblem.

Landstingsförbundet anför – utöver vad som refererats ovan – att Landstingsförbundet i sammanhanget vill peka på sin i många sammanhang framförda uppfattning att hälso- och sjukvårdens personal måste ha så bred utbildning som möjligt för att antalet specialinriktade yrkeskategorier på sikt skall kunna minskas.

Svenska läkaresällskapet anför bl. a. följande.

Sambandet mellan samsynsproblem och läs- och skrivsvårigheter har varit föremål för ett flertal välkontrollerade studier, men i inga av dessa har samsynsdefekt kunnat förklara uppkomsten av läs- och skrivsvårigheter. I några undersökningar har man visserligen funnit något högre frekvens av samsynsstörningar bland barn med läs- och skrivsvårigheter än i ett kontrollmaterial, men detta kan förklaras av att läs- och skrivsvårigheter och samsynsstörningar i enstaka fall har en gemensam orsak. I vissa, tämligen sällsynta fall, kan samsynsstörningar ge upphov till trötthetsbesvär hos litet äldre skolelever. Naturligtvis kan samsynsstörningar också rent slumpvis drabba barn med läs- och skrivsvårigheter. Av det ovan sagda framgår att Sällskapet anser det helt orealistiskt att man genom att pröva samsyn i tidig ålder, t. ex. genom ortoptisk undersökning i fyra- respektive sjuårsåldern, skulle kunna spåra upp de barn som kommer att utveckla läs- och skrivsvårigheter. Dessutom är samsynsundersökningarna tids- och personalkrävande, vilket ytterligare talar mot deras införande.

Det är naturligtvis väsentligt att *vissa* barn med läs- och skrivsvårigheter kan bli undersökta av ögonspecialist för att man skall kunna avgöra om de också har någon ögonåkomma. Riktlinjerna för remitterandet är i princip lika för barn med och utan läs- och skrivsvårigheter. Riktlinjerna framgår av Sveriges Ögonläkarförenings förslag till synundersökning i skolan, vilka återfinns i SOU 1976: 46. Vissa anamnestiska uppgifter om besvär vid närarbete kan ge anledning att misstänka samsynsrubbning och är en viktig indikation för remiss till ögonundersökning. Erfarenheten visar dock att få barn med samsynsfel har subjektiva besvär. Någon anledning att ändra dessa riktlinjer eller att införa samsynsundersökning i skolan finns ej. Varje skolelev i landet har således redan möjlighet att via det ordinarie remissförfarandet från skolläkare bli undersökt av ögonspecialist.

Sammanfattningsvis vill Svenska Läkaresällskapet framhålla *att* samband mellan samsynsproblem och läs- och skrivsvårigheter aldrig kunnat påvisas, *att* få barn med samsynsrubbningar har besvär vid närarbete, *att* lämpliga riktlinjer redan finns utarbetade för remitterande av skolbarn till ögonundersökning, *att* behov av samsynsundersökning vid 4-åringskontrollen och i grundskolan inte föreligger.

Svenska sällskapet för optometri (SSO) framhåller att sällskapet med sin skrivelse önskar stödja motionärernas intentioner och bekräfta att den uppsökande synvården bland förskolebarn liksom även i skolorna har stora brister. Sällskapet anför härefter bl. a. följande.

SSO vill också med hänsyn till olika syndefekters betydelse för individens totala utveckling betona betydelsen av tidig upptäckt och behandling.

Legitimerade optiker i vårt land konfronteras ofta med skolbarn och ungdomar som söker för synbesvär, vanligen vid seendet på korta avstånd, t. ex. vid läsning och skrivarbete, som kunde ha undvikits om åtgärder hade insatts vid tidigare ålder.

Inte sällan har dessa barn utan anmärkning genomgått tidigare kontroller vid barnavårdscentral, skolhälsovård och ibland också hos ögonläkare. Orsaken till detta är dels den bristfälliga undersökningstekniken, men också att ej sakkunnig personal utför kontrollerna.

Med nuvarande form av synkontroll är risken stor att just de barn som

kräver speciell uppmärksamhet förblir helt oupptäckta. Vid enbart synskärpeprövning mot på avstånd uppvisade testsymboler upptäcks endast synfel som åtföljs av synskärpenedsättning. Alla syndefekter som ej direkt påverkar synskärpan på avstånd, men som kan ge betydande synbesvär vid t. ex. närseende, som följd av onormal belastning av ögonens inställningsförmåga såväl vad det gäller förmågan att bibehålla tydligt seende som samarbetet mellan ögonen, förblir oupptäckta.

Detta är allvarligt eftersom just dessa syndefekter har stor betydelse för individens förmåga att klara skolans krav. Det är därför synnerligen angeläget att förutom ögonens optiska status också samseendet och ögonens rörelseförmåga rutinmässigt undersöks så tidigt som möjligt. Alla tidigt utvecklade syndefekter bör för framgångsrik behandling ha upptäckts och åtgärdats långt före skolstarten.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp en rad vitt skilda frågor, nämligen om lagstiftning om rökfria miljöer och färdmedel, om handhavandet av cytostatika (medel som hämmar celltillväxten) inom sjukvården, om förebyggande av infektioner vid utlandsresor m. m. samt om utökning av synprövningen på barn till att avse även s. k. samsynsundersökning.

Lagstiftning om rökfria miljöer och färdmedel

Socialutskottet har i åtskilliga sammanhang behandlat frågan om åtgärder för att begränsa tobakskonsumtionen. Utskottets ställningstaganden, som godkänts av riksdagen, har därvid skett mot bakgrunden av de allvarliga hälsorisker som är förbundna med bruket av tobak. Utskottet har uttalat sig för ett program som innefattar åtgärder för en systematisk satsning för att få till stånd en minskning av tobakskonsumtionen (SoU 1975:5 s. 21–24).

Insatser på området har gjorts av statsmakterna framför allt under 1970-talet. Sålunda har årligen medel anvisats under anslaget till hälsovårdsupplysning för upplysningsverksamhet om tobakens skadeverkningar. År 1975 antogs lagen (1975: 1154) om varningstext och innehållsdeklaration på tobaksvaror. År 1977 tillkallades en kommitté – tobakskommittén (S 1977:03) – med uppgift att utarbeta ett program för arbetet med att nedbringa tobakskonsumtionen och motverka dess skadeverkningar. Enligt direktiven för tobakskommitténs arbete skall tobakskommittén lägga fram förslag dels om åtgärder som omedelbart bör vidtas för att minska tobakskonsumtionen och förebygga tobakens skadeverkningar, dels om åtgärder på längre sikt.

Tobakskommittén avgav år 1978 delbetänkandet (Ds S 1978:7) Rökfria miljöer med förslag till en lag om begränsning av tobaksrökning i offentliga lokaler. Med offentliga lokaler skall enligt lagförslaget jämställas bl. a.

allmänna kommunikationsmedel. I delbetänkandet föreslås vidare att en särskild informationskampanj skall arrangeras vid tiden för ikraftträdandet av den föreslagna lagen. Delbetänkandet har remissbehandlats. De flesta remissinstanserna tillstyrker förslaget om en lagstiftning på området. Ett antal remissinstanser är emellertid tveksamma till eller avstyrker förslaget. De anser att man lättare kan nå det åsyftade målet med ökad upplysning om tobakens skadeverkningar och enskilda åtgärder.

I motion 1979/80: 1665 av Gabriel Romanus (fp) och Margareta Andrén (fp) framhålls bl. a. att det nu är hög tid att riksdagen får behandla en lagstiftning som avser att garantera den som inte vill utsättas för tobaksrök skydd däremot i sådana offentliga miljöer och färdmedel som var och en kan ha anledning att vistas i. Motionärerna begär att riksdagen skall anta ett vid motionen fogat förslag till lag om rökfria miljöer och färdmedel (se bilaga 1 till betänkandet). Motionärerna påpekar att deras lagförslag bygger på tobakskommitténs lagförslag.

Statsrådet Holm har under våren besvarat en fråga om när en proposition om rökfria offentliga lokaler på grundval av tobakskommitténs nämnda delbetänkande kommer att föreläggas riksdagen. Statsrådet framhöll bl. a. att tobakskommittén beräknades avsluta sitt arbete senast under september månad 1980, att kommittén i sitt väntade slutbetänkande skulle komma att lägga fram förslag till ett samlat åtgärdsprogram i tobaksfrågan och att kommittén därvid bl. a. väntades föreslå ytterligare åtgärder för att få till stånd rökfria miljöer. Enligt statsrådet var det därför lämpligt att avvakta tobakskommitténs slutbetänkande innan regeringen tog ställning till frågan om bl. a. rökförbud i vissa lokaler. Tobakskommittén beräknas enligt vad utskottet inhämtat komma att avge sitt slutbetänkande vid årsskiftet 1980-1981.

Utskottet uttalade redan år 1971 (SoU 1971: 21) att det torde råda allmän enighet om att även i vårt land en systematisk satsning på att få till stånd en minskning av tobakskonsumtionen måste ske. Utskottet upmärksammade redan då de obehag som tobaksrökning kan medföra för icke-rökare. Olika insatser har därefter gjorts för att nedbringa tobakskonsumtionen och för att skapa rökfria miljöer, vilket har fått till följd en positiv attitydförändring mot rökningen. Många sammanträden och sammankomster är t. ex. numera helt rökfria. Det har genom olika undersökningar klarlagts att också s. k. passiv rökning kan förorsaka skador. Påpekas bör också de problem som kan uppstå för personer som är allergiska mot rök om de tvingas vistas i lokaler där rökning förekommer.

Utskottet har förståelse för att man inom regeringen vill avvakta tobakskommitténs slutbetänkande innan man tar upp frågan om rökförbud i vissa lokaler m. m. Utskottet förutsätter emellertid att denna fråga skall bli föremål för en skyndsam beredning, när slutbetänkandet föreligger.

I avvaktan på regeringens ställningstagande i lagstiftningsfrågan avstyrker utskottet motion 1979/80: 1665.

Handhavandet av cytostatika inom sjukvården

Cancer och andra elekartade tumörsjukdomar uppstår genom att celler i kroppen ändrar sitt normala tillväxtmönster. Behandlingsformerna vid sådana tumörsjukdomar är kirurgisk behandling, strålbehandling (radioterapi) och medicinsk behandling. Den medicinska behandlingen omfattar bl. a. behandling med medel som hämmar celltillväxten (cytostatika). Många cytostatika kan vid hantering ge skador på oskyddad hud och dessutom framkalla allergiska reaktioner.

Läran om tumörsjukdomar benämns onkologi. I inskränkt bemärkelse syftar termen på läran om elakartade tumörer. Socialstyrelsen har i Råd och anvisningar nr 32 från februari 1974 om planering av onkologisk sjukvård framlagt råd och anvisningar att beaktas vid planeringen av den onkologiska sjukvården. Socialstyrelsen har förordat att cancervården samordnas inom varje sjukvårdsregion genom ett onkologiskt centrum vid varje regionsjukhus. Detta skall dock inte innebära att en ny lokalmässigt sammanhållen enhet tillskapas. Den medikamentella cancerterapin och radioterapin bör enligt dessa råd och anvisningar samordnas inom ramen för de radioterapevtiska klinikerna vid regionsjukhus och vissa länssjukhus, medan tumörkirurgin förutsätts även i fortsättningen komma att bedrivas inom de olika kirurgiska specialavdelningarna. Enligt nämnda råd och anvisningar bör vården av vissa tumörsjukdomar centraliseras till regionsjukhusets olika kliniker. Den stora frekvensen av andra tumörformer förutsätts emellertid medföra att behandlingen av dessa måste ske vid länssjukhus och i viss mån vid länsdelssjukhus.

Under senare år har cytostatika börjat användas på allt fler kliniker på våra sjukhus och användningen har ökat. Detta gäller såväl i den öppna som i den slutna vården.

Socialstyrelsen har i nr 1978: 7 av publikationsserien Information från socialstyrelsens läkemedelsavdelning publicerat en instruktion för handhavande och administrering av 19 angivna cytostatika.

I motion 1979/80: 1222 av Knut Wachmeister (m) anförs bl. a. att det är utomordentligt viktigt att handhavandet av de cellgifter (cytostatika) som sätts in mot elakartade tumörer regleras både beträffande läkare och legitimerade sjuksköterskor så att man kan uppnå optimal effekt för de sjuka och mininala risker för vårdpersonalen. Motionären begär mot denna bakgrund att formerna för arbetet vid regionala onkologiska centra skyndsamt ses över i vad gäller handhavandet av cytostatika.

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, medicinska forskningsrådet, arbetarskyddsstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR samt Landsorganisationen i Sverige (LO). Läkaresällskapet har vid sitt yttrande fogat ett gemensamt yttrande över motionen av Svensk onkologisk förening, Svensk internmedicinsk förening, Svensk kirurgisk förening samt Svensk förening för ra-

dioterapi. SACO/SR har vid sitt yttrande fogat ett yttrande över motionen av Svenska onkologförbundet och Sveriges Farmacevtförbund.

En utförlig redovisning för yttrandena har lämnats i ett föregående avsnitt (s. 9–15). I yttrandena framhålls behovet av en översyn av handhavandet av cytostatika (se sammanställningen på s. 7–9).

Arbetarskyddsstyrelsen anför bl. a. att myndigheten har för avsikt att utfärda föreskrifter om hanteringen av cytostatika och att arbetet beräknas starta under år 1980. Föreskrifterna kommer enligt arbetarskyddsstyrelsen att utarbetas i samråd med socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Arbetarskyddsstyrelsen framhåller vidare bl. a. att – mot bakgrund av att användningen av cytostatika synes ha ökat under senare år samtidigt som hanteringen av dessa läkemedel alltmer har decentraliserats från onkologiska centra – eventuella utredningar och åtgärder i övrigt inom området inte bör begränsas till att gälla enbart onkologiska centra.

Socialstyrelsen anför bl. a. att myndigheten har kommit överens med arbetarskyddsstyrelsen om att medverka i utformningen av dess planerade föreskrifter på området.

Det av arbetarskyddsstyrelsen planerade arbetet att i samverkan med socialstyrelsen utarbeta föreskrifter för hantering av cytostatika tillgodoser yrkandet i motion 1979/80: 1222. Utskottet vill framhålla angelägenheten av att – i överensstämmelse med vad flera remissinstanser uttalat sig för – detta arbete får avse hanteringen av cytostatika inte bara vid de onkologiska klinikerna utan även vid andra enheter inom sjukvården med hänsyn till den utspridda användningen av cytostatika. Utskottet vill också framhålla vikten av att arbetet bedrivs skyndsamt.

Med hänsyn till det anförda påkallar motionen inte någon riksdagens åtgärd.

Förebyggande av infektioner vid utlandsresor m. m.

I motion 1979/80: 250 av Nils Hjorth (s) och Margit Sandéhn (s) påpekas bl. a. att omkring två tredjedelar av de mellan 1 500 och 2 500 patienter med salmonellasjukdomar (tyfus, paratyfus och andra akuta tarm- och magsjukdomar) och shigellasjukdom (bacillär dysenteri), som årligen registreras i vårt land, ådragit sig sjukdomarna under utlandsresor. Det påpekas vidare att de nya och avlägsna resmål i varmare länder, som researrangörerna lockar med, flerdubblar riskerna för dessa sjukdomar. Motionärerna anför att bristfällig hygien på bl. a. hotell och restauranger i förening med ett hett klimat torde vara orsak till sjukdomarna.

Motionärerna begär en rad åtgärder som syftar till att minska risken för infektioner under utlandsresor. Motionärernas önskemål avser information om risken för infektioner, enkla råd och anvisningar för att förebygga sådana samt förbättrad livsmedelshygienisk kontroll och ökade hygieniska krav på de anställda när det gäller hotell, restauranger, flygplan och båtar

som regelbundet anlitas av researrangörerna. Motionärerna uttalar vidare önskemål om internationella överenskommelser på området.

Motionärerna vill dessutom att man upprättar fullständiga passagerarlistor med namn och adress vid all flygbokning för att man vid infektions- och epidemirisk snabbt skall kunna lokalisera riskpersoner samt begär en översyn av bokningsbestämmelserna och rutinerna vid flygresor i syfte att detta önskemål skall tillgodoses.

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, luftfartsverket, statens livsmedelsverk, Svenska resebranschens förening (SRF, tidigare benämnd Svenska resebyråföreningen) samt Researrangörsföreningen i Skandinavien (RIS). Socialstyrelsen har inhämtat och vid sitt yttrande fogat yttranden av ledamoten i socialstyrelsens vetenskapliga råd, professorn i infektionssjukdomar vid Karolinska institutet Elias Bengtsson, statens bakteriologiska laboratorium (SBL), länsläkarorganisationen i Stockholms län, förste stadsläkaren i Göteborg samt länsläkaren Lars Olof Mentzing. Den sistnämnda är socialstyrelsens representant i en svensk "Facilitation (FAL-)kommitté", som inrättats på rekommendation av den internationella luftfartsorganisationen (ICAO) och som har till uppgift att behandla frågor om åtgärder för att underlätta luftfarten.

I yttrandena framhålls sammanfattningsvis (se sammanställning på s. 18–20) att de i praktiken viktigaste sätten att minska de av motionärerna påtalade riskerna för infektioner är att hälsoupplysning lämnas till utlandsresenärerna och att krav ställs på en god hygienisk standard på de hotell och restauranger som anlitas av researrangörerna. Utskottet vill också understryka betydelsen av sådana åtgärder. Företrädarna för resebranschen – Svenska resebranschens förening och Researrangörsföreningen i Skandinavien – framhåller att de inte har något att invända mot utbyggd hälsoupplysning, och den sistnämnda organisationen framhåller bl. a. att researrangörerna noga följer standarden och förhållandena på "resmålen" och på de för resenärerna anlitade hotellen och restaurangerna.

I vissa yttranden ställer man sig positiv till kravet på listor över flygpassagerare. Luftfartsverket avvisar emellertid med bestämdhet tanken på att införa sådana listor. Luftfartsverket hänvisar till att det i det internationella regelsystemet för luftfarten är föreskrivet som norm att staterna skall avstå från att ställa krav på att passagerarlistor upprättas. Av SBL:s yttrande framgår att när det gäller resenärer i charterflyg passagerarlistor med namn och adress numera praktiskt taget alltid kan erhållas.

Socialstyrelsen framhåller avslutningsvis i sitt yttrande att styrelsen avser att föreslå regeringen en mera allmän översyn av smittskyddslagstiftningen och att det är naturligt att de av motionärerna aktualiserade problemen tas upp till en samlad bedömning i detta sammanhang. Detta aviserade initiativ har numera fullföljts av socialstyrelsen. Myndigheten har sålunda i en framställning i september i år föreslagit att smittskyddslagen (1968: 231) och den till denna knutna smittskyddskungörelsen

(1968:234) ses över. Utskottet utgår från att om den begärda översynen kommer till stånd problem av den art som berörts i motion 1979/80:250 kommer att övervägas under översynen.

Med hänsyn till det anförda påkallar motionen enligt utskottets mening inte någon åtgärd av riksdagen. Motionen avstyrks således.

Utökning av synprövningen på barn med samsynsundersökning

Enligt ett av socialstyrelsen år 1969 fastställt normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 1969:39) anordnas vid barnavårdscentralerna en serie läkarbesök i hälsoövervakande och handikappuppspårande syfte för barnen från födelsen intill skolåldern. Den första systematiska synundersökningen i uppspårande syfte görs f.n. vid en hälsokontroll vid 4 års ålder. Enligt riktlinjer för denna synundersökning skall barnen remitteras till ögonläkare, om brister i synskärpan av viss omfattning upptäcks. Någon särskild prövning av samseendet – förmågan att se med båda ögonen tillsammans – görs inte vid kontrollen på barnavårdscentralerna.

Inom skolhälsovården utförs i enlighet med en rekommendation av Svenska ögonläkarföreningen synskärpeprövning och yttre inspektion av ögonen på eleverna i årskurserna 1, 2, 4, 6 och 8 i grundskolan och på eleverna i årskurs 1 i gymnasieskolan. På flera håll utförs dessutom en undersökning av översynthet på eleverna i årskurs 2 i grundskolan. Dessutom färgsinnesprövas alla elever i årskurs 6 i grundskolan. Om brister i synförmågan av viss omfattning konstateras skall elev remitteras till ögonläkare. Någon särskild prövning av samseendet görs inte heller inom skolhälsovården.

I motion 1979/80:634 av Maja Ohlin m.fl. (s) påpekas att en viss studie visat att man genom s.k. ortoptistisk undersökning kan avslöja brister i samseendet som inte kan diagnostiseras med den typ av synundersökningar som vanligen förekommer i grundskolan. Motionärerna påpekar vidare att man inte kan utesluta att vissa samsynsproblem kan ha en negativ inverkan vid såväl läs- och skrivträning som vid annat närarbete och därmed kan försvåra individens livssituation. Motionärerna begär mot denna bakgrund att man utreder om synsundersökningarna vid 4-årskontrollen och i grundskolan kan utökas till att gälla även samsynsproblem och framlägger förslag till åtgärd som en sådan utredning kan ge anledning till.

Utskottet har inhämtat yttranden över motionen från socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, Landstingsförbundet samt Svenska läkaresällskapet. Svenska läkaresällskapet har avgivit sitt yttrande efter hörande av bl.a. Läkaresällskapets sektioner för oftalmologi, pediatrik och skolhygien, allmän medicin samt fysikalisk medicin och rehabilitering.

I ärendet har vidare inkommit skrivelser från Riksförbundet Hem och Skola samt från Svenska sällskapet för optometri, som är en organisation bestående av legitimerade optiker.

Socialstyrelsen, skolöverstyrelsen och Läkaresällskapet framhåller i huvudsak samstämmigt att det inte har dokumenterats vetenskapligt att samsynsdefekter kan ge upphov till läs- och skrivsvårigheter, att samsynsdefekter endast i undantagsfall kan bidra till vissa läsbesvär samt att några diagnostiska möjligheter inte finns tillgängliga med vilka man kan förutsäga vilka barn det är som senare eventuellt kommer att få besvär orsakade av en samsynsdefekt. Mot denna bakgrund anser nämnda remissinstanser att det är orealistiskt att man genom massundersökningar hos barn i åldrarna fyra och sju år skulle kunna fånga upp dem, som eventuellt senare kommer att få besvär på grund av samsynsdefekter. Sådana massundersökningar, påpekas det, skulle dessutom medföra en belastning på de ortoptiska klinikerna. Enligt de angivna remissinstanserna bör man bibehålla nuvarande praxis, dvs. de barn som har besvär vid närarbete bör remitteras till ögonläkare.

Landstingsförbundet framhåller som en allmän synpunkt att det i första hand är socialstyrelsen som får ta ställning till om rutiner i hälsokontrollarbetet behöver omprövas på grund av nya medicinska erfarenheter.

Riksförbundet Hem och Skola anser att motionen är angelägen och Svenska sällskapet för optometri ställer sig helt bakom motionsyrkandet.

Mot bakgrund av vad socialstyrelsen, skolöverstyrelsen och Läkaresällskapet anför är utskottet inte berett att tillstyrka en sådan utredning som föreslås i motion 1979/80: 634. Utskottet vill emellertid framhålla att såsom skolöverstyrelsen påpekat det är viktigt att skolhälsovården – i första hand skolsköterskan – har en nära kontakt med lärarna för att få kännedom om vilka barn det är som har ögonbesvär vid läsning eller som har läs- och skrivsvårigheter samt att skolhälsovården bör vara generös med remiss till ögonläkare eller leg. optiker om barnen är över åtta år. Utskottet vill vidare i detta sammanhang nämna att frågan om hur läs- och skrivsvårigheter för barn skall kunna begränsas har tagits upp i en framställning av Riksförbundet Hem och Skola, som f. n. bereds inom regeringskansliet. Riksförbundet föreslår en utredning i frågan. Utskottet utgår från att om en sådan utredning kommer till stånd bl. a. frågor om samband mellan syndefekter av alla slag och läs- och skrivsvårigheter kommer att närmare behandlas under utredningsarbetet.

Utskottets hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *lagstiftning om rökfria miljöer och färdmedel*
   att riksdagen avslår motion 1979/80: 1665,
2. beträffande *handhavandet av cytostatika inom sjukvården*
   att riksdagen avslår motion 1979/80: 1222,
3. beträffande *förebyggande av infektioner vid utlandsresor m. m.*
   att riksdagen avslår motion 1979/80: 250.

4. beträffande *utökning av synprövningen på barn med samsynsundersökning*
   att riksdagen avslår motion 1979/80: 634.

Stockholm den 4 december 1980

På socialutskottets vägnar
GÖRAN KARLSSON

Närvarande: Göran Karlsson (s), Gabriel Romanus (fp), Rune Gustavsson (c), Evert Svensson (s), Mårten Werner (m), John Johnsson (s), Blenda Littmarck (m), Kjell Nilsson (s), Kersti Swartz (fp), Anita Bråkenhielm (m), Stig Alftin (s), Karin Israelsson (c), Lena Öhrsvik (s), Anita Persson (s) och Sigvard Persson (c).

Bilaga 1

Förslag till lag om rökfria miljöer och färdmedel som framlagts i motion 1979/80: 1665 av Gabriel Romanus (fp) och Margareta Andrén (fp) och som avstyrkts av utskottet (moment 1 i utskottets hemställan).

Förslag till

Lag om rökfria miljöer och färdmedel

Härigenom föreskrivs följande.

1 § I lokaler i vilka stat eller kommun bedriver verksamhet och till vilka allmänheten äger tillträde utan särskilt medgivande samt i lokaler i vilka anordnas offentlig tillställning som avses i 9 § allmänna ordningsstadgan (1956: 617) eller allmän sammankomst som avses i 1 § lagen (1956: 618) om allmänna sammankomster får tobaksrökning ske endast i därför särskilt inrättat utrymme.

Vad i första stycket sägs skall gälla även allmänna kommunikationsmedel inom landet och lokaler som står till förfogande för resande med sådana kommunikationsmedel.

2 § Bestämmelserna i lagen tillämpas ej på restauranglokaler eller lokaler i vilka anordnas danstillställning.

3 § De bestämmelser som gäller för tobaksrökning skall tydligt anslås i de lokaler och allmänna kommunikationsmedel som omfattas av lagen.

4 § Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, socialstyrelsen meddelar efter samråd med statens planverk föreskrifter om hur sådant utrymme för tobaksrökning som avses i 1 § skall vara beskaffat.

5 § Socialstyrelsen utövar den centrala tillsynen över efterlevnaden av denna lag.

6 § Det åligger hälsovårdsnämnden att övervaka efterlevnaden av bestämmelserna i denna lag.

Hälsovårdsnämnden får meddela den som ansvarar för en lokal eller ett allmänt kommunikationsmedel föreläggande eller förbud som behövs för efterlevnaden av denna lag eller av föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

I beslut om föreläggande eller förbud kan hälsovårdsnämnden utsätta vite. Vite får dock inte föreläggas stat eller kommun.

7 § För att fullgöra åliggandena enligt denna lag har tillsynsmyndigheten rätt att få tillträde till lokaler och allmänna kommunikationsmedel som avses i lagen.

8 § Hälsovårdsnämndens beslut enligt denna lag överklagas hos länsstyrelsen genom besvär. Länsstyrelsens beslut överklagas hos kammarrätten genom besvär.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1981.

Innehållsförteckning

	Sid.
Motionsyrkanden	1
Ansvaret för hälsovård och hälsoskydd	1
Hälsovård	1
Hälsoskydd	2
Begränsning av tobaksrökning i offentliga lokaler och färdmedel	3
Bakgrund	3
Motionen	3
Tidigare riksdagsbehandling m. m.	4
Handhavandet av cytostatika inom sjukvården	5
Bakgrund	5
Motionen	5
Vissa bestämmelser	5
Socialstyrelsens råd och anvisningar angående planering av onkologisk sjukvård	6
Anvisningar för handhavande och administrering av cytostatika	6
Viss utredning	7
Remissyttranden	7
Ställningstaganden till motionsyrkandet	7
Innehållet i remissyttrandena	9
Åtgärder mot spridning av infektioner förvärvade i utlandet m. m.	15
Motionen	15
Åtgärder mot smittsamma sjukdomar	16
Antal passagerare i utrikes chartertrafik med flyg	17
Vissa konventionsbestämmelser m. m. angående internationell civil luftfart	17
Remissyttranden	18
Ställningstaganden till motionsförslagen m. m.	18
Innehållet i övrigt i remissyttrandena	20
Utökning av synprövningen på barn med samsynsundersökning	29
Motionen	29
Synprövningen inom barnhälsovården	29
Synprövningen inom skolhälsovården	31
Tidigare riksdagsbehandling	31
Remissyttranden m. m.	32
Ställningstaganden till motionen	33
Innehållet i övrigt i remissyttrandena m. m.	34
Utskottet	37
Lagstiftning om rökfria miljöer och färdmedel	37
Handhavandet av cytostatika inom sjukvården	39
Förebyggande av infektioner vid utlandsresor m. m.	40
Utökning av synprövningen på barn med samsynsundersökning	42
Utskottets hemställan	43
Bilaga 1, i motion 1979/80: 1665 (fp) framlagt förslag till lag om rökfria miljöer och färdmedel	45

Norstedts Tryckeri, Stockholm 1980