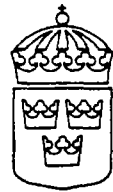


Regeringens proposition

1985/86:13

om ändring i smittskyddslagen (1968:231)
m.m.



Prop.
1985/86:13

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 5 september 1985.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen lämnas en översiktlig redogörelse för de åtgärder som har vidtagits och som planeras för att begränsa spridningen av viruset HTLV-III, som kan ge upphov till sjukdomen AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Som ett led i kampen mot sjukdomen har regeringen beslutat att smittskyddslagen (1968:231) skall tillämpas på AIDS. Detta har skett genom att regeringen tidigare denna dag har fattat beslut om att hänföra infektion av HTLV-III-virus till de veneriska sjukdomarna genom ändring i 6 § smittskyddskungörelsen (1968:234). En förutsättning för att åtgärderna skall leda till ett gott resultat är att de uppfattas som ändamålsenliga av främst de grupper där viruset har fått sin största utbredning. Flera av åtgärderna syftar därför till att stärka förtroendet för smittskyddsarbetet. Som en sådan åtgärd föreslås att 26 § smittskyddslagen upphävs. Paragrafen innehåller bestämmelser om straff för den som lider av venerisk sjukdom och med vetskap eller misstanke om det har könsligt umgänge samt för den som eljest uppsåtligt eller av grov oaktsamhet utsätter annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom.

Lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (1968:231)

dels att 26 § skall upphöra att gälla,

dels att 29 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

29 § (1)

Om den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket i sin verksamhet enligt denna lag har erhållit uppgifter som ger anledning anta att en gärning som avses i 26 § eller i 6 kap. 7 § brottsbalken har förövats, är han skyldig att anmäla detta till åklagare, när det är påkallat för att förhindra att brottsligheten fortsätter.

Har någon vid förundersökning enligt 23 kap. rättegångsbalken befunnits skäligen misstänkt för brott som avses i 26 §, har åklagaren rätt att på begäran få uppgift om resultatet av läkarundersökning, som föranstaltats av den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket. Har åtal väckts, har även domstolen rätt att få sådan uppgift.

Om den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket i sin verksamhet enligt denna lag har erhållit uppgifter som ger anledning anta att en gärning som avses i 6 kap. 8 eller 9 § brottsbalken har förövats, är han skyldig att anmäla detta till åklagare, när det är påkallat för att förhindra att brottsligheten fortsätter.

Denna lag träder i kraft två veckor efter den dag då lagen enligt uppgift på den utkom från trycket i Svensk författningssamling.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 september 1985

Närvarande: statsråden I. Carlsson, ordförande, Feldt, Sigurdson, Gustafsson, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Thunborg

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Proposition om ändring i smittskyddslagen (1968:231) m.m.

1 Inledning

Smittsamma sjukdomar som kan utgöra ett hot mot samhället har sedan lång tid tillbaka bekämpats på olika sätt i vårt land. De nuvarande bestämmelserna om smittskyddet finns i främst smittskyddslagen (1968:231, ändrad senast 1981:581) och smittskyddskungörelsen (1968:234, ändrad senast 1981:682). I dessa författningar finns bestämmelser om bl.a. organisationen av smittskyddet, åligganden för den enskilde när han lider av en smittsam sjukdom samt tvångsmedel och straff för den som inte efterlever bestämmelserna. De smittsamma sjukdomarna indelas i allmänfarliga sjukdomar, veneriska sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Bestämmelserna i lagstiftningen gäller nästan utan undantag endast sjukdomarna i de två förstnämnda grupperna. Det är regeringen som bestämmer vilka sjukdomar som skall hänföras till allmänfarliga sjukdomar respektive till veneriska sjukdomar. Detta har regeringen gjort genom en uppräknings i 1 och 6 §§ smittskyddskungörelsen. F.n. hänförs 22 sjukdomar eller sjukdomsgrupper till de allmänfarliga. Bland dessa märks salmonelladiarré, bacillär dysenteri, amöbadysenteri, meningokocksjukdom, polio, epidemisk gulsot, inokulationsgulsot, difteri och tuberkulos. Veneriska sjukdomar är syfilis, gonorré, mjuk schanker och veneriskt lymfgranulom.

När det gäller de allmänfarliga sjukdomarna ger smittskyddslagen miljö- och hälsoskyddsnämnderna en central roll i smittskyddsarbetet. I realiteten har nämndernas verksamhet begränsats till livsmedelsburna smittsamma sjukdomar, huvudsakligen till salmonelladiarré och dysenteri. Övrigt smittskyddsarbete utförs inom hälso- och sjukvården.

Arbetet med att bekämpa utbredningen av de veneriska sjukdomarna sker också det inom hälso- och sjukvården. Här har smittskyddsläkaren viktiga uppgifter. Denne läkare utses av landstingskommunens hälso- och sjukvårdsnämnd och har tillagts betydande befogenheter i smittskyddslagen.

Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) bidrar i smittskyddsarbetet i stor omfattning med laboratorieundersökningar av insända prover och med expertråd om hur spridningen av olika smittsamma sjukdomar bäst kan

begränsas. Genom att läkarna är skyldiga att rapportera inträffade sjukdomsfall till SBL, har laboratoriet en fortlöpande överblick över smittskyddssituationen i landet.

Socialstyrelsen har den högsta tillsynen över smittskyddsverksamheten.

2 Smittskyddskommittén

Genom beslut den 18 februari 1982 tillkallades en särskild utredare¹ att göra en översyn av smittskyddsförfattningarna. Utredaren antog namnet smittskyddskommittén (S 1982:02). Som skäl för en översyn angavs i direktiven (dir. 1982:7) bl.a. att ansvarsfördelningen mellan olika berörda myndigheter behöver närmare preciseras – särskilt när det gäller ansvaret för information i samband med epidemier – och att nya rön i fråga om smittsamma sjukdomars orsaker och spridningsmönster ofta innebär ändrade förutsättningar för organisationen av samhällets beredskapsskydd.

När det gäller de veneriska sjukdomarna framhölls i direktiven bl.a. att det under senare år ofta hade debatterats huruvida det är lämpligt att använda tvångsmedel för att förebygga utbredningen av sexuellt överförda sjukdomar. Enligt direktiven var tiden nu mogen att pröva frågan om det alltjämt fanns behov av att särreglera de veneriska sjukdomarna.

Smittskyddskommittén har den 30 augusti 1985 överlämnat betänkandet (SOU 1985:37) Om smittskydd.

Förslagen i betänkandet innebär bl.a. att uppdelningen i allmänfarliga och veneriska sjukdomar skall upphöra. Samtliga sjukdomar som regleras i den nya lagen skall kallas allmänfarliga. Liksom i dag skall det ankomma på regeringen att bestämma vilka sjukdomar som lagen skall tillämpas på. I lagen anges under vilka förutsättningar en sjukdom skall få förklaras som allmänfarlig. Landstingskommunerna får ansvaret för smittskyddet. Åtgärder som vidtas för att förhindra eller begränsa smittspridning skall inriktas på människor, s.k. personinriktade åtgärder. Åtgärder som kräver ingrepp mot objekt får vidtas med stöd av annan lagstiftning. Smittskyddsläkaren får en central roll i smittskyddsarbetet. Denne föreslås få fler arbetsuppgifter och vidare befogenheter än vad smittskyddsläkaren f.n. har. Smittskyddsläkaren skall vara den i landstinget som under hälso- och sjukvårdsnämnden leder och planerar smittskyddet. Till skillnad mot den nuvarande lagen får varje verksam läkare en uttrycklig skyldighet att bedriva visst smittskyddsarbete och att göra vissa epidemiologiska utredningar. Tvångsmedlen i lagstiftningen har begränsats till de absolut nödvändigaste. Dessa är enligt kommittén läkarundersökning och isolering på sjukhus. Däremot får ingen tvingas att genomgå behandling med läkemedel eller annan medicinsk behandling. Nuvarande straffbestämmelser för bl.a. den som sprider venerisk sjukdom betraktas som mindre ändamålsenliga och föreslås inte få någon motsvarighet i den nya lagen.

3.1 Sjukdomen och dess spridning

Under senare år har ett nytt, smittsamt och farligt virus börjat att sprida sig bland befolkningarna i många länder runt om i världen. Viruset benämns HTLV-III (Humant T-lymfotropt virus typ III) eller LAV (Lymfadenopati-Associert Virus). I det följande används benämningen HTLV-III. Av dem som har smittats med detta virus utvecklar vissa sjukdomen – eller mera egentligt sjukdomstillståndet – AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). På svenska kan sjukdomen kallas förvärvad immunbrist. Om något annat inte framgår av sammanhanget, används i det följande benämningen AIDS endast när det fullt utvecklade sjukdomstillstånd som viruset kan ge upphov till avses. I övrigt används benämningen infektion av HTLV-III-virus. Varifrån viruset kommer vet man ännu inte helt säkert, men enligt en teori med många förespråkare har det sitt ursprung i de centrala delarna av Afrika, varifrån det har spritt sig till USA. Från Afrika och USA har det spritt sig till bl.a. Europa. I USA diagnostiserades det första sjukdomsfallet år 1979 och i Sverige år 1982.

HTLV-III-viruset är ett s.k. kvardröjande virus, vilket innebär att den smittade själv märker effekterna av infektionen först efter en längre tid, ofta efter flera år. Redan 4-6 veckor efter smittillfället kan dock vissa sjukdomssymptom uppträda hos den smittade. Dessa visar likheter med symptomen vid influensa. Hittills vunna erfarenheter tyder på att endast en del av dem som har smittats kommer att utveckla sjukdomen AIDS. Man uppskattar att ca 20 % av de smittade utvecklar sjukdomen inom en femårsperiod. Om denna andel ökar därefter vet man ännu inte. Dödligheten i sjukdomen är mycket hög men smittsamheten är förhållandevis låg och sjukdomen fordrar särskilda smittvägar, t.ex. sexuellt umgänge. Vid vanliga sociala kontakter smittar den inte alls. Såvitt man känner till har ännu inte någon som drabbats av sjukdomen tillfrisknat. Något vaccin mot infektionen finns inte och inte heller finns något botemedel att tillgå. Den som en gång har smittats kommer sannolikt att bära smittämnet under återstoden av sitt liv och utgör således under hela denna tid en potentiell smittkälla. Nya rön om sjukdomen och en eventuell upptäckt av ett vaccin eller botemedel mot sjukdomen kan naturligtvis komma att ändra vår syn på AIDS.

Smittämnet förekommer i kroppsvätskor såsom blod, urin, tårar, saliv och sådesvätska. Beträffande spridningssättet föreligger vissa likheter med hepatit B (en form av smittsam gulsot), vilket innebär att smittan sprids vid könsligt umgänge och genom blod och blodprodukter. Genom blod och blodprodukter sprids smittan inte endast vid transfusioner utan också när t.ex. samma injektionsspruta används av flera personer utan att desinficeras mellan användarna. Virusets spridningssätt har inneburit att förekomsten av det ännu så länge är i huvudsak begränsad till vissa grupper i befolkningen. Det har visat sig att levnadssättet, särskilt sexualvanorna, har stor betydelse för risken att bli smittad och att föra smittan vidare till andra. De som har sexuellt umgänge med många partners löper en betydligt större risk att bli smittade och att utveckla sjukdomen AIDS än de som lever i fasta förhållanden.

Smittan och sjukdomen har hittills fått sin största utbredning bland de homosexuella män som har många sexuella kontakter med andra män. Någon liknande snabb utveckling har inte märkts bland de heterosexuella. I vissa länder i Afrika synes dock sjukdomen numera vara mera jämnt spridd i de olika befolkningsgrupperna. En annan grupp som har drabbats är den del av de s.k. intravenösa narkotikamissbrukarna som använder gemensamma sprutor. Bland dessa finns många kvinnliga prostituerade. Även för denna grupp är det således levnadssättet som är avgörande för den förhöjda risken att bli smittad. Till en tredje grupp med förhållandevis stor risk att bli smittad brukar hänföras mottagare av blodprodukter. Bland dessa märks särskilt de blödarsjuka. I Sverige finns ca 600 blödarsjuka. Riskerna för denna grupp har dock numera starkt minskat, främst genom att en rad åtgärder vidtagits för att få blodprodukterna fria från smitta.

Hur många som f.n. bär på HTLV-III-virus i Sverige vet man inte med säkerhet, men man beräknar att ca 3 000-5 000 är smittade. Hittills har 33 fall av AIDS diagnostiserats och 18 har hittills avlidit till följd av sjukdomen. I USA beräknar man att mer än 1 miljon amerikaner är smittade och över 12 000 fall av AIDS har diagnostiserats. Hittills har mer än 6 000 avlidit i sjukdomen i USA. Sjukdomens spridningshastighet synes vara densamma i olika länder. Man beräknar att antalet AIDS-fall mer än fördubblas varje år.

Infektion av HTLV-III-virus ingår inte bland de allmänfarliga eller veneriska sjukdomarna och smittskyddslagen är följaktligen i princip inte tillämplig på sjukdomen förrän regeringen har fattat beslut härom.

I Sverige, liksom i många andra länder, ser man med stort allvar på den nya sjukdomen. Betydande insatser görs på många håll och stora resurser satsas på forskning kring sjukdomens spridningssätt, behandlingsmetoder, m.m.

3.2 Myndigheternas vidtagna och planerade åtgärder

Följande åtgärder har hittills vidtagits eller planeras.

Socialstyrelsen

- I meddelandeblad nr 45/83 från socialstyrelsen lämnas information till hälso- och sjukvårdsnämnder, klinikchefer m.fl. med förslag till åtgärder mot AIDS.
- I mars 1983 meddelade socialstyrelsen föreskrifter (SoSFS 1983:6) om anmälningsskyldighet för läkare vid inträffade fall av AIDS.
- I juli 1984 meddelade socialstyrelsen föreskrifter (SoSFS 1984:27) om blodgivning och blodtransfusion för att bl.a. hindra spridning av AIDS.
- I februari 1985 gav socialstyrelsen ny information till hälso- och sjukvårdsnämnderna, klinikchefer m.fl. (Meddelandeblad 11/85) om riskgrupper, riskfaktorer m.m. och förslag till åtgärder vid misstänkt AIDS-sjukdom.
- I mars 1985 meddelade socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd angående AIDS (SoSFS 1985:4). Dessa innehåller bl.a. instruktioner till

läkare om information till antikroppspositiva om infektionens spridningsvägar och möjligheter till skydd för patienten och personer i hans närmaste omgivning. Föreskrifterna innehåller också en komplettering av de tidigare föreskrifterna om blodgivning. Bl.a. utökas antalet grupper som inte får lämna blod.

- I mars 1985 meddelade arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen gemensamt föreskrifter om skydd mot AIDS-smitta vid vård och omhändertagande (AFS 1985:2).
- I juli 1985 meddelade socialstyrelsen information (Meddelandeblad nr 35/85) om psykologiskt stöd till personer med HTLV-III-smitta. Skriften vänder sig till smittskyddsläkare, infektionsläkare, läkare inom narkomanvården och kriminalvården m.fl.
- Socialstyrelsen har gett ut en informationsbroschyr till allmänheten "Vad alla bör veta om AIDS". Broschyren finns tillgänglig bl.a. på vårdcentraler och apotek. Vidare har ett videoband om AIDS färdigställts för TV:s anslagstavla.
- En särskild broschyr har utarbetats till utlandsresenärer. Informationen gäller framför allt resande till de afrikanska länderna kring ekvatorn och till Haiti.
- I en skrivelse till samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder har socialstyrelsen rekommenderat test av alla blodgivare och riskutsatta grupper.
- Socialstyrelsens läkemedelsavdelning följer kontinuerligt utvecklingen av kunskaperna om det virus som orsakar AIDS. Särskild uppmärksamhet ägnas frågan om risken för smittspridning genom läkemedel.

Följande åtgärder förbereds f.n. inom socialstyrelsen.

- Under hösten 1985 avser socialstyrelsen att i samråd med SBL och Landstingsförbundet påbörja en basutbildning om HTLV-III-infektion m.m. för all hälso- och sjukvårdspersonal.
- Utbildning av regionala kontaktpersoner inom narkomanvården kommer att genomföras under hösten 1985 av socialstyrelsen tillsammans med Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet.
- Den basutbildning för all hälso- och sjukvårdspersonal som nu planeras, kommer att kompletteras med kunskapsöversikter för vissa personalgrupper, exempelvis för de läkare som kommer i kontakt med berörda patienter samt för kuratorer m.fl. personalgrupper. Sådana kunskapsöversikter utarbetas för närvarande.
- Socialstyrelsen kommer att ta upp frågan om att lägga in utbildning rörande HTLV-III-infektion m.m. i ordinarie vårdutbildningar med utbildningsansvariga.
- Socialstyrelsen har beslutat att gå ut med information till yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården, där smittspridning kan förekomma. Detta gäller främst dem som sysslar med akupunktur, tatuering, håltagning i öron och rakning.

Statens bakteriologiska laboratorium

- Vid SBL har sedan år 1983 en omfattande verksamhet byggts upp för undersökningar av förekomsten av HTLV-III-antikroppar som ett led i

- epidemiövervakningen. Metodik har utarbetats för undersökningar i stor skala. Undersökningarna har i första hand avsett homosexuella män, narkotikamissbrukare och blödarsjuka. SBL bedriver en omfattande information, konferensverksamhet och rådgivning om laboratorieundersökningar och smittrisker till olika laboratorier och kliniker samt till smittskydds- och sjukvårdshygienverksamheterna.
- SBL har under år 1985 utvärderat kommersiellt tillverkade "grovtester", vilka nu har introducerats på även andra laboratorier än SBL. SBL utför bekräftande undersökningar av de prov som givit positivt utslag i grovtesterna. SBL utför också undersökningar för att direkt påvisa virus i patientprov.
 - SBL bedriver informationsverksamhet till olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården, fångvårdsanstalter, behandlingshem m.m. Information lämnas också till skolor, turister och personer i utlandstjänst m.fl.
 - SBL har byggt upp en beredskap för psykologiskt omhändertagande av HTLV-III-positiva personer.
 - Inom SBL bedrivs ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete. Detta arbete syftar bl.a. till att förbättra laboratediagnostiken av HTLV-III-infektioner, vad gäller påvisande av både antikroppar och virus, att analysera faktorer av betydelse för utvecklingen av AIDS hos HTLV-III-infekterade personer, att bedöma effekterna av olika behandlingsförsök, att utveckla vaccin m.m.
 - Vid SBL följs nu smittans fortsatta utbredning i Sverige. Rapporteringssystem för HTLV-III-infektioner upprättas. En kartläggning av narkotikamissbruket ur AIDS-synvinkel pågår.
 - SBL avser att utge en AIDS-bulletin med information om epidemiologi, diagnostik samt klinik- och forskningsresultat. SBL avser också att tillhandahålla litteraturreferenser med hjälp av dataregister.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen

- Flertalet blodgivare testas f.n. inom samtliga landsting. Inom någon månad kommer samtliga blodgivare att testas.
- Särskilda utbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdspersonal genomförs under hösten 1985 tillsammans med socialstyrelsen och Svenska kommunförbundet.
- Stockholms läns landsting har producerat ett videoprogram, som skall användas i fortbildnings- och informationsarbetet.

Kriminalvårdsstyrelsen

- Den 28 augusti och 4 september 1985 har chefer för lokala och regionala myndigheter samt sjukvårdspersonal erhållit information om AIDS (symptom, smittspridning, psykiska aspekter, aktuell forskning m.m.)
- Fortlöpande provtagning sker av alla intagna som befinner sig i riskzonen.
- F.n. övervägs om det behövs speciella åtgärder under verkställighetstiden för dem som bär på HTLV-III-virus.

- Socialstyrelsens broschyr "Vad alla bör veta om AIDS" distribueras under september 1985 till all personal och alla intagna. I fortsättningen skall broschyren delas ut till alla nyintagna personer. Avsikten är att personalen skall diskutera innehållet i broschyren med varje nyintagen.
- Samtliga kriminalvårdsregioner och större riksanstalter har erhållit videofilmen "AIDS", som bl.a. behandlar smittorisker. Den är i första hand avsedd för personal, men kan visas även för smärre grupper av intagna.

3.3 AIDS-delegationen

För att samordna arbetet inom samhällets alla områden med att begränsa spridningen av HTLV-III-virus tillsatte regeringen den 9 maj 1985 en särskild delegation inom socialdepartementet, regeringens AIDS-delegation. Delegationen är sammansatt av företrädare för de två största riksdagspartierna, berörda departement, socialstyrelsen, statens bakteriologiska laboratorium, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Jag är själv ordförande i delegationen.

Utöver den övergripande uppgiften att samordna samhällsinsatserna mot AIDS, skall delegationen följa och initiera angelägen forskning på området samt ta initiativ till de åtgärder som detta kan föranleda, bedöma behovet av och initiera information till riskgrupper, vårdpersonal, allmänheten m.fl., bedöma och påtala behovet av omedelbara åtgärder t.ex. frågor om lagstiftning samt bedöma angelägna resursbehov. Delegationen får även ta upp andra frågor som rör AIDS.

Till delegationen har knutits två särskilda referensgrupper. Den ena består av företrädare för Riksförbundet för sexuellt likaberättigade (RFSL), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Föreningen för blödersjuka i Sverige (FBIS), Riksförbundet föräldraföreningen mot Narkotika (FMN), Venhälsan, Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), LO, TCO och SACO/SR. Den andra är en referensgrupp för storstäderna, i vilken ingår företrädare för Stockholms kommun och Stockholms läns landstingskommun samt för Göteborgs och Malmö kommuner.

Delegationen har vid sammanträde den 30 augusti 1985 beslutat rekommendera regeringen en rad åtgärder för att begränsa spridningen av HTLV-III-virus bland befolkningen. Bl.a. föreslås att infektion av HTLV-III-virus skall hänföras till de veneriska sjukdomarna och att straffbestämmelserna i 26 § smittskyddslagen skall upphävas. Bestämmelserna i 26 § innebär bl.a. förbud mot könsligt umgänge för den som lider av venerisk sjukdom och har vetskap eller misstanke om detta. Vidare föreslår delegationen att åtgärder vidtas för att värna integriteten hos dem som uppsöker hälso- och sjukvården för provtagning eller vård och behandling i anledning av smittan, bl.a. genom att så långt som möjligt skydda patientens identitet om han önskar detta.

Prop. 1985/86:13 4 Regeringsbeslut om ändring i smittskyddskungörelsen

Den snabba spridningen av HTLV-III-virus under senare år har rönt stor uppmärksamhet runt om i världen. Mängder med uppgifter om viruset och om AIDS har publicerats. Mycket av denna information har varit korrekt, men en inte obetydlig del har varit överdriven, onyanserad och ibland felaktig. Det senare slaget av information har varit till stor skada genom att den bidragit till att opåkallat resa murar mellan de smittade och den övriga befolkningen. Detta har lett till att t.ex. polis och socialarbetare i vissa fall vågrat att ta befattning med dem som smittats av HTLV-III-virus. Också bland hälso- och sjukvårdspersonalen har liknande yttringar visat sig. Dessbättre kan vi nu se tecken på att den obefogade rädslan för att bli smittad håller på att vika i vårt land. Den ändrade attityden till sjukdomen torde väsentligen ha sin förklaring i den omfattande sakliga information som har lämnats om sjukdomen under det senaste halvåret.

Det fordras inte några överdrivna eller felaktiga uppgifter om AIDS för att sjukdomen skall framstå som ett betydande hot mot folkhälsan. Redan en riktig beskrivning av sjukdomen ger denna bild. Det är nödvändigt att vi ser sakligt och nyanserat på situationen och inte vidtar oöverlagda åtgärder som kan vålla mer skada än nytta.

Sett från smittskyddssynpunkt är läget i vårt land fortfarande gynnsamt. Smittan är ännu begränsad till vissa grupper av befolkningen. Målet för insatserna mot viruset måste därför på kort sikt vara att förhindra att smittan får något fäste utanför dessa grupper och att motverka ytterligare smittspridning. På längre sikt måste målet givetvis vara att finna ett vaccin och botemedel mot sjukdomen. Med det sistnämnda syftet pågår ett intensivt arbete runt om i världen, särskilt i USA och Frankrike där stora forskningsresurser har satts in.

I den allmänna debatten har många krävt att smittskyddslagstiftningen skall göras tillämplig på infektion av HTLV-III-virus. Andra har ansett att detta skulle försämra möjligheterna att bedriva ett effektivt smittskyddsarbete.

De som har förespråkat en lagreglering har påpekat att det är orimligt att smittskyddslagen skall gälla för så relativt ofarliga sjukdomar som gonorré, men inte för en livshotande sjukdom som AIDS. Man har också framhållit att det är stötande att man i dag inte har några tvångsmedel att tillgripa mot de smittade personer som visar bristande hänsyn och ansvarskänsla genom en livsföring som innebär stora risker för smittspridning. Man har här pekat främst på prostituerade och narkomaner som missbrukar narkotika intravenöst.

De som har varit tveksamma eller avvisande till en lagreglering har fört fram skilda motiv för sin uppfattning. Många har den principiella uppfattningen att ett effektivt smittskyddsarbete inte kan bedrivas med tvång och straff eller hot därom. Ett framgångsrikt smittskyddsarbete förutsätter att både dess mål och medel har en stark förankring i hela befolkningen. För detta behövs kunskap om hur sjukdomar sprids, sjukdomars symtom och farlighet, m.m. Det förutsätter också omtanke om och hänsyn till medmän-

niskorna hos den som lider av en smittsam sjukdom. Detta uppnår man inte genom tvång och straff. En sådan inställning hos befolkningen kan uppnås endast genom information och upplysning. Man pekar också på att en lagreglering av infektion av HTLV-III-virus kan leda till att många människor drar sig för att uppsöka läkare för att få veta huruvida de är smittade eller ej. Detta beror naturligtvis på att det ännu inte finns någon bot mot sjukdomen. Man anser att den som får besked om att han är smittad med HTLV-III-virus inte kan förvänta sig något annat konkret av läkarbesöket än att få föreskrifter om inskränkningar i sin livsföring, vilka ytterst kan föranleda isolering på sjukhus i de fall han inte följer dem.

Min bedömning är följande. Det råder en bred enighet i vårt land när det gäller synen på sjukdomen AIDS som ett hot mot folkhälsan. Alla är ense om att den utgör ett betydande hot mot hälsotillståndet i riket samt att kraftfulla åtgärder brådskar. Insatserna måste inriktas på att så långt det är möjligt begränsa ytterligare smittspridning. En förutsättning för att vi skall lyckas med detta är att vi kan förhindra att smittan får fäste i de stora befolkningsgrupperna utanför de grupper som redan har drabbats. Det föreligger således enighet om målet för insatserna. Vad diskussionen har gällt är vilka medel som bör användas för att nå detta mål.

Förutsättningarna är goda för att vi i vårt land skall möta den allvarliga situationen på ett bra sätt. Anledningarna till detta är flera. Vårt land har en liten befolkning, stora glesbygdsområden och få storstäder. Vi har en högt utvecklad hälso- och sjukvård, som geografiskt täcker hela landet. Vi har en god överblick över hälsosituationen i landet och vårt samhälle är även i övrigt väl organiserat. Genom att hälso- och sjukvården i huvudsak bedrivs av det allmänna är den integrerad med övriga samhällssektorer av betydelse för hälsoarbetet. De allmänna förutsättningarna är således goda. Beträffande sjukdomen AIDS har vi dessutom haft den fördelen att vi haft ett visst rådrum och kunnat förbereda oss för vad som skulle komma att ske. Genom att med uppmärksamhet följa situationen i USA – där sjukdomen funnits drygt tre år längre än i vårt land – har vi fått värdefulla erfarenheter av stor betydelse för våra egna insatser. Bl.a. fick vi på detta sätt tillgång till testmaterial innan sjukdomen hunnit att få någon större spridning i samhället. Regeringen och berörda myndigheter, främst socialstyrelsen och SBL, har härigenom kunnat vidta en rad åtgärder innan sjukdomen har fått någon mer utbredd omfattning.

Inom AIDS-delegationen har ingående övervägts frågan om att göra smittskyddslagen tillämplig på infektion av HTLV-III-virus. Delegationen har prövat om ett sådant steg skulle påverka möjligheterna att framgångsrikt bekämpa sjukdomens utbredning. Man har nämligen befarat, att åtgärden skulle leda till att de grupper som det är mest angeläget att nå drar sig undan hälso- och sjukvården av rädsla för straff eller olika former av inskränkningar i sin livsföring och för att t.ex. få sin sexuella läggning röjd och uppgiften införd i något slags register.

Å andra sidan har delegationen ansett att det är oacceptabelt, att man inte kan ingripa mot sådana bärare av HTLV-III-virus som visar en uppenbar brist på hänsyn mot sina medmänniskor genom att inte följa de föreskrifter om sin livsföring för att minska risken för smittspridning som de kan ha fått av

läkare. Möjligheterna att ingripa med stöd av annan lagstiftning har bedömts vara små.

Vid en sammanvägning av skälen för respektive emot ett beslut att göra smittskyddslagen tillämplig på infektion av HTLV-III-virus har delegationen funnit att övervägande skäl talar för ett sådant beslut. Vid valet mellan att förklara sjukdomen som allmänfarlig eller venerisk har delegationen kommit till uppfattningen att smittskyddslagstiftningens bestämmelser för de veneriska sjukdomarna är bäst lämpade, bl.a. av det skälet att miljö- och hälsoskyddsnämnderna saknar den medicinska kompetens som krävs i dessa ofta komplicerade ärenden. Delegationen har därför föreslagit regeringen att infektion av HTLV-III-virus skall hänföras till de veneriska sjukdomarna.

Jag delar delegationens uppfattning att smittskyddslagen bör göras tillämplig på infektion av HTLV-III-virus och att sjukdomen bör hänföras till de veneriska sjukdomarna. Regeringen har också på min föredragning tidigare i dag beslutat att foga infektion av HTLV-III-virus till de tidigare veneriska sjukdomarna i 6 § smittskyddskungörelsen.

Regeringens beslut innebär att smittskyddslagens bestämmelser om veneriska sjukdomar blir fullt ut tillämpliga på infektion av HTLV-III-virus. På vetenskapens nuvarande ståndpunkt måste den smittade betraktas som smittförande från den tidpunkt viruset överförs till honom och under återstoden av hans liv. Infektion av HTLV-III-virus måste således tills vidare anses befinna sig i ett ständigt smittsamt skede. Infektionen påvisas enklast genom att man fastställer antikroppar mot viruset. Om något slags botemedel upptäcks som innebär att den smittade kan bli smittfri, kommer detta självklart att ändra synen på när smittsamhet föreligger. Detsamma blir förhållandet om man skulle finna att infektionen, oavsett om något botemedel finns att tillgå eller ej, inte är smittsam under vissa perioder. Den redovisade synen på infektionen innebär bl.a. att den som har haft könsligt umgänge med någon som han vet är smittad får anledning anta att han själv blivit smittad. Han blir då skyldig att söka läkare för provtagning och skyldig att följa de föreskrifter som läkaren meddelar för att hindra spridning av smittan. Samma skyldighet åvilar t.ex. den som har brukat en injektions-spruta som han vet kan föra smitta, såsom när en smittad person tidigare använt sprutan.

Som jag tidigare har redovisat, befarar många att beslutet att göra smittskyddslagen tillämplig på HTLV-III-virus kan få negativa konsekvenser för smittskyddsarbetet. Också jag anser att dessa farhågor är befogade, om man inte vidtar även andra åtgärder. Enligt min uppfattning är det nödvändigt att komplettera beslutet med en rad andra åtgärder för att öka människornas förtroende för smittskyddslagstiftningen och för att värna deras integritet och skydda deras identitet i smittskyddsarbetet. Behovet av sådana åtgärder betonas också i delegationens rekommendationer till regeringen. De åtgärder som jag tänker på är dels sådana som myndigheterna, främst socialstyrelsen, själva kan vidta, dels sådana som kräver beslut av regering eller riksdag.

Till den förstnämnda kategorien av åtgärder hör en anpassning av rutinerna för rapportering av veneriska sjukdomar. Enligt 8 § smittskydds-

kungörelsen skall en läkare som konstaterar att en patient har en venerisk sjukdom senast följande dag skriftligen anmäla detta till smittskyddsläkaren. Anmälan skall innehålla uppgift om den sjukes kön, födelsetid och hemort men inte om hans namn. Den blankett som används för dessa anmälningar har tagits fram av socialstyrelsen. Blanketten används både vid allmänfarliga sjukdomar och vid veneriska sjukdomar. Det har visat sig att anmälningarna vid de veneriska sjukdomarna ibland har kommit att innehålla fler uppgifter än vad kungörelsen föreskriver. Detta förhållande har av olika grupper uppfattats som ett otillbörligt intrång i den personliga integriteten, bl.a. genom att patientens identitet röjs utan att detta är påkallat från smittskyddssynpunkt. Detta blir särskilt påtagligt vid infektion av HTLV-III-virus, eftersom denna sjukdom ännu så länge huvudsakligen är utbredd bland homosexuella män och intravenösa narkotikamissbrukare.

I anledning härav har socialstyrelsen fattat beslut om en ny anmälningsblankett för veneriska sjukdomar. Enligt den nya blanketten anges endast kön, födelseår, hemort och nationalitet för patienten. Inte heller i övrigt ställs upp några krav på uppgifter som ensamma eller sammanställda med andra uppgifter kan röja patientens identitet.

Socialstyrelsen har också fattat beslut om föreskrifter för hur prov för analys som tas i anledning av misstänkt smitta skall märkas, om patienten så önskar, för att laboratoriepersonalen och övrig personal som tar befattning med proven inte skall få reda på från vilken patient ett visst prov härrör. Enligt föreskrifterna skall varje prov förses med en kodbeteckning. Den kod som skall användas utgörs av de två första siffrorna och de fyra sista siffrorna i personnumret. Den behandlande läkaren skall föra en förteckning över de prover som kodats och över de patienter från vilka proverna tagits. Läkaren skall upplysa patienten om hur provet kodats.

Till de åtgärder som myndigheterna själva kan vidta hör också förstärkningar av skyddet för patienternas identitet vid besök inom hälso- och sjukvården. Det förekommer ibland, att den som söker upp hälso- och sjukvården för att få besked om huruvida han är smittad med HTLV-III-virus vill ha sin identitet skyddad. För den offentliga hälso- och sjukvården finns ett sådant skydd i 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) i förhållande till enskilda och andra myndigheter. För den enskilda hälso- och sjukvården finns motsvarande bestämmelser i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen). Enligt dessa bestämmelser får den behandlande läkaren i princip inte lämna ut uppgift om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, t.ex. patientens identitet, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. I sekretesslagen finns dock inte några bestämmelser om vad som i detta fall gäller mellan den behandlande läkaren och övrig personal på den mottagning där patienten undersöks. Det saknas emellertid ofta anledning för någon annan än den behandlande läkaren att känna till patientens namn, om denne önskar att få sin identitet skyddad. Inom socialstyrelsen pågår ett arbete med att vidta åtgärder för att stärka patienternas integritet i dessa avseenden.

Med de åtgärder för att stärka patienternas integritet som jag här har redovisat, anser jag att de befarade negativa konsekvenserna av att förklara

infektion av HTLV-III-virus som en venerisk sjukdom i huvudsak är undanröjda. Ytterligare en åtgärd anser jag dock nödvändig. Denna fråga tar jag upp nu.

5 Straffbestämmelserna i 26 § smittskyddslagen upphävs

Mitt förslag: Straffbestämmelserna i 26 § smittskyddslagen upphävs.

Skälen för mitt förslag: I 26 § smittskyddslagen finns bestämmelser om straff vid spridande av venerisk sjukdom.

Paragrafen har följande lydelse.

Den som lider av venerisk sjukdom och med vetskap eller misstanke om det har könsligt umgänge dömes till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller, om någon eljest uppsåtligen eller av grov oaktsamhet utsätter annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom.

Har brott som avses i första stycket förövats mot make, må åklagare väcka åtal endast om målsägande anger brottet till åtal eller åtal är påkallat från allmän synpunkt.

Av bestämmelsen i paragrafens första stycke, första meningen framgår, att den som lider av en venerisk sjukdom och känner till detta förhållande eller misstänker det kan dömas till böter eller fängelse i högst två år om han har könsligt umgänge med någon annan. Det krävs varken uppsåt eller vållande att sprida smitta hos den som lider av sjukdomen. Det enda som krävs är att han vet eller misstänker att han för smitta vid tillfället för det könsliga umgänget. Det ställs inte upp något krav på att sexualpartnern skall utsättas för fara att bli smittad. I sak innebär detta att straffansvar inträder oavsett om preventivmedel – närmast kondom – använts eller ej. Straffbestämmelsen är tillämplig också i det fallet båda kontrahenterna lider av samma könssjukdom. Båda kan i detta fall straffas, under förutsättning att de hade vetskap eller misstanke om sjukdomen. Skälet för detta är att det smittämne som förorsakar sjukdomen kan förekomma i olika stammar vilka kan vara mer eller mindre motståndskraftiga mot de medicinska preparat som används mot sjukdomen. Det kan således förekomma att en person som lider av gonorré av en viss typ infekteras av en annan typ av samma sjukdom.

Bestämmelsen i första stycket andra meningen avser situationer där någon utsätter någon annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom på annat sätt än genom könsligt umgänge. I detta fall krävs uppsåt eller grov oaktsamhet hos gärningsmannen. I motiven till bestämmelsen, som ursprungligen är från år 1918, anges att man här tänkt på bl.a. den situationen att en amma som lider av syfilis överför sjukdomen till barnet. Också den omvända situationen avses, nämligen när någon lämnar sitt syfilissmittade barn till en amma. Ett annat exempel är när någon i sin yrkesverksamhet utsätter någon för risk att bli smittad, såsom kan vara fallet inom t.ex. hälso- och sjukvården.

I andra stycket finns en bestämmelse om särskilda åtalsregler för brott mot make. Om maken inte har angett brottet till åtal, får åklagaren väcka åtal endast om åtal är påkallat från allmän synpunkt.

Bestämmelserna om straff för den som lider av venerisk sjukdom och har könsligt umgänge med annan och för den som på annat sätt utsätter någon annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom tillkom redan år 1918 som ett led i lagstiftningen om bekämpande av könssjukdomar. Det är numera sällsynt att någon fälls till ansvar för dessa brott. Under åren 1972–1982 lagfördes totalt sex personer med stöd av 26 § smittskyddslagen.

Det har i den allmänna debatten ofta gjorts gällande att straffhotet avskräcker den som drabbats av en venerisk sjukdom från att söka läkare och få vård för sjukdomen. Enligt 29 § smittskyddslagen är nämligen smittskyddsläkaren skyldig att anmäla misstanke om brott enligt 26 § till åklagaren om det är påkallat för att hindra att brottsligheten fortsätter. Många läkare upplever att detta leder till angiveri och att det strider mot läkarens egentliga uppgifter att vårda och behandla patienten. Förtroendet mellan läkare och patient riskerar att rubbas. Det är också mycket sällsynt med sådana anmälningar.

Det finns skäl att anta, att många av dem som har smittats med HTLV-III-virus skulle dra sig för att uppsöka hälso- och sjukvården av rädsla för straff om bestämmelserna i 26 § smittskyddslagen inte upphävs. Denna uppfattning har kommit till klart uttryck hos både dem som arbetar inom smittskyddet och företrädare för de grupper bland vilka smittan ännu så länge är i huvudsak spridd. Skälet till denna inställning är givetvis det förhållandet, att infektion av HTLV-III-virus till skillnad mot t.ex. syfilis och gonorré ännu inte går att bota. Den som en gång har smittats med HTLV-III-virus kommer sannolikt att föra smitta under resten av sitt liv, om vi inte får fram något effektivt botemedel.

Straffbestämmelserna i 26 § smittskyddslagen kan således försvåra ett effektivt smittskyddsarbete. Arbetet med att minska spridningen av veneriska sjukdomar bör i stället inriktas på att förändra våra attityder till dessa sjukdomar. En attitydförändring har också skett sedan smittskyddslagen trädde i kraft år 1969. Den gamla inställningen av skuld och skam håller på att försvinna. Men ännu återstår mycket att göra. Människorna måste få en annan syn på dessa sjukdomar och på de människor som drabbats av sjukdomarna. Genom information och upplysning om sjukdomarna kan attityderna ytterligare förändras. Framför allt unga människor måste få kännedom om att risken att ådra sig dessa sjukdomar är stor vid många sexuella kontakter. De måste få ökad kännedom om de olika sexuellt överförbara sjukdomarna, deras smittsamhet och risker för hälsan. Med mera kunskap torde följa en ökad benägenhet att söka läkare hos de smittade samt ett ökat ansvar att inte smitta andra.

Bestämmelserna i 26 § smittskyddslagen har inte heller fått någon motsvarighet i smittskyddskommitténs förslag till ny smittskyddslag, eftersom bestämmelserna har betraktats som mindre ändamålsenliga för ett framgångsrikt smittskyddsarbete.

Även om 26 § smittskyddslagen upphävs, finns det andra bestämmelser i lagen som har en preventiv verkan när det gäller att förhindra smittspridning.

Den smittade är enligt 12 § smittskyddslagen skyldig att följa de föreskrifter som den behandlande läkaren meddelar om åtgärder för att hindra spridning av smitta. Sådana förhållningsregler kan innebära krav på sexuell avhållsamhet under en längre eller kortare tid. Om den smittade åsidosätter vad som åligger honom kan länsrätten ytterst besluta att han skall tas in på sjukhus, om det finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta (14 §). Den som har intagits på sjukhus är skyldig att kvarstanna och underkasta sig nödvändig vård till dess det inte längre finns grundad anledning att befara att han sprider smitta (16 §).

När det gäller syfilis och gonorré torde få invändningar kunna resas mot det berättigade i att den smittade ges förhållningsregler som innebär krav på sexuell avhållsamhet under den tid sjukdomen befinner sig i smittsamt skede. Den smittade kan ju genom en snabb och enkel läkemedelsbehandling bli smittfri. Annorlunda förhåller det sig med den som har smittats med HTLV-III-virus. Denne måste på vetenskapens nuvarande ståndpunkt betraktas som smittförande från den tidpunkt viruset överförs till honom och under återstoden av hans liv.

För många som har smittats med HTLV-III-virus skulle ett krav på fullständig sexuell avhållsamhet under återstoden av livet framstå som orimligt. Många skulle inte följa en sådan förhållningsregel. Med hänsyn till detta förhållande är det från smittskyddssynpunkt inte en lämplig åtgärd att för all framtid förbjuda den smittade att ha sexuellt umgänge. Eftersom HTLV-III-virus allmänt sett har en låg smittsamhet kan riskerna för smittspridning vid sexuellt umgänge starkt begränsas om parterna iakttar stor försiktighet och använder så säkra metoder som möjligt vid umgänget – t.ex. sexualtekniker där utbyte av kroppsvätskor inte förekommer. Enligt min uppfattning måste man kunna utgå ifrån att den som har smittats kommer att visa hänsyn och omtanke om sin partner.

Inom socialstyrelsen pågår ett arbete med att ta fram anvisningar för vad som bör iaktas vid sexuellt umgänge där någon av parterna är bärare av HTLV-III-virus.

Om 26 § smittskyddslagen upphävs kommer det inte längre att finnas några straffrättsliga bestämmelser i smittskyddslagen för de veneriska sjukdomarna. Detta innebär emellertid inte att könsligt umgänge vid venerisk sjukdom inte längre kan vara straffbart. I brottsbalken finns flera olika bestämmelser som beroende på omständigheterna i det särskilda fallet kan bli tillämpliga på sådana handlingar. Dessa bestämmelser återfinns i 3 kap. som gäller brott mot liv och hälsa samt i 13 kap. som gäller allmänfarliga brott. Enligt 3 kap. 5 § kan den som tillfogar annan sjukdom dömas för misshandel (alt. grov misshandel enligt 6 §). Åsamkar någon av oaktamhet annan person sjukdom som inte är ringa kan han dömas för vållande till kroppsskada eller sjukdom enligt 8 §. I 9 § stadgas ansvar för framkallande av fara för annan för den som av grov oaktamhet utsätter annan för fara för allvarlig sjukdom. I 13 kap. finns de berörda bestämmelserna i 7 och 9 §§. Enligt 7 § första stycket kan den som framkallar allmän fara för människors liv eller hälsa genom att förgifta eller infektera livsmedel, vatten eller annat, på annat sätt sprida gift eller dylikt eller överföra eller sprida allvarlig sjukdom, dömas för spridande av gift eller smitta. Den som av

grov oaktsamhet begår en gärning som anges i bl.a. 7 § skall dömas för vårdslöshet med gift eller smittämne.

Av de skäl som jag här har redovisat anser jag att 26 § smittskyddslagen bör upphävas. I 29 § smittskyddslagen finns bestämmelser som hänvisar till 26 § och som avser åklagares och domstolars tillgång till resultat av läkarundersökningar. En följdändring måste därför göras i förstnämnda paragraf. Det bör anmärkas att frågan under vilka förutsättningar hälso- och sjukvårdssekretessen kan brytas för sådant ändamål som avses i 29 § numera regleras av allmänna bestämmelser i sekretesslagen.

Vidare bör en redaktionell ändring göras i 29 § första stycket smittskyddslagen. Efter de lagändringar i bl.a. 6 kap. brottsbalken som trädde i kraft den 1 juli 1984 bör hänvisningen i 29 § smittskyddslagen avse 6 kap. 8 och 9 §§ brottsbalken.

6 Upprättat lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231).

De föreslagna lagändringarna är av enkel beskaffenhet, varför lagrådets hörande enligt min mening inte är påkallat.

7 Hemställan

Jag hemställer att regeringen föreslår riksdagen att anta förslaget. Regeringen bör föreslå riksdagen att besluta att förkorta motionstiden till sju dagar.

8 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att anta de förslag som föredraganden har lagt fram.

