

Regeringens proposition

1988/89:5

med förslag om ny smittskyddslag m. m.



Prop.
1988/89:5

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 18 augusti 1988.

På regeringens vägnar

Kjell-Olof Feldt

G. Sigurdson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att 1968 års smittskyddslag ersätts av en ny smittskyddslag. I den nya smittskyddslagen ges bestämmelser om smittskyddet. Med smittskydd avses verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

Lagen gäller i princip för alla smittsamma sjukdomar som sprids bland människor. De flesta bestämmelserna gäller dock endast de allvarliga smittsamma sjukdomarna. Dessa benämns i lagen samhällsfarliga sjukdomar. Bland dessa finns både sjukdomar som är sexuellt överförbara och sjukdomar som sprids på annat sätt. Den nya smittskyddslagen har inte någon generell särreglering för de veneriska sjukdomarna.

Anmälan skall göras till ansvariga myndigheter när det inträffar ett fall av smitta i en samhällsfarlig sjukdom eller i en annan särskilt angiven sjukdom. Sjukdomar som skall anmälas kallas anmälningspliktiga sjukdomar.

I en bilaga till smittskyddslagen anges vilka smittsamma sjukdomar som skall anses samhällsfarliga samt vilka ytterligare sjukdomar som är anmälningspliktiga. Regeringen får i brådskande fall föreskriva att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skall tillämpas på en ny verkligt hotande sjukdom som dyker upp, om sjukdomens verkningar inte var kända när bilagan upprättades eller senast ändrades. En sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning. Vidare får regeringen föreskriva att en viss smittsam sjukdom som annars inte är anmälningspliktig skall anmälas enligt föreskrifterna i smittskyddslagen. Också en sådan föreskrift skall snarast underställas riksdagens prövning.

Landstingskommunen ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder

vidtas inom landstingsområdet. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder skall ingripa mot smittkällor i den fysiska miljön. Varje läkare, både de offentligt och de privaterksamma, har uppgifter inom smittskyddet.

Inom landstingskommunen skall en särskild myndighet, smittskyddsläkaren, leda smittskyddet. Smittskyddsläkaren utses av landstingskommunens hälso- och sjukvårdsnämnd och verkar under nämnden i frågor som inte gäller myndighetsutövning. Smittskyddsläkaren har förebyggande, samordnande och övervakande uppgifter samt rena myndighetsuppgifter. Han har bl. a. befogenhet att ingripa med de tvingande åtgärder mot enskilda som behövs för att hindra smittspridning.

Socialstyrelsen skall svara för tillsynen över smittskyddet i landet.

En grundläggande princip i smittskyddslagen är att var och en som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare för provtagning och annan undersökning. Han är skyldig att följa de förhållningsregler som läkaren meddelar honom. Förhållningsreglerna kan vara av olika slag såsom anvisningar om kontakterna med läkaren, personlig hygien eller hygien i allmänhet, förutsättningar för eller avstängning från arbete eller skolgång, isolering i hemmet samt andra inskränkningar och försiktighetsmått i den smittades livsföring. En läkare som undersöker eller behandlar någon enligt denna lag benämns behandlande läkare.

Om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall han lämna läkaren de uppgifter denne kan behöva för att kunna utröna varifrån smittan kommit och till vem smittan kunnat spridas.

Varje läkare är skyldig att undersöka och behandla patienter vid samhällsfarlig sjukdom. Skyldigheten gäller dock inte en privat verksam läkare som inte är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Läkaren skall meddela patienten förhållningsregler och så långt det är möjligt se till att patienten följer dem. Han skall också söka spåra smittan.

En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en anmälningspliktig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium samt beträffande vissa sjukdomar även till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Anmälningar vid sjukdom som är sexuellt överförbar får inte innehålla uppgift om identiteten på patienten eller på den som kan ha smittat patienten.

Den nya smittskyddslagen innehåller också bestämmelser om tvångsåtgärder.

Tvångsundersökning får företas i fråga om den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom och som inte utan dröjsmål frivilligt söker läkare för undersökning. Detsamma gäller om en person som smittats av en samhällsfarlig sjukdom uppger att han varit i kontakt med annan person på sådant sätt att smitta kunnat överföras.

Vid andra samhällsfarliga sjukdomar än de sexuellt överförbara får den som kan antas ha blivit smittad av en sådan sjukdom omhändertas på sjukhus under den tid det tar att klarlägga om han är smittad eller ej, om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning. Omhändertagandet får dock avse högst sju dagar.

Tvångsbehandling får inte förekomma.

Den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom skall tvångsisoleras om han inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Tvångsisoleringen skall ske på ett sjukhus som drivs av en landstingskommun. Tvångsisoleringen får pågå under högst tre månader, men kan därefter förlängas med högst sex månader åt gången.

Under tvångsisoleringen skall den smittade ges ett psykosocialt omhändertagande som syftar till att ändra hans inställning och livsföring så, att tvångsisoleringen kan upphöra utan risk för smittspridning. Permission skall kunna beviljas.

Under tvångsisoleringen skall det vara möjligt att undersöka ingående post, omhänderta och förverka narkotika, alkohol och andra berusningsmedel och sprutor samt att företa kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Någon särskild straffbestämmelse för den som sprider smitta finns inte i smittskyddslagen. Beträffande sådana förfaranden finns straffbestämmelser i brottsbalken.

Vidare innehåller den nya smittskyddslagen vissa kompletterande bestämmelser om handläggningen av mål och ärenden, främst hos förvaltningsdomstolarna.

All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. En undersökning hos en privatpraktiserande läkare för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten. En förutsättning är dock att läkaren är ansluten till den allmänna försäkringen. För övriga besök hos en sådan läkare utgår föreskriven patientavgift.

De läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

Vidare läggs fram förslag om en särskild lag som gör det möjligt att den som är misstänkt för ett brott undersöks med avseende på HIV-smitta, om den brottsliga handlingen är sådan att smitta därigenom kunnat överföras till den som har utsatts för brottet. Förslaget tar i denna del i första hand sikte på sexualbrotten. Lagförslaget föranleder ändring i sekretesslagen (1980:100).

Smittskyddslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 1989.

Lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål och lagen om ändring i sekretesslagen förslås träda i kraft den 1 januari 1989.

Lagförslagen i denna proposition har granskats av lagrådet. Propositionen innehåller därför tre huvuddelar: lagrådsremissen (s. 19), lagrådets yttrande (s. 327) och föredragande statsrådets ställningstagande till lagrådets synpunkter (s. 340).

Den som vill ta del av samtliga skäl för lagförslagen måste därför läsa alla tre delarna.

Vidare bör anmärkas att vissa paragrafer i propositionens förslag till smittskyddslag har en annan numrering än i lagrådsremissen. Lagrådsremissens 42–49 §§ motsvaras i propositionen av 43–50 §§, 50 § har inte någon motsvarighet, 51 § motsvaras av 42 § och 52–71 §§ av 51–70 §§.

1 Förslag till

Smittskyddslag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Med smittskydd avses i denna lag verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

2 § Utöver föreskrifterna i denna lag gäller om smittskydd vad som är föreskrivet i annan författning.

Smittsamma sjukdomar

3 § Smittsamma sjukdomar indelas i *smittsamma sjukdomar* och *övriga smittsamma sjukdomar*.

De smittsamma sjukdomarna och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna skall anmälas enligt föreskrifterna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns *anmälningspliktiga sjukdomar*.

De smittsamma sjukdomarna och de övriga smittsamma sjukdomar som skall anmälas anges i en *bilaga* till denna lag.

4 § Om riksdagens beslut om ändring av bilagan inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om smittsamma sjukdomar skall tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet, om sjukdomen bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade. En sådan föreskrift får meddelas endast om nämnda verkningar av sjukdomen inte var kända vid tillkomsten av bilagan.

Regeringen får föreskriva att en viss smittsam sjukdom som annars inte är anmälningspliktig skall anmälas enligt föreskrifterna i denna lag.

Föreskrifter som meddelas med stöd av första eller andra stycket skall snarast underställas riksdagens prövning.

Allmänna bestämmelser om ansvar och åligganden

5 § Varje *landstingskommun* svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av 9–11 §§.

Vad som sägs i denna lag om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

6 § I varje landstingskommun skall det finnas en smittskyddsläkare, som utses av hälso- och sjukvårdsnämnden. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne verka under hälso- och sjukvårdsnämnden.

7 § *Smittskyddsläkaren* skall, utöver vad som är särskilt föreskrivet i denna lag,

1. planera, organisera och leda smittskyddet.
2. verka för samordning och likformighet av smittskyddet.
3. verka för att förebyggande åtgärder vidtas.
4. fortlöpande följa smittskyddsläget i landstingskommunen.
5. biträda miljö- och hälsoskyddsnämnderna, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete.
6. undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor.
7. lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor, samt
8. även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd.

8 § Smittskyddsläkaren skall få upplysningar från och få del av uppgifter i handlingar hos miljö- och hälsoskyddsnämnder samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

9 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden i en kommun svarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar.

10 § Varje läkare skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock inte en privat verksam läkare som inte är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

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

Om behandlande läkares åligganden enligt denna lag finns närmare föreskrifter i 15–23, 25–27, 29, 32 och 36 §§.

Samverkan

12 § Smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Särskilt skall miljö- och hälsoskyddsnämnderna informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom om beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet.

Smittskyddsläkarna skall samarbeta i smittskyddsfrågor och vid behov utbyta uppgifter som är nödvändiga för verksamheten.

Skyldighet att söka läkare och lämna upplysningar

13 § Den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare samt att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om han har

smittats av en sådan sjukdom. Han är också skyldig att följa de förhållningsregler som läkaren har meddelat honom.

Bestämmelserna i första stycket tillämpas också om en person som smittats av en samhällsfarlig sjukdom uppgår att han varit i kontakt med någon annan person på sådant sätt att smitta kunnat överföras.

14 § Den som har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall lämna den behandlande läkaren uppgift om den eller de personer som smittan kan ha kommit från och förts vidare till samt lämna upplysningar i övrigt om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare.

Läkarundersökning och förhållningsregler

15 § Vid undersökning som avses i 13 § skall den behandlande läkaren ta de prov som behövs för att fastställa om den undersökte smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Läkaren skall informera den undersökte om den misstänkta sjukdomens art och smittsamhet.

16 § Den behandlande läkaren skall meddela den som undersöks för en samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs för att hindra smittspridning. Reglerna får avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt. Förhållningsreglerna skall tas in i den undersöktes patientjournal.

Läkaren skall så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

17 § Om den undersökte begär det, skall smittskyddsläkaren pröva förhållningsreglerna. Smittskyddsläkaren får ändra förhållningsreglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt.

18 § Om den undersökte har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, skall den behandlande läkaren genom att fråga den smittade söka få veta av vad eller vem han kan ha blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Han skall också söka få reda på till vem den smittade kan ha fört smittan vidare.

19 § Om den som undersökts för en samhällsfarlig sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren om detta.

Anmälan om samhällsfarlig och annan anmälningspliktig sjukdom

20 § En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium.

Vid fall av samhällsfarlig sjukdom som avses i 1.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Anmälan till nämnden behöver dock inte göras om omständigheterna klart visar att smittkällan finns utanför landets gränser.

21 § En anmälan som avses i 20 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, personnummer och adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de förhållningsregler som läkaren har meddelat samt de behandlings-

åtgärder och andra åtgärder som han har vidtagit för att hindra smittspridning.

5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Om anmälan gäller en sjukdom som avses i 1.3 bilagan till denna lag, skall uppgifter som avses i första stycket 1 och 2 inte lämnas i anmälan.

22 § En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en annan anmälningspliktig sjukdom än en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Anmälan skall göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Vid fall av sjukdom som avses i 2.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden.

23 § En anmälan enligt 22 § skall innehålla de uppgifter som behövs för att kunna följa sjukdomens utbredning. Den skall inte innehålla uppgift om den smittades identitet. På begäran av smittskyddsläkaren eller miljö- och hälsoskyddsnämnden är dock den läkare som gjort anmälan skyldig att lämna smittskyddsläkaren eller nämnden uppgift om identiteten samt andra uppgifter av betydelse för deras smittskyddsarbete.

24 § Om smittskyddsläkaren efter att ha fått en anmälan enligt 20 eller 22 § finner att ytterligare åtgärder behövs för att hindra smittspridning, skall han se till att sådana åtgärder vidtas.

Särskilda åtgärder vid befarad smittspridning

25 § Om en behandlande läkare har anledning anta att en patient, som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom, inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler, skall han skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren. Detta gäller också då en sådan patient avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det.

26 § Om den behandlande läkaren i sitt arbete med smittspårning enligt 18 § finner anledning anta att en person har smittats av en samhällsfarlig sjukdom och denne inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkaren själv eller av en annan läkare, skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta.

27 § I en underrättelse enligt 25 eller 26 § skall den behandlande läkaren ange den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer och adress samt andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En underrättelse enligt 26 § skall alltid innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

28 § Efter att ha fått en underrättelse enligt 25 eller 26 § skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning eller för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad. Innan smittskyddsläkaren tillgriper en tvångsåtgärd bör han söka nå rättelse på frivillig väg, om det kan ske utan risk för smittspridning.

29 § Beträffande den som för smitta av infektion av HIV är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom de uppgifter som han behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt denna lag:

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

30 § Om smittskyddsläkaren har fått en underrättelse från en behandlande läkare om att en patient som för smitta av infektion av HIV inte har följt eller misstänks inte ha följt meddelade förhållningsregler, skall smittskyddsläkaren underrätta socialnämnden, polismyndigheten och skyddskonsulenten. Därvid skall han lämna uppgift om vem förhållningsreglerna gäller och innebörden av dessa. Underrättelse skall inte lämnas om smittskyddsläkaren bedömer att den inte behövs för att tillse att förhållningsreglerna följs eller att den annars saknar betydelse för smittskyddet.

31 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsulenten, efter att ha fått underrättelse enligt 30 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs, skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som har lämnat underrättelsen. Om denne har överlämnat ärendet till en smittskyddsläkare i en annan landstingskommun, skall anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

När smittskyddsläkaren anser att socialnämndens, polismyndighetens eller skyddskonsulentens medverkan inte längre behövs, skall han meddela myndigheten detta.

32 § Om någon som för smitta av infektion av HIV tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en annan vårdinrättning, skall den läkare som där ansvarar för hälso- och sjukvården underrättas av den behandlande läkaren om smittan och om de förhållningsregler som gäller för den intagne.

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

Tvångsåtgärder

Förelägganden m. m.

33 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden får meddela de förelägganden och förbud som behövs i enskilda fall för att hindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Om någon inte följer ett föreläggande eller förbud, får miljö- och hälsoskyddsnämnden förordna om rättelse på hans bekostnad. Ett sådant beslut får också meddelas utan föregående föreläggande eller förbud, om nämnden med hänsyn till risken för smittspridning finner att rättelse bör ske utan dröjsmål.

34 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden får låta förstöra gång- och sängkläder, husgeråd, möbler och andra föremål av personlig natur samt låta

avliva sällskapsdjur, om det är nödvändigt för att hindra spridning av samhällsfarlig sjukdom. Nämnden skall betala skälig ersättning till den som har drabbats av ett beslut om förstöring.

Prop. 1988/89:5

35 § För att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag har miljö- och hälsoskyddsnämnden rätt till tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen varifrån smitta kan spridas och får där göra undersökningar och ta prov. För uttaget prov betalas inte ersättning.

Tvångsundersökning

36 § Om någon som enligt 13 § är skyldig att söka läkare inte utan dröjsmål gör det, får smittskyddsläkaren besluta att han skall undersökas av en läkare som smittskyddsläkaren bestämmer. Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Läkaren skall underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av undersökningen.

Tillfälligt omhändertagande

37 § Om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning, får smittskyddsläkaren besluta att den som kan antas ha blivit smittad av sjukdom som avses i 1.1 och 1.2 bilagan till denna lag tillfälligt skall tas om hand på sjukhus. Omhändertagandet skall bestå till dess det klarlagts huruvida denne har smittats, dock högst sju dagar, den dag då omhändertagandet verkställdes medräknad.

Den omhändertagne får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

Beslut om tvångsisolering

38 § Länsrätten skall, på ansökan av smittskyddsläkaren, besluta om tvångsisolering av den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, om den smittade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Ett sådant beslut skall också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning.

Tvångsisolering skall ske på sjukhus som drivs av en landstingskommun.

39 § Om länsrättens beslut om tvångsisolering inte kan avvaktas utan fara, skall smittskyddsläkaren meddela ett sådant beslut som avses i 38 § första stycket. Smittskyddsläkarens beslut skall omedelbart underställas länsrättens prövning.

Tvångsisoleringens varaktighet

40 § Tvångsisolering får pågå under högst tre månader från den dag den smittade på grund av beslutet om isolering togs in på sjukhus.

41 § Efter ansökan av smittskyddsläkaren får länsrätten besluta att tvångsisoleringen skall fortsätta utöver den längsta tiden enligt 40 §. Ett sådant beslut får avse högst sex månader åt gången.

En ansökan om fortsatt tvångsisolering skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsisolering har löpt ut. Tvångsisoleringen skall fortgå i avvaktan på att länsrätten beslutar med anledning av ansökan.

42 § När det inte längre finns skäl för tvångsisolering skall smittskyddsläkaren ofördröjligen besluta att tvångsisoleringen skall upphöra.

Om den tvångsisolerade begär att tvångsisoleringen skall upphöra, är smittskyddsläkaren skyldig att ofördröjligen besluta i frågan.

Omhändertagandet under tvångsisoleringen

43 § Den som är tvångsisolerad skall tas väl om hand. Han skall få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så, att tvångsisoleringen kan upphöra.

Särskilda befogenheter vid tvångsisoleringen

44 § Den som är tvångsisolerad får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att genomföra tvångsisoleringen. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till hans egen eller andras säkerhet.

45 § Den som är tvångsisolerad får inte inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel,
2. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,
3. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika, eller
4. annan egendom som kan skada honom själv eller annan eller vara till men för ordningen på sjukhuset.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, får den omhändertagas.

46 § Om det anses påkallat, får den tvångsisolerade kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till sjukhuset, för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 45 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på sjukhuset uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos den tvångsisolerade.

Överläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

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

47 § Överläkaren får besluta att försändelser till den tvångsisolerade får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 45 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom, får den omhändertagas.

48 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 45 eller 47 § eller har sådan egendom påträffats där någon är tvångsisolerad utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall överläkaren låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen

(1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Prop. 1988/89:5

Vistelse utanför sjukhuset vid tvångsisolering

49 § Den som är tvångsisolerad får ges tillstånd att under viss tid vistas utanför sjukhusets område. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

50 § Tillstånd att vistas utanför sjukhusets område meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med överläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Överklagande

51 § Miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut enligt denna lag får överklagas hos länsrätten.

52 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos länsrätten om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 17 §,
2. tillfälligt omhändertagande enligt 37 §,
3. avslag på en begäran att tvångsisoleringen skall upphöra,
4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukhusets område enligt 49 §,
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför sjukhusets område enligt 50 §.

Överläkarens beslut enligt 48 § får överklagas hos länsrätten.

Andra beslut enligt denna lag av smittskyddsläkaren eller annan läkare får inte överklagas.

53 § Socialstyrelsens beslut om föreläggande eller förbud enligt 67 § får överklagas hos kammarrätten.

Handläggningen av mål och ärenden

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

55 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av länsrätten i det län där den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

56 § Länsrätten skall ta upp mål om tvångsisolering enligt 39 eller 41 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in eller underställning skedde. Om beslutet om tvångsisolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom en vecka från den dag beslutet verkställs. Länsrätten får dock förlänga dessa tider om det behövs ytterligare utredning eller om det på grund av någon annan särskild omständighet är nödvändigt.

I mål om tvångsisolering enligt 38, 39 eller 41 § får länsrätten förordna

57 § I mål om tvångsisolering, som väckts vid länsrätten genom ansökan av smittskyddsläkaren, skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

Om någon part begär muntlig förhandling, skall sådan hållas. Parterna skall upplysas om sin rätt till muntlig förhandling.

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

58 § Vid handläggning i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än som avser 33–35 eller 37 § skall nämndemän ingå i rätten.

59 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

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

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

Biträde av polismyndighet

62 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av

1. smittskyddsläkaren för att genomföra läkarundersökning enligt 36 §,
2. smittskyddsläkaren för att till sjukhus föra den som tillfälligt skall tas om hand enligt 37 § eller som skall tvångsisoleras enligt 38 eller 39 §,
3. smittskyddsläkaren eller överläkaren för att återföra den som har avvikit från ett sjukhus, där han enligt beslut skall vara tillfälligt omhändertagen eller tvångsisolerad, eller den som inte har återvänt till sjukhuset sedan hans tillstånd att vistas utanför sjukhusets område har gått ut eller återkallats,
4. miljö- och hälsoskyddsnämnden för att bereda nämnden tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen som avses i 35 §,
5. socialstyrelsen vid styrelsens tillsyn.

Kostnader

63 § All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

En undersökning som utförs av en privat verksam läkare för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

De läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter gäller den som är sjukförsäkrad enligt lagen om allmän försäkring.

64 § Landstingskommunen svarar för kostnader för åtgärder som avses i

63 § första stycket samt för kostnader för läkemedel som avses i 63 § tredje stycket och som förordnas inom den egna verksamheten. Prop. 1988/89:5

Staten svarar för övriga kostnader som följer av 63 §.

Tillsyn

65 § Socialstyrelsen har tillsynen över smittskyddet i landet.

66 § Socialstyrelsen har rätt att på begäran få de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

67 § Socialstyrelsen får i sin tillsynsverksamhet meddela de förelägganden och förbud som behövs för att denna lag eller föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen skall efterlevas.

Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite.

68 § Socialstyrelsen har rätt att inspektera smittskyddsverksamhet som bedrivs av smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsnämnder och hälso- och sjukvårdspersonal. Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna det biträde som behövs vid inspektionen.

Ytterligare föreskrifter

69 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter

1. om åtgärder för att förhindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet,

2. om andra frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination.

Regeringen får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Regeringen får överlåta åt myndighet att meddela föreskrifter som avses i denna paragraf.

Smittskyddet i krig m. m.

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

Anmälningsspliktiga sjukdomar

1 Samhällsfarliga sjukdomar

- 1.1 difteri
fläckfeber
gula febern
hepatit B
hepatit non A non B
meningokockinfektion
polio
tuberkulos
viral hemorragiska febrar exkl. hemorragisk nefrosonefrit
återfallsfeber
- 1.2 hepatit A
kolera
mjältbrand
paratyfoidfeber
pest
rabies
salmonellainfektion
shigellos
tyfoidfeber
- 1.3 gonorré
infektion av HIV (humant immunbristvirus)
klamydiainfektion
syfilis

2 Andra anmälningsspliktiga sjukdomar än samhällsfarliga

- 2.1 amöbainfektion
hemorragisk nefrosonefrit
infektioner orsakade av atypiska mykobakterier
malaria
stelkramp
trikinos
tularemi
- 2.2 botulism
campylobacter
giardia lamblia
legionärssjuka
listerios
papegojsjuka
toxoplasmainfektion

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 juli 1989, då smittskyddslagen (1968:231) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.

2. Föreskrifter som har meddelats enligt 7 § gamla lagen om isolering och om inskränkning i någons verksamhet och enligt 12 § gamla lagen om åtgärder för att hindra spridning av smitta skall anses ha meddelats enligt 16 § nya lagen.

3. Den som vid ikraftträdandet är intagen på sjukhus enligt 7 eller 14 § gamla lagen skall anses intagen enligt 38 § eller, efter ett beslut om omedel-

bar tvångsisolering fattat av en läkare som avses i 2 § andra stycket gamla lagen, 39 § nya lagen. Vid tillämpning av den nya lagen skall beslutet om intagning anses ha fattats vid ikraftträdandet.

4. Om ett mål om intagning på sjukhus inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för tvångsisolering enligt nya lagen.

5. Beslut som miljö- och hälsoskyddsnämnden har meddelat enligt den gamla lagen skall anses meddelade enligt den nya lagen, i den mån det enligt den nya lagen ankommer på nämnden att meddela sådana beslut.

6. Ärenden enligt 7, 10, 14 eller 15 § gamla lagen, som skall överprövas av länsstyrelsen men inte har avgjorts av länsstyrelsen före ikraftträdandet prövas av länsrätten i länet.

7. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till den gamla lagen, skall hänvisningen i stället avse den nya lagen. Hänvisas det till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i den nya lagen, tillämpas i stället den nya föreskriften.

Lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Härigenom föreskrivs följande.

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

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

2 § I fråga om förfarandet vid beslut om undersökning samt om utförandet av undersökningen gäller bestämmelserna i rättegångsbalken om kroppsbesiktning. Beslut om undersökning skall dock fattas av åklagaren eller rätten.

Målsäganden och åklagaren skall underrättas om resultatet av undersökningen.

3 § Staten skall svara för kostnaderna för undersökningen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

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

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

7 kap.

1 §

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastring och åtgärder mot smittsamma sjukdomar, samt i verksamhet som avser särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och därmed likställda.

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

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

Utan hinder av första stycket får uppgifter om insemination i vissa fall lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination.

Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination och lagen (1988:00) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

¹ Lagen omtryckt 1988:9.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 maj 1988

Närvarande: statsrådet Feldt, ordförande, och statsråden Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Peterson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, Hellström, Johansson, Hulterström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Lagrådsremiss med förslag om ny smittskyddslag m. m.

1 Inledning

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade dåvarande statsrådet Karin Ahrlund den 24 mars 1982 förutvarande statsrådet Elisabet Holm att som särskild utredare se över smittskyddsförfattningarna. Den särskilda utredaren överlämnade i augusti 1985 betänkandet (SOU 1985:37) Om smittskydd.

Till protokollet i detta ärende bör fogas dels utredarens sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*, dels de förslag till smittskyddslag och smittskyddsförordning som läggs fram i betänkandet som *bilaga 2*.

Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och övriga som har yttrat sig över betänkandet samt en sammanställning av deras yttranden bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 3*.

Efter det att betänkandet överlämnats har sjukdomen infektion av HIV (humant immunbristvirus) blivit ett allvarligt hälsoproblem också i vårt land. Betydande resurser har satsats för att begränsa spridningen av sjukdomen. Kampen mot sjukdomen leds på central nivå av regeringens AIDS-delegation, som består av bl. a. företrädare för samtliga riksdagspartier. Jag är själv ordförande i delegationen.

Sjukdomens konsekvenser för det svenska samhället har följaktligen inte kunnat beaktas i den särskilde utredarens arbete. Mot denna bakgrund har vissa förslag i frågor som gäller infektion av HIV beretts med delegationen.

I övrigt har i lagstiftningsärendet synpunkter inhämtats från myndigheter samt smittskyddsläkare och andra experter inom ämnesområdet.

2 Allmän motivering

2.1 Tidigare och gällande rättsliga reglering

Smittsamma sjukdomar har i alla tider varit ett gissel för människan och hon har på olika sätt försökt att skydda sig mot dem. Att vissa sjukdomar

är smittsamma har man känt till sedan lång tid tillbaka. Att sjukdomarna framkallas av smittämnen som bakterier och virus fick man dock klart för sig först under 1800- talet. Bestämmelser om hur smittsamma sjukdomar skall bekämpas har i vårt land funnits i lagar och i andra författningar samt i olika slag av andra påbud av statsmakterna. I modern tid har kampen mot de smittsamma sjukdomarna i huvudsak förts längs två linjer. Enligt den ena har åtgärder vidtagits för att bereda smittade och sjuka den vård och behandling som funnits att tillgå. Enligt den andra linjen har man genom epidemiologiska insatser av varierande slag sökt att förhindra sjukdomarnas vidare spridning bland befolkningen. De epidemiologiska insatserna har inriktats på smittspårning, smittrening och andra liknande åtgärder som syftar till att stoppa vidare smittspridning. Till de epidemiologiska insatserna har knutits skyldigheter i olika hänseenden för främst enskilda och möjlighet för samhället att tillgripa tvångsåtgärder när det befunnits erforderligt. Det har också funnits särskilda bestämmelser om straff för den som sprider smitta av vissa smittsamma sjukdomar.

Den främsta anledningen till att de smittsamma sjukdomarna reglerats särskilt är att det ansetts nödvändigt att i vissa fall kunna göra inskränkningar i den enskildes frihet för att framgångsrikt kunna bekämpa dessa sjukdomar. Den som drabbats av en allvarlig smittsam sjukdom har ansetts skyldig att iaktta sådana föreskrifter att smittans spridning till andra människor så långt möjligt förhindras. Kort uttryckt kan man säga att lagstiftningen sedan lång tid tillbaka byggt på den principen, att den människa som för smitta av en allvarlig sjukdom inte efter eget gottfinnande har rätt att fritt bestämma över sina göranden och låtanden utan måste vara skyldig att underkasta sig de föreskrifter som samhället ställt upp till skydd för andra människor.

Våra första moderna författningar om smittskyddet tillkom i början av 1900-talet. I epidemilagen den 19 juni 1919 (nr 443) fanns bestämmelser om de epidemiska sjukdomarna. I lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar (lex veneris) fanns bestämmelser om hur könssjukdomarna skulle bekämpas. För sjukdomen tuberkulos fanns lagen den 4 september 1914 (nr 200) angående vissa åtgärder mot utbredning av lungsot. Lagen ersattes sedermera av tuberkulosförordningen den 31 mars 1939 (nr 113).

Med epidemiska sjukdomar avsågs i epidemilagen i princip andra allvarliga smittsamma sjukdomar än könssjukdomar och tuberkulos. Som exempel på sådana sjukdomar kan nämnas akut barnförlamning, epidemisk hjärnhinneinflammation, difteri, pest, kolera och smittkoppor. Det var en primärkommunal uppgift att bekämpa de epidemiska sjukdomarna. Ansvar för detta åvilade hälsovårdsnämnden.

Ett framträdande inslag i epidemilagen var de skyldigheter som föreskrevs. Hushållsföreståndare var skyldiga att anmäla inträffade sjukdomsfall. Var och en som drabbats av eller misstänktes ha drabbats av en epidemisk sjukdom var skyldig att underkasta sig undersökning av tjänsteläkare och att söka vård på sjukhus eller att vid behov underkasta sig andra inskränkningar i sin frihet. Samma skyldighet hade den som bar eller misstänktes bära smitta av en sådan sjukdom, dvs. den som förde smitta

utan att vara sjuk. Kommunen hade skyldighet att verkställa och bekosta smittrening. Vidare hade sjukvårdshuvudmannen skyldighet att utan ersättning tillhandahålla sjukhusvård.

Könssjukdomarna i *lex veneris* var syfilis, enkelt veneriskt sår och dröppel. Lagen föreskrev inte något huvudmannaskap beträffande åtgärderna mot könssjukdomarna. De åtgärder som kunde komma i fråga föll huvudsakligen på de behandlande läkarna och på förste provinsialläkaren i länet i egenskap av sundhetsinspektör. När institutionen med förste provinsialläkare avvecklades år 1962 övergick uppgifterna till den då nyinrättade länsläkarorganisationen. Hälsovårdsnämnderna i de landstingsfria städerna hade dock några viktiga uppgifter enligt lagen, nämligen befogenhet att förordna om läkarundersökning och om intagning på sjukhus.

Också i *lex veneris* fanns framträdande föreskrifter om olika slag av skyldigheter, särskilt för den enskilde. Enligt lagen var den som led av en könssjukdom skyldig att underkasta sig erforderlig läkarbehandling samt att följa läkares föreskrift om sjukdomens behandling och om hur smittans spridning skulle förhindras. Den sjuke var också skyldig att söka vård på sjukhus om det bedömdes behövt. Vidare var den som anmälts som smittkälla skyldig att söka läkare för undersökning och, om han var sjuk, även behandling.

Huvudmannaskapet för bekämpningen av tuberkulos var enligt tuberkulosförordningen delat mellan kommunen och landstingskommunen. Hälsovårdsnämnden förordnade om läkarundersökning, mottog anmälningar om dödsfall i tuberkulos samt svarade för och bekostade smittrening. Hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan var en uppgift för landstingskommunen och dess medverkan skedde inom en särskild skyddsorganisation, nämligen dispensärväsendet. Statsbidrag utgick till verksamheten.

I början på 1960-talet genomfördes ett omfattande reformarbete på hälso- och sjukvårdens område. Arbetet resulterade i en ny hälsovårdsstadga, en ny sjukhuslagstiftning, riktlinjer för utbyggnaden av regionsjukvården, inrättandet av länsläkarorganisationen samt ett överförande av huvudmannaskapet för tjänsteläkarväsendet från staten till landstingskommunerna.

Som ett led i reformarbetet bedömdes en översyn av smittskyddslagstiftningen som nödvändig. Bl. a. fanns det ett behov av att anpassa lagstiftningen till de organisatoriska förändringarna av hälsovården och av den öppna sjukvården. En utredningsman tillkallades för uppdraget. I betänkandet (SOU 1966:50) Smittskyddslagstiftning redovisade utredningsmannen ett förslag till en ny smittskyddslag som skulle ersätta epidemilagen, *lex veneris* och tuberkulosförordningen.

På grundval av förslagen i betänkandet beslutade regeringen propositionen nr 36 år 1968 med förslag till smittskyddslag, m. m. Propositionen som i huvudsak följde utredarens förslag antogs av riksdagen (2LU 24, rskr. 168, SFS 1968:231 och 232). Riksdagens beslut innebar bl. a. att bestämmelserna om åtgärder mot smittsamma sjukdomar i epidemilagen, *lex veneris* och tuberkulosförordningen fördes samman i nu gällande smittskyddslag (1968:231, SmL).

I smittskyddslagen skiljs mellan allmänfarliga sjukdomar och veneriska sjukdomar. Med allmänfarlig sjukdom avses sådana sjukdomar som tidiga-

re reglerades i epidemilagen och i tuberkulosförordningen. De veneriska sjukdomarna motsvarar i huvudsak könssjukdomarna i lex veneris. Det är regeringen som bestämmer vilka sjukdomar som skall hänföras till allmänfarliga sjukdomar och till veneriska sjukdomar. Smittskyddslagen omfattar formellt också övriga smittsamma sjukdomar men innehåller få materiella bestämmelser om dessa sjukdomar. Inträffade fall av vissa övriga smittsamma sjukdomar skall dock anmälas till ansvarig myndighet.

Ansvar för smittskyddet ligger lokalt på kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd samt på distriktsläkare och varje läkare som behandlar den som är sjuk i eller bär smitta av en sjukdom som avses i smittskyddslagen. Regionalt svarar länsstyrelsen för smittskyddet. Inom landstingskommunen finns en särskilt utsedd smittskyddsläkare. Centralt ligger ansvaret på socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium. Det formella smittskyddsansvaret på det lokala planet speglar dock mindre väl det verkliga förhållandet. Miljö- och hälsoskyddsnämndens verksamhet har i realiteten kommit att begränsas till de smittsamma sjukdomar som sprids främst via vatten och livsmedel samt ornithos. Beträffande övriga sjukdomar har hälso- och sjukvården och smittskyddsläkaren påtagit sig motsvarande större uppgifter. I de största kommunerna är dock miljö- och hälsoskyddsnämndens verksamhet mera omfattande.

Beträffande de allmänfarliga sjukdomarna innehåller smittskyddslagen bestämmelser som är av grundläggande betydelse för smittskyddet och som lägger vissa förpliktelser på den enskilde. Sådana sjukdomsfall skall anmälas till miljö- och hälsoskyddsnämnden, smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Såväl sjuka som smittbärare är skyldiga att genomgå läkarundersökning och underkasta sig provtagning. En sådan person är också skyldig att finna sig i att bli isolerad eller tåla annan inskränkning i sin rörelsefrihet. Om behandling med hänsyn till smittfaran inte kan ske i öppen vård är den sjuke eller smittbäraren skyldig att låta sig tas in för vård på sjukhus. Om det är nödvändigt kan läkarundersökning, provtagning och intagning på sjukhus genomföras mot den enskildes vilja.

Undersökning som görs för att utröna huruvida en allmänfarlig sjukdom föreligger är gratis för den undersökte, om undersökning görs på anfordran av distriktsläkaren. För fortsatt behandling och för läkemedel får patienten betala på samma sätt som vid andra sjukdomar. Vid tuberkulos gäller särskilda bestämmelser om den enskildes kostnader.

Var och en som har anledning anta att han lider av en venerisk sjukdom är skyldig att söka läkare och underkasta sig den undersökning, provtagning och behandling som behövs. Åtgärderna kan genomföras mot den enskildes vilja. Vidare är han skyldig att följa de förhållningsregler (föreskrifter) som läkaren meddelar för att hindra att smitta sprids. Om någon underlåter att fullgöra sina skyldigheter kan han tvångsvis tas in på sjukhus om det finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta. Den läkare som behandlar en veneriskt sjuk person skall söka ta reda på av vem han har fått sjukdomen och till vem han kan ha fört den vidare. Den som utpekas på detta sätt är skyldig att genomgå läkarundersökning.

Vid de veneriska sjukdomarna är all undersökning och behandling i den öppna landstingskommunala hälso- och sjukvården gratis för den enskilde.

2.2 Bakgrund till en ny smittskyddslag

Under en lång tid förde människan en ojämn kamp mot de smittsamma sjukdomarna. De medel som fanns att tillgå för att förhindra smittspridning var att på olika sätt söka avskärma smittade från befolkningen i övrigt. Att sådana åtgärder ofta ledde till tragedier och stort lidande för de drabbade människorna är uppenbart. Åtgärderna var dessutom sällan effektiva, eftersom man hade bristande kunskaper om hur smittan sprids och om de symptomfria smittbärarnas roll i smittspridningen.

Grunden för en radikal förändring av möjligheterna att bekämpa de smittsamma sjukdomarna lades under 1800-talet, då man upptäckte att det var sjukdomsframkallande mikrober som förorsakade sjukdomarna. Sedan upptäckten väl var gjord gick utvecklingen snabbt. Vacciner som kan förebygga sjukdom togs fram. Läkemedel som kan bota människor för sjukdomar eller begränsa sjukdomars verkningar utvecklades. Upptäckten av penicillinets egenskaper innebar en revolution beträffande möjligheterna att behandla många av våra vanligaste, allvarliga smittsamma sjukdomar. Syfilis t. ex. kunde behandlas i större omfattning först efter andra världskriget, när penicillinet togs i allmänt bruk.

Den medicinska utvecklingen har lett till att de smittsamma sjukdomarna har kunnat trängas tillbaka. I ett fall, nämligen beträffande smittkoppor, har man lyckats att helt utrota en sjukdom som länge plågat mänskligheten. I åtminstone de industrialiserade och rika länderna i världen har man under de senaste decennierna haft ett gott grepp om smittskyddssituationen. Med läkemedel och andra åtgärder har man effektivt kunnat förhindra att smittsamma sjukdomar fått en hotande utbredning bland befolkningen. Långt in på 1970-talet hade många en stark tilltro till den medicinska vetenskapens förmåga att hålla tillbaka och skydda människor mot alla smittsamma sjukdomar. Uppkomsten av infektion av HIV (humant immunbristvirus), som kan ge upphov till sjukdomstillståndet aids (acquired immune deficiency syndrome), har emellertid visat hur snabbt situationen kan radikalt förändras. Mot denna sjukdom har människan ännu inte förmått att utveckla något vaccin eller verkligt verksamt botemedel. Beträffande infektion av HIV är vi således tills vidare i stor utsträckning hänvisade till andra åtgärder för att hindra att sjukdomen sprids till allt fler människor.

I Sverige har under de senaste decennierna skett flera förändringar i samhället som har påverkat de smittsamma sjukdomarnas förekomst och spridningsmönster.

Mycket av den snabba sociala utvecklingen har haft gynnsamma effekter på smittskyddssituationen. Boendeförhållandena har förbättrats genom att trångboddheten har minskat och bostadsstandarden har höjts. Detta liksom ökade kunskaper om vikten av en god allmän och personlig hygien har minskat riskerna för smittspridning. Kost- och näringssituationen har också stadigt förbättrats, vilket har lett till ökad motståndskraft mot smitta.

Övergången till en storskalig livsmedelsindustri har dock ökat riskerna för smittspridning med explosiva utbrott. Riskerna motverkas emellertid genom att kraven på livsmedelshygienen har skärpts. Numera är det sällsynt med större utbrott eller epidemier av livsmedelsburen smitta i Sverige.

Människors utflyttning från glesbygder till tätorter har fortsatt och befolkningen är numera koncentrerad till städer och andra tätorter. Denna utveckling har medfört en ökad risk för smittspridning.

En annan faktor som i hög grad har påverkat smittspridningen är det allt vanligare resandet till främst sydliga och tropiska länder. Mer än 90 % av de som drabbas av tarmsmittor som salmonellainfektion och shigellos (bacillär dysenteri) smittas på resor utomlands eller är inresande utländska medborgare. Även vid inhemska utbrott orsakade av förorenad mat kan smittan i stor utsträckning härledas till importerade varor.

Den ökande invandringen och det ökande antalet barn som adopteras från andra länder har också påverkat smittskyddssituationen.

Ytterligare en omständighet som har betydelse i sammanhanget är människors ändrade livsstilar och vanor. Narkotikamissbruk och förändrade sexuella mönster har bidragit till en kraftigt ökad frekvens av infektioner inom vissa grupper. Sjukdomar som sprids i dessa grupper är t. ex. hepatit A och B (gulsot), syfilis, amöbainfektion och infektion av HIV.

Också utvecklingen inom medicinen har varit av stor betydelse i kampen mot infektionssjukdomarna. Behandlings- och vårdmöjligheterna har förbättrats. Vaccinationsprogram och tillgång till antibiotika mot allt fler sjukdomar har här spelat en stor roll.

Kunskaperna om vissa smittämnen och sjukdomar har förbättrats. Till dessa hör campylobacter och klamydiainfektion samt legionärssjuka. Nyupptäckta smittämnen är t. ex. de olika virus som orsakar epidemisk njursjukdom och infektion av HIV.

Vissa typer av infektionssjukdomar har försvunnit. Andra har minskat i omfattning och betydelse. Till de förra hör smittkoppor, till de senare polio och i viss mån streptokockinfektioner. En annan sjukdom på tillbakagång är tuberkulos. Allmänt höjd social standard inklusive bättre bostäder och förbättrade hygieniska förhållanden har tillsammans med väl genomförda vaccinationer och utvecklingen av antibiotika samt ett aktivt smittskyddsarbete bidragit till en gynnsam utveckling. Meningokockinfektion uppträder dock fortfarande då och då i skolor, förläggningar och daghem.

Epidemiläget skiftar från tid till annan. I och med att världen "krymper" i takt med allt snabbare kommunikationer kan vi i framtiden vänta "import" av både gamla och nya infektionssjukdomar. Utvecklingen och forskningen på detta område går emellertid framåt. Biotekniken ger förhoppningar om att vacciner kan utvecklas mot allt fler smittsamma sjukdomar inom överskådlig tid.

Sedan gällande smittskyddslag trädde i kraft den 1 januari 1969 har en ökad strävan efter decentralisering och kommunalt självstyre lett till allt fler funktioner och uppgifter har flyttats över från staten till kommuner och landstingskommuner. Detta har skett även inom områden som tidigare har varit föremål för starkt statligt inflytande. Kommuner och landstings-

kommuner har fått vidsträckta befogenheter att själva handlägga sina angelägenheter. Den statliga detaljregleringen av kommunernas verksamhet har successivt minskat. En bärande princip i kommunallagen (1977:179) är att kommunerna och landstingskommunerna i så hög grad som möjligt skall kunna anpassa sin verksamhet efter lokala förhållanden. Inom civildepartementet pågår arbete med en ny kommunallag med utgångspunkt i demokratiberedningens betänkande (SOU 1985:29) Principer för ny kommunallag.

Denna utveckling mot ökad självständighet och större ansvar för kommunerna har skett inom flera områden som har anknytning till smittskyddet. Inom hälso- och sjukvården har landstingskommunernas uppgifter och ansvar utvidgats. Genom olika reformer har huvudmannaskapet för tidigare statlig verksamhet inom hälso- och sjukvårdssektorn successivt förts över på landstingskommunerna. Detta har inneburit att det statliga engagemanget har minskat i motsvarande mån. I samband med socialstyrelsens omorganisation år 1981 avskaffades länsläkarorganisationen. Flera av de funktioner som tidigare hade legat på denna statliga organisation, som var lokaliserad till länsstyrelsen, fördes då över till landstingskommunerna. Utvidgningen av landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvården har fortsatt. Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som trädde i kraft år 1983, har landstingskommunerna fått ett ytterligare ökat ansvar för hälso- och sjukvården inom sina respektive områden. Landstingskommunerna har frihet att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar. Regleringen av den organisatoriska uppbyggnaden av hälso- och sjukvården är begränsad. Staten svarar dock fortfarande för den centrala, övergripande planeringen och samordningen.

Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen har det traditionella området för hälso- och sjukvården utvidgats. Utöver de rent sjukvårdande insatserna åligger det numera landstingskommunerna att även företa förebyggande insatser som inriktas på såväl miljön som människan.

Tendensen i lagstiftningsarbetet att minska den statliga detaljregleringen och istället öka den kommunala självstyrelsen har också gjort sig gällande inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Hälsoskyddslagen (1982:1080), som år 1983 ersatte hälsovårdsstadgan, innebär en viss utvidgning av den kommunala bestämmanderätten.

2.3 Utgångspunkter för en ny smittskyddslag

En grundläggande fråga inför en ny smittskyddslagstiftning är om det finns något verkligt behov av en sådan lagstiftning. Frågan har ställts tidigare, bl. a. i samband med tillkomsten av gällande smittskyddslag, av den särskilde utredaren och under senare tid då smittskyddsfrågorna fått förnyad aktualitet i anledning av den s. k. aids-epidemin. De som anser att en sådan lagstiftning inte behövs eller är tveksamma till dess värde framhåller att hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt strafflagstiftningen räcker väl till och skulle vara ett lämpligare instrument för att bekämpa de allvarliga smittsamma sjukdomarna än en särskild smittskyddslagstiftning.

Liksom den särskilde utredaren anser jag att det finns ett fortsatt behov

av en särskild smittskyddslagstiftning. Att det skulle ha skett några grundläggande förändringar i detta avseende sedan tillkomsten av gällande smittskyddslag kan jag inte se. Enligt min uppfattning är det inte möjligt att upprätthålla ett effektivt smittskydd med grund endast i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. En grundläggande princip i hälso- och sjukvårdslagen är den enskildes frivilliga medverkan i vård och behandling. Att strafflagstiftningen kan användas för att straffa vissa oacceptabla beteenden är inte tillräckligt för smittskyddet. Det övergripande intresset för smittskyddet är att förhindra smittspridning. Detta innebär bl. a. att man måste kunna framtvunga vissa åtgärder eller förhindra smittfarliga beteenden när råd och anvisningar inte räcker. Ett effektivt smittskydd förutsätter således att åtgärder kan vidtas också mot den enskildes vilja. Så t. ex. kan det vara nödvändigt att snabbt läkarundersöka eller isolera misstänkta smittbärare, oavsett om de godtar åtgärden eller ej. Att i efterhand straffa någon för en underlåtenhet i detta avseende torde vara av underordnat intresse för smittskyddet.

De smittsamma sjukdomarna kan spridas på olika sätt. En smittsam sjukdoms spridning kan sällan förhindras endast genom att behandla smittade och sjuka. I många fall kan det också vara så, att någon verksam behandling inte finns att tillgå.

En förutsättning för att man framgångsrikt skall kunna bekämpa smittsamma sjukdomar är att man förstår det epidemiologiska sammanhanget. Detta betyder att åtgärderna måste utformas med hänsyn tagen till hur människornas beteenden och verksamheter påverkar smittspridningen. Gemensamt för framgångsrika åtgärder är att de ofta är mångfaldiga och många gånger komplexa. Syftet med åtgärderna är vanligen att bryta smittkedjorna. Detta kan ske på olika sätt, t. ex. genom att man förhindrar kontakt mellan smittade och icke smittade eller genom att man behandlar smittade till smittfrihet. Andra åtgärder är att förstöra livsmedel som sprider smitta eller att smittrena förorenade anläggningar. I förebyggande syfte kan man vaccinera friska eller upplysa om hur olika sjukdomar smittar och hur man kan skydda sig mot att bli smittad eller undvika att smitta andra.

Ett effektivt smittskydd förutsätter att inträffade fall av smitta snabbt och säkert rapporteras till dem som ansvarar för smittskyddet. För detta krävs att insatserna planeras och samordnas av en särskild smittskyddsorganisation. En sådan organisation måste i sina väsentliga delar vara enhetlig för hela riket. Detta kan inte åstadkommas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Ett effektivt smittskydd förutsätter också att lagstiftningen vilar på den principen, att det aldrig kan få vara den enskildes ensak att avgöra om han skall söka läkare när han lider av en allvarlig smittsam sjukdom. Det måste anses vara ett gemensamt intresse för alla samhällsmedlemmar att de allvarliga smittsamma sjukdomarna bekämpas och hålls nere så långt det är möjligt. Vidare skulle medborgarna knappast acceptera att samhället avhände sig möjligheten att, när det är nödvändigt, ingripa med tvångsåtgärder mot den smittbärare som utan hänsyn till sina medmänniskor genom sin livsföring utsätter andra för risk att bli smittade. Att enbart förlita sig på

strafflagstiftningen när det gäller ingripanden mot sådana individer skulle, som jag nyss framhållit, inte vara effektivt från smittskyddssynpunkt.

Jag vill dock understryka att smittspridning, med få undantag, framgångsrikt kan förhindras med frivilliga åtgärder. Förhållningsregler, medicinsk behandling eller frivillig intagning på sjukhus räcker i de flesta fall för att hindra att smitta sprids. Beträffande t. ex. den som inte vill genomgå medicinsk behandling till smittfrihet eller där någon sådan behandling inte finns att tillgå, kan det från smittskyddssynpunkt vara tillräckligt om den smittade iakttar givna förhållningsregler och i övrigt vidtar försiktighetsmått i sin livsföring. Först om smittspridning inte kan hindras på sådan frivillig väg bör tvångsåtgärder kunna komma i fråga.

Inte endast de enskilda människorna har skyldigheter inom smittskyddet. Också samhället måste ha skyldigheter mot de enskilda människorna om smittskyddet skall kunna åtnjuta medborgarnas förtroende. Samhället måste således tillhandahålla undersökningsresurser, vård och läkemedel samt hjälp och stöd i olika former under lättillgängliga och förmånliga former för den enskilde. Det är medborgarnas rätt att ställa sådana krav på samhället.

Det är nödvändigt att en ny smittskyddslagstiftning anpassas till den utveckling som skett sedan gällande smittskyddslag trädde i kraft den 1 januari 1969. Detta innebär bl. a. att landstingskommunernas förbättrade förutsättningar att svara för smittskyddsuppgifter måste komma till uttryck i en ny smittskyddslag. På samma sätt är det lämpligt att kommunernas uppgifter minskar i motsvarande mån. Lagstiftningen måste självfallet också beakta den sjukdomsutveckling som vi kan förvänta oss i framtiden och våra möjligheter att bekämpa eller skydda oss mot sjukdomarna.

Regeringsformens (RF) bestämmelser om skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna innebär att förutsättningarna för en ny smittskyddslag nu inte är desamma som då gällande smittskyddslag kom till. Enligt RF:s bestämmelser är varje medborgare gentemot det allmänna bl. a. skyddad mot frihetsberövande och påtvingat kroppsligt ingrepp. Begränsning i detta skydd får göras i lag och endast för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Även sekretesslagstiftningens bestämmelser om skyddet för enskilds personliga förhållanden är av stor vikt i detta sammanhang.

Som jag nyss framhållit är det inte möjligt att helt avstå från tvångsåtgärder och därav följande integritetsinskränkningar för den enskilde i kampen mot de smittsamma sjukdomar som kan utgöra ett hot mot samhället. Erfarenheten visar också att ett framgångsrikt smittskyddsarbete måste bygga på respekt för den enskildes integritet och så långt möjligt vila på frivillighetens grund. I detta förhållande ligger en motsättning som kan vara svår att finna en lösning på. Erfarenheten hittills av aids-epidemin visar emellertid också, att motsättningen inte sällan framställs som större än vad den i verkligheten är beroende på missförstånd beträffande olika reglers innebörd och syfte.

Det är nödvändigt att en ny smittskyddslag betonar behovet av ett förtroendefullt samarbete mellan dem som har uppgifter inom smittskyd-

det och de smittade och andra som kan beröras av olika slags smittskyddsåtgärder. Den enskildes integritet måste därför så långt det är möjligt värnas. Detta får dock inte undanskymma samhällets berättigade krav på effektiva åtgärder till skydd mot allvarliga smittsamma sjukdomar.

Smittskyddsarbetet måste bedrivas med konsekvens och kraft. Tillfälliga opinionsyttringar av olika slag kan därför inte tillåtas få påverka lagstiftningen eller hur arbetet skall bedrivas.

En särskild fråga att beakta vid utarbetandet av en ny smittskyddslag är hur man bäst kan bekämpa spridningen av infektion av HIV. Enligt gällande smittskyddslagstiftning har infektionen hänförs till gruppen veneriska sjukdomar och bekämpas i princip på samma sätt som övriga sjukdomar i den gruppen. Att botemedel för närvarande saknas mot infektionen och att den föranleder särskilda insatser på olika nivåer och inom många verksamhetsområden i samhället har inte förändrat detta principiella synsätt. Inte heller en ny smittskyddslag ger anledning att ompröva ställningstagandet, att infektion av HIV i allt väsentligt bör behandlas på samma sätt som andra sexuellt överförbara sjukdomar.

2.4 Inriktningen av smittskyddet

Mitt förslag: Den nya smittskyddslagen skall, i likhet med gällande smittskyddslag, omfatta olika slag av åtgärder som kan vidtas för att bekämpa smittsamma sjukdomar. Lagen skall således inte begränsas till sådana åtgärder som kan vidtas mot människor, s. k. personinriktade åtgärder.

Utredarens förslag: Smittskyddslagen skall reglera endast sådan smittskyddsverksamhet som avser personinriktade åtgärder. Åtgärder som kan vidtas mot egendom och djur för att hindra smittspridning, s. k. objekthinriktade åtgärder, kan ske med stöd av andra lagar, främst hälsoskyddslagen, livsmedelslagen (1971:511) och renhållningslagen (1979:596).

Remissinstanserna: Förslaget att begränsa den nya smittskyddslagen till personinriktade åtgärder har fått stark kritik av remissinstanserna. Nästan samtliga remissinstanser som har kommenterat förslaget anser att utredaren inte tillräckligt har belyst möjligheterna att vidta objekthinriktade åtgärder med stöd av annan lagstiftning. En sådan begränsning av smittskyddslagens tillämpningsområde kräver, enligt remissinstanserna, en ytterligare analys av angränsande lagstiftning. Man pekar bl. a. på att det är tveksamt om hälsoskyddslagen kan tillämpas på det sätt som utredaren förutsatt, eftersom det kan ifrågasättas om begreppet "sanitär olägenhet" i hälsoskyddslagen innefattar smitta.

Många av de remissinstanser som har ansvar för eller som på annat sätt berörs av smittskyddet är negativa även till tanken att dela upp smittskyddsarbetet i personinriktade resp. objekthinriktade åtgärder. En sådan uppdelning är onaturlig och leder till ett splittrat ansvar för smittskyddet. Detta skulle motverka strävandena att utforma en effektiv och rationell

smittskyddsorganisation, som förutsätter att ansvaret för smittskyddet regionalt samlas hos ett organ. Till dessa remissinstanser hör socialstyrelsen, statens bakteriologiska laboratorium, statens livsmedelsverk, försvarets sjukvårdsstyrelse, Svenska kommunförbundet, några landstingskommuner och kommuner samt Svenska läkaresällskapet.

En del remissinstanser är dock positiva till att smittskyddsåtgärderna indelas i person- resp. objektnriktade åtgärder. Positiva är lantbruksstyrelsen, statens naturvårdsverk, arbetarskyddsstyrelsen, de fyra länsstyrelser som hörts i ärendet, flertalet landstingskommuner och ungefär hälften av de kommuner som yttrat sig samt TCO och Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.

Skälen för mitt förslag: De åtgärder som kan vidtas till skydd mot smittsamma sjukdomar hos människan kan med en grov indelning delas upp i två grupper, personinriktade åtgärder och objektnriktade åtgärder. Bestämmelser om sådana åtgärder ges i smittskyddslagstiftningen men kan finnas också i annan lagstiftning, t. ex. hälso- och sjukvårdslagstiftningen, livsmedelslagstiftningen och hälsoskyddslagstiftningen.

Med personinriktade åtgärder avses ingripanden som tar sikte direkt på människan. Till sådana åtgärder hör vaccination av dem som inte är smittade, undersökning av misstänkt smittade, behandling av smittade till smittfrihet och isolering av smittade. Hit hör också information om smittsamma sjukdomars natur, smittvägar m. m. samt upplysning om betydelsen av en god personlig hygien och av hänsyn i umgänget med andra.

Med objektnriktade åtgärder avses ingripanden mot föremål av olika slag och mot djur. Det kan gälla t. ex. ingripande mot ett förorenat livsmedel såsom rening av dricksvatten eller förstöring av smittade matvaror. Hit hör också åtgärder mot vattenverk och ventilationsanläggningar som sprider smitta.

Gällande smittskyddslag omfattar både person- och objektnriktade åtgärder. Någon uppdelning av åtgärderna på dessa grupper görs dock inte.

För min egen del är jag övertygad om att den negativa eller tveksamma inställning till förslaget som kommer till uttryck i flera av remissinstansernas yttranden inte återspeglar en uppfattning som på något grundläggande sätt skiljer sig från utredarens när det gäller principerna för smittskyddet. En av utredarens utgångspunkter har varit att åstadkomma en effektiv smittskyddsorganisation med en klar ansvarsfördelning. Ett uttryck för detta är förslaget att landstingskommunen ensam skall ha ansvaret för smittskyddet inom sitt område. Med detta principiella ställningstagande är det naturligt att utredaren valt att begränsa lagstiftningen till sådan verksamhet som landstingskommunen har kompetens att bedriva. Detta innebär att utredaren har avgränsat sitt lagförslag till personinriktade åtgärder.

Ändamålsenligt smittskydd förutsätter att både person- och objektnriktade åtgärder kan vidtas. När det gäller objektnriktade åtgärder framhåller utredaren att dessa kan vidtas av olika myndigheter med stöd av annan lagstiftning. När det gäller utredarens uppfattning i denna fråga delar jag den tveksamhet som kommer till uttryck i många remissyttrandena. En hel del smittskyddsåtgärder kan, som utredaren också redovisar, vidtas med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagstiftningen. Jag är

dock inte övertygad om att denna lagstiftning räcker till i alla de avseenden som objektinriktade smittskyddsåtgärder kan bli aktuella.

Enligt min uppfattning måste en ny smittskyddslag utgå bl. a. från att ett ändamålsenligt smittskydd förutsätter en sammanhållen smittskyddsverksamhet med en klar ansvarsfördelning mellan dem som verkar i den. Denna uppfattning har ett starkt stöd hos remissinstanserna. Person- och objektinriktade åtgärder är erfarenhetsmässigt intimt förknippade med varandra och förutsätter ofta ett nära samspel. Vidare anser jag att de värdefulla kunskaper och erfarenheter beträffande det objektinriktade smittskyddsarbetet som finns hos i första hand miljö- och hälsoskyddsnämnderna bäst tas till vara inom ramen för en ny smittskyddslagstiftning.

Med dessa utgångspunkter har jag kommit fram till att en ny smittskyddslag bör, liksom den nu gällande, omfatta både personinriktade och objektinriktade smittskyddsåtgärder. Jag återkommer till frågan om vem som skall ha ansvaret för det framtida smittskyddet (avsnitt 2.6).

2.5 Sjukdomarna i smittskyddslagen

Mitt förslag: De smittsamma sjukdomar som kan spridas bland människor indelas i smittskyddslagen i samhällsfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Den generella särregleringen av de veneriska sjukdomarna upphör.

Utredarens förslag: Smittskyddslagen skall tillämpas endast på de allvarligaste smittsamma sjukdomarna. Dessa skall benämnas allmänfarliga. Särregleringen av de veneriska sjukdomarna skall upphöra.

Remissinstanserna: Utredarens förslag att begränsa smittskyddslagen till att gälla enbart vad hon benämner allmänfarliga sjukdomar tillstyrks av socialstyrelsen, riksåklagaren och riksförbundet för sexuellt likaberättigande utan närmare kommentarer. Övriga remissinstanser lämnar förslaget utan erinran. Några remissinstanser anser att benämningen "allmänfarliga sjukdomar" bör bytas ut mot "smittskyddsreglerade sjukdomar" eller någon liknande benämning. Länsrätten i Stockholms län ifrågasätter om det inte är smittämnen som kan orsaka sjukdomarna och inte sjukdomarna som skall regleras i lagen.

Flertalet remissinstanser tillstyrker förslaget att inte längre ha särskilda bestämmelser för de veneriska sjukdomarna. Statens bakteriologiska laboratorium, skolöverstyrelsen och Svenska läkaresällskapet anser dock att uppgifter om den enskildes personliga förhållanden måste skyddas särskilt vid de sexuellt överförbara sjukdomarna.

Skälen för mitt förslag

I gällande smittskyddslag indelas de smittsamma sjukdomarna hos människan i allmänfarliga sjukdomar, veneriska sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Lagen omfattar således i princip alla smittsamma sjuk-

domar hos människan. De materiella bestämmelserna i lagen omfattar emellertid – med få undantag – bara de allmänfarliga och de veneriska sjukdomarna.

Utredaren motiverar sitt förslag att begränsa smittskyddslagens tillämpningsområde till de allvarligaste smittsamma sjukdomarna – i förslaget benämnda allmänfarliga – bl. a. med att det endast är vid dessa sjukdomar som det kan anses motiverat att från samhällets sida ingripa med tvångsåtgärder mot enskilda människor samt att smittskyddsorganisationen kan utnyttjas också beträffande smittsamma sjukdomar som inte omfattas av smittskyddslagen.

Utredarens förslag i denna del kan synas vara av liten praktisk betydelse. Det ger dock uttryck för en principiell inställning till smittskyddet som jag inte kan ställa mig bakom. Enligt min uppfattning måste syftet med en ny smittskyddslagstiftning vara betydligt vidare än en reglering av hur tvångsåtgärder får komma till användning. För att vi skall nå framgång i smittskyddsarbetet krävs att smittskyddslagen utgör grunden för all bekämpning av smittsamma sjukdomar hos människorna. Inte minst spridningen av HIV-smitta har på ett övertygande sätt visat hur viktigt detta är. Att som utredaren föreslår använda smittskyddsorganisationen på sjukdomar som inte omfattas av smittskyddslagen skulle, enligt min bedömning, endast ge begränsade epidemiologiska vinster.

Mot denna bakgrund bör även en ny smittskyddslag i princip omfatta alla smittsamma sjukdomar hos människor. Allå sådana sjukdomar utgör emellertid inte ett lika stort hot mot människornas hälsa. Det ligger därför i sakens natur att de flesta bestämmelserna i en ny smittskyddslag, liksom i gällande smittskyddslag, kommer att gälla endast de sjukdomar som utgör det allvarligaste hotet mot människornas hälsa.

De smittsamma sjukdomarna bör i lagen delas in i samhällsfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Jag återkommer strax till varför jag valt benämningen samhällsfarliga sjukdomar.

Särregleringen av de veneriska sjukdomarna upphör

I gällande smittskyddslag finns delvis olika regelsystem för de allmänfarliga sjukdomarna och för de veneriska sjukdomarna. En sådan uppdelning är vanlig också i andra länder. Detta förhållande torde i viss utsträckning vara av historisk art. Att gällande smittskyddslag gör åtskillnad mellan allmänfarliga sjukdomar och veneriska sjukdomar beror bl. a. på att i lagen har sammanförts bestämmelser från tre olika lagstiftningar. Bestämmelserna om de allmänfarliga sjukdomarna har hämtats huvudsakligen från epidemilagen och tuberkulosförordningen, medan bestämmelserna om de veneriska sjukdomarna har utformats med förebild i lex veneris.

Den medicinska grunden för att särbehandla de veneriska sjukdomarna är svag. Sjukdomarna i de båda sjukdomsgrupperna skiljer sig inte principiellt åt i fråga om behandlingsmöjligheter eller hälsorisker för den enskilde.

Från smittspridningssynpunkt finns emellertid vissa skillnader mellan de båda sjukdomsgrupperna. De veneriska sjukdomarna sprids främst genom

sexuellt umgänge, medan de allmänfarliga sjukdomarna vanligen överförs på annat sätt. Dock kan även vissa av de allmänfarliga sjukdomarna överföras vid sexuellt umgänge, t. ex. hepatit B och amöbainfektion. Omvänt gäller att det finns veneriska sjukdomar som sprids också på annat sätt än genom sexuellt umgänge. Infektion av HIV t. ex. kan överföras även genom bl. a. infekterat blod eller blodprodukter, såsom vid blodtransfusioner eller då flera narkomaner använder samma injektionsspruta utan att sprutan steriliseras mellan användarna. Också syfilis kan spridas på annat sätt. Smittspridningssättet är således inte avgörande för vilken sjukdomsgrupp en sjukdom hör till.

Inte heller rena smittskyddsaspekter talar för att det finns tillräckliga skäl att särbehandla de veneriska sjukdomarna. Smittskyddsåtgärderna vid de veneriska sjukdomarna är i allt väsentligt desamma som vid de allmänfarliga sjukdomar som kan spridas även på det sätt som de veneriska sjukdomarna sprids.

Som ett skäl till nuvarande särreglering framhålls i förarbetena till gällande smittskyddslag att de veneriska sjukdomarna erbjuder många och speciella svårigheter främst på grund av de sekretesshänsyn som måste tas vid dessa sjukdomar.

Enligt min uppfattning förutsätter ett väl fungerande smittskydd att det finns ett stort förtroende för dess sätt att verka. Både sjuka och symptomfria smittbärare måste vara förvissade om att deras personliga integritet skyddas så långt det är möjligt. Detta måste gälla samtliga de sjukdomar som omfattas av lagstiftningen.

Med beaktande av vad jag nu har sagt delar jag utredarens och flertalet av remissinstansernas uppfattning att den nuvarande principiella särregleringen av de veneriska sjukdomarna inte bör få någon motsvarighet i den nya smittskyddslagen. Om alla smittsamma sjukdomar följer samma lagregler kan man på sikt förvänta sig att detta leder till en öppnare attityd till de sjukdomar som kan överföras sexuellt, vilket skulle underlätta arbetet med att förebygga och hindra smittspridning av sådana sjukdomar. Dessutom blir smittskyddslagen klarare och enklare om man tillämpar i huvudsak samma regelsystem på alla allvarliga sjukdomar som omfattas av lagen.

I främst ett avseende torde tiden dock ännu inte vara inne för en fullständig samreglering av sjukdomarna. Som statens bakteriologiska laboratorium och Svenska läkaresällskapet framhåller i sina remissyttranden, är det inte möjligt att nu upphäva rätten för patienten att få sin identitet skyddad vid de sexuellt överförbara sjukdomarna. Om läkaren uppgav den smittades identitet i sin anmälan om det inträffade sjukdomsfallet, skulle detta kunna få negativa konsekvenser för smittskyddet genom att människor drog sig för att uppsöka hälso- och sjukvården. Jag återkommer till denna fråga i samband med att jag redogör för anmälningsförfarandet (avsnitt 2.10).

Benämningen samhällsfarliga sjukdomar

När det gäller utredarens förslag att benämna de sjukdomar som kräver en särskild reglering i smittskyddslagen för allmänfarliga, framhåller statens

bakteriologiska laboratorium att benämningen inte passar på flera av de sjukdomar som bör omfattas av en ny smittskyddslag och att benämningen inte heller överensstämmer med internationell praxis.

Arbetsarkivstyrelsen påpekar att begreppet allmänfarliga sjukdomar i utredarens förslag ges en annan innebörd än i nu gällande smittskyddslag och att detta kan leda till risk för begreppsförvirring.

Dessa remissinstanser föreslår istället en benämning som återspeglar syftet med lagstiftningen, t. ex. smittskyddssjukdomar, smittskyddsklassade sjukdomar eller smittskyddsreglerade sjukdomar.

Benämningen allmänfarliga sjukdomar tillkom i samband med den nu gällande smittskyddslagen. I förarbetena till lagen framhölls, att det framstod som ett praktiskt önskemål att sjukdomarna kunde sammanfattas under en kort benämning. Den valda benämningen hämtades från den finländska lagstiftningen.

Som jag tidigare föreslagit bör den nya smittskyddslagen i princip omfatta alla smittsamma sjukdomar hos människor. Det huvudsakliga syftet med lagen blir dock att ge särskilda bestämmelser för de allvarligaste av dessa sjukdomar. Självklart är det av stor praktisk betydelse att man kan finna en kort och adekvat benämning på denna grupp sjukdomar. Benämningen allmänfarliga sjukdomar är känd och beskriver enligt min uppfattning väl dessa sjukdomars karaktär. Liksom många remissinstanser är jag dock tveksam till att använda benämningen i en ny smittskyddslag, främst av det skälet att den där skulle få en annan innebörd än i gällande smittskyddslag. Denna grupp av sjukdomar bör därför ges en annan benämning.

De förslag till ny benämning som vissa remissinstanser har lagt fram lämpar sig mindre väl eftersom mitt förslag till smittskyddslag – till skillnad mot utredarens – i princip omfattar alla smittsamma sjukdomar, medan benämningen skall avse endast de allvarligaste av dessa sjukdomar.

De sjukdomar som benämningen skall stå för utmärks i första hand av att de kan utgöra ett allvarligt hot mot befolkningens hälsotillstånd. Sjukdomarnas risker för den enskildes liv och hälsa är i detta sammanhang av sekundär betydelse. Detta kännetecken hos sjukdomarna anser jag bör komma till klart uttryck i benämningen. Jag föreslår därför att sjukdomarna benämnas samhällsfarliga sjukdomar.

Vad jag här har sagt innebär att utredaren i sitt betänkande använder benämningen allmänfarliga sjukdomar för den grupp sjukdomar som jag föreslår skall benämnas samhällsfarliga. För att förenkla framställningen och för att undvika missförstånd som kan uppstå till följd av att utredaren ger benämningen allmänfarliga sjukdomar en annan innebörd än gällande smittskyddslag, använder jag i det följande benämningen samhällsfarliga sjukdomar också beträffande den grupp sjukdomar som utredaren benämner allmänfarliga.

Sjukdomar – smittämnen

Påpekandet av länsrätten i Stockholms län att det är smittämnen som kan orsaka sjukdomarna och inte sjukdomarna som bör regleras i lagen har sakligt sett fog för sig. Smittskyddslagstiftningen har emellertid av hävd

talat endast om sjukdomarna och inte om de smittämnen som kan förorsaka dem. Härigenom blir lagstiftningen klarare och mindre komplicerad. Denna lagtekniska lösning har, såvitt jag känner till, inte lett till några missförstånd eller andra problem vid tillämpningen av lagstiftningen. Också lagstiftningarna i andra länder torde bygga på samma synsätt. Vidare avser jag att göra sådana förtydliganden i lagtexten att oklarheter i detta avseende kan undvikas. Av dessa skäl bör också en ny smittskyddslag utgå från sjukdomar och inte smittämnen.

Prop. 1988/89:5

2.5.1 De samhällsfarliga sjukdomarna

Mitt förslag: I smittskyddslagen anges genom en uppräknig vilka smittsamma sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga.

Följande sjukdomar skall anses vara samhällsfarliga.

difteri	paratyfoidfeber
fläckfeber	pest
gonorré	polio
gula febern	rabies
hepatit A	salmonellainfektion
hepatit B	shigellos
hepatit non A non B	syfilis
infektion av HIV (humant immunbristvirus)	tuberkulos
klamydiainfektion	tyfoidfeber
kolera	virala hemorragiska febrar exkl. hemorragisk nefrosonefrit
meningokockinfektion	återfallsfeber
mjältbrand	

Regeringen får föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet, om sjukdomen bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade.

Utredarens förslag: Endast de smittsamma sjukdomar som uppfyller tre av utredarens uppställda kriterier skall kunna betraktas som samhällsfarliga. Kriterierna anges särskilt i smittskyddslagen. Regeringen beslutar med beaktande av kriterierna vilka sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga. Regeringen är dock inte skyldig att förklara varje smittsam sjukdom som uppfyller kriterierna som samhällsfarlig.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är i allmänhet positiva till huvuddragen i utredarens förslag. Hovrätten för Skåne och Blekinge anser att de tre kriterierna på ett tillfredsställande sätt tillgodoser de rättssäkerhetskrav som kan ställas. Andra remissinstanser har mer kritiska synpunkter på kriterierna och deras utformning. Flera remissinstanser påtalar

svårigheten att tillämpa kriterierna och några gör gällande att utredaren i sitt förslag inte strikt har hållit sig till kriterierna. Några remissinstanser anser att det bör vara tillräckligt att endast två kriterier är uppfyllda för att en sjukdom skall kunna betraktas som samhällsfarlig. Länsrätten i Stockholms län anser det inte lämpligt att regeringen bestämmer vilka sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga utan anser att sjukdomarna skall anges i lagen.

Skälen för mitt förslag: Enligt gällande smittskyddslag bestämmer regeringen vilka sjukdomar som skall hänföras till allmänfarliga sjukdomar och till veneriska sjukdomar. I förarbetena till lagen anges att uppgiften att besluta om sjukdomarna bör ligga på regeringen eftersom det finns ett behov av att snabbt kunna vidta åtgärder mot sjukdomar som inte tidigare har uppträtt i landet.

Utredaren framhåller att nuvarande ordning inte har inneburit några olägenheter. De rättssäkerhetskrav som måste ställas i detta sammanhang kan enligt utredaren tillgodoses bl. a. genom att riksdagen i den nya smittskyddslagen fastlägger att endast de sjukdomar som uppfyller vissa klart definierade kriterier får betraktas som samhällsfarliga.

Som jag tidigare har framhållit anser jag att en ny smittskyddslag i princip skall omfatta alla smittsamma sjukdomar. Vissa av dessa sjukdomar utgör dock ett relativt litet hot mot befolkningens hälsotillstånd eller är sådana att det inte finns några lämpliga åtgärder att vidta för att hindra deras spridning i befolkningen, såsom beträffande olika typer av influensa. Förekomsten och spridningen av sådana sjukdomar bör beaktas särskilt i smittskyddets förebyggande arbete. Däremot skulle det inte vara meningsfullt att i övrigt tillämpa smittskyddslagens bestämmelser på sjukdomarna. Smittskyddslagens huvudsakliga syfte är att ge bestämmelser om hur allvarliga smittsamma sjukdomar skall bekämpas.

Gränsen mellan allvarliga smittsamma sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar är inte given utan beroende av vilka bedömningsgrunder man tillämpar. Till grund för avgränsningen redovisar utredaren en analys av kännetecknen på de smittsamma sjukdomar som kräver en särskild reglering i smittskyddslagen. Utredaren anser att följande tre kriterier samtidigt måste vara uppfyllda för att en sjukdom skall kunna anses vara så allvarlig att den bör betraktas som samhällsfarlig:

- sjukdomen skall ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning,
- sjukdomen skall ha hög dödlighet eller kunna ge bestående skador och
- sjukdomen skall genom lämpliga personinriktade åtgärder kunna hindras att sprida sig.

Jag delar remissinstansernas uppfattning, att de av utredaren föreslagna kriterierna på de samhällsfarliga sjukdomarna har förtjänster. Från flera håll påpekas dock att kriterierna kan bli svåra att tillämpa för regeringen. Några remissinstanser anser att utredaren själv har haft svårigheter att konsekvent tillämpa kriterierna.

Som jag tidigare framhållit måste en smittskyddslag med nödvändighet tillhandahålla medel som kan innebära intrång i de enskilda människornas personliga förhållanden. I enstaka fall kan detta leda till långtgående ingrepp i den enskildes integritet. Av rättssäkerhetsskäl är det därför av stor

vikt att lagens tillämplighet beträffande en viss sjukdom inte kan ifrågasättas. Jag har därför kommit till den uppfattningen, att de samhällsfarliga sjukdomarna bör anges genom en uppräknings i smittskyddslagen. På så sätt kommer lagens tillämplighet på varje sådan sjukdom vid vilken bl. a. tvångsåtgärder kan komma att tillgripas att ha prövats av riksdagen.

Det argument som anförts mot att sjukdomarna anges i lagen innebär att en sådan ordning kan medföra en risk för att nödvändiga smittskyddsåtgärder försenas, om t. ex. en ny och allvarlig, smittsam sjukdom överraskande börjar spridas. Bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skulle i en sådan situation kunna börja tillämpas först sedan riksdagen fattat beslut om att klassificera sjukdomen som samhällsfarlig.

Vilka smittsamma sjukdomar som kan komma att uppträda i framtiden är omöjligt att förutse. Om vi ser tillbaka i tiden finner vi att endast infektion av HIV och klamydiainfektion har införts i smittskyddslagstiftningen sedan denna trädde i kraft den 1 januari 1969. Skälen mot att ange sjukdomarna i smittskyddslagen framstår således i ett historiskt perspektiv inte som särskilt starka. Även om det i modern tid varit en relativt stabil situation när det gäller uppträdandet av allvarliga smittsamma sjukdomar går det inte att bortse från risken att bilden kan ändras i framtiden. Om en sådan sjukdom skulle uppträda i landet utan förvarning, kan den situationen inträffa att ett riksdagsbeslut beträffande lagens tillämplighet på sjukdomen inte kan avvaktas — t. ex. under riksmötets sommaruppehåll. Om det gäller en verkligt hotande sjukdom, bör regeringen i ett sådant läge ha möjlighet att föreskriva att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna i smittskyddslagen skall tillämpas på sjukdomen. Ett sådant hot utgör enligt min uppfattning sjukdomar som uppfyller de två första kriterierna av de kriterier som den särskilde utredaren ställt upp för att en sjukdom skall kunna anses som samhällsfarlig. Detta innebär att regeringen bör ha rätt att föreskriva att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skall tillämpas på en "ny" sjukdom som bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade.

Mitt förslag: Ansvar för smittskyddet skall ligga på landstingskommunerna. Landstingskommunen svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. I varje landstingskommun skall det finnas en särskilt utsedd smittskyddsläkare.

Kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder skall vidta åtgärder vid smittspridning från livsmedel, vattentäcker, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och liknande smittkällor samt i vissa fall från djur. Nämnderna skall informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom inför beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet.

När det gäller främst undersökning och behandling av smittade och misstänkt smittade samt smittspårning har läkare särskilda uppgifter.

Smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Socialstyrelsen skall ha tillsynen över smittskyddet i landet.

Utredarens förslag: Landstingskommunerna skall vara huvudmän för smittskyddet som, enligt utredarens förslag, omfattar endast personinriktade åtgärder.

Remissinstanserna: Flertalet myndigheter och organ som har ansvar för smittskyddet eller berörs av det är positiva till förslaget, t. ex. socialstyrelsen, länsstyrelserna, statens naturvårdsverk och Sveriges läkarförbund. Samtliga landstingskommuner och flertalet kommuner är positiva till eller motsätter sig inte att landstingskommunerna får ansvaret för det personinriktade smittskyddet. Landstingsförbundet tillstyrker i huvudsak förslaget. Svenska kommunförbundet anser att begreppet "hälsoskydd" innefattar en uppgift för kommunen att skydda dess innevånare mot smittsamma sjukdomar. Förbundet motsätter sig inte att smittskyddsläkaren har ett övergripande ansvar för smittskyddet men anser att miljö- och hälsoskyddsnämnden bör ha hand om smittskyddet på fältet. Statens livsmedelsverk påtalar att samordningssvårigheter kan uppkomma vid livsmedelshanteringen till följd av den föreslagna ansvarsuppdelningen mellan landstingskommuner och kommuner.

Skälen för mitt förslag: Som jag tidigare redovisat har ansvaret för den del av smittskyddet som inte avser veneriska sjukdomar sedan lång tid tillbaka legat på primärkommunerna, trots att de inte sällan saknat anställda läkare. Det primärkommunala huvudmannaskapet för denna del av smittskyddet har byggt och bygger fortfarande därför på den förutsättningen att de mera direkta medicinska uppgifterna fullgörs av distriktsläkare (tidigare provinsialläkare).

När det gäller de veneriska sjukdomarna fanns i lex veneris inte någon bestämmelse om vem som hade ansvaret för att sjukdomarna bekämpades.

De åtgärder som kunde komma i fråga föll huvudsakligen på de behandlande läkarna och länsläkarorganisationen. I de städer som inte tillhörde något landsting hade hälsovårdsnämnderna vissa viktiga uppgifter, nämligen rätt att förordna om läkarundersökning och om intagning på sjukhus.

Dessa olikheter vad gäller ansvaret för att bekämpa de smittsamma sjukdomarna har kommit att bestå i nu gällande smittskyddslag. Bestämmelserna om de allmänfarliga sjukdomarna har nämligen i allt väsentligt hämtats från epidemilagen med den ansvarsfördelning som fanns där och på motsvarande sätt förhåller det sig med de veneriska sjukdomarna och *lex veneris*. Detta innebär att det på lokal nivå ankommer på miljö- och hälso- och sjukvårdsnämnderna att vidta de åtgärder som behövs till skydd mot allmänfarliga sjukdomar. När det gäller insatser av medicinsk natur förlitar man sig huvudsakligen på distriktsläkare och annan landstingsanställd hälso- och sjukvårdspersonal. Vid de veneriska sjukdomarna har miljö- och hälso- och sjukvårdsnämnderna numera inte några direkta uppgifter. Här ligger i praktiken hela ansvaret på hälso- och sjukvården, i första hand på den offentliga hälso- och sjukvården, men även de privat verksamma läkarna har här viktiga uppgifter.

Mitt påpekande att det "i praktiken" förhåller sig på detta sätt föranleds av att kommunerna formellt har ett ansvar även för bekämpningen av de veneriska sjukdomarna, liksom för andra slags smittsamma sjukdomar. Enligt 1 § gällande smittskyddslag åligger det kommunerna att enligt bestämmelserna i lagen vidta erforderliga åtgärder till skydd mot smittsamma sjukdomar hos människor. I förarbetena till lagen framhålls dock, att ansvaret för de rent sjukvårdande uppgifterna vid alla slags smittsamma sjukdomar liksom ansvaret för den öppna, kostnadsfria vården vid de veneriska sjukdomarna skulle vila på sjukvårdshuvudmännen (prop. 1968:36 s. 62).

Enligt 2 § gällande smittskyddslag skall varje landstingskommun utse en särskild läkare — i smittskyddskungörelsen (1968:234, SmK) benämnd smittskyddsläkare — som skall ombesörja vissa uppgifter av myndighetskaraktär vid de veneriska sjukdomarna. Han har också fått en funktion som övervakare av den epidemiologiska situationen inom landstingsområdet beträffande smittsamma sjukdomar. Detta innebär bl. a. att smittskyddsläkaren skall underrättas genom en skriftlig anmälan om varje fall där någon smittats av en sjukdom som hänförs till de anmälningspliktiga sjukdomarna enligt smittskyddslagen. Anmälningsplikt föreligger beträffande allmänfarliga sjukdomar, veneriska sjukdomar samt vissa andra smittsamma sjukdomar som räknas upp i smittskyddskungörelsen.

Detta är kortfattat ansvarsfördelningen för smittskyddet enligt gällande smittskyddslag. Jag övergår nu till att redogöra för den utveckling som skett sedan smittskyddslagen trädde i kraft år 1969 och vilka konsekvenser utvecklingen har fått för ansvarsfördelningen.

Vid tiden för smittskyddslagens tillkomst fanns i varje län en statlig länsläkarorganisation. Länsläkarna hade till främsta uppgift att ta till vara statliga intressen genom övervakning och tillsyn, men de skulle också stå t. ex. kommunen till tjänst med råd i frågor om den allmänna hälsovården. De hade även vissa självständiga uppgifter inom smittskyddet. Vid de

allmänfarliga sjukdomarna skulle länsläkarna bl. a. se till att skäligen åtgärder vidtogs av distriktsläkarna och hälsovårdsnämnderna. Vid de veneriska sjukdomarna skulle länsläkarna svara för att smittade och misstänkt smittade som inte på eget bevåg sökte läkare kom till läkarundersökning, det s. k. anmaningsförfarandet. De skulle också – på samma sätt som smittskyddsläkarna gör i dag – ta emot anmälningar om och registrera inträffade fall av smittsamma sjukdomar.

När länsläkarväsendet upphörde år 1981 överfördes de flesta av länsläkarnas myndighetsuppgifter inom smittskyddet till länsstyrelserna, som redan tidigare hade det övergripande regionala ansvaret för smittskyddet i länet (prop. 1980/81:177 s. 17). Övriga uppgifter som legat på länsläkarna fördes över till landstingskommunerna. Landstingskommunerna tog över de förebyggande, rådgivande och samordnande funktionerna inom smittskyddet. De skulle också svara för registreringen av sjukdomarna och anmaningsförfarandet vid de veneriska sjukdomarna. Dessa uppgifter skulle läggas på en läkare som utsågs av hälso- och sjukvårdsnämnden, tidigare sjukvårdsstyrelsen. I de författningsändringar som vidtogs till följd av riksdagens beslut i anledning av propositionen kom endast smittskyddsläkarnas ansvar för registrerings- och anmaningsförfarandet till uttryck i smittskyddslagen.

Länsläkarväsendets avskaffande har medfört att kommunernas och särskilt länsstyrelsernas förutsättningar att bedriva smittskyddsarbete försvagats. Kommunernas förutsättningar för sådant arbete ändrades också med hälsoskyddslagen. Med hälsoskyddslagen har miljö- och hälsoskyddsnämndernas verksamhet fått en delvis ny inriktning. Större tonvikt läggs numera på nämndernas arbetsuppgifter utanför det traditionella hälsoskyddsområdet.

Med hälso- och sjukvårdslagen har landstingskommunerna fått ett klart uttalat ansvar för den förebyggande hälso- och sjukvården. Utöver de traditionellt sjukvårdande uppgifterna skall landstingskommunerna bedriva förebyggande arbete, inriktat på såväl miljön som människorna. Landstingskommunernas ansvarsområde har därigenom kommit att omfatta uppgifter som ligger utanför de traditionella medicinska åliggandena och som kan vara av betydelse för smittskyddet.

Utvecklingen har således lett till en förskjutning av landstingskommunernas och kommunernas kompetens- och ansvarsområden. Denna utveckling har kommit att avspeglas även i det praktiska smittskyddsarbetet. Av en intervjuundersökning som utredaren låtit utföra våren 1982 framgår bl. a. att smittskyddsläkarnas arbetsuppgifter har vidgats särskilt vad gäller de allmänfarliga sjukdomarna. Samtidigt har miljö- och hälsoskyddsnämnderna begränsat sitt smittskyddsarbete till främst de livsmedelsburna sjukdomarna, huvudsakligen salmonellainfektion och shigellos.

Härtill kommer att landstingskommunerna i allmänhet har en överblick över ett så stort befolkningsunderlag som krävs för att kunna dra slutsatser om spridningsmönster och smittkällor när det gäller smittsamma sjukdomar. I vissa fall kan dock behövas en nationell överblick för att upptäcka samband mellan smittade. Jag återkommer till detta senare. Det är också oftast landstingskommunerna som genom hälso- och sjukvården

först kommer i kontakt med de smittade och sjuka och som har till uppgift att undersöka och behandla dem. Flertalet behandlingar har dessutom den dubbla effekten att de inte bara botar patienten, utan även hindrar vidare smittspridning.

Mot denna bakgrund delar jag utredarens uppfattning att landstingskommunerna bör ha ansvaret för smittskyddet i den nya smittskyddslagstiftningen. Ansvaret bör avse en skyldighet att på olika sätt förebygga uppkomsten och hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Att landstingskommunerna skall undersöka och behandla sjuka och andra smittbärare är en självklarhet. I ansvaret bör också ingå en skyldighet att fortlöpande övervaka smittskyddssituationen i landstingskommunen samt att vidta åtgärder för smittspårning. Också andra epidemiologiska insatser som kräver främst medicinsk kompetens bör ankomma på landstingskommunen. Många av uppgifterna bör ligga på den särskilt utsedde smittskyddsläkaren. Jag återkommer med förslag beträffande smittskyddsläkarens ställning och uppgifter (avsnitt 2.7).

Smittskyddsåtgärder som kräver ingripanden mot livsmedel o. d. eller mot djur bör emellertid, liksom hittills, inte vara en uppgift för landstingskommunerna. Jag övergår nu till att närmare redovisa min syn på den frågan.

Också i framtiden kommer det vid vissa smittsamma sjukdomar att behövas insatser som inte ligger inom landstingskommunernas kompetensområde. Jag tänker på åtgärder för att hindra smittspridning vid framför allt livsmedelsburen smitta, men även vid annan smittspridning i den fysiska miljön, t. ex. från avloppsvatten, vattentäcker och ventilationssystem samt från djur. Den kunskap och erfarenhet som fordras för att hindra smittspridning från sådana smittkällor finns inte hos landstingskommunerna utan hos kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder.

Jag har tidigare redovisat att jag anser att en ny smittskyddslag bör, liksom den nu gällande, omfatta både personinriktade och objektrinriktade åtgärder. Enligt min mening bör därför miljö- och hälsoskyddsnämnderna också enligt den nya smittskyddslagen vidta de objektrinriktade åtgärder som behövs, i princip utan hänsyn till vilken smittsam sjukdom det gäller. Jag återkommer till denna fråga längre fram.

Vissa smittsamma sjukdomar kan spridas bland djur eller från djur till människa, s. k. epizootiska sjukdomar. Bestämmelser om dessa sjukdomar finns i epizootilagen (1980:369) och i lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur. Det kan inträffa att en sjukdom som smittar från djur till människa inte omfattas av någon av dessa lagar. I ett sådant fall bör det ankomma på miljö- och hälsoskyddsnämnden att med stöd av smittskyddslagen vidta erforderliga åtgärder.

Miljö- och hälsoskyddsnämndens uppgifter inom smittskyddet bör följaktligen begränsas till ingripanden mot särskilda smittkällor i miljön. Ansvaret för att personinriktade åtgärder vidtas vid sjukdomar som kan hänföras till sådana smittkällor bör däremot ligga på i första hand landstingskommunens läkare. En lämplig ordning kan vara att t. ex. distriktsläkare också i fortsättningen svarar för undersökning m. m. av misstänkt smittade vid dessa sjukdomar. Med den nya smittskyddslagen kommer

distriktsläkaren dock inte längre att formellt biträda miljö- och hälsoskyddsnämnden i detta arbete, utan i stället utgöra en del av landstingskommunens smittskyddsorganisation.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall således enligt den nya smittskyddslagen inte längre ha ansvaret för de personinriktade åtgärderna. Nämnden måste dock självklart kunna bedriva den smittspårning som är nödvändig för att kunna finna den aktuella smittkällan. Den kontakt med enskilda som är nödvändig vid sådan smittspårning kan emellertid enligt min uppfattning inte betraktas som individinriktad i detta sammanhang.

Statens livsmedelsverk påtalar i sitt remissyttrande att samordningsproblem kan uppkomma inom livsmedelshanteringen till följd av den föreslagna ansvarsfördelningen mellan landstingskommuner och kommuner. Enligt utredarens förslag till smittskyddslag har smittskyddsläkaren rätt att avstänga den som arbetar med livsmedel om han bedömer att det behövs från smittskyddssynpunkt. Med stöd av livsmedelslagstiftningen kan emellertid miljö- och hälsoskyddsnämnden vidta samma åtgärd, om den smittade kan göra livsmedel som han hanterat otjänligt till människoföda. Detta innebär att det föreligger en risk för att smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnden i ett enskilt fall av smitta kan ha olika uppfattningar om behovet av att avstänga en person från arbete.

Jag delar livsmedelsverkets uppfattning att det inte är tillfredsställande att sådana situationer kan uppkomma och att de så långt möjligt bör förebyggas. För egen del ser jag dock problemet i ett större perspektiv. Genom att miljö- och hälsoskyddsnämnderna även framgent skall vidta åtgärder mot smittkällor i miljön finns det ett generellt behov av att samordna nämndens och främst smittskyddsläkarens verksamhet. Mot denna bakgrund föreslår jag att miljö- och hälsoskyddsnämnden regelmässigt skall informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom inför beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet. På detta sätt anser jag att förutsättningarna förbättras för ett harmoniskt och nära samarbete mellan nämnden och smittskyddsläkaren.

Jag ansluter mig också till utredarens förslag att förutom miljö- och hälsoskyddsnämnden måste även läkare, både offentligt och privat verkssamma, ha uppgifter i ett framtida smittskydd när det gäller främst undersökning och behandling av smittade och misstänkt smittade samt smittspårning. Jag skall strax redogöra för mina förslag i den delen (avsnitt 2.9).

På samma sätt som enligt gällande smittskyddslag bör socialstyrelsen svara för tillsynen över smittskyddet i landet.

Några remissinstanser, däribland statens bakteriologiska laboratorium och Svenska läkaresällskapet, påtalar vikten av att ett organ har det samlade och övergripande ansvaret för smittskyddet.

Med mitt förslag kommer landstingskommunerna att få ansvaret för smittskyddet. Vissa konkreta uppgifter kommer dock att ligga på kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder samt på läkare. Med den föreslagna ansvarsfördelningen torde det inte vara svårt att i det enskilda fallet avgöra vem som svarar för vad. Även om ansvarsfördelningen sålunda är klar, förutsätter ett väl fungerande smittskydd att smittskyddsåtgärderna

samordnas. Utredaren har utifrån sitt förslag starkt betonat landstingskommunernas skyldighet att i smittskyddsfrågor samverka med andra myndigheter som har uppgifter av betydelse för smittskyddsarbetet. Också remissinstanserna pekar på nödvändigheten av att samarbetet organiseras i någon form.

Enligt min bedömning torde behovet av samarbete allmänt sett ha varit större med utredarens förslag, där bl. a. miljö- och hälsoskyddsnämndernas uppgifter inte reglerades i smittskyddslagen. Bortsett från denna skillnad finns det självklart ett behov av samarbete i smittskyddet också med mitt förslag. En bestämmelse bör tas in i smittskyddslagen om att smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet.

I remissomgången har fråga väckts att man bör överväga behovet av en möjlighet för regeringen att i allvarliga krislägen inrätta en särskild epidemikommission med extraordinära befogenheter. Att det i sällsynta fall vid utbrott av en allvarlig epidemi kan behövas insatser av särskilt slag på central nivå torde det inte råda någon tvekan om. Av hävd har vi i vårt land en stark organisation av smittskyddet på riksplanet genom socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium. Några förändringar av organisationen i den delen avser jag inte att föreslå. Jag utgår från att socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium även i framtiden kommer att klara sådana situationer. I exceptionella situationer, såsom vid den pågående aids-epidemin, kan under viss tid krävas en nationell ledning och samordning av insatserna på det sätt som sker inom regeringens AIDS-delegation. Däremot finns inte några skäl för att ge ett sådant organ extraordinära befogenheter. Sådana befogenheter bör förbehållas de myndigheter som har uppgifter inom smittskyddet. Jag ser således inte något behov för regeringen i vårt land att kunna inrätta en särskild epidemikommission.

I debatten har på senare tid framförts tankar på att åter införa en statlig funktion av liknande slag som den tidigare länsläkarorganisationen. Beträffande dessa tankar vill jag framhålla följande. Aids-epidemin har klart påvisat behovet av ett smittskydd med en stark ledning och väl avgränsade ansvarsområden mellan dem som har uppgifter inom smittskyddet. Som jag nyss har redogjört för var avsikten när länsläkarväsendet avskaffades år 1981 att landstingskommunerna skulle överta främst de förebyggande, rådgivande och samordnande funktionerna inom smittskyddet, som tidigare hade vilat på länsläkarna. Uppgifterna skulle läggas på smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkarna har emellertid inte fått ett tillräcklig stöd i lagstiftningen för att kunna handha dessa omfattande uppgifter. Det är bl. a. mot denna bakgrund man skall se önskemålen om en mer markerad statlig roll inom smittskyddet.

I nästa avsnitt kommer jag att ta upp frågan om hur smittskyddet skall organiseras inom landstingskommunerna. Jag kommer då bl. a. att föreslå att smittskyddsläkarnas roll stärks. Med denna lösning ser jag inte något behov av en statlig organisation inom det regionala smittskyddet.

Jag vill slutligen något beröra frågan om förstöring i vissa särskilda fall av föremål som kan överföra smitta. Enligt gällande smittskyddslag skall

smittrening ske på kommunens bekostnad och avse den sjukes bostad och annan lokal där han har uppehållit sig samt gång- och sängkläder och andra föremål som kan befaras överföra smitta. Mot utgivande av skälig ersättning kan miljö- och hälsoskyddsnämnden i stället låta förstöra sådana föremål om det anses nödvändigt.

Det är i dag ytterst sällsynt att förstöring förekommer i dessa fall. I det fåtal fall där det finns behov av förstöring anser jag att åtgärden, liksom i dag, bör vara en uppgift för miljö- och hälsoskyddsnämnden att besluta om och bekosta. Att miljö- och hälsoskyddsnämnden skall svara för smittrening följer av nämndens allmänna uppgifter inom smittskyddet.

Inbland förekommer det att nämnden är nödsakad att låta avliva sällskapsfåglar, akvariefiskar och liknande djur för att hindra smittspridning. Även denna möjlighet bör nämnden ha i fortsättningen. Jag avser att senare återkomma med förslag om hur kostnaderna skall bestridas vid dessa ingripanden.

2.7 Smittskyddsorganisationen i landstingskommunen

Mitt förslag: I varje landstingskommun skall det finnas en smittskyddsläkare som under hälso- och sjukvårdsnämnden planerar, organiserar och leder smittskyddet i landstingsområdet. Smittskyddsläkaren skall verka för samordning och likformighet av smittskyddet inom landstingsområdet samt fortlöpande följa smittskyddssituationen i landstingskommunen. Han skall också verka för att förebyggande åtgärder vidtas för att hindra eller begränsa att smittsamma sjukdomar sprids. Han skall biträda miljö- och hälsoskyddsnämnderna, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete. Vidare skall han svara för samverkan med miljö- och hälsoskyddsnämnderna samt med behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Han skall lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor samt i erforderlig omfattning undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal och hälsoskyddspersonal i sådana frågor. Han skall ha rätt att besluta om tvångsåtgärder mot enskilda.

Smittskyddsläkaren har rätt att få upplysningar från och ta del av uppgifter i handlingar hos miljö- och hälsoskyddsnämnder samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen och föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

Genom sina uppgifter blir smittskyddsläkaren att betrakta som en myndighet, skild från landstingskommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Landstingskommunen får i övrigt själv svara för den närmare utformningen av smittskyddsorganisationen inom sitt område.

Utredarens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Prop. 1988/89:5

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva till att det skall finnas en smittskyddsläkare som har det övergripande ansvaret för smittskyddet i landstingskommunen. Flera remissinstanser, främst landstingskommuner och kommuner, framhåller behovet av att det inrättas lokala smittskyddsläkare eller, om detta inte är möjligt, att de behandlande läkarna får vidgade befogenheter. Landstingsförbundet och länsrätten i Stockholms län anser att smittskyddsläkarens myndighetsfunktion bör belysas bättre.

Skälen för mitt förslag

Jag har tidigare föreslagit att landstingskommunerna skall få ansvaret för smittskyddet. I likhet med utredaren och remissinstanserna anser jag att de direkta smittskyddsuppgifterna bör läggas på en särskilt utsedd befattningshavare med medicinsk utbildning. Jag finner det då naturligt att bygga vidare på den organisation med smittskyddsläkare som redan finns i dag.

Smittskyddsläkarens ställning och uppgifter

Jag delar utredarens och remissinstansernas uppfattning att det är nödvändigt att stärka smittskyddsläkarens ställning i en ny smittskyddslagstiftning. Liksom i dag bör hälso- och sjukvårdsnämnden utse smittskyddsläkaren. Han bör i sitt smittskyddsarbete verka under nämnden och således handla i enlighet med de riktlinjer för smittskyddet som nämnden beslutar. När det gäller myndighetsutövning fattar han dock självständigt sina beslut.

Smittskyddsläkaren bör planera, organisera och leda smittskyddet inom landstingskommunen. Särskilt vid epidemier är det viktigt att smittskyddsläkaren har ledningen för smittskyddsåtgärderna. Smittskyddsläkaren bör också verka för en samordning och likformighet av smittskyddet i landstingsområdet samt fortlöpande följa smittskyddssituationen i landstingskommunen. Han bör verka för att förebyggande åtgärder vidtas för att hindra eller begränsa att smittsamma sjukdomar sprids. Han skall biträda miljö- och hälsoskyddsnämnderna, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete. I erforderlig omfattning bör han undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor. Han bör även lämna allmänheten råd och upplysningar i sådana frågor. Som jag tidigare har föreslagit (avsnitt 2.6) skall kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder svara för vissa uppgifter inom smittskyddet. Jag har i det sammanhanget betonat vikten av samverkan mellan landstingskommuner och kommuner i smittskyddsfrågor. Även samverkan mellan myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet är viktig. Till smittskyddsläkarens uppgifter bör därför höra att verka för ett sådant samarbete.

Jag delar också uppfattningen att smittskyddsläkaren bör ha rätt att använda tvång och att kunna besluta om vissa skyldigheter för den enskilde. Jag återkommer till frågan om tvångsåtgärder m. m. (avsnitt 2.13).

Jag vill i detta sammanhang ta upp en fråga som hänger samman med

avskaffandet av länsläkarväsendet. Enligt instruktionen (1965:792) för länsläkarväsendet skulle länsläkarna ägna särskild uppmärksamhet åt bekämpandet av smittsamma sjukdomar. Vid hotande epidemier skulle länsläkaren eller en annan tjänsteman vid organisationen besöka de hotade orterna samt övervaka att lämpliga åtgärder vidtogs för att hindra sjukdomens spridning. Länsläkarna skulle också vaka över att gällande föreskrifter iakttogs samt utöva viss tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal i allmän och enskild tjänst.

Med tiden har smittskyddsläkarnas begränsade möjligheter att mera aktivt övervaka och leda smittskyddsarbetet framstått som en allt större brist. Från många håll har krav rests på att stärka smittskyddsläkarens ställning. Också krav på att inrätta en ny statlig länsläkarorganisation har, som jag tidigare nämnt, ställts.

Jag har här redovisat förslag som innebär en betydande förstärkning av smittskyddsläkarens ställning. Men enligt min uppfattning krävs ytterligare åtgärder i denna riktning. Smittskyddsläkarens möjligheter att övervaka smittskyddsläget och att leda smittskyddsarbetet måste förbättras. Jag anser det nödvändigt att smittskyddsläkaren får en mer aktiv roll i smittskyddsarbetet. För detta krävs att han har ett gott kunskapsunderlag om smittskyddssituationen i landstingskommunen. Han bör därför, så långt det är möjligt, fullgöra sina uppgifter i nära samverkan med andra som är verksamma inom smittskyddet. Jag har tidigare föreslagit att miljö- och hälsoskyddsnämnden skall informera smittskyddsläkaren och samråda med honom inför beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet. I vissa fall kan smittskyddsläkaren behöva uppgifter också i andra avseenden och från andra som är verksamma inom smittskyddet. Jag föreslår därför att smittskyddsläkaren skall ha rätt att få upplysningar från och ta del av uppgifter i handlingar hos miljö- och hälsoskyddsnämnder samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina åligganden enligt smittskyddslagen och föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Om någon skulle vägra att lämna smittskyddsläkaren de upplysningar eller handlingar som han begärt, kan han vända sig till socialstyrelsen, som tillsynsmyndighet, för att få rättelse.

Med dessa förslag anser jag att smittskyddsläkaren fått den grund och de medel han behöver för att effektivt kunna leda smittskyddet inom landstingskommunen.

Endast en smittskyddsläkare i landstingskommunen

Jag kan inte biträda utredarens förslag att flera smittskyddsläkare skall kunna utses i en landstingskommun. Om så skulle ske förloras mycket av de vinster som uppnås genom att beslutsfattandet och ansvaret för det övergripande smittskyddsarbetet samlas hos smittskyddsläkaren. I mycket stora landstingskommuner kan dock inte smittskyddsläkaren själv förväntas klara av alla de uppgifter som ligger på honom. I sådana fall finns det inte något hinder mot att läkare och annan personal anställs som medarbetare till smittskyddsläkaren eller på annat sätt organisatoriskt knyts till

honom, till vilka han kan delegera uppgifter i särskilda frågor. Den myndighetsutövning som ankommer på smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagen får dock utövas endast av smittskyddsläkaren själv. Att det måste finnas ersättare för smittskyddsläkaren torde vara en självklarhet.

Prop. 1988/89:5

Smittskyddsläkaren – en myndighet

Utredaren slår fast att smittskyddsläkaren blir en myndighet med det förslag till smittskyddslag som hon lägger fram. Landstingsförbundet anser att smittskyddsläkarens myndighetsroll bör uppmärksammas ytterligare, bl. a. beträffande registerföring av de smittade. Även länsrätten i Stockholms län tar upp fråga om smittskyddsläkarens status som myndighet.

Det finns i svensk lagstiftning inte någon allmängiltig definition av myndighetsbegreppet. I avsaknad av en sådan definition får man i stället pröva om en myndighet föreligger i de olika sammanhang där myndighetsbegreppet kan bli aktuellt. Det torde inte råda någon tvekan om att smittskyddsläkaren med mitt förslag till ny smittskyddslag får flera uppgifter som innebär myndighetsutövning. Enligt min bedömning blir smittskyddsläkaren också att betrakta som en förvaltningsmyndighet enligt regeringsformen och tryckfrihetsförordningen. Liksom i dag innebär detta bl. a. att smittskyddsläkaren är självständig i förhållande till t. ex. landstingskommunen i frågor som rör myndighetsutövning. Det medför även att han enligt sekretesslagen (1980:100, SekrL) är skyldig att registrera allmänna handlingar som inkommer till eller som upprättas hos honom. Förvaltningslagen (1986:223) gäller bl. a. förvaltningsmyndigheternas handläggning av ärenden. Med förvaltningsmyndighet avses det samma som i regeringsformen. Förvaltningslagen blir således tillämplig på smittskyddsläkarens handläggning av ärenden. Detta får betydelse för bl. a. bedömning av jävsfrågor samt parts rätt att ta del av uppgifter, motivering och underrättelse av beslut samt överklagande och omprövning av beslut.

Smittskyddsläkaren och tillsynslagen

Jag vill i detta sammanhang också något kommentera frågan huruvida lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen) blir tillämplig på smittskyddsläkaren. Tillsynslagen gäller i princip all personal inom hälso- och sjukvården i vid bemärkelse som på något sätt medverkar i vårdarbetet. Avgränsningen innebär att lagen inte omfattade t. ex. de tidigare länsläkarna och torde således inte heller omfatta de nuvarande smittskyddsläkarna i egenskap av smittskyddsläkare. Också personalen inom hälsoskyddet faller utanför lagens tillämpningsområde. Inte heller med den nya smittskyddslagen kommer smittskyddsläkaren att få sådana vårdande eller behandlande uppgifter att tillsynslagen blir tillämplig på honom. En helt annan sak är att den läkare som utsetts till smittskyddsläkare vid sidan av denna funktion kan vara verksam som behandlande läkare. Att han i sin senare egenskap omfattas av tillsynslagen är uppenbart. Tillsynslagens tillämpningsområde är för närvarande föremål för en översyn av en särskild utredare (S 1987:03).

En annan fråga som hänger samman med den jag nyss redogjort för, gäller om det är lämpligt att smittskyddsläkaren själv är behandlande läkare för smittade patienter. Statens bakteriologiska laboratorium är tveksamt till att smittskyddsläkarna har patientvårdande uppgifter. Enligt laboratoriet är smittskyddsläkarna i dag ofta kliniskt verksamma som överläkare. Den tid som en sådan läkare kan avsätta för aktiv smittskyddsverksamhet torde enligt laboratoriet vara begränsad. Vidare kan läkarens roll som behandlande läkare komma i konflikt med hans roll som smittskyddsläkare. Liknande synpunkter förs fram av Svenska läkaresällskapet. Sällskapet framhåller att konflikten har framstått särskilt tydligt i samband med aids-epidemin. Jönköpings läns landstingskommun anser att konflikten har två sidor. Den ena gäller det hot mot rättssäkerheten som patienten kan känna då hans behandlande läkare vid infektionskliniken i sin egenskap av smittskyddsläkare tar till tvångsåtgärder mot honom. Den andra sidan gäller svårigheten för en läkare att orka med att samtidigt vara t. ex. överläkare vid en infektionsklinik och smittskyddsläkare, särskilt vid utbrott av större epidemier. Landstingskommunen anser därför att smittskyddsläkaren inte också bör vara ansvarig för infektionssjukvården.

Som remissinstanserna påpekar finns det olägenheter förenade med att smittskyddsläkaren också är vårdansvarig läkare vid t. ex. en infektionsklinik. Problemet är emellertid inte helt enkelt att lösa. Uppgiften att vara smittskyddsläkare kräver kunskaper om bl. a. infektionssjukdomarna. Det är därför naturligt att smittskyddsläkaren ofta utses bland infektionsläkarna. För närvarande är det få landstingskommuner som har heltidsanställda smittskyddsläkare. I flertalet landstingskommuner tjänstgör smittskyddsläkaren också inom hälso- och sjukvården. Med mitt förslag till det framtida smittskyddets inriktning, omfattning och organisation blir det nödvändigt med heltidsarbetande smittskyddsläkare i de flesta landstingskommunerna. I de allra minsta landstingskommunerna torde det dock även framtida vara möjligt att förena smittskyddsläkartjänsten med en annan läkartjänst. Enligt min mening finns det inte tillräckliga skäl för att i den nya smittskyddslagen ställa upp något hinder mot att en smittskyddsläkartjänst förenas med en annan läkartjänst. Jag vill dock understryka att främst patienternas rättssäkerhet kräver att dessa frågor ägnas särskild uppmärksamhet när verksamheten organiseras och smittskyddsläkare utses. Med hänsyn till vad jag tidigare har sagt om att landstingskommunerna själva bör utforma sin smittskyddsorganisation, anser jag att det bör överlåtas till landstingskommunerna att lösa också detta problem.

Behörighetskrav för smittskyddsläkaren

Utredaren ställer inte upp några särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkaren. Hon förutsätter dock att endast den läkare som har kunskaper inom infektionssjukdomarnas område eller inom mikrobiologin kompletterad med viss epidemiologisk erfarenhet utses till smittskyddsläkare.

Svenska läkaresällskapet anser att krav bör ställas på specialistkompetens inom någon av specialiteterna infektionssjukdomar, klinisk bakteriologi eller klinisk virologi. Därutöver bör, enligt läkaresällskapet, krav ställas på epidemiologisk och administrativ utbildning och erfarenhet. Även statens bakteriologiska laboratorium anser att det skall finnas särskilda kompetenskrav för smittskyddsläkare. Både laboratoriet och läkaresällskapet föreslår att utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal ses över. Statens veterinärmedicinska anstalt anser att särskilda kompetenskrav skall uppställas för smittskyddsläkaren med hänsyn till bl. a. smittskyddsläkarens befogenhet att vidta åtgärder av tvingande natur.

Någon utbildning som leder fram till smittskyddsläkarkompetens finns inte.

För länsläkarna fanns behörighetsbestämmelser i 23 § instruktionen för länsläkarväsendet. Bestämmelserna ställde krav på utbildning och praktisk erfarenhet inom ett brett område. För smittskyddsläkarna, som övertog vissa av länsläkarnas uppgifter när länsläkarväsendet avskaffades år 1981, finns emellertid inte några behörighetsbestämmelser.

Jag delar utredarens bedömning att det inte heller nu finns anledning att i smittskyddslagen föreskriva särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkare. Mitt ställningstagande innebär dock inte att man skall avstå från att ställa krav på att smittskyddsläkaren måste ha fördjupade kunskaper inom vissa medicinska ämnesområden. Jag förutsätter att endast den utses till smittskyddsläkare som har tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, i klinisk bakteriologi eller i klinisk virologi. Smittskyddsläkaren kommer att verka inom ett vidsträckt arbetsområde. Utöver rent medicinska insikter krävs därför att smittskyddsläkaren också har goda kunskaper i epidemiologi och miljömedicin. Arbetsuppgifterna ställer dessutom krav på administrativ färdighet och en viss inblick i juridiska frågor. Dessa olika krav får vägas samman vid bedömningen av en persons lämplighet som smittskyddsläkare.

Läkarnas vidareutbildning har nyligen setts över av utredningen om läkarnas specialistutbildning m. m. (LSU 85). Utredningen har lagt fram sina förslag i betänkandet (SOU 1987:53) Kompetensutvecklingen efter läkarexamen.

Smittskyddsorganisationen i övrigt inom landstingskommunen

Utredaren har funnit att det inte finns skäl att lagreglera distriktsläkarnas uppgifter inom smittskyddet. Hon anser också att flera av de uppgifter som distriktsläkarna har enligt gällande smittskyddslag bör läggas på smittskyddsläkarna. Flera landstingskommuner är kritiska till utredarens förslag i denna del.

Jönköpings läns landstingskommun anser att en förutsättning för ett effektivt och avbyråkratiserat framtida smittskydd är att beslutsfattandet kan decentraliseras. Landstingskommunen pekar på den utbyggnad som skett av primärvården, i vilken det finns många välutbildade distriktsläkare. Det är enligt landstingskommunen viktigt att beslut som rör patienten samt råd och information till honom ankommer på dem som bäst känner till

patientens förhållanden och den miljö han lever i. En "kommunal smittskyddsläkare" skulle enligt landstingskommunen vara en garanti för att bedömningen blev enhetlig. Denne läkare borde ha ansvaret för att mindre omfattande epidemier bekämpades samt ett primärt ansvar för omhändertagande av enskilda patienter. Enligt landstingskommunen borde länets smittskyddsläkare ha det övergripande ansvaret för och tillsynen över smittskyddet. Liknande synpunkter förs fram av andra landstingskommuner.

Andra landstingskommuner däremot anser att en centralisering av beslutsfattandet leder till att smittskyddet blir effektivare. Någon framhåller att man får en enklare smittskyddsorganisation om den kommunala nivån tas bort. Härigenom koncentreras myndighetsutövningen till en person med möjlighet att skaffa sig den kompetens och erfarenhet som krävs för uppgiften.

Det finns således olika uppfattningar hos landstingskommunerna om hur smittskyddet bör bedrivas på lokal och regional nivå. Att så är fallet är naturligt med hänsyn till att landstingskommunerna sinsemellan uppvisar stora olikheter och därmed har skilda förutsättningar och traditioner att bedriva smittskydd. Jag delar därför utredarens uppfattning att smittskyddslagen inte bör innehålla några detaljerade bestämmelser, utöver de som gäller smittskyddsläkaren, om hur smittskyddet skall organiseras i landstingskommunerna. Landstingskommunerna bör ges frihet att själva bestämma hur smittskyddet skall organiseras under smittskyddsläkarens ledning. Detta innebär bl. a. att de landstingskommuner som så önskar kan utse läkare inom t. ex. primärvården att lokalt biträda smittskyddsläkaren i hans arbete. Som jag tidigare framhållit kan smittskyddsläkaren delegera uppgifter till sådana läkare. Det kan självklart vara av stort värde för smittskyddsläkaren att få hjälp av en lokalt verksam läkare i t. ex. samarbetet med miljö- och hälsoskyddsnämnden och när det gäller att föra ut information till hälso- och sjukvårdspersonalen. Läkarna kan även biträda smittskyddsläkaren med utredningar och smittspårning. Ansvaret för att åtgärderna vidtas vilar dock alltid på smittskyddsläkaren. I större landstingskommuner med många fall av samhällsfarliga sjukdomar kan smittskyddsläkaren behöva biträde av läkare även på länsnivå, främst vid sjukdomar där det krävs ett förhållandevis stort befolkningsunderlag för att kunna finna smittkällor och smittvägar.

De behandlande läkarnas roll inom smittskyddet tar jag upp i avsnitt 2.9.

Mitt förslag: Var och en som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål uppsöka läkare samt att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om han har smittats av en sådan sjukdom. Han är skyldig att följa de förhållningsregler om bl. a. sin livsföring som den behandlande läkaren meddelat honom. Han har rätt att begära att smittskyddsläkaren prövar förhållningsreglerna. Om han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är han också skyldig att lämna den behandlande läkaren de uppgifter denne kan behöva för att kunna utröna varifrån smittan kommit och till vem smittan kunnat spridas.

Utredarens förslag: Den smittade har inte någon skyldighet att på eget initiativ söka läkare om han misstänker att han lider av en samhällsfarlig sjukdom. Med smittad avser utredaren även den som skäligen kan misstänkas ha en samhällsfarlig sjukdom eller bära smittämne som kan orsaka en sådan sjukdom. Först efter anmodan av smittskyddsläkaren inträder en sådan skyldighet. På anmodan av smittskyddsläkaren är den smittade också skyldig att låta den behandlande läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om han smittats av en samhällsfarlig sjukdom.

Den smittade är skyldig att följa smittskyddsläkarens förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt. Den som inte följer smittskyddsläkarens förhållningsregler skall dömas till böter. Den smittade är dock inte skyldig att underkasta sig behandling för smittan. Någon allmän skyldighet att låta sig tas in på sjukhus föreslås inte.

Till den behandlande läkaren är den smittade skyldig att lämna uppgifter om vilka personer smittämnet kan ha kommit från och till vilka det kan ha förts vidare samt lämna upplysningar i övrigt om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare.

Remissinstanserna: Utredarens förslag lämnas i huvudsak utan erinran. På ett par punkter framförs dock kritik mot förslaget. Flera remissinstanser anser att det personinriktade smittskyddet måste – liksom i dag – utgå från en skyldighet för var och en som har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom att söka läkare och underkasta sig den undersökning som behövs. Några remissinstanser anser också att den smittade skall vara skyldig att underkasta sig erforderlig behandling. Bland de remissinstanser som framför denna kritik märks socialstyrelsen, länsrätterna i Stockholms och Göteborgs och Bohus län samt Kalmar och Värmlands läns landstingskommuner.

Skälen för mitt förslag

Skyldighet att söka läkare

Bestämmelserna om skyldighet att söka läkare för den som lider av en smittsam sjukdom eller som utan att vara sjuk för smitta av en sådan

sjukdom är i gällande smittskyddslag något olika utformade beroende på om det gäller en allmänfarlig sjukdom eller en venerisk sjukdom. Enligt 6 § smittskyddslagen är den som lider av en allmänfarlig sjukdom eller utan att vara sjuk för smitta av en sådan sjukdom skyldig att på anfordran av en distriktsläkare låta undersöka sig av denne eller annan läkare till vilken han hänvisas av distriktsläkaren. Skyldigheten gäller också den som av en läkare misstänks lida av allmänfarlig sjukdom eller föra smitta därav. När det gäller veneriska sjukdomar föreskrivs i 12 § smittskyddslagen att den som har anledning anta att han lider av en venerisk sjukdom är skyldig att söka läkare. Att skyldigheten att söka läkare utformats på olika sätt för de allmänfarliga resp. de veneriska sjukdomarna torde vara både historiskt och sakligt betingad. Historiskt därför att förebilderna till bestämmelserna hämtats från olika lagstiftningar. Sakligt därför att den smittade allmänt sett torde ha lättare att själv inse att han kan ha blivit smittad av en venerisk sjukdom än av en allmänfarlig sjukdom.

Utredaren framhåller att hon har övervägt att införa en skyldighet att söka läkare för den som vet eller misstänker att han har en samhällsfarlig sjukdom eller bär smitta som kan orsaka en sådan sjukdom. Enligt utredaren skulle efterlevnaden av skyldigheten dock vara svår att kontrollera. Hon anser också att man kan förutsätta att de flesta numera självmant söker läkare i dessa fall. Hon pekar dock på att det i ett enskilt fall kan finnas behov av att kunna ålägga den som inte på eget initiativ söker läkare en sådan skyldighet. Ett villkor bör dock vara att läkarundersökningen behövs från smittskyddssynpunkt och inte är endast medicinskt motiverad. Utredaren föreslår därför att smittskyddsläkaren skall kunna anmoda den enskilde att söka läkare för undersökning. Den enskilde skall vara skyldig att följa en sådan anmodan. Om det behövs kan tvång komma till användning.

Jag delar utredarens bedömning att den som tror sig vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom i de allra flesta fall uppsöker läkare för undersökning och behandling. Enstaka enskilda torde dock även i framtiden komma att söka undandra sig sådana kontakter med läkare. Jag är därför, liksom flera remissinstanser, övertygad om att det också i en ny smittskyddslagstiftning är nödvändigt med en i lag fastlagd skyldighet att söka läkare för den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Om en sådan bestämmelse inte fanns, skulle syftet med smittskyddslagen inte framträda lika klart. Jag är dock medveten om att efterlevnaden av denna skyldighet kan vara svår att övervaka. Jag tror också att människor i allmänhet skulle ha svårt att förstå att det från smittskyddssynpunkt ibland kan vara nödvändigt att tvångsvis undersöka misstänkt smittade eller att isolera smittade mot deras vilja, men att det inte skulle föreligga någon skyldighet att söka läkare för den som har anledning anta att han har blivit smittad av en samhällsfarlig sjukdom.

När det gäller utformningen av bestämmelsen om skyldighet att söka läkare kan 12 § gällande smittskyddslag tjäna som förebild. Detta innebär att bestämmelsen bör ges den avfattningen, att var och en som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall vara skyldig att utan dröjsmål söka läkare. Att besök hos läkaren skall ske utan

dröjsmål anges dock inte uttryckligen i 12 § gällande smittskyddslag men får anses ligga i sakens natur.

Prop. 1988/89:5

Anledning anta att man har smittats av en samhällsfarlig sjukdom kan föreligga av flera skäl. Vid vissa sjukdomar framträder ofta typiska symptom som är så karaktäristiska och inte sällan så obehagliga att den smittade regelmässigt förstår hur det är fatt och uppsöker läkare för att få bot. Andra sjukdomar däremot har diffusa eller på annat sätt för den smittade svårtolkade symptom. Om man i de sistnämnda fallen har endast symptomen som underlag för sin bedömning, kan det många gånger vara svårt för den enskilde att inse att han blivit smittad. Också andra förhållanden än för den smittade märkbara kliniska symptom är självklart av betydelse för bedömningen av om någon har anledning anta att han blivit smittad av en samhällsfarlig sjukdom. I vissa situationer är risken för att man skall smittas i allmänhet så stor, att var och en som har befunnit sig i en sådan situation har anledning anta att han blivit smittad. Om t. ex. någon eller några insjuknar i salmonellainfektion efter att ha ätit av en infekterad maträtt har övriga som ätit av samma maträtt anledning anta att också de har smittats. Detsamma gäller den som vistats t. ex. på ett daghem där någon insjuknat i hepatit A. Andra exempel är den narkoman som delar injektionsspruta med någon han vet eller får veta är sjuk i hepatit B eller bärare av HIV- smitta och den som har haft sexuellt umgänge med en gonorrésmittad person.

Det bör påpekas att patientens egen uppfattning om huruvida han har anledning anta att han smittats inte kan få vara avgörande för skyldigheten att uppsöka läkare och låta sig läkarundersökas. Om en läkare på medicinska grunder anser att någon har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom inträder skyldigheten för den berörde sedan läkaren underrättat honom om sin bedömning. Rätt att påfordra läkarundersökning bör dock finnas endast för smittskyddsläkaren.

En ny smittskyddslag bör alltså bygga på bl. a. den grundsatsen, att var och en som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att söka läkare. Om han inte gör detta självant, skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som behövs för att få honom till läkare.

Skyldighet att låta sig undersökas

Utredaren föreslår att den som misstänks vara smittad skall vara skyldig att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om en samhällsfarlig sjukdom föreligger. Detta överensstämmer i princip med gällande bestämmelser (6 och 14 §§ SmL). Remissinstanserna godtar utredarens förslag och också jag anser att var och en som har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall vara skyldig att låta sig undersökas av läkare. Vilka undersökningar som skall göras och vilka prov som skall tas kan variera från sjukdom till sjukdom. Den undersökte skall vara skyldig att lämna läkaren nödvändigt undersökningsmaterial eller tillåta att sådant tas. Att den undersöktes integritet skall värnas så långt det är möjligt är en självklarhet. Jag återkommer till frågan

Förhållningsregler för den som är eller misstänks vara smittad

Enligt gällande smittskyddslag är den som lider av en allmänfarlig eller venerisk sjukdom skyldig att följa olika slag av förhållningsregler (föreskrifter) för att hindra smittspridning. Vid de allmänfarliga sjukdomarna meddelar distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare föreskrifter om isolering och om annan inskränkning i den enskildes verksamhet (7 §). Vid de veneriska sjukdomarna ankommer det på den behandlande läkaren att meddela förhållningsregler om bl. a. åtgärder för att hindra spridning av smitta (12 §).

Utredaren bedömer att det också i framtiden är nödvändigt att kunna meddela förhållningsregler för den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Sådana förhållningsregler bör dock få meddelas endast av smittskyddsläkaren. De behandlande läkarna föreslås få en lagstadgad skyldighet att ge den enskilde råd om vilka åtgärder som kan vidtas för att hindra smittspridning. Någon skyldighet att följa de råd som den behandlande läkaren ger skall den enskilde dock inte ha. Smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler skall däremot vara tvingande. Den som bryter mot dem skall, enligt utredaren, dömas till böter.

Flera remissinstanser är kritiska mot att den behandlande läkaren skall kunna ge endast råd om vad den enskilde skall iaktta för att hindra smittspridning. De anser att läkaren måste kunna meddela bindande förhållningsregler. En del remissinstanser understryker att det är angeläget att man i högre grad än vad utredaren föreslår tar till vara den kompetens och erfarenhet som finns hos läkare inom primärvården. Riksåklagaren är tveksam till förslaget om bötespåföljd för den som bryter mot de förhållningsregler som smittskyddsläkaren meddelat. Ohörsamheten kan visserligen någon gång bero på nonchalans eller motvilja mot smittskyddsläkarens beslut men, påpekar riksåklagaren, med säkerhet lika ofta på oförmåga eller rädsla. Ansvarsbestämmelsens avskräckande effekt torde vara obefintlig. I stället kan den verka försvårande på samarbetet mellan läkare och patient. Bl. a. mot den bakgrunden avstyrker riksåklagaren den föreslagna kriminaliseringen.

För egen del vill jag först framhålla att förhållandet mellan läkare och patient måste bygga på öppenhet, respekt och förtroende. En skyldighet för läkaren att vid fall av samhällsfarlig sjukdom meddela patienten bindande förhållningsregler om dennes livsföring kan riskera att utsätta förhållandet för påfrestningar. Skyddet mot de samhällsfarliga sjukdomarna är dock så angeläget att olika slag av ingrepp i den enskildes integritet måste övervägas. Det är följaktligen inte den enskildes ensak att fritt bestämma hur han skall leva och i övrigt bete sig när han för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. För smitta gör den smittade när sjukdomen befinner sig i ett smittsamt skede.

Jag är övertygad om att det finns en utbredd insikt om att det ligger i alla samhällsmedborgares intresse, att den som för smitta av en samhällsfarlig

sjukdom måste acceptera tvingande inskränkningar i sin livsföring. Med utredarens förslag kan bindande förhållningsregler meddelas av smittskyddsläkaren först sedan det visat sig att patienten inte hörsammat de råd som den behandlande läkaren meddelat. Som vissa remissinstanser påpekar, kan en sådan ordning bli alltför omständlig när snabba insatser krävs.

Enligt min uppfattning bör, på samma sätt som i dag gäller för de veneriska sjukdomarna, den behandlande läkaren vara skyldig att meddela den patient som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom de bindande förhållningsregler som behövs för att hindra smittspridning. Detsamma måste också gälla den som misstänks föra smitta, så länge misstanken kvarstår. Vilka förhållningsregler som skall meddelas beror dels på vilken sjukdom det gäller, dels på patienten och hans förhållanden. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utarbeta de föreskrifter och vägledande allmänna råd som kan behövas. Om patienten är missnöjd med förhållningsreglerna i något avseende och den behandlande läkaren inte är villig att ändra dessa, bör patienten ha rätt att vända sig till smittskyddsläkaren för att få förhållningsreglerna prövade.

Utredaren föreslår att den som bryter mot en bindande förhållningsregel skall dömas till böter. Mot förslaget har riksåklagaren rest starka invändningar. Inte heller jag anser att det är lämpligt med böter som påföljd för brott mot förhållningsregler. Syftet med förhållningsreglerna är att förmå den som för smitta att vidta sådana försiktighetsåtgärder och att i övrigt leva så att smittspridning hindras. Det är tveksamt om ett bötesbelopp för den som bryter mot en förhållningsregel skulle förmå honom att vidta rättelse, i synnerhet som man på goda grunder kan anta att brott mot förhållningsreglerna oftast torde komma att begås av personer med sociala problem. Med hänsyn till risken för smittspridning måste mera effektiva åtgärder kunna vidtas. Enligt min uppfattning kan det i sådana fall bli aktuellt att omhänderta den smittade på ett sådant sätt att fortsatt smittspridning kan förhindras. Jag återkommer till detta i samband med att jag behandlar behovet av tvångsåtgärder i smittskyddsarbetet (avsnitt 2.13).

Skyldighet att låta sig behandlas

Enligt gällande smittskyddslag är den som lider av allmänfarlig eller venerisk sjukdom skyldig att underkasta sig nödvändig vård och behandling för sjukdomen. I 7 § föreskrivs att den som lider av allmänfarlig sjukdom är skyldig att efter särskilt beslut låta inta sig för vård på sjukhus om han med hänsyn till faran för smittans spridning inte kan behandlas i öppen vård. Enligt 12 § är den som lider av venerisk sjukdom skyldig att söka läkare och underkasta sig den undersökning och behandling som behövs.

Utredaren anser att den smittade inte skall vara skyldig att genomgå medicinsk behandling för att hindra smittspridning.

För några av de sjukdomar som jag föreslår skall anses vara samhällsfarliga finns inga direkta botemedel. Behandlingen är huvudsakligen inriktad på att lindra de symptom som uppstår. Smittämnet kan man däremot inte avlägsna med behandling. Så är fallet vid t. ex. hepatit A och infektion av

HIV. För vissa sjukdomar gäller dock att behandling kan befria den smittade från smittämnet. Det är vanligen fråga om läkemedelsbehandling, t. ex. antibiotikabehandling vid difteri, meningokockinfektion eller gonorré.

Avvägningen mellan å ena sidan den enskildes rätt till självbestämmande och okränkthet och å andra sidan samhällets krav på skydd mot smittsamma sjukdomar är svår när det gäller frågan om tvångsbehandling av smittade. Tungt vägande skäl kan anföras både för och emot en behandlingsskyldighet. En skyldighet att underkasta sig behandling kan enligt min uppfattning i vart fall inte avse andra behandlingsformer än sådana som är ofarliga för patienten. Att avgöra vilka behandlingsformer som till följd härav inte skulle få användas kan vara en svår uppgift. Vidare torde det finnas en stor tveksamhet inom läkarkåren att tvångsbehandla smittade. Mot detta står att läkemedelsbehandling i många fall är en riskfri och snabb metod att göra någon smittfri. Vid en samlad bedömning har jag, liksom utredaren och flertalet remissinstanser, funnit att en ny smittskyddslag inte bör innehålla en bestämmelse om skyldighet att låta sig behandlas vid samhällsfarlig sjukdom. Mitt ställningstagande får dock inte leda till att smittskyddet försämrats. Detta innebär att den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och som vägrar att underkasta sig läkemedelsbehandling som kan göra honom smittfri måste medverka till andra åtgärder för att hindra smittspridning. En sådan åtgärd kan vara att följa de förhållningsregler som den behandlande läkaren har meddelat eller, om det är nödvändigt, att låta sig frivilligt tas in på sjukhus. En förhållningsregel kan avse kontakten med den behandlande läkaren, isolering i hemmet, avstängning från arbete eller skola, särskilda försiktighetsåtgärder i det sexuella umgänget o. d. Om den smittade inte skulle följa meddelade förhållningsregler kan tvångsisolering på sjukhus bli aktuell. Jag återkommer strax till denna fråga (avsnitt 2.13).

Skyldighet att låta sig tas in på sjukhus

Enligt gällande smittskyddslag är den som är sjuk eller smittad av en allmänfarlig eller venerisk sjukdom skyldig att låta sig tas in på sjukhus. För att denna skyldighet skall inträda fordras i varje enskilt fall ett särskilt beslut om intagning. Utredaren anser att denna ordning i princip skall gälla även i en ny smittskyddslag. Någon allmän skyldighet att låta sig tas in på sjukhus föreslås inte.

Den som drabbats av en samhällsfarlig sjukdom behöver inte alltid sjukhusvård. I flertalet fall kan exempelvis en patient med gonorré eller salmonellainfektion behandlas i öppen vård. För att undvika smittspridning kan han åläggas vissa inskränkningar i sin livsföring men i övrigt oftast leva som vanligt. Vissa samhällsfarliga sjukdomar, t. ex. difteri, drabbar emellertid patienten så svårt att han behöver vistas på sjukhus både för vård och för att undvika att smitta andra.

Jag delar uppfattningen att någon allmän skyldighet att låta sig tas in på sjukhus inte bör föreskrivas i den nya smittskyddslagen. Däremot kan det vid vissa samhällsfarliga sjukdomar ibland finnas behov av att tvångsvis omhänderta den som har anledning anta att han har smittats av en sådan

sjukdom på sjukhus under en kortare tid. Dessutom kan tvångsisolering på sjukhus bli nödvändig som en yttersta åtgärd när smittspridning inte kan hindras på annat sätt vid en samhällsfarlig sjukdom. Jag tar upp dessa frågor när jag behandlar tvångsåtgärderna inom smittskyddet (avsnitt 2.13).

Skyldighet att upplysa om kontakter m. m.

För att kunna bekämpa smittsamma sjukdomar är det nödvändigt att man så snabbt som möjligt efter det man har konstaterat ett smittfall kan finna smittkällan och kartlägga smittvägarna. Smittkällan kan vara en människa eller ett objekt, t. ex. ett djur eller ett förorenat livsmedel. Med smittväg avses den väg som smittan vandrat från smittkällan till en människa eller ett objekt. Enligt gällande smittskyddslagstiftning är den läkare som konstaterar ett fall av venerisk sjukdom skyldig att av patienten söka ta reda på vem som har smittat patienten och till vem patienten har kunnat överföra smitta (7 § tredje stycket SmK). Också vid allmänfarlig sjukdom försöker läkaren genom upplysningar från den smittade att utröna smittkälla och smittvägarna. Någon uttrycklig bestämmelse om en sådan skyldighet för läkaren vid dessa sjukdomar finns dock inte i lagstiftningen. Den smittade har inte någon i lag uttrycklig skyldighet att lämna upplysningar om vem eller vad han kan ha blivit smittad av eller till vem han kan ha fört smittan vidare. Smittskyddslagen utgår från att sådana upplysningar lämnas ändå. Så t. ex. skall smittskyddsläkaren enligt 15 § SmL vidta vissa åtgärder om en veneriskt sjuk person har berättat att han varit i förbindelse med en annan person på ett sådant sätt att smitta kunnat överföras.

Utredaren föreslår en i lag fastlagd skyldighet för den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom att lämna upplysningar om smittkälla och smittvägar. Hon pekar på att ett effektivt smittskydd förutsätter att den som skall spåra smittkällan och andra led i smittspridningen har möjlighet att få upplysningar av detta slag av den smittade. Remissinstanserna har lämnat förslaget utan erinran.

Också jag anser att det finns skäl att lagfästa skyldigheten för den som är smittad av en samhällsfarlig sjukdom att lämna de upplysningar som behövs för att kunna hindra vidare smittspridning. Någon sanktion mot den som inte fullgör sin skyldighet bör dock inte komma i fråga.

Mitt förslag: Varje läkare som har kompetens för uppgiften är skyldig att utföra de undersökningar som behövs för att fastställa om en patient är smittad av en samhällsfarlig sjukdom. Han skall ge patienten information om sjukdomen.

Om patienten är smittad eller har anledning anta att han har smittats, skall läkaren meddela patienten de förhållningsregler som denne skall iakta i bl. a. sin livsföring för att hindra smittspridning. Läkaren skall så långt det är möjligt se till att patienten följer förhållningsreglerna.

Om patienten är smittad, skall läkaren behandla honom för sjukdomen.

Läkaren skall av patienten söka ta reda på av vad eller av vem patienten kan ha blivit smittad samt vilka andra som kan ha blivit smittade av smittkällan, av patienten eller av någon annan.

Utredarens förslag: Varje läkare skall uppmärksamma förekomsten av samhällsfarliga sjukdomar i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet och därvid utföra de undersökningar som behövs för att fastställa om någon har smittats av en sådan sjukdom. Vid undersökningen skall läkaren försöka utröna sjukdomens smittkälla och smittvägar samt till vilka andra människor smittämnet kan ha spritt sig. Läkaren skall ge den smittade information om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder den smittade bör vidta för att hindra smittspridning. Bindande förhållningsregler får dock ges endast av smittskyddsläkaren.

Remissinstanserna: Utredarens förslag lämnas i allt väsentligt utan erinran av remissinstanserna. Flera remissinstanser understryker i allmänna ordalag de lokalt verksamma läkarnas viktiga roll i smittskyddsarbetet.

Skälen för mitt förslag

Enligt gällande smittskyddslag förutsätts att mycket av smittskyddsarbetet bedrivs inom den reguljära hälso- och sjukvården. Detta kommer till särskilt uttryck beträffande de veneriska sjukdomarna. Utredaren anser att även en ny smittskyddslag bör bygga på principen att varje läkare skall vara skyldig att medverka i smittskyddsarbetet. Också jag anser att det är både naturligt och nödvändigt att många uppgifter inom smittskyddet utförs inom hälso- och sjukvården. Jag delar således utredarens och remissinstansernas uppfattning att i princip alla läkare, både offentligt och privat verksamma, bör ha skyldighet att biträda i smittskyddsarbetet.

Läkarnas allmänna åligganden

Att varje läkare i sin verksamhet är uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga sjukdomar liksom på andra slag av sjukdomar samt på skador är en självklarhet. När det gäller smittsamma sjukdomar och smitt-

skydd kan varje läkare inte bidra i lika stor utsträckning. Många läkare har en sådan inriktning på sin verksamhet, att de aldrig eller sällan kommer i kontakt med patienter som smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Sådana läkare bör självfallet inte åläggas några särskilda uppgifter i smittskyddslagen. Däremot bör den läkare som normalt i sin yrkesverksamhet behandlar eller annars träffar på smittade patienter och som har kompetens för uppgiften vara skyldig att undersöka den som uppsöker honom med misstanke om att han blivit smittad av en samhällsfarlig sjukdom. Om läkaren bedömer att han med hänsyn till den sjukdom som misstänks föreligga inte är skickad att ta hand om patienten — t. ex. vid infektion av HIV — skall läkaren se till att patienten tas om hand av en läkare som är lämpad för uppgiften.

Den behandlande läkaren skall i första hand söka ta reda på om patienten är smittad eller ej. För detta ändamål skall han undersöka patienten och ta de prov från denne som behövs. Det torde här oftast gälla prov från blod, saliv, urin eller avföring. Jag har tidigare föreslagit att den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall vara skyldig att söka läkare och underkasta sig undersökning samt att därvid lämna behövligt undersökningsmaterial eller tillåta att sådant tas. Självklart skall läkaren också erbjuda en smittad patient behandling för sjukdomen. Någon skyldighet för patienten att underkasta sig behandling bör, som jag tidigare framhållit, inte föreligga.

Om det vid undersökningstillfället inte är uppenbart att patienten inte är smittad av en samhällsfarlig sjukdom skall läkaren informera honom om den sjukdom som läkaren misstänker föreligger. Läkaren skall upplysa om sjukdomens namn, vilka hälsorisker som är förknippade med den, hur den smittar och hur den behandlas. Han skall också meddela patienten de förhållningsregler som patienten skall iaktta för att undvika vidare smittspridning. Om resultatet av undersökningen senare skulle utvisa att patienten inte är smittad — t. ex. efter analys av ett blodprov på ett laboratorium — förfaller naturligtvis meddelade förhållningsregler omedelbart.

Meddelande av förhållningsregler

Från smittskyddssynpunkt är det nödvändigt att den behandlande läkaren alltid meddelar förhållningsregler. Förhållningsregler skall meddelas varje patient som är smittad eller som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Läkaren bör göra en noggrann prövning av vilka förhållningsregler som skall ges i det enskilda fallet. Som jag tidigare redovisat skall förhållningsreglerna avpassas både till den sjukdom som är i fråga och till den smittades person. Jag har också framhållit att det bör ankomma på socialstyrelsen att utforma föreskrifter och allmänna råd till ledning för de behandlande läkarna. Läkaren kan även vända sig till smittskyddsläkaren för att få hjälp med att utforma förhållningsreglerna.

Förhållningsreglerna kan vara av olika slag såsom anvisningar om att hålla kontakt med den behandlande läkaren, att iaktta personlig hygien eller hygien i allmänhet, förutsättningar för att smittade skall kunna arbeta

eller gå i skola, avstängning från arbete eller skolgång, isolering i hemmet samt andra inskränkningar och försiktighetsmått i den smittades livsföring.

Om den smittade underlåter att följa förhållningsreglerna kan det bli aktuellt att vidta andra åtgärder för att hindra smittspridning. För att kunna bedöma om andra åtgärder måste vidtas, är det nödvändigt att det klart och entydigt kan visas vilka förhållningsregler patienten har meddelats och hur patienten underrättats om dem. I patientens patientjournal skall därför alltid antecknas vilka förhållningsregler som meddelats. Ett besked om att man smittats av en samhällsfarlig sjukdom kan vid vissa sjukdomar bli en chockartad upplevelse för många. Det kan följaktligen vara svårt för patienten att vid det tillfället ta till sig och förstå innebörden av de förhållningsregler som läkaren meddelar honom. Jag bedömer det därför som angeläget att patienten förutom den muntliga informationen från läkaren också får en skriftlig handling med förhållningsreglerna. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utforma ett underlag för dessa handlingar.

Den behandlande läkaren bör så långt det är möjligt se till att patienten följer meddelade förhållningsregler. Hans möjligheter i detta avseende är självklart starkt begränsade. Läkaren kan inte hålla uppsikt över patienten i dennes dagliga liv. En sådan ordning vore orimlig och dessutom praktiskt ogenomförbar. Vad jag menar är att läkaren på olika sätt bör vara uppmärksam på tecken som tyder på att patienten inte hörsammar förhållningsreglerna. En läkare har inte sällan möjlighet att bilda sig en god uppfattning om en patient redan genom att tala med honom och att träffa honom tillräckligt ofta. Med hänsyn till smittskyddets intresse är det nödvändigt att läkaren har tillräckligt täta kontakter med patienten också i de fall patienten avböjer medicinsk behandling eller då någon sådan behandling inte finns. Läkaren bör också vara lyhörd för de upplysningar om patienten som han kan få från myndigheter eller enskilda. Om läkaren har anledning misstänka att patienten inte följer meddelade förhållningsregler skall han underrätta smittskyddsläkaren om detta. Jag återkommer strax till vilka åtgärder som smittskyddsläkaren bör vidta när han får en sådan underrättelse.

Smittspårning

Som jag flera gånger tidigare har framhållit är smittspårningen av central betydelse när det gäller att förhindra utbredningen av smittsamma sjukdomar. Ju snabbare och framgångsrikare smittspårningen kan ske, desto bättre är förutsättningarna för att förhindra vidare smittspridning. Det är därför naturligt att de läkare som först kommer i kontakt med de smittade har ett primärt ansvar för smittspårningen. Jag delar utredarens och remissinstansernas uppfattning att denna uppgift för de behandlande läkarna är så betydelsefull att det i smittskyddslagen bör tas in en bestämmelse om skyldighet för läkaren att bedriva smittspårning.

När det gäller sjukdomar som huvudsakligen sprids via livsmedel, avloppsvatten, ventilationsanläggningar eller på likartat sätt bör miljö- och hälsoskyddsnämnden svara för att smittkällan kan lokaliseras. Den behandlande läkarens uppgift blir att finna de människor som har blivit

smittade. Vissa sjukdomar smittar både via t.ex. livsmedel och nära kroppsliga kontakter. Vid dessa sjukdomar kan smittspårningen kräva ett samarbete mellan den behandlande läkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnden.

Den smittspårning som i dag sker inom den allmänna hälso- och sjukvården vid de sexuellt överförbara sjukdomarna är ofta organiserad så, att det praktiska arbetet utförs av kuratorer eller sjuksköterskor vid främst infektionsklinikerna och de venercologiska mottagningarna. Denna verksamhet har visat sig fungera utomordentligt väl och kan utgöra en stor tillgång också i ny smittskyddsorganisation.

Syftet med all smittspårning är att finna smittkällan och så många smittade som möjligt. Det enda sättet detta kan göras på är genom samtal med patienten eftersom endast denne kan lämna sådana upplysningar att smittkällan kan spåras och smittvägarna följas. Vid många sjukdomar uppfattar patienten det inte som särskilt känsligt att lämna ut behövliga upplysningar. När det däremot gäller de sexuellt överförbara sjukdomarna visar erfarenheten, att patienten lämnar sådana uppgifter endast om han känner förtroende för den som efterfrågar uppgiften och vet att uppgiften inte sprids till andra. Det är därför viktigt att all smittspårning bedrivs så, att den kan ske i en anda av förtroende mellan patienterna och den personal som har att utföra smittspårningen. Bl. a. är det viktigt att klargöra för patienten att de uppgifter som han lämnar skyddas av den starka hälso- och sjukvårdssekretessen, som också gäller för smittskyddet. Självklart måste man även få patienten att inse betydelsen av att smittspridningen kan stoppas och att smittade kan komma under vård och behandling.

För många läkare kan det bli svårt att själva bedriva ett effektivt smittspårningsarbete. Orsakerna till detta kan vara många. Liksom i dag torde en vanlig orsak komma att vara bristande erfarenhet av smittspårning. De läkare som i sin verksamhet sällan möter patienter med detta slag av smittsamma sjukdomar har små möjligheter att lära sig hur smittspårning bör bedrivas och ges i vart fall inte tillfälle att skaffa sig någon rutin på sådan verksamhet. I dessa fall bör läkaren kunna vända sig till smittskyddsläkaren för att få råd om hur han på bästa sätt skall bedriva smittspårningen.

Jag förutsätter att det utformas praktiska arbetsmetoder för smittspårningen som kan tillämpas vid de olika slagen av samhällsfarliga sjukdomar. Det bör ankomma på socialstyrelsen att ge vägledande riktlinjer för hur smittspårningen bör bedrivas. Sådan vägledning finns redan vad gäller de sexuellt överförbara sjukdomarna i skriften Socialstyrelsen redovisar 1987:13. På det regionala planet bör det vara en av smittskyddsläkarens viktigaste uppgifter att se till att sådana arbetsmetoder utarbetas och kommer till berörd personals kännedom.

Mitt förslag: Varje läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en anmälningsskyldig sjukdom är skyldig att anmäla detta. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium samt beträffande vissa sjukdomar även till miljö- och hälsoskyddsnämnden.

Anmälningsskyldig sjukdom är dels samhällsfarlig sjukdom, dels annan sjukdom som särskilt anges i smittskyddslagen.

Läkaren skall anmäla också fall av annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

En anmälan beträffande en sexuellt överförbar sjukdom skall inte innehålla uppgift om den smittades identitet. Identiteten skall inte heller anges för kontaktperson, om denne visar för den anmälande läkaren att han utan dröjsmål låtit undersöka sig av läkare. Andra uppgifter av betydelse för smittskyddet skall anges i anmälan. Anmälningar av andra samhällsfarliga sjukdomar skall innehålla uppgift även om den smittades och kontakters identitet.

Utredarens förslag: Varje läkare skall anmäla fall av konstaterad eller skäligen misstänkt samhällsfarlig eller annan anmälningsskyldig sjukdom till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Sådan anmälningsskyldighet gäller även vid varje anmärkningsvärd anhopning av fall av andra smittsamma eller misstänkt smittsamma allvarliga sjukdomar. Utredaren redovisar inte vilka uppgifter som skall lämnas i anmälan. Om objektinriktade åtgärder kan komma i fråga, skall smittskyddsläkaren i sin tur underrätta berörd tillsynsmyndighet.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är i allmänhet positiva till utredarens förslag eller lämnar det utan erinran. Att läkarnas anmälningar skall göras till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium tillstyrks av flertalet remissinstanser. Några remissinstanser anser dock att även vissa myndigheter, t. ex. de sociala myndigheterna, skall ha skyldighet att anmäla fall av samhällsfarlig sjukdom till smittskyddsläkaren. Flera remissinstanser påtalar behovet av att miljö- och hälsoskyddsnämnden får anmälan direkt från behandlande läkare.

Skälen för mitt förslag

Enligt gällande smittskyddslag skall hushållsföreståndare underrätta distriktsläkaren när det inträffar ett fall av allmänfarlig sjukdom inom hushållet. Motsvarande skyldighet har föreståndare för bl. a. hotell, vårdanstalter och campingplatser samt befälhavare på fartyg.

Varje läkare som vid undersökning eller behandling konstaterar ett fall av allmänfarlig eller venerisk sjukdom är skyldig att anmäla detta. En läkare är också skyldig att anmäla vissa andra, i lagstiftningen särskilt uppräknade smittsamma sjukdomar. Mottagare av dessa anmälningar är

smittskyddsläkaren samt i vissa fall miljö- och hälsoskyddsnämnden, distriktsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Reglerna är olika beroende på vilken läkare som skall göra anmälan och på vilken sjukdomsgrupp den anmälningspliktiga sjukdomen hör till.

Prop. 1988/89:5

Vem skall anmäla?

För möjligheterna att bekämpa smittsamma sjukdomar är det angeläget att man kan spåra så många smittade som möjligt. Det är därför nödvändigt att alla som har anledning anta att de blivit smittade av en samhällsfarlig sjukdom uppsöker en läkare, i första hand för undersökning.

För att man skall kunna följa förekomsten och utbredningen av smittsamma sjukdomar i samhället krävs att de läkare som konstaterar fall av smitta meddelar detta till de myndigheter som på regional och central nivå ansvarar för att åtgärder vidtas för att begränsa smittans utbredning. Ett sådant anmälningsförfarande är en nödvändig förutsättning för att smittskyddsarbetet skall kunna bedrivas rationellt. Om detta råder en bred enighet.

Jag delar utredarens och remissinstansernas uppfattning att varje läkare som i sin verksamhet konstaterar att hans patient har smittats av en viss smittsam sjukdom skall vara skyldig att anmäla detta. Vid vilka sjukdomar som anmälan skall göras kommer jag strax att redogöra för.

Några remissinstanser, bl. a. socialstyrelsen, påpekar att smitta ibland konstateras utan medverkan av läkare. Beträffande personal som arbetar med livsmedel förekommer det att miljö- och hälsoskyddsnämnden fastställer att någon är smittad. Dessa remissinstanser anser därför att man bör överväga anmälningsskyldighet för nämnden i sådana fall.

Jag delar uppfattningen att det finns skäl för miljö- och hälsoskyddsnämnden att underrätta smittskyddsläkaren om befarad smitta som nämnden upptäcker i sin tillsyn enligt annan lagstiftning, t. ex. livsmedelslagen, eller som på annat sätt kommer till nämndens kännedom. Smittskyddsläkarens uppgift blir då att se till att den som misstänks vara smittad kommer till läkare för undersökning. En bestämmelse bör tas in i smittskyddslagen om skyldighet för nämnden att underrätta smittskyddsläkaren i dessa fall.

Några remissinstanser tar upp frågan om inte vissa myndigheter och andra organ som kommer i kontakt med smittade eller misstänkt smittade borde ha en generell anmälningsplikt när de får reda på eller misstänker att någon är smittad. Domstolsverket anser att det är av utomordentlig betydelse att befogade misstankar om att någon bär smitta av en samhällsfarlig sjukdom snabbt kan vidarebefordras till smittskyddsläkaren och föreslår därför en anmälningsskyldighet för bl. a. socialnämnder, miljö- och hälsoskyddsnämnder, polismyndigheter och föreståndare för vårdanstalter och liknande inrättningar. Likartade synpunkter förs fram av länsrätten i Göteborgs och Bohus län som framhåller att skyddet för den enskildes integritet i dessa fall får vika för samhällets intresse av att begränsa spridningen av samhällsfarliga sjukdomar.

För egen del anser jag i likhet med utredaren och de flesta remissinstanserna att den nuvarande skyldigheten för föreståndare för hotell, pensionat

och liknande rörelser att anmäla inträffade sjukdomsfall inte bör föras över till den nya smittskyddslagen. Anmälningsplikten för dessa befattningshavare kan undvaras utan men för smittskyddet. När det däremot gäller anmälningsskyldighet för befälhavare på fartyg ställer sig saken annorlunda. Enligt konventionen International Health Regulations (IHR), till vilken Sverige har anslutit sig, föreligger skyldighet för både befälhavaren på luftfartyg och befälhavaren på fartyg att anmäla fall av smitta ombord. Denna skyldighet bör således komma till uttryck också i en ny smittskyddslagstiftning. Jag avser att senare återkomma med förslag om s. k. karantänsbestämmelser.

När det gäller frågan att införa en anmälningsplikt för myndigheter och för andra organ som kan komma i kontakt med smittade är bedömningen inte lika enkel. Flera av de myndigheter och andra organ som här berörs får ibland kännedom om att någon är smittad eller att det finns skäl att anta att någon är smittad. De har emellertid inte sällan också ett mycket nära förhållande till de människor som de kommer i kontakt med. Förhållandet bygger ofta på öppenhet från båda sidor och på att de upplysningar som den enskilde lämnar om sig själv och om sina förhållanden i övrigt inte förs vidare till andra. Flera av dessa myndigheters förutsättningar för att bedriva en framgångsrik verksamhet beror därför i stor utsträckning på det förtroende som människorna har för dem. En skyldighet för dem att anmäla smittade eller misstänkt smittade patienter eller klienter till smittskyddsmyndigheterna skulle enligt min bedömning ge begränsade vinster för smittskyddet men kunna vara av stor skada för den egna verksamheten. Jag anser således att det inte finns tillräckliga skäl att ålägga de myndigheter och andra organ som kommer i kontakt med smittade eller misstänkt smittade en generell skyldighet att anmäla när de får reda på eller misstänker att någon är smittad.

Sjukdomar som skall anmälas

Jag kommer nu över till frågan vid vilka sjukdomar som anmälan skall göras. Att de samhällsfarliga sjukdomarna skall anmälas torde det inte råda några delade uppfattningar om. Enligt gällande smittskyddslag skall emellertid inte endast allmänfarliga och veneriska sjukdomar anmälas utan också vissa andra, i smittskyddskungörelsen särskilt angivna sjukdomar. Utredaren och remissinstanserna anser att det även framgent finns ett behov av att anmäla sådana sjukdomar. Också jag anser att det finns ett antal smittsamma sjukdomar som inte utgör ett lika stort hot mot befolkningens hälsa som de samhällsfarliga, men där det är angeläget att man epidemiologiskt kan följa deras utbredning, variationer m. m. i samhället. Även förekomsten av dessa sjukdomar bör således anmälas av läkarna. En förteckning över dessa sjukdomar bör tas in i smittskyddslagen. Jag vill också understryka att några tvångsåtgärder mot den enskilde inte kan komma i fråga vid dessa sjukdomar.

De smittsamma sjukdomar som skall anmälas av de behandlande läkarna bör – liksom i gällande smittskyddslagstiftning – benämnas anmälningspliktiga.

Utredaren anser att regeringen skall bestämma vilka smittsamma sjukdomar som skall anmälas utöver de samhällsfarliga sjukdomarna. Som skäl för att avgörandet bör ligga hos regeringen, anger hon att behovet av att kunna följa dessa sjukdomar varierar med tiden varför förteckningen över sjukdomarna lätt bör kunna ändras.

Jag har tidigare föreslagit att riksdagen och inte regeringen bör bestämma vilka smittsamma sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga. Jag finner det därför konsekvent att riksdagen även bestämmer vilka övriga sjukdomar som skall omfattas av en anmälningsskyldighet. Om det skulle bli nödvändigt att förklara en ny smittsam sjukdom anmälningspliktig, bör regeringen kunna föreskriva anmälningsplikt för sjukdomen.

Jag föreslår att följande sjukdomar, utöver de samhällsfarliga, skall vara anmälningspliktiga: amöbainfektion, botulism, campylobacter, giardia lamblia, hemorragisk nefrosonefrit, infektioner orsakade av atypiska mykobakterier, legionärssjuka, listerios, malaria, papegojsjuka, stelkramp, toxoplasmainfektion, trikinos och tularemi.

Då och då förekommer det att sjukdomar som är eller kan misstänkas vara smittsamma och som inte hör till de anmälningspliktiga sjukdomarna lokalt eller regionalt får en anmärkningsvärt stor spridning eller uppträder i en elakartad form. Det kan vara fråga om en tidigare känd eller okänd sjukdom. Exempel på sådana icke tidigare kända sjukdomar är "Buasjukan" och "Ockelbosjukan". Om sjukdomen kan misstänkas vara allvarlig är det viktigt att sådana utbrott snabbt kommer till ansvariga myndigheters kännedom så att utredningar och undersökningar kan påbörjas och eventuella åtgärder mot smittspridning kan vidtas. Utredarens förslag att det bör ske en anmälan även i dessa fall har mottagits positivt av de remissinstanser som kommenterat förslaget, bl. a. socialstyrelsen och försvarets sjukvårdsstyrelse. Också jag anser att sådana sjukdomar bör anmälas till smittskyddsmyndigheterna.

Till vem skall anmälan göras?

Som jag nyss påpekat är det nödvändigt att vissa smittsamma sjukdomars förekomst anmäls till de myndigheter på regional och central nivå som ansvarar för att åtgärder vidtas för att begränsa smittans utbredning. Anmälningarna bör därför göras till smittskyddsläkaren i länet och till statens bakteriologiska laboratorium. Liksom remissinstanserna biträder jag således utredarens förslag i denna del. Smittskyddsläkaren måste ha anmälningarna för att kunna överblicka smittskyddssituationen i länet och för att kunna övervaka och leda smittskyddsarbetet samt för att kunna fullgöra sina övriga författningsenliga åligganden. Laboratoriet behöver anmälningarna för att som nationellt expertorgan kunna följa det epidemiologiska läget i landet.

I de fall objektrinriktade åtgärder kan komma i fråga vid en samhällsfarlig sjukdom anser utredaren att smittskyddsläkaren skall underrätta den myndighet som har att vidta åtgärderna. Någon anmälan av läkaren direkt till t. ex. miljö- och hälsoskyddsnämnden föreslår utredaren inte. Utredaren anser också att underrättelse kan komma i fråga även vid andra anmäl-

ningspliktiga sjukdomar än de samhällsfarliga. Någon bestämmelse i smittskyddslagen om underrättelse i de senare fallen föreslår hon dock inte.

Flera remissinstanser kritiserar utredarens förslag till lösning när det gäller frågan hur främst miljö- och hälsoskyddsnämnden skall underrättas om inträffade fall av smittsam sjukdom. Flera remissinstanser anser att fallen bör anmälas direkt till nämnden av den läkare som konstaterat smittan. Bland dessa remissinstanser märks socialstyrelsen, livsmedelsverket, Svenska kommunförbundet och flera kommuner. Det framhålls att det är särskilt angeläget att nämnden underrättas direkt när livsmedel eller badvatten utgör smittkällan.

Med det förslag till ny smittskyddslag som jag här lägger fram, skall miljö- och hälsoskyddsnämnden vidta de objektinriktade åtgärder som behövs med anledning av inträffade sjukdomsfall. Nämndens åtgärder kan, till skillnad mot utredarens förslag, vidtas med stöd av smittskyddslagen. Detta hindrar naturligtvis inte att nämnden kan vidta åtgärder även enligt annan lagstiftning. Som flera remissinstanser framhåller är det ofta av stor betydelse att nämndens ingripanden kan ske snabbt. Redan relativt små fördröjningar kan ställa till stora olägenheter för smittskyddsarbetet. Det är också endast vid vissa sjukdomar som det kan behövas objektinriktade åtgärder av nämnden. Dessa sjukdomar är hepatit-A, kolera, mjältbrand, paratyfoidfeber, pest, rabies, salmonellainfektion, shigellos och tyfoidfeber samt botulism, campylobacter, giardia lamblia, legionärssjuka, listerios, papegojsjuka och toxoplasmainfektion.

Enligt gällande smittskyddslag har miljö- och hälsoskyddsnämnden ett betydligt mer omfattande ansvar för att smittsamma sjukdomar bekämpas än vad jag föreslår att nämnden skall få framdeles. Några problem när det gäller skyddet för den enskildes integritet har detta ansvar inte inneburit. Med beaktande av dessa förhållanden anser jag i likhet med flera remissinstanser att inträffade sjukdomsfall i nämnda sjukdomar skall anmälas av läkaren direkt till miljö- och hälsoskyddsnämnden och inte via smittskyddsläkaren. Andra anmälningspliktiga sjukdomar skall inte anmälas till nämnden. Anmälan till nämnden behöver inte heller göras vid de sjukdomar som fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller som uppträder i en elakartad form. Om åtgärder av nämnden kan bli aktuella vid en sådan sjukdom, bör det ankomma på smittskyddsläkaren att informera nämnden om detta.

Uppgifterna i en anmälan

I gällande smittskyddslag finns inte några bestämmelser om vilka uppgifter en anmälan skall innehålla. När det gäller allmänfarliga sjukdomar finns det inte heller i smittskyddskungörelsen några sådana bestämmelser. Däremot anges i 8 § smittskyddskungörelsen att i en anmälan till smittskyddsläkaren om venerisk sjukdom skall lämnas uppgift om de två första och de fyra sista siffrorna i den sjukes personnummer och om hans hemortslän. Om den sjuke vid infektion av HIV tillhör en s. k. riskutsatt grupp skall denna grupp anges i anmälan. Några andra uppgifter om den sjukes identitet får inte lämnas. Om den sjuke har uppgett att han varit i förbindelse

med någon på sådant sätt att smitta kunnat överföras skall en särskild anmälan göras med uppgift om den senares namn och adress. Uppgift om denna person behöver dock inte lämnas, om läkaren finner att denne utan anmaning kommer att låta undersöka sig utan dröjsmål. Om däremot patienten missköter sig, t. ex. genom att inte komma till undersökning eller att inte följa givna förhållningsregler, skall smittskyddsläkaren underrättas om detta med angivande av patientens identitet (9 § SmK).

Utredaren berör inte närmare frågan om vilka uppgifter som en anmälan skall innehålla. Endast någon remissinstans påpekar att hänsynen till den enskildes integritet fordrar att i lagen anges åtminstone i huvuddrag vad som skall anmälas och inte anmälas.

Sedan utredaren avlämnat sitt betänkande har i anledning av aids- epidemin förts en omfattande och intensiv debatt om smittskyddslagstiftningen. En fråga som rönt speciellt stor uppmärksamhet är värdet om de enskilda människornas integritet och hur detta förhåller sig till kravet på ett effektivt smittskydd. I det sammanhanget har särskilt uppmärksamhetsinnehållet i de anmälningar som läkarna skall lämna om sina smittade patienter.

Behovet av uppgifter i en anmälan bestäms främst av vad uppgifterna skall användas till och vem mottagaren är. Dessa två sidor hänger emellertid nära samman och kan inte bedömas fristående från varandra.

Jag har tidigare redogjort för hur smittskyddsläkarfunktionen skall stärkas i en ny smittskyddslagstiftning. Smittskyddsläkaren har i gällande lagstiftning en alltför passiv roll. Hans formella grund för att bedriva ett förebyggande, epidemiologiskt inriktat smittskyddsarbete är starkt begränsat. För att vi framdeles skall kunna möta de hot från smittsamma sjukdomar som finns i dag och som vi kan drabbas av i framtiden måste vi ha en stark och flexibel smittskyddsorganisation. Det är därför viktigt att smittskyddsläkaren ges de förutsättningar och befogenheter som han behöver för att kunna fullgöra sina uppgifter inom det framtida smittskyddet. Av denna anledning har jag tidigare lagt fram förslag om att smittskyddsläkaren skall nära samarbeta med i första hand miljö- och hälsoskyddsnämnder och läkare samt att han skall ha rätt att inhämta de upplysningar och handlingar som han behöver för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen. Till dessa förutsättningar hör också att få så fullständiga uppgifter om de smittade som sjukdomarnas bekämpande kräver.

Smittskyddsläkaren har behov av att få information om de smittade i främst två syften. Det ena är att göra det möjligt för honom att fortlöpande följa smittskyddssituationen inom landstingsområdet och därmed underlätta för honom att leda smittskyddsarbetet på ett sådant sätt att fortsatt smittspridning kan förhindras. Det andra är att bereda honom möjlighet att vid behov gripa in i enskilda fall där hans kunnande och erfarenhet eller rätt att bruka tvång kan komma till användning, t. ex. när det gäller att förmå misstänkt smittade att söka läkare för undersökning och andra smittskyddsåtgärder som direkt berör enskilda.

För det förstnämnda syftet krävs vid de sexuellt överförbara sjukdomarna inte särskilt omfattande eller detaljerade uppgifter i anmälan. Här har den behandlande läkaren det primära ansvaret för att undersökning,

smittspårning m. m. kommer till stånd. Om de behandlande läkarnas verksamhet fungerar bra i detta avseende har smittskyddsläkaren sällan anledning att vidta andra åtgärder än att följa hur smittskyddssituationen utvecklas inom landstingsområdet. Genom att smittan vid dessa sjukdomar i huvudsak sprids vid intima förbindelser mellan människor har patienten och den behandlande läkaren goda förutsättningar att själva spåra smittvägarna och förhindra vidare smittspridning bl. a. genom att förmå kontakter till patienten att söka läkare för undersökning och behandling. En framgångsrik bekämpning av dessa sjukdomar förutsätter att patienten kan känna ett orubbat förtroende för den behandlande läkaren. Att uppgifter, som patienten lämnar läkaren om sig själv och om andra förhållanden, inte förs vidare till någon annan torde i stor utsträckning vara en förutsättning för detta förtroende.

Med beaktande av vad jag nu redovisat anser jag att de anmälningar som jag nyss föreslagit att de behandlande läkarna skall göra till smittskyddsläkaren inte skall innehålla uppgift om den smittades identitet, om anmälan avser en sexuellt överförbar sjukdom. Om den smittade vid en sådan sjukdom har lämnat uppgift till läkaren om någon som han har varit i förbindelse med på ett sådant sätt att smitta kunnat överföras, skall inte heller identiteten på denna person anges i anmälan, om denne visar för läkaren att han utan dröjsmål låtit undersöka sig av läkare. Andra uppgifter av betydelse för smittskyddet skall anges i anmälan.

När det däremot gäller andra anmälningspliktiga sjukdomar än de sexuellt överförbara är smittskyddsläkarens behov av uppgifter större för att kunna fullgöra det förstnämnda syftet. Den behandlande läkarens förutsättningar att på egen hand bedriva smittspårning och annat smittskyddsarbete är vid dessa sjukdomar mer begränsade. Sådana sjukdomar kan bekämpas endast om man har en vidare epidemiologisk överblick än den som en enskild behandlande läkare kan förvärva. Ett enskilda sjukdomsfall av en sådan sjukdom ger sällan information av något större epidemiologiskt värde. Först sedan flera sjukdomsfall befunnits ha samband med varandra kan man dra slutsatser om smittkälla, spridningsvägar etc. En förutsättning för att smittskyddsläkaren skall kunna finna sådana samband är att han får kännedom om identiteten på dem som befins vara smittade och om andra för smittskyddet relevanta uppgifter. Detta förhållande innebär att den behandlande läkaren måste anmäla sådana sjukdomsfall till smittskyddsläkaren med angivande av bl. a. den smittades identitet. Att detta skulle innebära några integritetsproblem kan jag inte se. Detta slag av sjukdomar har sedan lång tid tillbaka anmälts med angivande av den smittades namn och andra identitetsuppgifter.

Jag vill i detta sammanhang också erinra om att uppgifter som patienten lämnar till den behandlande läkaren skyddas av den stränga sekretess som gäller för hälso- och sjukvården. För den allmänna hälso- och sjukvården finns bestämmelser om sekretess i 7 kap. 1 § SekrL. För den privata hälso- och sjukvården finns bestämmelser om sekretess i 6 § tillsynslagen. Sekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL gäller också för uppgifter hos smittskyddsläkaren. Om en uppgift lämnas av en behandlande läkare till smittskyddsläkaren kommer uppgiften följaktligen att åtnjuta ett lika starkt sekretess-

skydd hos smittskyddsläkaren som hos den behandlade läkaren. Jag återkommer till sekretessfrågorna (avsnitt 2.11).

När det gäller det andra syftet med den information om de smittade som smittskyddsläkaren är i behov av är förhållandet ett annat vid samtliga samhällsfarliga sjukdomar. Här skall smittskyddsläkaren kunna ingripa i ett enskilt fall. För ett sådant ingripande är det nödvändigt att smittskyddsläkaren får mer ingående uppgifter om den smittade och förhållandena i övrigt än vad som rimligen kan lämnas i de generella anmälningarna om sjukdomsfall från de behandlande läkarna till smittskyddsläkaren. Sådana uppgifter bör lämpligen lämnas i särskilda underrättelser till smittskyddsläkaren. Dessa underrättelser skall således skiljas från de generella anmälningarna av inträffade sjukdomsfall från de behandlande läkarna till smittskyddsläkaren.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall vidta åtgärder vid smittspridning från smittkällor i den fysiska miljön. Nämnden skall se till att smittkällan elimineras genom smittrening eller andra lämpliga åtgärder. Smittrening av t. ex. en ventilationsanläggning eller förstöring av ett parti livsmedel förutsätter i sig inte att man känner till vilka människor som kommit i kontakt med smittkällan. Vid de sjukdomar som här är aktuella är det emellertid ofta så att man inte vet varifrån smittan kommer. Först sedan man lagt samman uppgifter från flera smittade kan det vara möjligt att finna smittkällan. Ett sådant sammanfogande av uppgifter kan inte utföras av den behandlande läkaren, som kanske har endast en smittad patient. Detta är sedan lång tid tillbaka en naturlig uppgift för miljö- och hälsoskyddsnämnden. Också den behandlande läkarens anmälan till miljö- och hälsoskyddsnämnden måste således innehålla uppgift om den smittades identitet och om andra nödvändiga uppgifter för nämndens smittskyddsarbete. Vad jag nu sagt gäller samtliga sjukdomar som skall anmälas till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Jag vill i detta sammanhang erinra om att enligt gällande smittskyddslag skall anmälan till miljö- och hälsoskyddsnämnden göras vid fler sjukdomar än vad jag föreslår i den nya smittskyddslagen och med lika omfattande personuppgifter. Detta har inte förorsakat några problem i integritetshänseende.

Beträffande innehållet i anmälningar till *statens bakteriologiska laboratorium* vill jag anföra följande.

Som jag tidigare framhållit är det i vårt land tämligen ovanligt med lokala utbrott av livsmedelssmitta. Mer än 90 % av sådan smitta har utländsk härkomst. Inte sällan fordras det därför vid utbrott av t. ex. salmonellainfektion en nationell överblick för att kunna se sambandet mellan olika inträffade smittfall, som kan vara spridda över hela landet. Även vid inhemska utbrott av smitta förekommer det att smittkällan uppdagas först sedan man har fått en nationell överblick över situationen. För att detta arbete skall kunna bedrivas rationellt fordras ofta tillgång till uppgift om de smittades identitet och hemvist.

Sedan den allmänna vaccinationen mot tuberkulos har avskaffats är det nödvändigt att nya sådana sjukdomsfall anmäls med angivande av identitet för att den centrala tuberkulosuppföljningen skall vara meningsfull.

Mot denna bakgrund anser jag att anmälningar till *statens bakteriologis-*

ka laboratorium om inträffade smittfall skall innehålla samma uppgifter som anmälningarna till smittskyddsläkaren.

Jag vill dock understryka att med den roll som smittskyddsläkarna föreslås få i den nya smittskyddslagstiftningen är smittskyddsarbetet ute på fältet en uppgift för främst smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Statens bakteriologiska laboratorium skall nära samarbeta med smittskyddsläkarna och miljö- och hälsoskyddsnämnderna, underrätta dem om förhållanden som kan vara av betydelse för deras verksamhet och, om dessa begär det, biträda dem i deras smittskyddsarbete. Något hinder för laboratoriet att i andra fall på plats följa smittskyddsarbete som kan ha nationell betydelse finns självklart inte.

2.11 Sekretessen och smittskyddet

Utredaren har endast översiktligt behandlat frågan om sekretessen och smittskyddet och remissinstanserna har begränsat sina yttranden till att peka på de intressebeträffningar som finns mellan smittskyddets behov av information och den enskildes krav på integritetsskydd.

I det följande redogör jag först översiktligt för de sekretessregler som i främsta rummet kan vara av betydelse för smittskyddet. Därefter redovisar jag konsekvenserna i sekreteshänseende av det förslag till ny smittskyddslag som jag här lägger fram. Några förslag till ändringar i sekretesslagen med anledning av den nya smittskyddslagen lägger jag inte fram nu. Som jag strax skall redogöra för har jag för avsikt att senare ta upp frågor om följdslagstiftning till den nya smittskyddslagen. I det sammanhanget återkommer jag till frågan om ändring i sekretesslagen med anledning av den nya smittskyddslagen. Föreskrifter i smittskyddslagen av betydelse för sekretessen behandlar jag i specialmotiveringen.

I smittskyddsarbetet framträder inte sällan de intressebeträffningar som finns vad gäller å ena sidan smittskyddsmyndigheternas behov av tämligen detaljerade uppgifter av ofta känslig natur om enskilda individer och å andra sidan den enskildes intresse av att värna sin personliga integritet. Som jag tidigare framhållit förutsätter ett effektivt smittskydd att de smittade har förtroende för och känner säkerhet i myndigheternas åtgärder. Utan en atmosfär av samförstånd skulle smittskyddet ha svårt att fungera väl. Den kanske viktigaste förutsättningen i detta hänseende torde vara den sekretess som gäller i smittskyddsarbetet eller som direkt berör denna verksamhet.

Gällande sekretessregler

De grundläggande bestämmelserna om sekretess vad gäller åtgärder mot smittsamma sjukdomar i det allmänna verksamheten finns i 7 kap. 1 § SekrL. Beträffande sådana åtgärder gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Att sekretess gäller för en uppgift innebär förbud att röja uppgiften vare sig det sker muntligen, eller genom att en allmän

handling lämnas ut eller på annat sätt. Bestämmelserna i 7 kap. 1 § SekrL gäller inom all offentlig hälso- och sjukvård samt i annan offentlig medicinsk verksamhet, såsom åtgärder mot smittsamma sjukdomar. Miljö- och hälsoskyddsnämndernas individuellt inriktade verksamhet inom smittskyddet omfattas också av sekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL. När det gäller åtgärder mot smittsamma sjukdomar som företas utanför det allmänna verksamheten, hos t. ex. en privat verksam läkare, gäller i stället föreskrifterna i tillsynslagen. Dessa är annorlunda utformade än de i sekretesslagen, men ger i praktiken samma sekretesskydd som sekretesslagen. I princip gäller alltså samma sekretess inom hälso- och sjukvård samt annan medicinsk verksamhet vare sig den bedrivs av det allmänna eller i enskilda former.

Arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar berör inte endast hälso- och sjukvårdsverksamheten och smittskyddet utan också andra verksamheter, såsom socialtjänsten, kriminalvården och polisens verksamhet.

Sekretessen inom socialtjänsten är i princip densamma som inom hälso- och sjukvården (7 kap. 4 § SekrL). Med socialtjänst förstås all verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd.

Uppgifter inom kriminalvården, inberäknat skyddskonsulentens verksamhet, regleras i främst 7 kap. 21 § SekrL. Uppgifter som finns hos polisen skyddas i sekretesshänseende av ett flertal bestämmelser, bl. a. 7 kap. 19 och 20 §§ SekrL.

Enligt sekretesslagen gäller sekretess inte endast i förhållande till enskilda utan också i förhållande till andra myndigheter. Detta innebär bl. a. att sekretess gäller mellan de behandlande läkarna, smittskyddsläkaren, andra smittskyddsläkare, hälso- och sjukvården i övrigt, socialtjänsten, polisen och kriminalvården. Samma slags sekretess gäller dock inte hos alla. Vidare kan sekretess gälla inom en myndighet, nämligen om det inom myndigheten finns olika verksamhetsgrenar som är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (självständiga verksamhetsgrenar).

Främst för att myndigheterna skall kunna fullgöra sina åligganden och för att ge förutsättningar för samarbete mellan myndigheterna finns i sekretesslagen föreskrifter om i vilka fall sekretessbelagda uppgifter kan lämnas till annan myndighet.

Enligt 1 kap. 5 § SekrL utgör sekretess inte något hinder mot att en uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet. Utlämnande med stöd av denna bestämmelse skall dock ske restriktivt. Sekretessen får efterges bara i sådana fall då ett utlämnande av sekretessbelagda uppgifter är en nödvändig förutsättning för att en myndighet skall kunna fullgöra ett visst åliggande. Blott och bart en bedömning att effektiviteten i myndighetens handlande sätts ned genom en föreskriven sekretess får alltså inte leda till att sekretessen åsidosätts.

När det gäller uppgifter om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i smittskyddsärenden torde bestämmelsen endast i speciella situationer kunna åberopas för ett utlämnande av uppgifter.

Enligt 14 kap. 1 § SekrL får uppgifter utan hinder av sekretess lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Här bör observeras att det krävs en uppgiftsskyldighet för att uppgiften skall få lämnas. Det räcker inte med en regel utanför sekretesslagen om att man har rätt att lämna ut den. Vidare skall skyldigheten följa av lag eller förordning. Det är inte tillräckligt med endast en föreskrift beslutad av myndighet.

Uppgiftsskyldighet finns i flera författningar. Skyldighet att lämna uppgifter i smittskyddsärenden finns främst i smittskyddslagstiftningen. I 29 § SmL finns en bestämmelse om att smittskyddsläkaren är skyldig att anmäla misstänkt fall av koppleri till åklagare, om det behövs för att förhindra att brottsligheten fortsätter. Vidare skall varje läkare som konstaterar fall av venerisk sjukdom anmäla detta till smittskyddsläkaren (8 § SmK). Sjukdomsfall och fall av smitta av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom anmäls med angivande av den sjukes identitet (16–23 §§ SmK). Varje läkare skall anmäla till smittskyddsläkaren när han har anledning misstänka att en patient som lider av en venerisk sjukdom inte följer meddelade förhållningsregler, avbryter behandlingen hos läkaren utan att styrka att han får behandling av annan läkare eller underlåter att låta sig tas in på sjukhus fastän läkaren finner att han inte kan behandlas i öppen vård utan fara för att sprida smitta (9 § SmK).

I propositionen 1986/87:2 föreslog regeringen bl. a. ändringar i smittskyddslagen som syftade till att främst förbättra smittskyddsläkarens möjligheter att ingripa mot den som ansvarslost sprider sådan smitta. Riksdagen antog förslagen, som trädde i kraft den 1 februari 1987 (SoU 1986/87:9, rskr. 82, SFS 1986:1406). Den lagtekniska lösningen innebar en utvidgad uppgiftsskyldighet enligt 14 kap. 1 § SekrL vid HIV-smitta. Lagändringarna innebar i korthet följande

- myndigheter – som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddsverksamheten – och de som enskilt bedriver hälso- och sjukvård under socialstyrelsens tillsyn är skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna denne de uppgifter om enskilda personer som han behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt smittskyddslagstiftningen (18 § SmL),
- smittskyddsläkaren skall underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent, om det behövs för att se till att en patient följer de föreskrifter om sin livsföring m. m. som en läkare har meddelat honom för att hindra smittspridning (28 § första stycket SmL),
- om socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsumenten har fått sådana uppgifter om en patient från smittskyddsläkaren och därefter i sin verksamhet uppmärksammar förhållanden beträffande denna patient som tyder på att han inte följer föreskrifterna, har de skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om detta (28 § andra stycket SmL).

Med anledning av prop. 1986/87:2 infördes också en skyldighet för läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid kriminalvårdsanstalter att till styresmannen lämna ut uppgifter om att en intagen är smittad av en smittsam sjukdom som avses i smittskyddslagen. Uppgiftsskyldigheten gäller således också andra smittsamma sjukdomar än infektion av

Enligt 14 kap. 3 § SekrL, den s. k. generalklausulen, får uppgift lämnas till en annan myndighet i sådana fall då det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen skall skydda. Generalklausulen är dock inte tillämplig inom t. ex. smittskyddet, hälso- och sjukvården och socialtjänsten men väl inom t. ex. polisverksamheten och kriminalvården.

Sekretessen och den nya smittskyddslagen

Som framgår av redovisningen av gällande sekretessregler för smittskyddet och för andra verksamheter av betydelse för smittskyddet gäller ett mycket starkt skydd för de uppgifter om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som finns inom dessa verksamheter. Utgångspunkten för smittskyddet är att de uppgifter av integritetskänslig natur som framkommer i kontakten mellan patienten och läkaren skall så långt det är möjligt stanna mellan dem. I princip kan en läkare i sin verksamhet lämna ut sådana uppgifter endast om det är särskilt föreskrivet. Om det krävs att uppgifterna lämnas ut, sker ett utlämnande endast till den som i sin verksamhet har ett behov av att få tillgång till dem och endast nödvändiga uppgifter lämnas.

I dag anmäls fall av allmänfarlig sjukdom och av venerisk sjukdom till de befattningshavare och myndigheter som enligt smittskyddslagstiftningen har uppgifter inom smittskyddet. Av hävd har uppgifter som rör allmänfarliga sjukdomar och andra anmälningspliktiga sjukdomar än de veneriska betraktats som inte särskilt känsliga för den enskilde. Anmälningar som gäller dessa sjukdomar har därför kommit att innehålla relativt detaljerade uppgifter om den enskilde utan att detta uppfattats som integritetskränkande.

Beträffande de veneriska sjukdomarna är förhållandet ett annat. Dessa sjukdomar har av ålder förknippats med skuld och skam. Anmälningar beträffande sådana sjukdomar från den behandlande läkaren till smittskyddsläkaren innehåller därför inte uppgift om patientens identitet. Först om patienten misssköt sig genom att t. ex. inte följa de förhållningsregler som den behandlande läkaren har meddelat för att förhindra smittspridning skall läkaren anmäla patienten till smittskyddsläkaren med angivande av fullständig identitet. Om patienten har uppgivit för den behandlande läkaren att han varit i förbindelse med en person på ett sådant sätt att smitta kunnat överföras, skall läkaren anmäla också denna person med fullständig identitet till smittskyddsläkaren, såvitt inte personen utan anmaning kommer att låta undersöka sig utan dröjsmål. Vidare kan uppgifter lämnas ut i de fall och under de särskilda förutsättningar som föreslogs i prop. 1986/87:2 och som jag nyss redogjort för. I enstaka situationer kan uppgifter lämnas ut därför att det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet. Om en sekretessbelagd uppgift finns hos en myndighet där generalklausulen gäller, kan uppgiften lämnas ut med stöd av den bestämmelsen. I övrigt saknas nästan helt möjlighet att utbyta information av sekretessbelagda uppgifter. Detta gäl-

ler såväl mellan dem som har arbetsuppgifter inom smittskyddet som mellan dessa och andra myndigheter och enskilda vars verksamhet kan vara av betydelse för smittskyddet.

En ny smittskyddslagstiftning måste med nödvändighet, liksom den nu gällande, inrymma bestämmelser som möjliggör ett visst informationsutbyte av integritetskänsliga uppgifter mellan främst berörda myndigheter. Utgångspunkten för ett utbyte av uppgifter måste vara att uppgift får lämnas endast då det är nödvändigt för smittskyddsarbetet. Detta innebär att endast sådana uppgifter som är relevanta för smittskyddet får lämnas liksom att uppgift får lämnas endast till den som oundgängligen behöver uppgifter i sin verksamhet. Å andra sidan får bestämmelserna om utlämnande inte utformas så restriktivt att smittskyddsarbetet starkt försvåras.

Enligt min uppfattning är bestämmelserna om utlämnande av uppgifter enligt gällande smittskyddslagstiftning i stort väl avvägda. Inom smittskyddet kan det aldrig bli tal om ett fritt eller skönsmässigt utlämnande av integritetskänsliga uppgifter, även om skyddet för uppgifter i vissa fall kan försvåra smittskyddsarbetet. Ett fritt utlämnande av integritetskänsliga uppgifter går inte att förena med ett öppet och demokratiskt samhälle med ett starkt värn av den enskildes integritet. Vissa ändringar i smittskyddslagstiftningen som rör sekretessen anser jag dock nödvändiga. Jag har härvid särskilt beaktat, att de fördelar som står att vinna med ett något friare utbyte av uppgifter kan vara kortvariga och på sikt leda till svårigheter för smittskyddet genom att människors förtroende för verksamheten minskar.

Som jag tidigare har framhållit måste man i integritetshänseende vidta särskilda försiktighetsmått när det gäller sexuellt överförbara sjukdomar. Detta innebär bl. a. att anmälningarna till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium om sådana sjukdomsfall bör, liksom i dag, ske utan angivande av den smittades identitet, såsom jag tidigare har framhållit. Jag har i det föregående emellertid också föreslagit att smittskyddsläkaren vid behov i enskilda fall skall ha rätt att få de upplysningar och handlingar från bl. a. läkare som han behöver för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen. I ett sådant fall måste smittskyddsläkaren ha rätt att ta del av alla de uppgifter som han behöver, t. ex. uppgifter i patientjournaler och andra handlingar som kan innehålla integritetskänsliga uppgifter. Att smittskyddsläkaren därvid också skall få reda på den smittades identitet är en självklarhet. Uppgift om identitet i dessa fall liksom andra integritetskänsliga uppgifter om enskilda måste skyddas utomordentligt väl hos smittskyddsläkaren och endast den personal hos smittskyddsläkaren som oundgängligen behöver uppgifterna i sin verksamhet kan få tillgång till dem. Det ankommer på smittskyddsläkaren att svara för att sekretesskyddade uppgifter inte kommer i orätta händer. Sådana uppgifter får inte heller utan stöd i författning lämnas ut från smittskyddsläkaren. Behovet för statens bakteriologiska laboratorium att ta del av identitetsuppgifter vid de sexuellt överförbara sjukdomarna bedömer jag inte så stort, att jag är beredd föreslå att laboratoriet skall få tillgång till sådana uppgifter.

När det gäller övriga samhällsfarliga sjukdomar föreligger inte samma

behov av att skydda enskildas identitet och andra känsliga uppgifter. Anmälningar om inträffade sådana sjukdomsfall bör därför, på samma sätt som i dag, göras med angivande av bl. a. identitetsuppgifter. Vid dessa sjukdomar bör, som jag tidigare har redogjort för, smittskyddsläkaren, miljö- och hälsoskyddsnämnden, statens bakteriologiska laboratorium och den behandlande läkaren ha rätt att utbyta den information om bl. a. enskilda som är erforderlig för att de skall kunna bekämpa smittspridningen. Ett slentrianmässigt utlämnande av uppgifter får det dock inte bli tal om. Självklart är det också i dessa fall nödvändigt att uppgifterna skyddas på ett säkert sätt mot obehöriga.

Också på en annan punkt anser jag att ett friare informationsutbyte är motiverat. Enligt gällande smittskyddslagstiftning har smittskyddsläkarna inte någon möjlighet att utbyta information mellan sig när det gäller sekretesskyddade uppgifter. Behovet av utbyte av information är inte stort men av stor betydelse i de fall ett utbyte kan bli aktuellt. Uppgifter om enskilda bör därför kunna lämnas från en smittskyddsläkare till en annan om uppgiften är nödvändig för smittskyddsverksamheten.

2.12 Samordningen av smittskyddslagen med LVM och LSPV vid infektion av HIV

Min bedömning: Om förutsättning föreligger för ett tvångsomhändertagande enligt både lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och smittskyddslagen bör vård enligt LVM väljas om missbrukaren kan tas om hand på ett sådant sätt att det inte finns grundad anledning befara att han skall sprida HIV-smitta under den tid som beslutet om LVM-vård består. I annat fall bör framställningen till länsrätten avse tvångsisolering enligt smittskyddslagen.

Om den som vårdas för missbruk enligt LVM inte kan beredas fortsatt sådan vård utan risk för att han skall sprida HIV-smitta, bör han omhändertas för tvångsisolering enligt smittskyddslagen, såvida förutsättning för tvångsisolering föreligger. Beslutar länsrätten om tvångsisolering i ett sådant fall bör beslutet om LVM-vård bestå. Beslutet enligt smittskyddslagen innebär dock att den smittade skall flyttas över till ett sjukhus som drivs av en landstingskommun.

Om det i ett enskilt fall samtidigt föreligger förutsättning för psykiatrisk vård enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) och tvångsisolering enligt smittskyddslagen bör vård enligt LSPV väljas i första hand. Om den som är föremål för tvångsisolering enligt smittskyddslagen insjuknar i en psykisk sjukdom bör han beredas vård enligt LSPV, om förutsättningarna för vård enligt den lagen är uppfyllda. Beslutet om tvångsisolering bör dock bestå tills vidare om den psykiatriska vården beräknas pågå under endast en kortare tid. Om vården inte kan ges där tvångsisoleringen sker, får den tvångsisolerade föras över till en vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård.

Remissinstanserna: Några remissinstanser har pekat på behovet av samordning av smittskyddslagen med LVM och LSPV.

Skälen för min bedömning

De legala problem som uppkommit till följd av spridningen av HIV-smitta har främst kommit att gälla narkotikamissbrukarna. Ett vanligt inslag i missbruksmönstret bland heroinister är att man delar heroinet genom att låta injektionssprutan med innehåll gå från den ene missbrukaren till den andra. Detta torde uppfattas som ett uttryck för samhörighet mellan missbrukarna men också som ett sätt att hushålla med det dyrbara heroinet. Detta förfarande är emellertid utomordentligt riskfyllt från smittspridningssynpunkt. Flera sjukdomar sprids mycket lätt på detta sätt, bl. a. hepatit B och infektion av HIV. En annan smittväg är prostitutionen. Många narkotikamissbrukande kvinnor prostituerar sig för att kunna finansiera sitt missbruk. Detta gäller inte bara heroinmissbruk utan också andra former av narkotikamissbruk. Att risken för smittspridning vid prostitution är stor säger sig självt, särskilt som kunderna inte sällan är beredda att betala ett högre pris för att slippa använda kondom vid samlag.

Ett annat problem som pekats på i aids-debatten är hur man skall förfara med psykiskt sjuka människor som smittats med HIV. Dessutom kan HIV-smittan i sig förorsaka skador av psykisk natur. Studier från främst USA visar att viruset i vissa fall kan ge upphov till hjärnskador som leder till psykiska sjukdomar. Vidare har man riktat uppmärksamheten på att narkotikamissbrukare inte sällan har svåra psykiska störningar.

I LVM finns bestämmelser om att missbrukare under givna förutsättningar kan beredas vård oberoende av eget samtycke. Om det gäller en missbrukare som är yngre än 20 år kan tvångsvård beredas enligt lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Beträffande den som lider av psykisk sjukdom finns bestämmelser om tvångsvård i LSPV. Med psykisk sjukdom jämföras i lagen psykisk abnormitet, som inte är psykisk sjukdom eller utgörs av hämning i förståndsutvecklingen.

Jag har tidigare föreslagit att också en ny smittskyddslag skall innehålla bestämmelser om tvångsisolering. Liksom i dag kan detta leda till praktiska problem beträffande vilken lag som bör tillämpas i ett enskilt fall, när förutsättningarna för tvångsingripande samtidigt är uppfyllda enligt både smittskyddslagen och LVM eller LSPV.

Utredaren har inte särskilt berört frågan hur tillämpningen av de olika tvångslagarna skall samordnas. Några remissinstanser, bl. a. länsrätten i Stockholms län, länsstyrelsen i Östergötlands län och Stockholms kommun, framhåller att samordningsfrågan måste tas upp till behandling i en proposition med förslag till en ny smittskyddslag.

När jag i det följande tar upp frågan om samordning av smittskyddslagen med LVM resp. LSPV, avser jag endast hur beslut om tvångsisolering enligt smittskyddslagen kan samordnas med beslut om tvångsvård enligt nämnda lagar. Några samordningsproblem när det gäller övriga bestäm-

melser i smittskyddslagen, t.ex. beslut om läkarundersökning av misstänkt smittade, torde inte föreligga.

Prop. 1988/89:5

Smittskyddslagen – LVM

Min syn på frågan om förhållandet mellan gällande smittskyddslag och lagstiftningen om tvångsvård av vuxna missbrukare har jag redovisat i prop. 1987/88: 147. Jag kan här erinra om vad jag då anförde (s. 92 f.).

I detta sammanhang vill jag ta upp frågan om den nya lagens avgränsning mot smittskyddslagen (1968:231). Syftet med smittskyddslagen är att skydda befolkningen mot allvarliga smittsamma sjukdomar. De sjukdomar som omfattas av lagen delas in i främst allmänfarliga och veneriska sjukdomar. Den enskildes behov av hälso- och sjukvård när han drabbas av smitta är det störst för genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Detta innebär att LVM och smittskyddslagen kan tillämpas parallellt och oberoende av varandra. Att en missbrukare är smittad av exempelvis gonorré eller HIV hindrar inte att han bereds vård enligt LVM, om LVM:s övriga rekvisit är uppfyllda. Han är under vistelsen på LVM-hemmet underkastad smittskyddslagens regler om t.ex. skyldighet att följa läkares föreskrifter om åtgärder för att hindra smittspridning. Om en missbrukare som bereds vård med stöd av LVM på ett LVM-hem är smittad av en allmänfarlig eller venerisk sjukdom och det finns grundad anledning att befara att han sprider smitta på LVM-hemmet, kan han med stöd av smittskyddslagens regler mot sin vilja tas in på ett sjukhus. Det finns således inget som hindrar att någon som vårdas enligt LVM blir föremål för åtgärder enligt smittskyddslagen, om hänsynen till smittskyddet så kräver.

Om förutsättning föreligger för ett tvångsomhändertagande enligt både LVM och smittskyddslagen, bör länsstyrelsen och smittskyddsläkaren samråda innan en framställning om tvångsingripande enligt någon av de nämnda lagarna görs hos länsrätten. Om de finner att det finns skäl anta att missbrukaren kan tas om hand på ett sådant sätt enligt LVM, att det inte finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta, bör framställningen till länsrätten avse vård enligt LVM. Om det däremot står klart att sådan risk för smittspridning föreligger, bör framställningen i stället avse intagning på sjukhus enligt smittskyddslagen.

Om det finns grundad anledning att befara att den som vårdas enligt LVM sprider smitta, kan smittskyddsläkaren – om förutsättningar i övrigt föreligger – göra en framställning till länsrätten om intagning på sjukhus enligt smittskyddslagen. Beslutar länsrätten om intagning bör beslutet om LVM-vård bestå. Beslutet enligt smittskyddslagen innebär dock att den smittade skall flyttas över till ett sjukhus.

Jag står fast vid denna bedömning. En ny smittskyddslag förändrar ingenting i detta hänseende.

Smittskyddslagen – LSPV

I förarbetena till LSPV sägs inget om hur lagen förhåller sig till smittskyddslagen. Inte heller i den översyn av LSPV som socialberedningen har

redovisat i betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten tas frågan upp.

Prop. 1988/89:5

På samma sätt som missbruket hos narkotikamissbrukaren utgör den verkliga orsaken till att hans beteende inte kan godtas från smittskyddssynpunkt, så torde den psykiska störningen utgöra motsvarande orsak hos den psykiskt störde. För att förhindra smittspridning från en psykiskt störd person är det följaktligen av avgörande betydelse att han kan beredas psykiatrisk vård. Allmänt sett torde det vara så, att vård enligt LSPV ges under sådana förutsättningar och i sådana organisatoriska former att risken för att patienten skall sprida smitta under vården bör vara begränsad. Detta innebär att det inte torde finnas något större praktiskt behov av att kunna ingripa med beslut om tvångsisolering enligt smittskyddslagen beträffande den som bereds vård enligt LSPV. Någon regel som utesluter att beslut om tvångsisolering fattas i sådana fall är dock inte påkallad.

Om både LSPV-vård och tvångsisolering på sjukhus enligt smittskyddslagen övervägs beträffande en person, bör i enlighet med det anförda smittskyddsläkaren regelmässigt avvakta utgången av ärendet enligt LSPV innan han eventuellt gör en framställning hos länsrätten enligt smittskyddslagen.

Tvångsisolering enligt smittskyddslagen utgör inte något hinder mot att omhänderta den tvångsisolerede för vård enligt LSPV. Om den psykiatriska vården inte kan ges där tvångsisoleringen sker, får den tvångsisolerede föras över till en vårdinrättning där sådan vård kan ges. Bl. a. med hänsyn till den korta tid som LSPV-vård i vissa fall pågår, bör beslutet om LSPV-vård inte medföra att beslutet om tvångsisolering enligt smittskyddslagen upphävs. Om patienten kommer att vårdas enligt LSPV under en inte helt kort tid torde oftast syftet med tvångsisoleringen förfalla och beslut bör fattas om att tvångsisoleringen skall upphöra.

En ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård förbereds för närvarande med sikte på att förslag skall kunna läggas fram för riksdagen i år. I det sammanhanget blir det naturligt att åter beröra förhållandet mellan smittskyddslagen och den psykiatriska tvångsvårdsregleringen. Jag vill emellertid här nämna att jag bedömer det troligt att det jag nu har angett om avgränsningen bör kunna ha giltighet också sedan LSPV har ersatts med en ny lagstiftning.

Mitt förslag: Läkareundersökning, tvångsisolering och tillfälligt omhändertagande på sjukhus skall kunna ske mot den enskildes vilja. Tvångsbehandling får inte förekomma.

Tvångsundersökning får företas av den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom och som inte utan dröjsmål frivilligt söker läkare för undersökning. Ingrepp som kan riskera den enskildes hälsa eller i övrigt förorsaka annat än obetydligt men får inte förekomma vid undersökningen. Beslut om läkarundersökning utan den enskildes medgivande fattas av smittskyddsläkaren. Beslutet kan inte överklagas.

Om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning, får smittskyddsläkaren besluta att den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, som inte är sexuellt överförbar, skall tillfälligt tas om hand på sjukhus. Omhändertagandet skall bestå till dess det klarlagts huruvida han har smittats, dock högst sju dagar. Beslutet kan överklagas.

Beslut om tvångsisolering skall fattas beträffande den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, om han inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Ett sådant beslut skall fattas också om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning.

Beslut om tvångsisolering fattas av länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren. I brådskande fall skall smittskyddsläkaren fatta beslut om omedelbar tvångsisolering. Ett sådant beslut skall omedelbart underställas länsrättens prövning.

Tvångsisoleringen får pågå under högst tre månader, men kan därefter förlängas med högst sex månader åt gången. Omhändertagandet skall ske på sjukhus som drivs av en landstingskommun. En HIV-smittad narkotikamissbrukare kan under vissa förutsättningar överflyttas till en institution för narkotikamissbrukare.

Under tvångsisoleringen skall den smittade ges ett gott psykosocialt omhändertagande. Han skall få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring på ett sådant sätt att tvångsisoleringen kan upphöra. Permission skall kunna beviljas.

Under tvångsisoleringen skall det vara möjligt att undersöka ingående post, omhändertata och förverka bl. a. alkohol och andra berusningsmedel samt att företa kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Överläkaren beslutar i sådana frågor. Beslut om förverkande får överklagas hos länsrätten.

Smittskyddsläkaren beslutar efter samråd med överläkaren om permission. Smittskyddsläkaren beslutar om när tvångsisoleringen skall upphöra. Ett beslut att inte medge permission eller att tvångsisoleringen inte skall upphöra kan överklagas av den tvångsisolerede till länsrätten.

Smittskyddslagen skall inte innehålla några straffbestämmelser om spridande av samhällsfarlig sjukdom.

Utredarens förslag: Överensstämmer i stort med mitt förslag. Utredaren har dock inte gått närmare in på vad som skall gälla under tvångsisolering. I övrigt avviker hennes förslag främst på följande punkter från mitt förslag. Beslut om tvångsvis läkarundersökning skall i regel ha föregåtts av en anmodan från smittskyddsläkaren till den enskilde att söka läkare och den enskilde skall inte ha följt anmodan. Ett beslut om läkarundersökning kan överklagas till länsrätten. Föreläggningarna för tvångsisolering är att det finns risk för smittspridning och att tvångsisolering framstår som den enda tänkbara åtgärden för att hindra smittspridning eller att den smittade inte kan eller vill medverka till andra åtgärder. Även den som är misstänkt smittad får tvångsisoleras. Beslut om tvångsisolering fattas av smittskyddsläkaren.

Den som inte följer smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler, läkarundersökning och isolering på sjukhus kan dömas till böter.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker eller har ingen erinran mot att läkarundersökning och isolering får ske med tvång. Remissinstanserna har i allmänhet inga invändningar i sak mot de av utredaren föreslagna föreläggningarna för tvångsåtgärderna. Länsrätten i Stockholms län anser dock att den enskilde i första hand skall föreläggas att underkasta sig den aktuella åtgärden. Länsrätterna i Stockholms och Göteborgs och Bohus län anser att tvångsisolering av den som inte är konstaterat smittad bör få ske bara i undantagsfall och endast under den tid som är oundgängligen erforderlig för att konstatera smittsamhet.

Många remissinstanser, däribland flertalet juridiska instanser, är kritiska till förslaget att tvångsisolering skall beslutas av smittskyddsläkaren. De anser att beslut som innebär frihetsberövande åtgärder skall fattas av domstol eller regelmässigt underställas domstol för prövning. En del remissinstanser anser att även beslut om läkarundersökning skall fattas av domstol.

Några remissinstanser påpekar att frågan om tvångsisoleringens upphörande bör regleras i författningstexten och inte som i utredarens förslag enbart kommenteras i motivuttalanden. Inga invändningar har gjorts mot förslaget att smittskyddsläkaren beslutar om när tvångsisoleringen skall upphöra. Däremot anser flera remissinstanser att det i författningen klart bör framgå, att beslut om att tvångsisoleringen inte skall upphöra kan överklagas till länsrätten av den tvångsisolerede.

De remissinstanser som har yttrat sig över utredarens förslag om en bötesstraff vid förseelser mot smittskyddsläkarens beslut är negativa till förslaget.

Skälen för mitt förslag

Enligt gällande smittskyddslag kan vissa åtgärder genomföras mot den enskildes vilja. Tvång får under vissa angivna förutsättningar användas för att genomföra läkarundersökning och behandling samt för att inta någon på sjukhus (tvångsisolering).

Gällande smittskyddslag utgår från att det skall vara möjligt att fastställa vilka som är smittade av en viss sjukdom och att vidare smittspridning från

de smittade skall kunna förhindras. Om det krävs för att nå dessa syften godtar lagen användning av tvångsåtgärder. Enligt min uppfattning finns det inte skäl att nu frågå denna bedömning. Jag delar därför utredarens och remissinstansernas uppfattning att tvång även fortsättningsvis bör kunna tillgripas i syfte att utröna om någon är smittad av en samhällsfarlig sjukdom och att förhindra smittspridning från den som är smittad.

Vem som är smittad fastställs genom en läkarundersökning.

Smittspridning kan förhindras på i huvudsak tre sätt: 1. Den smittade följer meddelade förhållningsregler i sin livsföring. 2. Den smittade genomgår medicinsk behandling till smittfrihet. 3. Den smittade tas in på sjukhus eller vistas på en annan lämplig plats så att smittspridning kan förhindras.

Innan jag närmare går in på förutsättningarna för att använda tvång i dessa fall, vill jag understryka vikten av att smittskyddsarbetet inriktas på att motivera den enskilde till frivillig medverkan. Om någon inte uppsöker läkare eller medverkar till nödvändiga åtgärder för att hindra smittspridning, bör smittskyddsläkaren försöka förmå honom till detta. Först om detta inte lyckas bör tvångsåtgärder tillgripas.

Tvångsundersökning

Bestämmelserna om möjlighet att läkarundersöka någon mot hans vilja är i gällande smittskyddslag olika utformade vid de allmänfarliga sjukdomarna och de veneriska sjukdomarna.

Vid de allmänfarliga sjukdomarna är den som lider av eller utan att vara sjuk för smitta av en allmänfarlig sjukdom skyldig att på anfordran av distriktsläkare låta undersöka sig av denne eller annan läkare som han hänvisas till av distriktsläkaren. Skyldigheten gäller också den som av läkare misstänks lida av eller föra smitta av en allmänfarlig sjukdom (6 § SmL). Om den enskilde åsidosätter sin skyldighet, kan åtgärden på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnden genomföras med biträde av polis (25 § SmL).

Vid de veneriska sjukdomarna är den som har anledning anta att han lider av en sådan sjukdom skyldig att söka läkare för undersökning (12 § SmL). Om han åsidosätter denna skyldighet, skall smittskyddsläkaren anmana honom att söka läkare för undersökning samt att förete intyg om att detta skett (13 § första stycket SmL). En sådan anmaning skall smittskyddsläkaren rikta också till den som en veneriskt sjuk person uppgivit sig ha varit i förbindelse med på ett sådant sätt att smitta kunnat överföras (15 § första stycket SmL). Smittskyddsläkarens anmaning skall vara skriftlig och innehålla en erinran om påföljden för underlåtenhet att följa anmaningen (13 § andra stycket och 15 § andra stycket SmL). Om någon underlåter att följa smittskyddsläkarens anmaning kan länsstyrelsen besluta att han skall inställas hos läkare för undersökning (14 § första stycket och 15 § tredje stycket SmL). Om det skäligen kan antas att smittskyddsläkarens anmaning inte skulle efterföljas, får länsstyrelsen besluta utan föregående anmaning (14 § första stycket SmL). Om länsstyrelsens beslut inte kan avvaktas utan fara, kan smittskyddsläkaren meddela ett sådant beslut. Smittskyddsläkarens beslut skall omedelbart underställas länsstyrelsens

prövning (14 § andra stycket SmL). Efter länsstyrelsens eller, i förekommande fall, smittskyddsläkarens beslut får läkaren genomföra erforderlig undersökning och ta de prov som krävs för att avgöra om venerisk sjukdom föreligger (14 § tredje stycket SmL). Om det behövs kan läkarundersökningen genomföras med biträde av polis (25 § SmL).

Som jag nyss framhållit bör en läkarundersökning under tvång tillgripas först sedan frivilliga åtgärder misslyckats att få den som misstänks vara smittad undersökt.

Liksom utredaren och remissinstanserna anser jag att tvångsundersökning, på samma sätt som enligt gällande rätt, bör få tillgripas först då det föreligger en grundad misstanke om smitta i det enskilda fallet. Detta innebär, att var och en som kommit i kontakt med smitta av en samhällsfarlig sjukdom på ett sådant sätt att smitta kunnat överföras skall kunna tvångsvis undersökas av läkare, om han inte låter sig frivilligt undersökas. Allmänt riktade tvångsundersökningar bör däremot inte få förekomma.

Jag har tidigare redogjort för när skyldigheten att söka läkare och att underkasta sig läkarundersökning uppkommer (avsnitt 2.8). Vägrar eller underlåter någon av annat skäl att frivilligt låta sig läkarundersökas när skyldigheten har inträtt, skall smittskyddsläkaren se till att en läkarundersökning kommer till stånd, om nödvändigt med tvång.

Som jag tidigare redovisat är skyldigheten att uppsöka läkare och att låta sig undersökas inte beroende av den enskildes egen uppfattning om sin skyldighet i detta avseende. Vid de sexuellt överförbara sjukdomarna är det inte ovanligt att s. k. kontakter till den smittade kan vara ovilliga att låta sig läkarundersökas. Ett trovärdigt påstående av någon, som för smitta av en sexuellt överförbar sjukdom, att han eller hon har haft samlag med en viss person bör dock, liksom för närvarande, ge möjlighet till tvångsundersökning, även om den utpekade förnekar den påstådda händelsen.

Att någon har en livsföring eller ett beteende i övrigt som allmänt sett är riskfyllt från smittspridningssynpunkt är däremot ensamt inte en tillräcklig grund för att skyldigheten att låta sig undersökas skall inträda. Den omständigheten att någon är intravenös narkotikamissbrukare eller homosexuell man kan således inte ensam grunda rätt att tvångstesta för infektion av HIV.

En annan fråga i detta sammanhang är hur ingripande medicinska undersökningar som skall få utföras mot den enskildes vilja.

Enligt gällande lag anges beträffande de allmänfarliga sjukdomarna att patienten är skyldig att tillhandahålla läkaren nödvändigt undersökningsmaterial eller tillåta att sådant tas (6 § SmL). Av förarbetena till lagen framgår att en remissinstans hade ifrågasatt om det inte borde finnas valfrihet mellan att tillåta provtagning och att underkasta sig isolering (prop. 1968:36 s. 64). Departementschefen avvisade emellertid invändningen med motiveringen att det som regel var ofrånkomligt med undersökningar och provtagningar för att sjukdomens art skulle kunna fastställas. Han ansåg att det fick ankomma på socialstyrelsen, som tillsynsmyndighet, att meddela erforderliga anvisningar om vilka prov som får tas och vilka undersökningar som får göras vid misstänkta fall av den ena eller andra sjukdomen. Departementschefen utgick från att anvisningarna utformades så, att någon opåkallad kränkning inte sker av patientens integritet.

En motsvarande bestämmelse om provtagning finns för de veneriska sjukdomarna (14 § tredje stycket SmL).

Utredaren anför att förekomsten av ett smittämne eller en sjukdom vanligen fastställs genom laboratorieundersökning av saliv, urin, avföring och liknande kroppsutsöndringar. Dessa slag av provtagning, liksom tagande av blodprov, anser utredaren att patienten rimligen måste tåla. Undersökningar och provtagningar som innebär större operativa ingrepp eller som på annat sätt kan utsätta patienten för hälsorisker som inte är obetydliga bör däremot inte få utföras mot patientens vilja. Som exempel härpå nämner utredaren provtagning från ryggmärgskanalen eller vävnader från inre organ.

Frågan om provtagning har inte särskilt kommenterats av remissinstanserna.

Enligt min uppfattning är det självklart att den undersökningsmetod skall väljas som innebär minst obehag för den enskilde. För att avgöra huruvida smitta föreligger vid de sjukdomar som jag tidigare föreslagit skall betraktas som samhällsfarliga, krävs i allmänhet endast ett obetydligt ingrepp, ofta ett enkelt blodprov eller avföringsprov. Vilka undersökningar och prov som skall göras resp. tas i en viss situation får avgöras från fall till fall. Ingrepp som kan riskera den enskildes hälsa eller i övrigt förorsaka annat än obetydligt men bör dock inte få förekomma. Detta innebär att diagnosen i sällsynta fall kan komma att ställas med ledning av andra rön och undersökningsmaterial än de tekniskt sett mest effektiva.

Jag vill också understryka, att eftersom ändamålet med en tvångsundersökning är att fastställa huruvida ett visst smittämne eller en viss sjukdom föreligger, får undersökningen härjämte inte ha något annat syfte.

Utredarens förslag att smittskyddsläkaren skall besluta om läkarundersökning med tvång har godtagits av flertalet remissinstanser. Några remissinstanser, bl. a. länsrätten i Stockholms län, anser dock att en läkarundersökning som sker med tvång utgör ett så omfattande intrång i den enskildes integritet, att frågan bör prövas av domstol.

För egen del anser jag att en domstolsprövning allmänt sett är eftersträfvärd när det gäller frågor som innebär integritetsintrång. Som jag tidigare framhållit kommer de läkarundersökningar som kan bli aktuella att avse endast mindre, kroppsliga ingrepp, såsom tagande av prov från avföring, saliv och blod. Man kan här jämföra med den blodprovstagning som sker vid misstanke om rattonykterhet. Beslut härom fattas vanligtvis av undersökningsledaren eller, vid fara i dröjsmål, av polisman. Vidare är det ofta nödvändigt att snabbt kunna utröna om smitta föreligger eller ej. Mot denna bakgrund anser jag i likhet med utredaren och flertalet remissinstanser att integritetsaspekten blir tillräckligt beaktad om rätten att besluta om läkarundersökning läggs på smittskyddsläkaren. Eftersom ett sådant beslut måste kunna verkställas omedelbart, skulle en överprövning av beslutet te sig mindre meningsfull för den enskilde. Med hänsyn till detta förhållande bör beslutet inte kunna överklagas.

Enligt gällande smittskyddslag är den som lider av en allmänfarlig eller venerisk sjukdom skyldig inte endast att låta sig undersökas utan också att underkasta sig nödvändig vård och behandling för sjukdomen. I 8 § gällande smittskyddslag föreskrivs beträffande allmänfarlig sjukdom att den som intagits på en sjukvårdsanstalt får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess han med hänsyn till faran för att han skall sprida smitta kan behandlas i öppen vård. Beträffande venerisk sjukdom finns bestämmelser i 12 och 16 §§ samma lag. Enligt 12 § är den som har anledning anta att han lider av en venerisk sjukdom skyldig att söka läkare och underkasta sig den undersökning och behandling som behövs. I 16 § föreskrivs att den som intagits på sjukhus för en venerisk sjukdom får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess grundad anledning befara att han skall sprida smitta inte längre föreligger. Rätten att tvångsbehandla enligt smittskyddslagen har uppmärksamrats senast vid riksdagens behandling av prop. 1985/86:13 om ändring i smittskyddslagen (1968:231) m. m. (SoU 4, rskr. 15, SFS 1985:870).

När det gäller frågan om också en ny smittskyddslag skall ge möjlighet att tvångsvis behandla smittade, pekar utredaren inledningsvis på att medicinsk behandling i dessa fall vanligen består av läkemedelsbehandling men också kan innebära andra behandlingsmetoder såsom kirurgiska ingrepp. Medicinsk behandling är ofta en effektiv åtgärd för att hindra att smittämnen förs vidare. Men, framhåller utredaren, enligt hälso- och sjukvårdslagen skall all vård bygga på respekt för de enskildes självbestämmande och integritet. I nämnda lag föreskrivs att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Erfarenheter från tillämpningen av gällande smittskyddslag, påpekar utredaren, tyder på att de flesta låter sig behandlas om en sådan möjlighet finns. Det finns dock, framhåller hon, ett fåtal människor som inte vill ha behandling. Det kan bero på bl. a. deras livsåskådning, religion eller på att de misstror hälso- och sjukvården eller smittskyddet. Utredaren poängterar att tvångsbehandling enligt hennes uppfattning inte är nödvändig för att bedriva ett effektivt smittskydd. Det är i dag också ytterst sällsynt att tvång kommer till användning i dessa situationer. Sett enbart från smittskyddssynpunkt räcker det att den smittade isoleras från omgivningen, antingen i hemmet eller på sjukhus för att hindra smittspridning. Utredaren föreslår mot denna bakgrund och med beaktande av grundsynen i hälso- och sjukvårdslagen att den enskilde inte längre skall vara skyldig att underkasta sig medicinsk behandling.

Utredarens förslag i denna del kritiserar av några remissinstanser.

För egen del vill jag framhålla följande. Som utredaren påpekar är medicinsk behandling i de allra flesta fall det utan jämförelse bästa sättet att få någon smittfri och därigenom hindra vidare smittspridning; vilket ju är det främsta syftet med smittskyddet. Ofta räcker det med en läkemedelsbehandling av t. ex. ett antibiotikum. Sådana behandlingar är okomplicerade och med ytterst få undantag helt ofarliga för patienten. Det finns emellertid också läkemedelsbehandlingsfall där effekten är tveksam eller som är förenade med betydande biverkningar för patienten. Som ett exempel

kan jag nämna de försök med behandling med läkemedlet AZT vid infektion av HIV som pågår både i vårt land och på andra håll i världen.

Medicinsk behandling vid smittsamma sjukdomar är emellertid inte begränsad till läkemedelsbehandling utan kan också inrymma kirurgiska ingrepp, som kan vara obehagliga och ibland riskfyllda för patienten.

En annan aspekt som måste beaktas är huruvida tvångsbehandling under dessa förutsättningar och för detta syfte står i överensstämmelse med den etiska uppfattning som finns i hälso- och sjukvården. En av grundprinciperna inom all hälso- och sjukvård innebär att det är patienten själv som avgör om han vill ta emot den vård och behandling som han erbjuds. Han har således rätt att acceptera eller avstå från en behandling, men i princip inte rätt att själv bestämma vilke behandling som skall väljas.

Avsteg från principen om patientens självbestämmande kan dock ske i vissa fall. Om patienten till följd av en psykisk sjukdom eller en jämställd psykisk abnormitet inte själv kan ta ställning till frågan huruvida han är i behov av vård och behandling, anses det allmänt etiskt försvarbart att vårda och behandla patienten utan att denne lämnat sitt samtycke till åtgärden eller kanske till och med motsatt sig den. Bestämmelser om vård och behandling i sådana fall finns i den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Däremot har från främst visst läkarhåll ifrågasatts om det kan anses etiskt försvarbart att tvångsvis vårda och behandla patienter som inte lider av psykisk sjukdom. Bl. a. har hävdats, att det skulle strida mot de etiska reglerna för läkaryrket att tvångsvis behandla en patient för en smittsam sjukdom.

Flera skäl kan anföras till stöd för att det bör finnas bestämmelser om tvångsbehandling i smittskyddslagen, i första hand effektivitetsskäl. Man kan också med fog hävda att normalt innebär en medicinsk behandling i dessa fall ett så begränsat intrång i den enskildes integritet att detta måste tålas med hänsyn till smittskyddsintresset.

I likhet med utredaren är jag dock tveksam till om det är nödvändigt för smittskyddet att kunna behandla smittade mot deras vilja. Såvitt jag känner till har man under de senaste årtiondena inte använt sig av denna tvångsåtgärd. Motdessa kan man dock göra gällande, att det kan vara befintligheten av tvångsbestämmelser som lett till att tvångsåtgärder inte behövt tillgripas. Hur det förhåller sig med detta torde vara svårt att få reda på. För egen del är jag övertygad om att andra skäl väger tyngre när den smittade söker läkare för behandling, än skyldigheten att göra det. Sjukdomssymptomen är ofta så obehagliga, att den smittade har ett starkt egenintresse av att bli behandlad. Härtill kommer att de flesta människor är angelägna om att inte föra smittan vidare till andra. Om man i smittskyddslagen tar in en bestämmelse som möjliggör tvångsbehandling, måste man rimligtvis också ange vilka former av behandling till smittfrihet som kan komma i fråga vid de olika sjukdomarna. En sådan precisering kan vara svår att göra. Det går inte heller att bortse från de etiska betänkligheter mot tvångsbehandling i dessa fall som finns främst hos hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vid en samlad bedömning har jag funnit att övervägande skäl talar för att en ny smittskyddslag inte bör innehålla några bestämmelser om tvångsbe-

handling. Om den situationen skulle inträffa att en smittad vägrar att genomgå behandling till smittfriet får andra lösningar väljas allt efter förhållandena i det enskilda fallet. I många fall torde det beträffande flera av de samhällsfarliga sjukdomarna räcka med att den smittade får förhållningsregler om vad han skall iaktta i sin livsföring för att hindra smittspridning. Om det inte skulle räcka med förhållningsregler för att eliminera risken för smittspridning får man överväga att tvångsisolera den enskilde.

Tillfälligt omhändertagande

Som jag tidigare har föreslagit skall en behandlande läkare meddela varje patient som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs för att hindra smittspridning. Detta innebär att förhållningsregler ofta kommer att meddelas innan det är klarlagt om patienten är smittad eller ej. I dessa fall är syftet med förhållningsreglerna följaktligen att förhindra befarad smittspridning. I de flesta sådana fall torde förhållningsregler vara tillräckliga för att tillgodose smittskyddets intresse. Vid vissa sjukdomar kan det dock bli nödvändigt att patienten låter sig frivilligt tas in på sjukhus för att förhindra eventuell smittspridning.

Förhållningsregler eller frivillig intagning på sjukhus torde regelmässigt vara tillräckliga åtgärder för att effektivt förhindra smittspridning i dessa fall. Erfarenheten visar emellertid att det då och då förekommer att patienten inte följer förhållningsreglerna eller vägrar att låta sig tas in på sjukhus. Ibland är omständigheterna sådana att det redan vid läkarundersökningen framstår som uppenbart eller som högst sannolikt att patienten inte kommer att följa förhållningsreglerna eller att låta sig tas in på sjukhus.

För de situationer där man inte kan påräkna patientens frivilliga medverkan är det nödvändigt att smittskyddslagen tillhandahåller de medel som kan behövas för att förhindra smittspridning också då det ännu inte står klart om patienten är smittad eller ej. Jag skall strax redovisa mina förslag vad gäller ingripanden sedan det klarlagts att patienten har smittats av en samhällsfarlig sjukdom.

Utredaren lägger fram en generell lösning på detta problem. Hon föreslår att inte endast den som är sjuk i en samhällsfarlig sjukdom eller utan att vara sjuk för smitta av en sådan sjukdom skall kunna tvångsisoleras, utan också den som skäligen kan misstänkas vara sjuk eller föra smitta av en sådan sjukdom.

Några remissinstanser är tveksamma till utredarens förslag i denna del. De ifrågasätter om en så ingripande åtgärd som en frihetsberövande tvångsisolering bör komma i fråga beträffande den som endast misstänks vara smittad.

I princip delar jag remissinstansernas tvekan. Enligt min uppfattning bör tvångsisolering komma i fråga endast beträffande personer som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och som inte vill medverka till att hindra smittspridningen på annat sätt. Som jag nyss framhållit finns det dock i vissa situationer ett behov av att kunna ingripa med effektiva smittskyddsåtgärder också innan man med säkerhet vet om patienten är smittad eller

ej, nämligen om det föreligger speciella omständigheter som visar eller som tyder på att patienten inte är beredd att frivilligt medverka till de åtgärder som behövs för att förhindra befarad smittspridning. En sådan omständighet är självklart ett uttalande eller handlande av patienten som visar att han inte är beredd att frivilligt medverka på det sätt som bedöms nödvändigt från smittspridningssynpunkt. En annan sådan omständighet kan vara patientens sociala situation och livsföring. Utbrott av difteri t. ex. drabbar inte sällan människor som är socialt utslagna och fysiskt nedgångna, bl. a. vissa grupper av alkoholister. I sådana kretsar kan smittan få en mycket snabb spridning med risk för de smittades liv och hälsa. För att hindra smittspridning i dessa situationer kan man ofta inte förlita sig på att den misstänkt smittade skall följa meddelade förhållningsregler i avvaktan på att man kan fastställa huruvida han är smittad eller ej.

Jag föreslår därför att smittskyddsläkaren skall ha rätt att besluta om tillfälligt omhändertagande — i avvaktan på resultatet av läkarundersökningen — av den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom som inte är sexuellt överförbar. Detta överensstämmer i sak med vad som gäller enligt nuvarande smittskyddslag. Som förutsättning för omhändertagandet måste gälla att åtgärden av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad spridning av smitta. Med hänsyn till smittrisk och till att medicinska åtgärder kan behövas, bör omhändertagandet ske på sjukhus. Omhändertagandet får inte göras längre än nödvändigt. Så snart resultatet av undersökningen föreligger skall beslut om det tillfälliga omhändertagandet hävas. Detta bör i de flesta fall kunna ske redan efter några få dagar. Beslutet får aldrig gälla mer än sju dagar. Om det visar sig att den omhändertagne för smitta, skall han självklart erbjudas den behandling som behövs för att göra honom smittfri. Om han vägrar att låta sig behandlas får andra åtgärder övervägas, i yttersta fall tvångsisolering.

Tvångsisolering

Enligt gällande smittskyddslag är den som lider av eller för smitta av en allmänfarlig sjukdom skyldig att låta sig intas för vård på sjukhus efter beslut av distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare, om han med hänsyn till faran för smittans spridning inte kan behandlas i öppen vård. Skyldigheten gäller också den som av en läkare misstänks lida av eller föra smitta av en allmänfarlig sjukdom. Om den berörda personen begär det, skall läkarens beslut om intagning underställas länsrättens prövning (§ SmL). Den som intagits på sjukhus får kvarhållas där och ges nödvändig vård till dess han med hänsyn till faran för att han skall sprida smitta kan behandlas i öppen vård (8 § SmL).

Föreligger grundad anledning befara att någon skall sprida smitta av en venerisk sjukdom skall han av smittskyddsläkaren anmanas att låta inta sig på sjukhus (13 § SmL). Underlåter han detta kan länsrätten besluta att han skall intas på sjukhus. Smittskyddsläkaren har rätt att i brådskande fall fatta ett sådant beslut (14 § andra stycket SmL). Den som har intagits på ett sjukhus får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess grundad anledning befara att han skall sprida smitta inte längre föreligger. Vid infektion

av HIV kan den som är missbrukare av narkotika under vissa förutsättningar överföras till en vårdinstitution för vård och behandling för missbruk. Vid vistelsen på institutionen består beslutet enligt smittskyddslagen om intagning på sjukhus (16 § SmL).

Remissinstanserna delar utredarens uppfattning att möjligheten till tvångsisolering måste finnas kvar också i en ny smittskyddslagstiftning. Även jag delar denna uppfattning.

Innan jag går närmare in på frågan om tvångsisolering av den som för smitta, vill jag understryka att smittspridning med få undantag framgångsrikt kan förhindras på annat sätt och med frivilliga åtgärder. Förhållningsregler, medicinsk behandling eller frivillig intagning på sjukhus räcker i de flesta fall för att hindra att smitta sprids. Ibland kan det vara behövligt att mer än en sådan åtgärd vidtas samtidigt. Vid flertalet sjukdomar ges sålunda medicinsk behandling också åt den som är intagen på sjukhus. I något fall kan en av åtgärderna vara tillräcklig. Beträffande t. ex. den som inte vill genomgå medicinsk behandling till smittfrihet eller där någon sådan behandling inte finns att tillgå, kan det från smittskyddssynpunkt vara tillräckligt om den smittade iakttar givna förhållningsregler och i övrigt vidtar försiktighetsmått i sin livsföring. Först om smittspridning inte kan hindras på sådan frivillig väg bör tvångsisolering kunna tillgripas.

Jag vill här också understryka att tvångsisolering kan bli aktuell endast beträffande den som för smitta, dvs. när sjukdomen befinner sig i ett smittsamt skede.

En förutsättning för att tvångsisolering skall kunna komma i fråga är följaktligen, att den som för smitta inte vill medverka till de frivilliga åtgärder som behövs för att hindra smittans spridning. Varje försummelse i detta avseende kan dock inte leda till tvångsisolering. Underlåtenhet att t. ex. följa en meddelad förhållningsregel eller underkasta sig medicinsk behandling kan vara tillräcklig grund för tvångsisolering endast om underlåtenheten medför risk för smittspridning. Risken för smittspridning måste därvid bedömas utifrån den smittades personliga förhållanden samt sjukdomens smittsamhet och spridningssätt.

Om någon inte låter sig frivilligt tas in på sjukhus eller behandlas till smittfrihet kan detta enkelt påvisas. Däremot är det betydligt svårare att styrka att någon bryter mot meddelade förhållningsregler. Med hänsyn till den överhängande risk för smittspridning som ofta torde föreligga vid brott mot förhållningsregler, bör tvångsisolering därför kunna komma i fråga också i de fall det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning.

När det gäller frågan om vem som skall besluta om tvångsisolering föreslår utredaren att beslutanderätten bör ligga på smittskyddsläkaren. Flera remissinstanser kritiserar förslaget och framhåller att sådana beslut alltid bör ankomma på en domstol.

För egen del har jag förståelse för de skäl som föranlett utredaren att lägga beslutanderätten för tvångsomhändertaganden på smittskyddsläkaren. Något formellt hinder mot en sådan lösning torde inte föreligga. Enligt 2 kap. 9 § andra stycket regeringsformen skall den som har blivit omhän-

dertagen tvångsvis av annan anledning än brott eller misstanke om brott kunna få saken prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål. Eftersom utredaren föreslår att smittskyddsläkarens beslut skall kunna överklagas till domstol är således kravet i nämnda bestämmelse i regeringsformen uppfyllt.

I likhet med flera remissinstanser är jag dock tveksam till att lägga beslutanderätten beträffande tvångsisolering på smittskyddsläkaren. Ett beslut om tvångsisolering är ett betydande ingrepp i den enskildes personliga förhållanden. Övervägandena som föregår ett isoleringsbeslut är inte enbart av medicinsk art utan innefattar även en legalitetsprövning om förutsättningarna för isolering föreligger. En enskild smittskyddsläkare skulle inte få någon större erfarenhet av detta slag av beslut, eftersom de inte är så vanligt förekommande inom en normalstor landstingskommun. Domstolarna däremot har en betydande erfarenhet av olika former av frihetsberövanden.

Även andra omständigheter talar för en domstolsprövning i dessa fall. I domstolshandläggningen deltar ofta nämndemän. Ur den enskildes synvinkel kan det vara mer tillfredsställande att beslut om tvångsisolering inte fattas av en enda person utan att flera deltar i handläggningen. Praxisbildningen kan underlättas av de olika rättsfallssammanställningar av domstolsavgöranden som publiceras. En enskild smittskyddsläkares beslut kommer inte lika lätt till allmän kännedom. Det är också i andra lagstiftningar om administrativa frihetsberövanden en strävan att en domstol om möjligt skall besluta om frihetsberövanden. Mot denna bakgrund anser jag att övervägande skäl talar för att beslut om tvångsisolering bör ankomma på domstol. För de enstaka fall där ett domstolsbeslut inte kan avvaktas med hänsyn till risken för smittspridning bör smittskyddsläkaren kunna fatta ett beslut om omedelbar tvångsisolering. Ett sådant beslut av smittskyddsläkaren skall omedelbart underställas rättens prövning.

De domstolar som är mest lämpade att handha denna typ av mål är enligt min uppfattning de allmänna förvaltningsdomstolarna, och då i första hand länsrätterna. De prövar frihetsberövanden av liknande art i mål enligt lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall. Beslut om att tvångsisoleringen skall upphöra bör dock fattas av smittskyddsläkaren. Han bör i sådana frågor samråda med den överläkare som svarar för den tvångsisolerede. Ett beslut om att tvångsisoleringen inte skall upphöra bör kunna överklagas av den tvångsisolerede till länsrätten.

Mål om tvångsisolering bör anhängiggöras hos länsrätten genom ansökan av smittskyddsläkaren. Jag återkommer under nästa avsnitt till själva domstolsförfarandet.

Med hänsyn till behovet av medicinska bedömningar avseende bl. a. infektionsrisker och den isolerades psykiska tillstånd bör tvångsisolering ske på sjukhus som drivs av en landstingskommun. Med sjukhus avser jag detsamma som hälso- och sjukvårdslagen, dvs. en sjukvårdsinrättning för intagning av den som behöver sluten vård. Något krav på att tvångsisoleringen skall ske på ett sjukhus av en viss storlek eller med en viss inriktning bör inte ställas upp.

Möjligheten enligt gällande smittskyddslag att under vissa förutsättningar överflytta en HIV-smittad narkotikamissbrukare till en institution där missbruket kan få vård för missbruket bör finnas kvar.

Som jag nyss framhållit är avsikten med ett beslut om tvångsisolering att förhindra att den isolerade fortsätter att sprida smitta. Orsaken till att smittspridningen inte kan förhindras på annat sätt än genom ett tvångsin-gripande torde oftast vara att den smittade inte kan förmås att frivilligt underkasta sig de åtgärder och inskränkningar i sin livsföring som är nödvändiga för att hindra smittans vidare spridning. Mot denna bakgrund ligger det i sakens natur att ett beslut om tvångsisolering inte kan definitivt begränsas i tiden när beslutet fattas. Ett beslut om tvångsisolering bör dock avse en viss längsta tid, vilken vid behov kan förlängas genom nya beslut. Tvångsisoleringen måste alltid pågå så länge det finns risk för smittspridning av nämnd orsak. Först när situationen för den isolerade har ändrats på ett sådant sätt, att förutsättningarna för tvångsomhändertagandet inte längre föreligger, kan beslutet om tvångsisolering hävas. Jag återkommer strax till frågan om vilken längsta tid ett beslut om tvångsisolering bör gälla m. m.

Längden på tvångsisoleringen kommer således att vara avhängig av bl. a. den isolerades inställning till sin situation och till sin omgivning. Det är därför viktigt att tvångsisoleringen inte endast blir ett innehållslöst avskiljande av den isolerade från omvärlden. En förutsättning för att man skall kunna påverka och positivt förändra hans situation och attityd är att han erbjuds en god omvårdnad och en meningsfull attitydpåverkan. Sjukvårdshuvudmannen måste således erbjuda den isolerade olika former av hjälp och stöd, som får anpassas till förhållandena i det enskilda fallet. Om den isolerade skulle motsätta sig sådana erbjudanden eller visa sig ointresserad av dem, måste krävas att personalen ändå på lämpligt sätt fortsätter sina försök att motivera den isolerade. Beträffande t. ex. smittade narkomaner krävs tålmodiga åtgärder för att få dem mottagliga för attitydpåverkande insatser. I många fall torde det vara nödvändigt med samarbetemed andra myndigheter, t. ex. de sociala myndigheterna.

Beslutet om tvångsisolering kan således inte upphävas förrän risken för fortsatt smittspridning bedöms undanröjd. Särskilt vid sjukdomar som det inte finns någon bot mot, såsom vid infektion av HIV, kan ett upphävande av beslutet om tvångsisolering vara förenat med risker för andra människors liv och hälsa. En möjlighet till permission skulle kunna vara ett realistiskt sätt att pröva den tvångsisolerares villighet och möjlighet att leva på ett sådant sätt att han inte riskerar att smitta andra människor. Tillfällig vistelse utanför sjukhuset under sådana former skulle också vara ett ytterligare uttryck för ett humanitärt synsätt på dessa frågor.

Jag föreslår att i smittskyddslagen öppnas en möjlighet att bevilja tvångsisolerares permission. En permission bör också kunna utformas så, att den avser återstoden av den bestämda tiden för tvångsisolering. Detta innebär att beslutet om tvångsisolering kan upphöra att gälla samtidigt som permissionen går till ända.

En permission bör kunna förenas med särskilda villkor, t. ex. att hålla viss kontakt med smittskyddsläkaren eller med den behandlande läkaren.

Det bör ankomma på smittskyddsläkaren att efter samråd med den ansvarige läkaren besluta om permission.

En förutsättning för vistelse i dessa fria former är dock, att det är rimligt anta att den isolerade kan klara friheten utan risk för smittspridning. Att uppenbart äventyra andra människors liv och hälsa kan inte godtas. Vidare måste självklart en permission kunna avbrytas med omedelbar verkan, om det finns skäl misstänka att den isolerade utsätter andra för smittrisk eller på annat sätt bryter mot de särskilda villkoren som är förenade med permissionen.

Att den tvångsisolerade skall ha tillfälle att ta emot besök är en självklarhet. Detta förutsätter dock att besöken kan ske utan risk för smittspridning och att de förläggs till tidpunkter som är lämpliga med hänsyn till verksamhetens bedrivande. Genom permission och möjligheten att ta emot besök blir emellertid omhändertagandet av den isolerade mindre slutet än vad det är i dag. En sådan ökad öppenhet kan leda till problem som tidigare inte förelegat. Det finns skäl anta att tvångsisolering av smittbärare också i framtiden kommer att i huvudsak gälla HIV-smittade narkotikamissbrukare. Eftersom missbruket i sig regelmässigt torde vara den verkliga orsaken till att en narkotikamissbrukare lever på ett sådant sätt att han utsätter sin omgivning för smittrisk, är det nödvändigt för motivationsarbetet att den tvångsisolerade inte får tillgång till alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel under denna tid. För detta krävs att lämpliga kontrollåtgärder kan vidtas. Enligt min uppfattning bör därför i smittskyddslagen tas in bestämmelser om undersökning av ingående post, omhändertagande och förverkande av alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel och sprutor eller kanyler samt kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning efter förebild i motsvarande bestämmelser i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och i lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall. Beslut i dessa frågor bör fattas av den överläkare som ansvarar för den tvångsisolerade. Ett beslut om förverkande bör kunna överklagas till länsrätten. Andra sådana beslut bör inte kunna överklagas.

Som jag nyss framhållit är det inte möjligt att i beslutet om tvångsisolering ange under hur lång tid beslutet skall gälla. Med hänsyn till att omhändertagandet i ett enskilt fall kan bli långvarigt, är det enligt min mening nödvändigt att fortlöpande pröva behovet av tvångsisolering. Detta bör ske så, att ett beslut om tvångsisolering får gälla under högst tre månader, men att isoleringen därefter kan förlängas med högst sex månader åt gången. Även frågor om förlängning bör prövas av länsrätten. Det bör ankomma på smittskyddsläkaren att ansöka om förlängning av tvångsisoleringen hos länsrätten.

Straffbestämmelser

Ett sätt att söka begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar är att kriminalisera vissa smittfarliga beteenden.

I samband med att gällande smittskyddslag gjordes tillämplig på infektion av HIV upphävdes 26 § i lagen. Paragrafen innehöll bestämmelser om straff för den som lider av en venerisk sjukdom och med vetskap eller

misstanke om det har könsligt umgängesamt för den som eljest uppsåtligt eller av grov oaktsamhet utsätter annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom. Skälet till att denna bestämmelse togs bort var bl. a. en önskan att stärka förtroendet för smittskyddsarbetet (prop. 1985/86:13, SoU 4, rskr. 15).

Utredaren – som överlämnade sitt förslag till en ny smittskyddslag innan straffbestämmelsen i 26 § hade upphävts – föreslår att straffbestämmelsen inte skall föras över till en ny smittskyddslag. Eftersom bestämmelsen redan hade upphävts innan remisstiden gick ut har flertalet remissinstanser inte berört frågan. Länsrätten i Stockholms län förordar dock en fortsatt kriminalisering i smittskyddslagen av spridande av smitta.

Under den senare tidens debatt kring infektion av HIV har det förts fram förslag om att åter införa någon form av sanktion i smittskyddslagen för den som vårdslöst eller hänsynslöst sprider HIV-smitta. Det har gjorts gällande att tvångsisoleringen borde ersättas av en fängelsepåföljd beträffande den som medvetet sprider smitta. Det framhålls att spridande av smitta inte bör bedömas annorlunda än andra allmänfarliga beteenden.

Jag vill först slå fast att tvångsisolering som smittskyddsåtgärd aldrig kan generellt ersättas av straffsanktioner. En straffpåföljd kan bli aktuell först sedan en straffbelagd handling har begåtts. Tvångsisolering däremot skall i princip vidtas preventivt för att hindra vidare smittspridning oavsett om det föreligger en straffbar handling eller ej.

I samband med förslaget att upphäva straffbestämmelsen i 26 § gällande smittskyddslag konstaterade jag att det var sällsynt att någon fälldes till ansvar enligt bestämmelsen. Under åren 1972–1982 lagfördes endast sex personer med stöd av lagrummet. Det har nu gått drygt två år sedan bestämmelsen upphävdes. Det har under denna tid inte framkommit något som talar för att smittskyddsarbetet i stort skulle påverkas i negativt hänseende av att det i smittskyddslagen inte finns bestämmelser som kriminaliserar spridandet av smitta genom sexuellt umgänge.

Med mitt förslag till en ny smittskyddslag kommer, som jag tidigare har redogjort för (avsnitt 2.5), särregleringen av de veneriska sjukdomarna i princip att upphöra. Sexuellt överförbara sjukdomar kommer i lagen att behandlas i huvudsak på samma sätt som övriga samhällsfarliga sjukdomar. Som jag tidigare har framhållit bör dock uppgifter om enskilda vid dessa sjukdomar också framgent ha ett särskilt starkt skydd. Det finns mot denna bakgrund inte skäl att särreglera spridande av de sexuellt överförbara sjukdomarna. Om en straffbestämmelse ånyo skulle införas i smittskyddslagstiftningen borde den därför avse uppsåtligt eller oaktsamt spridande av varje samhällsfarlig sjukdom.

För egen del tror jag inte att en kriminalisering skulle effektivisera smittskyddet. Däremot finns det tecken som talar för att den avskräckande effekt en kriminalisering åsyftar i stort uppnås genom den risk för tvångsisolering som föreligger beträffande den som utsätter andra för smitta.

Även om smittskyddslagen inte kommer att innehålla någon straffbestämmelse, innebär detta inte att spridande av smitta kommer att vara straffritt. I brottsbalken finns flera bestämmelser som beroende på omständigheterna i det särskilda fallet kan bli tillämpliga då någon sprider smitta

till annan. Jag vill erinra om vad jag anförde härom i samband med förslaget att upphäva 26 § smittskyddslagen (prop. 1985/86:13 s. 16 f.).

Prop. 1988/89:5

2.14 Handläggningen av mål och ärenden

Mitt förslag: En ny smittskyddslag skall innehålla vissa kompletterande bestämmelser om förvaltningsprocessen. I mål om tvångsisolering på sjukhus skall länsrätten som regel hålla muntlig förhandling. Vid avgörande av sådana mål i kammarrätten skall nämndemän delta. När smittskyddsläkaren har fattat ett beslut om omedelbar tvångsisolering eller när en fråga om tvångsisolering skall omprövas av länsrätten, skall målet förceas till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet underställdes resp. då ansökan kom in till länsrätten.

Den enskilde skall även i fortsättningen ha möjlighet att beviljas offentligt biträde eller annan rättshjälp i vissa mål enligt smittskyddslagen.

Beslut som fattas enligt smittskyddslagen skall gälla omedelbart, om inte något annat förordnas i beslutet.

Utredarens förslag: Utredaren har inte lämnat något förslag om de processuella frågorna.

Remissinstanserna: Endast några enstaka remissinstanser, huvudsakligen de juridiska, har berört dessa frågor. Länsrätterna i Stockholms, Östergötlands samt Göteborgs och Bohus län har pekat på att domstolsförfarandet bör regleras, de senare länsrätterna hänvisar till de processuella bestämmelserna i LVM. Kammarrätten i Göteborg framhåller att 12 och 15 §§ delgivningslagen (1970:428) inte bör vara tillämpliga i dessa fall.

Skälen för mitt förslag: Handläggningen av ärenden hos förvaltningsmyndighet regleras i förvaltningslagen (1986:223). Bestämmelser om handläggningen av mål hos förvaltningsdomstol finns i förvaltningsprocesslagen (1971:291) och lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Bestämmelserna i de två förstnämnda lagarna gäller enbart i den mån avvikande bestämmelser inte har meddelats i andra författningar.

I gällande smittskyddslag finns inga avvikande handläggningsbestämmelser. Detta innebär att de nämnda författningarna gäller utan inskränkningar vid handläggningen av mål och ärenden enligt smittskyddslagen. Jag delar remissinstansernas uppfattning att det finns skäl att i en ny smittskyddslag införa bestämmelser som i vissa avseenden avviker från eller som kompletterar bestämmelserna i nämnda lagar. Såväl LVU som LVM innehåller särskilda regler om domstolsförfarandet och handläggningen av ärenden i övrigt. Jag anser det lämpligt att smittskyddslagens handläggningsregler så långt möjligt överensstämmer med motsvarande bestämmelser i dessa båda lagar.

Jag har i föregående avsnitt föreslagit att länsrätten skall vara första instans beträffande beslut om tvångsisolering och att målen bör anhängig-

göras i rätten på ansökan av smittskyddsläkaren. I dessa fall kommer således processen i länsrätten att innebära ett tvåpartsförfarande. Detta överensstämmer med vad som gäller i mål enligt LVM och LVU. I mål där den enskilde har överklagat ett beslut som smittskyddsläkaren eller överläkaren fattat under tvångsisoleringen (besvärsmål), anser jag däremot inte att smittskyddsläkaren eller överläkaren bör vara part.

Förfarandet i förvaltningsdomstol är enligt huvudregeln i förvaltningsprocesslagen skriftligt. I handläggningen får dock ingå muntlig förhandling beträffande viss fråga när det kan antas vara till fördel för utredningen i målet eller främja ett snabbt avgörande av målet. Vidare skall bl. a. i länsrätt muntlig förhandling hållas om den enskilde begär det och förhandlingen inte är obehövlig och inte heller särskilda skäl talar emot det.

I mål om vård enligt LVU och LVM är däremot muntlig förhandling i länsrätt huvudregel. Skälen härför är enligt förarbetena till nämnda lagar bl. a. att målen avser frågor av stor betydelse för den enskilde och att enbart en skriftlig redovisning i länsrätten kan ge ett sämre beslutsunderlag än om parterna är närvarande vid målets avgörande. Det kan många gånger även vara lättare för den saken rör att vid en förhandling inför länsrätten muntligen redovisa sin uppfattning i målet. Jag anser att dessa omständigheter kan åberopas även i mål om tvångsisolering enligt smittskyddslagen och att det i dessa mål således i regel bör ingå muntlig förhandling i länsrätten. Emellertid bör det, liksom enligt LVU och LVM, finnas en möjlighet att avgöra ett mål på handlingarna i undantagsfall. Är det enligt länsrättens bedömning uppenbart obehövligt att hålla muntlig förhandling bör sådan kunna underlåtas. Jag anser att den enskilde alltid skall upplysas om sin rätt till muntlig förhandling innan målet avgörs. Om den enskilde då begär muntlig förhandling skall rätten hålla sådan.

När det gäller förhandlingen i kammarrätt och regeringsrätten bedömer jag att några särregler om muntlig förhandling inte behövs i smittskyddslagen. Det innebär att reglerna i förvaltningsprocesslagen blir tillämpliga. Det finns inte heller något behov av att frånga förvaltningsprocesslagens regler i besvärsmål.

Länsrätten är enligt huvudregeln i lagen om allmänna förvaltningsdomstolar domför med en lagfaren domare och tre nämndemän. I kammarrätten, som är domför med tre lagfarna domare, skall enligt samma författning nämndemän ingå i rätten enbart om det är särskilt föreskrivet.

I såväl LVM som LVU finns särskilda bestämmelser om att nämndemän vanligen skall ingå i handläggningen av mål i kammarrätten. Med hänsyn till målens beskaffenhet vid fråga om tvångsisolering anser jag att nämndemän skall ingå också vid kammarrättens handläggning av dessa mål.

I de fall som underställs länsrätten för prövning då smittskyddsläkaren har beslutat om omedelbar tvångsisolering är den enskilde vanligen redan isolerad. Det är han också i de fall länsrätten prövar frågor om fortsatt tvångsisolering. Jag finner det särskilt angeläget att dessa mål prövas snabbt. Smittskyddslagen bör därför ange en bestämd tidsfrist inom vilken dessa mål bör företas till avgörande. Ett sådant mål skall företas till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet underställdes länsrätten resp. då ansökan kom in till länsrätten. Liknande bestämmelser finns i LVU och LVM.

En ny smittskyddslag bör även innehålla bestämmelser om vilken länsrätt som är behörig. De frågor som länsrätten kan ha att pröva enligt den föreslagna smittskyddslagen är beslut av miljö- och hälsoskyddsnämnden, smittskyddsläkarens ansökan om tvångsisolering eller underställning av smittskyddsläkarens beslut om omedelbar tvångsisolering och vissa av smittskyddsläkarens beslut under tvångsisoleringen samt överläkarens beslut om förverkande. Jag anser det lämpligt att forumreglerna knyter an till de beslutande myndigheternas och läkarnas verksamhetsområden. Detta innebär att frågor enligt denna lag skall prövas av länsrätten i det län där miljö- och hälsoskyddsnämnden, smittskyddsläkaren eller överläkaren har sin verksamhet.

Jag vill i detta sammanhang också erinra om att riksdagen nyligen har beslutat om ändringar i rättshjälpslagen (1972:429). Ändringarna innebär bl. a. att rättshjälp genom offentligt biträde kan förordnas i angelägenhet vid förvaltningsdomstol som rör intagning på sjukhus eller utskrivning enligt smittskyddslagen (prop. 1987/88:73, JuU 21, rskr. 193). Jag anser att bl. a. offentligt biträde även i fortsättningen bör kunna förordnas vid tvångsisolering på sjukhus samt vid överklagande av avslag på begäran om tvångsisoleringens upphörande. Detta föranleder vissa redaktionella ändringar i rättshjälpslagen, till vilka jag avser att återkomma i ett senare sammanhang.

Vad jag här har föreslagit beträffande behovet av kompletterande bestämmelser för handläggningen av mål och ärenden gäller inte miljö- och hälsoskyddsnämndens verksamhet. För nämnderna finns det inte något behov av sådana kompletterande bestämmelser.

Förvaltningslagen föreskriver att ärenden där någon enskild är part skall handläggas så snabbt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. Förvaltningsprocesslagen däremot innehåller inga bestämmelser om domstolarnas handläggningstider. Jag anser att smittskyddslagen, i likhet med LVU och LVM, bör kompletteras med en särskild regel om skyndsam handläggning av såväl mål och ärenden.

I all smittskyddsverksamhet är det nödvändigt att besluten kan verkställas omedelbart utan hinder av att de inte har vunnit laga kraft. En bestämmelse härom bör tas in i en ny smittskyddslag.

Mitt förslag: All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Undersökning hos en privatpraktiserande läkare för att utreda om en samhällsfarlig sjukdom föreligger är gratis för patienten. En förutsättning är dock att läkaren är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. För övriga besök hos en sådan läkare utgår föreskriven patientavgift.

Läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandlingen för en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

De kostnadsfria förmånerna gäller för den som är försäkrad enligt lagen om allmän försäkring.

Utredarens förslag: Läkarundersökning och isolering på sjukhus som sker genom landstingskommunens försorg efter anmodan eller beslut av smittskyddsläkare skall vara gratis för den enskilde. Den som söker läkare på egen misstanke om samhällsfarlig sjukdom skall däremot erlägga patientavgift. Fortsatt undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt skall vara kostnadsfri i öppen och sluten vård. Den som väljer att gå till en privatpraktiserande läkare får själv betala patientavgift för läkarbesöket.

Utredaren föreslår ingen kostnadsbefrielse för läkemedel.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser som har yttrat sig i frågan är negativa till förslaget att patienten själv skall svara för kostnaden om han på eget initiativ tar kontakt med hälso- och sjukvården på grund av en misstanke om samhällsfarlig sjukdom. Socialstyrelsen och Svenska läkarsällskapet anser att kostnadsfriheten vid läkarundersökning skall gälla oberoende av om det är en offentlig eller privat vårdgivare. De anser att även läkemedel skall vara gratis för den enskilde vid behandling av samhällsfarlig sjukdom.

Skälen för mitt förslag: I detta avsnitt tar jag upp endast den enskildes kostnader för undersökning, vård och behandling m. m. Kostnadsfördelningen mellan staten och landstingskommunerna återkommer jag till senare (avsnitt 2.17).

Enligt gällande smittskyddslag (6 §) är undersökning för att diagnostisera en allmänfarlig sjukdom gratis för den enskilde. En förutsättning är dock att undersökningen utförs av distriktsläkare eller läkare som denne hänvisar till. Övrig undersökning samt vård får patienten bekosta själv i den mån kostnaderna inte täcks av den allmänna sjukförsäkringen. Även de läkemedel som fordras får patienten bekosta själv. Läkemedlen torde dock fås mot prisnedsättning enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Vid de vencriska sjukdomarna är såväl undersökning som vård och behandling samt vissa intyg gratis för patienten inom den landstingskom-

munala hälso- och sjukvården (19 § SmL). För övrig hälso- och sjukvård finns inte några särbestämmelser vad gäller patientens kostnader för sådana åtgärder, med undantag för infektion av HIV. Däremot tillhandahålls läkemedel gratis för patienten i både offentlig och enskild hälso- och sjukvård.

Laboratorieundersökningar av prov utförs kostnadsfritt för patienten om undersökningen har påkallats av miljö- och hälsoskyddsnämnden eller läkare i öppen vård. Undersökningen skall utföras på ett laboratorium som har godkänts av socialstyrelsen (23 § SmL).

De bestämmelser jag har redogjort för avser öppen vård. Vid sluten vård gäller samma regler som för sjukdomar i allmänhet. Vård och behandling samt läkemedel är i princip gratis för patienten. Kostnaderna för sluten vård av den som intagits på sjukhus täcks av landstingskommunen i den mån de inte ersätts enligt lagen om allmän försäkring (23 § tredje stycket SmL).

Innan jag går närmare in på skälen för mina förslag i denna del skall jag helt kort nämna något om ersättningssystemet inom hälso- och sjukvården och särskilt om de patientavgifter som den enskilde skall erlägga för vården.

Ersättningssystemet har en nära anknytning till den allmänna sjukförsäkringen. Både den offentliga och den privata hälso- och sjukvården finansieras till stor del av ersättning från den allmänna försäkringen. I förordningen (1984:908 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (ändrad senast SFS 1987:1038) regleras ersättningen till landstingskommunerna. Ersättningen till landstingskommunerna för öppen och sluten vård är numera beräknad enligt en behovsbaserad modell. Ersättningen innefattar både offentlig och privat vård. Vid utbetalningen till en landstingskommun görs avdrag för vad som har utbetalats till privatpraktikrverksamheten inom landstingskommunen.

De privatpraktiserande läkarna kan vara anslutna till den allmänna sjukförsäkringen och därigenom erhålla ersättning från den. Läkarna som är anslutna till försäkringen har förbundit sig att följa bestämmelserna i läkarevårdstaxan (1974:699, ändrad senast SFS 1988:21). I taxan regleras bl. a. hur höga arvoden läkarna får tillgodoräkna sig vid varje patientbesök. Samverkan mellan den privatpraktiserande läkaren och sjukvårdshuvudmannen regleras genom ett samverkansavtal som träffas mellan parterna.

Ersättning från den allmänna försäkringen för sjukhusvård till annan än landstingskommun utgår för närvarande med ett fast belopp per vård dag. Bestämmelser härom finns i förordningen (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m. m.

Den enskildes direkta kostnader för hälso- och sjukvård betalas av dem som är försäkrade enligt lagen om allmän försäkring i form av patientavgifter.

Försäkrade är dels svenska medborgare, dels personer som utan att vara svenska medborgare är bosatta i landet. Övriga skall i princip själv bekosta vården. Även i dessa fall kan emellertid kostnaderna för vården vara fria eller nedsatta för den enskilde till följd av överenskommelse i konvention med annat land.

För den offentliga vården regleras patientavgifterna i förordningen (1984:908). I 8 § föreskrivs att patientavgift får tas ut av den som är försäkrad enligt lagen om allmän försäkring, för varje läkarvårdsbesök hos en sjukvårdshuvudman eller hos en läkare som har särskilt avtal med en sjukvårdshuvudman. Avgiften gäller för samtliga åtgärder vid besöket, inräknat läkemedelsföreskrivning, provtagning för klinisk laboratorieundersökning, utfärdande av läkarintyg som behövs för att få ut sjukpenning samt för förbands- och annat förbrukningsmaterial.

Enligt förordningen får för år 1988 högst följande belopp tas ut. Patientavgift får tas ut med 50 kr. Ges vården hos den försäkrade får en tilläggsavgift tas ut med 25 kr. För annan sjukvårdande behandling än läkarvård som ombesörjs av sjukvårdshuvudman får patientavgift tas ut med 25 kr.

För läkarvård som meddelas av privatpraktiserande läkare som är ansluten till den allmänna försäkringen betalar den försäkrade högst 60 kr enligt 11 § läkarvårdstaxan. Vid hembesök får en tilläggsavgift tas ut med 35 kr. Liksom vid den offentliga vården omfattar avgiften samtliga åtgärder vid besöket. För läkarvård av läkare som inte är ansluten till försäkringskassan betalar patienten hela kostnaden själv.

Undersökning och provtagning avseende infektion av HIV samt rådgivning i samband med svar på provtagningen är kostnadsfri för den enskilde även hos privatläkare enligt 12 § läkarvårdstaxan. Vid fortsatt behandling hos privatläkare får patienten dock erlägga patientavgift.

För sjukhusvård som lämnas av offentlig sjukvårdshuvudman utgår ingen patientavgift för den som är försäkrad enligt lagen om allmän försäkring. Utgående sjukpenning skall däremot minskas med 55 kr om dagen – dock högst med en tredjedel av sjukpenningens belopp – enligt 3 kap. 4 § andra stycket lagen om allmän försäkring. Avdraget avser kostnader för mat, hygien m. m. och inte själva vården.

Mitt förslag till en ny smittskyddslag innebär bl. a. att den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att söka läkare för undersökning. Att denna skyldighet efterlevs är av stor betydelse för smittskyddet. Ju tidigare en smittad person kommer under vård och behandling och får adekvata förhållningsregler om hur smittspridning kan undvikas, desto mindre är risken att smittan förs vidare. Vidare kan smittkällan spåras snabbare om smittade söker vård. Det är därför av utomordentligt stor betydelse att man i så stor utsträckning som möjligt underlättar för den enskilde att ta kontakt med hälso- och sjukvården. Alla sjukvårdsbesök som görs med anledning av en samhällsfarlig sjukdom bör därför vara gratis för den enskilde. Det bör gälla både den undersökning och utredning som görs för att fastställa om en sådan sjukdom föreligger och den efterföljande vård och behandling som sjukdomen kräver. Vården och behandlingen skall dock vara behövlig från smittskyddssynpunkt. Bl. a. innebär detta att vård och behandling av komplikationer till sjukdomen som uppträder senare i förloppet då sjukdomen inte längre är smittsam, t. ex. följsjukdomar till polio, inte bör vara gratis för patienten.

Det förhållandet att vård och behandling skall vara gratis för patienten utgör inte något hinder mot att göra kostnadsavdrag på utgående sjukpenning vid slutet sjukhusvård.

Vad jag nu har sagt gäller den landstingskommunala vården. För den som väljer att vända sig till en privatpraktiserande läkare vid misstanke om en samhällsfarlig sjukdom anser jag att besök för att utreda om en samhällsfarlig sjukdom föreligger bör vara gratis för patienten. Vid därefter följande besök hos läkaren anser jag dock att patientavgift bör erläggas.

Den angivna kostnadsfriheten hos privatpraktiserande läkare bör avse endast läkare anslutna till den allmänna försäkringen. Besök hos övriga privatpraktiserande läkare får patienten själv bekosta.

Läkemedelsförmåner är en del av den allmänna sjukförsäkringen. All läkemedelsbehandling i sluten vård är gratis för patienten. För förskrivna läkemedel i öppen vård betalar den försäkrade normalt ett reducerat pris. Läkemedel vid vissa sjukdomar är gratis för patienten. Bestämmelser om prisnedsatta och kostnadsfria läkemedel finns i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Jag anser att all behandling med läkemedel vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten oavsett om behandlingen ges i öppen eller sluten vård.

De kostnadsfria förmåner som jag här har föreslagit kan av uppenbara skäl inte ges till var och en som vistas här i landet. Enligt min uppfattning är det rimligt att begränsa förmåner till dem som är försäkrade enligt lagen om allmän försäkring.

2.16 Kostnadsberäkning

Min bedömning: Förslaget innebär måttliga kostnadsökningar. Förstärkningen av smittskyddsläkarnas verksamhet beräknas årligen kosta ca 8 milj. kr. För utbildningsändamål behövs under ett första år 700 000 kr. och därefter under de därpå följande två åren varje år 600 000 kr.

För att genomföra lagstiftningen fordras att socialstyrelsen bl. a. utarbetar föreskrifter och allmänna råd, utformar blanketter för anmälningar m. m. och informerar om lagstiftningen. Dessa uppgifter för socialstyrelsen kommer att behandlas och kostnadsberäknas i annat sammanhang.

Patienternas avgiftsfrihet för läkemedel medför en årlig kostnadsökning för samhället med högst 100 000 kr. Patienternas avgiftsfrihet för vård och behandling innebär ett årligt inkomstbortfall för samhället med ca 5 milj. kr.

För domstolarnas verksamhet behövs inga nya resurser.

Utredarens bedömning: Kommunernas kostnader kommer att minska när det gäller personinriktade åtgärder för att förhindra smittspridning. Hur mycket går dock inte att beräkna. Landstingskommunernas totala kostnader för smittskyddet enligt den nya smittskyddslagen beräknas öka från ca 4 milj. kr. till omkring 12 milj. kr. årligen. Landstingskommunernas kostnadsökning beräknas således uppgå till ca 8 milj. kr. årligen.

Kostnadsökningen hänförs helt till administrativa förstärkningar. Landstingskommunernas kostnader för undersökning samt vård och behandling bedöms inte öka till följd av förslaget. Förslaget innebär inte några direkt ökade kostnader för staten.

Remissinstanserna: Utredarens bedömning av förslagets kostnadskonsekvenser kommenteras främst av landstingskommunerna. Några landstingskommuner anser att utredarens kostnadsanalys är ofullständig och att landstingskommunernas kostnadsökningar kommer att bli högre än vad utredaren har angivit. Denna uppfattning förs fram av Kalmar, Västmanlands, Västerbottens och Norrbottens läns landstingskommuner. Kristianstads läns landstingskommun delar utredarens bedömning att landstingskommunernas ökade kostnader i stort kommer att förädlas av administrativa insatser. Resursförstärkningar vid den samhällsmedicinska enheten blir dock nödvändiga om utredarens förslag genomförs. Västernorrlands läns landstingskommun delar utredarens uppfattning att det är rimligt med en halv smittskyddsläkartjänst och en hel kanslitjänst i ett landstingsområde med ungefär 250 000 invånare. Flera remissinstanser framhåller att de framtida kostnaderna för smittskyddet är svåra att bedöma med hänsyn till osäkerheten kring infektion av HIV.

Domstolsverket framhåller att antalet smittskyddsmål i förvaltningsdomstolarna kan förväntas öka något till följd av förslaget. Antalet mål kommer dock sannolikt att bli så begränsat att länsrätterna väl kan ta hand om denna målgrupp utan nya resurser.

Skälen för min bedömning: Samhällets totala direkta kostnader för de samhällsfarliga sjukdomarna kan beräknas till 600–700 milj. kr. årligen. Med direkta kostnader avses i första hand kostnader för vård och behandling samt kostnader för hälsokontroller vid de sexuellt överförbara sjukdomarna. Hit räknas dock inte kostnader för de följsjukdomar som nämnda sjukdomar kan ge upphov till. Hit räknas inte heller kostnader för produktionsbortfall, sjukpenning och liknande.

Större delen av kostnaderna faller på sex av sjukdomarna. De största kostnaderna förorsakar gonorré, infektion av HIV och klamydiainfektion. De årliga kostnaderna för dessa sjukdomar kan uppskattas till närmare 400 milj. kr. Kostnaderna för infektion av HIV stiger kraftigt och kan antas fortsätta att öka. Andra samhällsfarliga sjukdomar som ger upphov till stora kostnader är paratyfoidfeber, tuberkulos och polio. Kostnaderna för dessa sjukdomar uppgår till drygt 200 milj. kr. årligen.

Ett av syftena med en ny smittskyddslagstiftning är att minska kostnaderna för de smittsamma sjukdomarna. Erfarenheterna visar att epidemiologiska åtgärder relativt snabbt kan leda till stora kostnadsbesparingar för samhället. Eftersom kostnaderna för de samhällsfarliga sjukdomarna är så höga, kan redan en mindre minskning av sjukdomarnas förekomst leda till betydande kostnadsbesparingar. Som exempel kan nämnas att kostnaderna förorsakade av tuberkulos för närvarande uppgår till ca 100 milj. kr. per år. Om samma situation hade rått i dag som på 1950-talet skulle de årliga kostnaderna för tuberkulos uppgått till 1–2 miljarder kr.

Det förslag till ett förbättrat smittskydd som jag nu lagt fram innebär bl. a. en förstärkning av den landstingskommunala smittskyddsorganisa-

tionen. Denna förstärkning är i princip den enda åtgärden som leder till ökade kostnader. Som jag strax skall redogöra för är emellertid kostnadsökningen måttlig och förslaget kan förväntas ge betydande kostnadsbesparingar redan inom en snar framtid. Övriga kostnadskonsekvenser av förslaget innebär en omfördelning av kostnadsansvaret mellan främst staten, landstingskommunerna och de enskilda människorna.

De administrativa kostnaderna för förstärkningen av smittskyddsläkarverksamheten har jag beräknat på följande sätt. Jag har utgått från att omräknat i heltidstjänster behövs ytterligare tio smittskyddsläkare och sjuttionio kanslisterna i landet. Den årliga kostnaden för en smittskyddsläkare har jag beräknat till 415 000 kr. och för en kanslist till 148 000 kr. Beloppen innefattar lönekostnadspålägg, LKP, med 41 %. Vidare har jag härutöver beräknat en driftkostnad på 15 % av den totala lönekostnaden. Den sammanlagda årliga kostnaden för förstärkningarna blir således ca 8 milj. kr.

Den nya smittskyddslagen kommer också att leda till vissa kostnader för socialstyrelsen. Jag bedömer att styrelsen kan behöva utarbeta föreskrifter och allmänna råd, utforma nya blanketter för anmälningar m. m. och informera om den nya lagstiftningen. Dessa uppgifter för styrelsen kommer att behandlas vid den översyn av socialstyrelsens organisation som för närvarande pågår inom socialdepartementet. I det sammanhanget kommer kostnaderna för uppgifterna att beräknas och förslag läggas fram om hur kostnaderna skall finansieras.

Några ökade kostnader för statens bakteriologiska laboratorium har jag inte beräknat.

En ny smittskyddslagstiftning medför ett visst behov av utbildning av dem som skall tillämpa lagstiftningen i sitt arbete.

Smittskyddsläkarnas behov av utbildning och information kan socialstyrelsen svara för utan att några särskilda medel avsätts för uppgiften.

När det gäller övrig hälso- och sjukvårdspersonal räknar jag med att det på varje mottagning som berörs av smittskyddet finns ett behov av att utbilda två personer under två timmar. Kostnaden för denna undervisning har jag beräknat till 600 000 kr. årligen under tre år.

Kostnaderna för utbildning av personal vid miljö- och hälsoskyddsnämnder är betydligt lägre. Jag har beräknat att denna personal kan få erforderlig utbildning under ett år till en sammanlagd kostnad av drygt 100 000 kr.

Smittskyddsläkarna och den personal som är knuten till dem bör svara för undervisningen av hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal. Detta har jag beaktat när jag beräknat de administrativa kostnaderna för en ny smittskyddsorganisation.

Enligt den nya smittskyddslagen kommer de smittsamma sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga inte att vara desamma som i gällande smittskyddslag hänförs till allmänfarliga resp. veneriska sjukdomar. Vissa nya sjukdomar har tillkommit medan andra har utgått. Kostnaderna för de tillkommande sjukdomarna är mycket små, ca 100 000 kr. årligen. Kostnaderna för de sjukdomar som har utgått är däremot högre. Amöbadysenteri och primär, icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation

kan beräknas årligen kosta drygt 12 milj. kr. Kostnaderna är hänförliga till slutenvård.

Samhällets totala kostnader för läkemedel för de samhällsfarliga sjukdomarna beräknas öka med högst 100 000 kr. per år genom att alla läkemedel som används vid sådana sjukdomar skall vara gratis för patienten. I dag är alla läkemedel som används i slutenvård gratis för patienten liksom läkemedel vid behandling av veneriska sjukdomar i öppen vård. Kostnadsfriheten omfattar däremot inte läkemedel som används vid behandling av allmänfarliga sjukdomar i öppen vård, med undantag för tuberkulos. För kostnaden för sådana läkemedel svarar patienten själv. Regelmässigt torde dock dessa läkemedel omfattas av lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. vilket innebär att patienten för närvarande aldrig behöver betala mer än högst 60 kr. vid varje tillfälle han köper läkemedel.

Också patienternas kostnader för öppen vård påverkas av den nya smittskyddslagen. Enligt lagen skall all undersökning, vård och behandling vara gratis för patienten inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Också den undersökning som görs hos en privatpraktiserande läkare för att utröna om en samhällsfarlig sjukdom föreligger skall vara gratis för patienten. En förutsättning är dock att läkaren är ansluten till den allmänna försäkringen.

I dag är i princip all slutenvård gratis för patienten. Också i öppen vård är undersökning och behandling gratis, men endast när det gäller veneriska sjukdomar och den offentliga hälso- och sjukvården. Vid de allmänfarliga sjukdomarna är den undersökning som görs för att utröna om en sådan sjukdom föreligger gratis. Däremot betalar patienten genom patientavgift för behandlingen.

Hos privat verksamma läkare gäller samma regler som vid andra sjukdomar, dvs. patienten betalar för undersökning och behandling. Om läkaren är ansluten till den allmänna försäkringen betalar patienten patientavgift, i andra fall finns inte några särskilda bestämmelser som reglerar patientens kostnader. Detta gäller både vid de allmänfarliga sjukdomarna och de veneriska sjukdomarna.

Samhällets ökade kostnader till följd av att patienterna inte längre skall betala patientavgifter beräknar jag till ca 5 milj. kr. årligen.

Förslaget innebär för domstolarna endast mindre kostnadsökningar som kan klaras med befintliga medel.

Mitt förslag: Varje landstingskommun svarar för kostnaderna för sin smittskyddsorganisation. Landstingskommunen svarar också för kostnader för undersökning samt vård och behandling. Landstingskommunen skall ha kostnadsansvaret även för läkemedel som förordnas inom den egna verksamheten.

Varje kommun bekostar miljö- och hälsoskyddsnämndens smittskyddsverksamhet. Kommunen svarar också för kostnader till följd av förstöring av husgeråd, möbler och liknande föremål, som sker för att hindra spridning av smitta.

För övriga kostnader som föranleds av smittskyddslagen skall staten svara.

Utredarens förslag: Landstingskommunen svarar vid samhällsfarliga sjukdomar för kostnader för undersökning samt vård och behandling som sker genom landstingskommunens försorg.

För privat verksamma läkare gäller i kostnadshänseende samma regler som vid andra sjukdomar.

När det gäller kostnader för behandling med läkemedel skall lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. gälla. Detta innebär att den allmänna försäkringen svarar för de kostnader för läkemedel i öppen vård som vid varje inköpstillfälle överstiger patientavgiften. I sluten vård svarar landstingskommunen för hela läkemedelskostnaden.

Landstingskommunen svarar för kostnaderna för smittskyddsläkarverksamheten, inberäknat de administrativa kostnadsökningar som förstärkningen av smittskyddsläkarens ställning och uppgift leder till.

Kommunerna skall svara för kostnaderna för de objektrinriktade smittskyddsåtgärder som kommunen skall vidta med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagen.

Staten svarar för de kostnader som är förenade med bestämmelserna i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Enligt denna förordning utges bl. a. särskild ersättning till förebyggande hälsovård. En del av denna ersättning bör användas för smittskydd, bl. a. till att täcka de administrativa kostnadsökningarna som förslaget innebär. Staten svarar också för kostnader enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Remissinstanserna: I denna fråga har i huvudsak Landstingsförbundet och landstingskommunerna yttrat sig. De flesta som yttrat sig understryker att kostnadskonsekvenserna av en ny smittskyddslagstiftning måste beaktas i de återkommande överenskommelserna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ersättning till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring. Kopparbergs och Norrbottens läns landstingskommuner godtar inte uppfattningen att de administrativa kostnadsökningarna ryms inom ramen för ersättningen för förebyggande hälsovårdande åtgärder. Stockholms läns landstingskommun anser att hela

kostnaden för landstingskommunernas smittskyddsorganisation bör täckas med statsbidrag.

Skälen för mitt förslag: Enligt den nya smittskyddslagen skall landstingskommunerna svara för smittskyddet inom sina respektive områden. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder skall även i fortsättningen svara för de objektinriktade åtgärder som behövs för att hindra smittspridning från smittkällor i den fysiska miljön. De enskilt verksamma läkarna får också med den nya smittskyddslagen uppgifter inom smittskyddet.

Enligt min uppfattning bör ansvars- och uppgiftsfördelningen i smittskyddslagen återspeglas i fördelningen av kostnaderna. Utgångspunkten för hur kostnaderna skall fördelas bör vara att var och en svarar för sina egna kostnader.

Vad jag nu sagt innebär att varje landstingskommun bör svara för kostnader för smittskyddsåtgärder inom landstingsområdet, inberäknat smittskyddsläkarens organisation och verksamhet. Landstingskommunen bör också svara för den egna verksamhetens kostnader för undersökning samt vård och behandling av dem som misstänks vara smittade eller som är smittade. Även kostnader för laboratorieundersökning och liknande innefattas. Härvid kan anmärkas att landstingskommunernas uteblivna inkomster från patientavgifter kan beräknas årligen uppgå till 5 milj. kr.

Landstingskommunerna bör också svara för kostnaderna för läkemedel som föreskrivs i öppen vård av anställda inom den egna verksamheten eller som används i den slutna vården. Landstingskommunernas årliga kostnadsökningar för läkemedel i öppen vård till följd av den nya smittskyddslagen kan uppskattas till ca 100 000 kr.

Liksom i dag bör kommunerna också framgent svara för de kostnader som föranleds av miljö- och hälsoskyddsnämndernas smittskyddsverksamhet. Förutom organisatoriska och administrativa kostnader skall kommunen också svara för kostnader till följd av förstöring av husgeråd, möbler och andra liknande föremål. Som jag tidigare uppgett återkommer jag senare med förslag om vem som skall svara för kostnader som föranleds av att sällskapsdjur avlivas.

För övriga kostnader som föranleds av smittskyddslagen bör i princip staten svara. Detta innebär bl. a. att staten skall svara för de kostnader för undersökningar som utförs av privat verksamma läkare i syfte att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Staten bör också bekosta de läkemedel för behandling av samhällsfarliga sjukdomar som förskrivs av läkare som inte är anställda av en landstingskommun. Staten bestrider självfallet även de kostnader som föranleds av socialstyrelsens och statens bakteriologiska laboratoriums smittskyddsarbete.

Mitt förslag: Den som blivit utsatt för ett brott, varigenom HIV-smitta kan ha överförts, skall kunna få till stånd en undersökning av den som är skäligen misstänkt för brottet för att utröna om denne är smittad av HIV. I första hand skall möjlighet till sådan undersökning finnas vid sexualbrott. Undersökning skall emellertid även kunna ske vid andra brott, om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att infektion av HIV har överförts genom brottet.

En undersökning skall förutsätta en begäran av den som har utsatts för brottet. Beslut om undersökning fattas av åklagaren eller rätten.

Bestämmelser om undersökningen tas upp i en särskild lag. I fråga om undersökningen och förfarandet i övrigt skall reglerna i rättegångsbalken om kroppsbesiktning gälla om inte annat föreskrivs i lagen.

Utredaren har inte behandlat frågan.

Remissinstanserna har inte tagit upp frågeställningen.

Skälen för mitt förslag: Sedan den särskilde utredaren avgav sitt betänkande och remissinstanserna yttrat sig däröver har mycket hänt beträffande infektion av HIV som svårigen kunde förutses. Jag tar i det följande upp en fråga som efter dt att remissbehandlingen avslutats kommit att röna stor uppmärksamhet i den allmänna debatten och som snabbt bör få en lösning.

Vid vissa typer av fysiska övergrepp kan HIV-smitta överföras från gärningsmannen till den som utsatts för brottet. Exempel på sådana brott är våldtäkt, misshandel och våld mot tjänsteman. Vid brott av det senare slaget kan gärningsmannen som brottsverktyg t. ex. använda en injektions-spruta som är förorenad av smittat blod från gärningsmannen. Med hänsyn till de allvarliga följder för den smittade som infektion av HIV kan leda till och till att något botemedel inte finns att tillgå, har från olika håll rests krav på att misstänkta gärningsmän vid dessa brott regelmässigt borde HIV-testas. Motivet för kravet är att man härigenom snabbt kan få reda på om gärningsmannen är smittad eller inte och därmed kunna underrätta den som utsatts för brottet om risk för smittöverföring förelegat. Eftersom smittan fortfarande har en förhållandevis begränsad utbredning i samhället, skulle en testning i dessa fall innebära att många av brottsoffren kunde besparas mycken onödig oro.

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF) är medborgarna gentemot det allmänna skyddade mot varje påtvingat kroppsligt ingrepp. Att ta ett blodprov från en människa utgör ett sådant kroppsligt ingrepp. Begränsningar i detta skydd får göras endast i lag och då bara för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. En sådan begränsning får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den (2 kap. 12 § RF).

I 28 kap. rättegångsbalken (RB) finns bestämmelser om bl. a. kroppsbe-

siktning i samband med utredning av ett brott. Vid sådan kroppsbesiktning får blodprov tas. Vidare får företas annan undersökning som kan ske utan nämnvärt men.

Också gällande smittskyddslag innehåller bestämmelser som möjliggör olika slag av kroppsliga ingrepp. Bestämmelserna finns i 6 § när det gäller allmänfarliga sjukdomar och i 14 och 15 §§ när det gäller veneriska sjukdomar.

När det gäller möjligheterna att tillämpa gällande lagstiftning för att tillgodose målsägandens intresse att få reda på om han eller hon smittats av HIV genom brottet kan följande sägas.

Enligt 28 kap. 12 § RB jämförd med 11 § i samma kapitel får blodprov tas på den som skäligen kan misstänkas för brott som kan medföra fängelse, om syftet med provtagningen är att få fram omständigheter som kan vara av betydelse för utredningen om brottet. Bestämmelserna innebär att det är möjligt att HIV-testa en misstänkt för att kunna bedöma om rekvisiten för ett visst brott är uppfyllda, t. ex. vid våldsbrott i vissa speciella situationer. Undersökning har i praxis också ägt rum vid utredning av hotbrott, där gärningsmannen som ett led i brottet stänkt blod eller spottat på målsäganden och där frågan om gärningsmannen verkligen var HIV-smittad hade betydelse för bedömningen av gärningen. Däremot torde bestämmelserna i RB inte kunna åberopas för en tvångsvis testning som inte har annat syfte än att ge den som har utsatts för ett brott besked om gärningsmannen bär på HIVsmitta eller ej.

Inte heller kan man med stöd av gällande smittskyddslag generellt få tillstånd en tvångstestning av gärningsmän för det ändamål som nu diskuteras. För att en gärningsman skall kunna tvångstestas med stöd av smittskyddslagen i de nu aktuella situationerna krävs att det i det enskilda fallet föreligger utredning som visar att det finns en konkret risk för att han är smittad av HIV. Sådan utredning kan visa sig svår eller omöjlig att få fram i många fall.

Med den uppmärksamhet som HIV-smittan nu fått finns det enligt min mening anledning att ta fasta på de framställda kraven på tvångstestning av gärningsmännen. Det är självklart att den som blivit utsatt för t. ex. en våldtäkt kan känn stark oro för att ha blivit smittad av HIV vid övergreppet, och från samhällets sida bör man göra vad man kan för att dämpa den oron. Det är därför rimligt att man inför en möjlighet att tvångstesta gärningsmannen. Den kränkning av gärningsmannens kroppsliga integritet som en undersökning med avseende på HIV-smitta innebär kan i belysning av det jag nyss sagt – och mot bakgrund också av den svåra kränkning av offret som brottet utgör – inte anses oskälig. Jag vill därvid också peka på att, som jag nyss nämnde, tvångstestning redan nu kan ske i den mån resultatet har betydelse för brottsutredningen.

Eftersom nuvarande regler inte ger tillräckligt utrymme för tvångstestning i de nu aktuella fallen, anser jag att en ny möjlighet bör öppnas att undersöka gärningsmän med avseende på infektion av HIV vid sådana sexualbrott där smitta kunnat överföras från gärningsmannen till den som utsatts för brottet.

Som jag nyss nämnde har sexualbrotten stått i fokus när man diskuterat

möjligheten till tvångstestning. Även om det är i fråga om de brotten som man kan säga att det finns ett mera generellt behov att med hänsyn till målsägandens intressen få till stånd en undersökning, är det självklart att man även vid andra typer av fysiska övergrepp i enskilda fall kan konstatera att målsäganden har ett i princip lika stort intresse av att få gärningsmannen HIV-testad. En möjlighet till tvångstestning bör enligt min mening därför omfatta även sådana fall. När man kommer utanför sexualbrottens område är det emellertid rimligt att kräva att det skall föreligga särskilda omständigheter som ger anledning anta att HIV-smitta kan ha överförts. Jag återkommer till detta i specialmotiveringen.

Med hänsyn till syftet med undersökningen är det viktigt att den kan komma till stånd snabbt. Det kan därför inte krävas att det skall genom dom ha slagits fast att den som skall tvångstestas har begått brottet, utan det bör räcka att han är skäligen misstänkt för brottet. Detta överensstämmer med vad som gäller vid kroppsbesiktning enligt RB.

Med hänsyn till syftet med åtgärden bör undersökning komma till stånd endast om målsäganden begär det. Självklart skall målsäganden underrättas om resultatet av undersökningen.

När det gäller kroppsbesiktning vid utredning av brott finns förhållandevis utförliga regler i RB. Dessa bör enligt min mening i allt väsentligt kunna tillämpas i fråga om tvångstestning i de nu aktuella fallen. På en punkt bör dock en avvikelse ske från RB:s regler om kroppsbesiktning. Det gäller frågan vem som skall besluta om undersökning. Vid kroppsbesiktning fattas beslut av undersökningsledaren, åklagaren eller rätten. När det gäller en sådan ny typ av tvångsmedel som det här är fråga om är det enligt min mening rimligt att beslutsbefogenheterna i varje fall till en början begränsas till åklagaren och rätten. Det rör sig dessutom här om åtgärder som inte direkt har med själva förundersökningen att göra, varför det inte är självklart att beslutsbefogenheterna skall fördelas på samma sätt som vid kroppsbesiktning enligt RB.

Jag återkommer till frågorna om förfarandet i specialmotiveringen.

De specialregler som krävs för undersökningar av det slag som nu föreslås passar inte på ett naturligt sätt in i vare sig RB:s eller smittskyddslagens regelsystem. Jag förordar att de i stället tas in i en särskild lag. Därutöver bör en ändring ske i sekretesslagen för att öppna möjlighet för målsäganden att få del av undersökningsresultatet.

Regler om skyldighet för vissa läkare att utföra undersökningar som grundar sig på bestämmelserna om kroppsbesiktning finns redan. I 5 § allmänna läkarinstruktionen (1963:341) föreskrivs att sådana läkare som är anställda i allmän tjänst och verksamma huvudsakligen inom öppen vård samt andra läkare inom den allmänna sjukvården är skyldiga att på begäran tillhandagå bl. a. åklagare, domare och polis med av dem begärda undersökningar och utlåtanden däröver.

När det gäller den ersättning som bör utgå för undersökningen bör denna fråga lösas enligt avtal enligt den ordning som tillämpas i dag t. ex. när det gäller ersättning för sådan undersökning rörande alkoholpåverkan som begärts av polisen. Med hänsyn till att undersökningen i dessa fall inte syftar till att tjäna som bevis i en rättegång mot den misstänkte, är det inte

rimligt att bestämmelserna i RB om fördelning av rättegångskostnaderna skall tillämpas. Jag förordar i stället att staten får svara för kostnaderna för undersökningen.

Man kan naturligtvis inte utesluta att det i enstaka fall kan framstå som befogat att genomföra en tvångstestning av det slag som nu förordats även av den som inte har gjort sig skyldig till något brottsligt förfarande. Jag tänker bl. a. på den situationen att en polis i samband med avvisitering av en narkotikamissbrukare har råkat sticka sig på en injektionsspruta som kan tänkas vara förorenad av blod med HIV-smitta. En annan situation är att sjukhuspersonal har kommit i kontakt med blod som kan misstänkas vara HIV-smittat. Även i samband med trafikolyckor kan motsvarande situationer uppstå.

Enligt min mening finns det inte nu underlag för att påstå att det skulle finnas ett så uttalat behov av tvångstestning – utöver de möjligheter som redan nu finns – i fall av den typ som nu nämnts att jag vill förordar att en möjlighet till tvångstestning får omfatta även sådana situationer där något brott inte föreligger. Självfallet bör effekterna av den nu aktuella reformen utvärderas, och jag utgår från att man i samband därmed kan få anledning återkomma till dessa frågor. I samband med en sådan utvärdering torde man för övrigt också få anledning återkomma till frågan om utformningen av förfarandereglerna.

2.19 Övriga frågor

Det förslag till en ny smittskyddslag som jag nu lägger fram innebär att ändringar måste göras i andra lagar som hänvisar till smittskyddslagen eller som på annat sätt berörs av förslaget till en ny smittskyddslag. Jag avser att senare återkomma till regeringen med förslag om attförelägga riksdagen en proposition rörande sådana lagändringar. I det sammanhanget avser jag också att ta upp frågorna om bl. a. ersättning till smittbärare och ersättning i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse.

3 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. smittskyddslag,
2. lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål,
3. lag om ändring i sekretesslagen (1980: 100).

Förslaget under 3 har upprättats i samråd med chefen för justitiedepartementet.

Förslagen bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 4*.

4.1 Förslaget till smittskyddslag

Inledande bestämmelser

1 § Med smittskydd avses i denna lag verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

I utredarens lagförslag finns en bestämmelse med definition på smittskydd i 3 § första stycket. I gällande smittskyddslag finns inte någon definition på smittskydd.

Smittskyddslagens syfte är att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen omfattar i princip alla smittsamma sjukdomar, oavsett hur allvarliga eller utbredda de är. De materiella reglerna i lagen avser emellertid endast vissa smittsamma sjukdomar. De allvarligaste av dessa benämns samhällsfarliga sjukdomar. Dessa kommenteras under 3 §.

För att skydda människor mot smittsamma sjukdomar kan en mängd olika åtgärder vidtas, främst beroende på vilken sjukdom det gäller.

Förebyggande åtgärder kan bestå bl. a. av information om hur sjukdomarna sprids och hur man kan skydda sig mot dem, av vaccinationer och av att man utformar olika verksamheter och anläggningar på ett sådant sätt att smittspridning förebyggs. Exempel på sådana verksamheter och anläggningar är livsmedelshandling och karantänsväsendet resp. bostäder, restauranger och vatten- och avloppsanläggningar.

En smitta som har fått utbredning bekämpas med hänsyn till smittans art och spridningssätt. Vid smitta som sprids främst via livsmedel, som är en vanlig smittväg för många smittsamma sjukdomar, spåras och förstörs det förorenade livsmedlet. Om livsmedlet kommer från t. ex. en livsmedelsindustri, ett mejeri eller ett vattenverk krävs dessutom ofta olika slag av smittreningståtgärder.

När det gäller smittade människor finns i de flesta fall läkemedel att tillgå som kan göra den smittade smittfri. I de fall läkemedelsbehandling inte kommer till användning eller då den smittade trots sådan behandling sprider smitta under en längre eller kortare tid får andra åtgärder tillgripas. Vid många smittsamma sjukdomar kan smittspridning förhindras genom att den smittade är försiktig i sin livsföring. Vid andra sjukdomar kan inskränkningar i den enskildes rörelsefrihet bli nödvändiga.

Smittskyddets primära intresse är att skydda samhället mot smittsamma sjukdomar. Den enskildes behov av hälso- och sjukvård när han drabbats av en smittsam sjukdom är det sörjt för genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Smittskyddslagen omfattar endast de smittsamma sjukdomar som kan spridas bland människor. När det gäller smittspridning bland djur finns bestämmelser i särskild lagstiftning, bl. a. i epizootilagen (1980:369).

2 § Utöver föreskrifterna i denna lag gäller om smittskydd vad som är föreskrivet i annan författning.

Paragrafen motsvarar till en del 3 § andra stycket utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns inte någon motsvarande bestämmelse.

Som framgår av den allmänna motiveringen har lagen, till skillnad mot utredarens förslag, inte begränsats till personinriktade åtgärder utan gäller också objektinriktade åtgärder. När det gäller främst objektinriktade smittskyddsåtgärder finns bestämmelser om sådana åtgärder också i annan lagstiftning, t. ex. livsmedelslagen och epizootilagen. Bestämmelsen i paragrafen är en upplysning om att sådan lagstiftning finns vid sidan av smittskyddslagen.

Sjukdomarna

3 § Smittsamma sjukdomar indelas i *samhällsfarliga sjukdomar* och *övriga smittsamma sjukdomar*.

De samhällsfarliga sjukdomarna och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna skall anmälas enligt föreskrifterna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns *anmälningspliktiga sjukdomar*.

De samhällsfarliga sjukdomarna och de övriga smittsamma sjukdomar som skall anmälas anges i en *bilaga* till denna lag.

Den särskilde utredaren redovisar i betänkandet, bilaga 3, sin bedömning av vissa smittsamma sjukdomar mot bakgrund av de tre kriterier som hon anser skall föreligga för att en sjukdom skall betraktas som samhällsfarlig. När det gäller en beskrivning av sjukdomarna i det avseendet hänvisas till nämnda bilaga.

Paragrafens första och andra stycken har en viss motsvarighet i 1 § andra stycket och 2 § utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns bestämmelser om indelningen av smittsamma sjukdomar i olika grupper i 4 § första stycket. Bestämmelsen om att vissa sjukdomar skall anmälas motsvaras i gällande lagstiftning av 16 § smittskyddskungörelsen. Tredje stycket har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller gällande smittskyddslag.

Första och andra styckena. Med smittsamma sjukdomar avses såsom framhållits under 1 § alla smittsamma sjukdomar som kan spridas bland människor. De allvarligaste smittsamma sjukdomarna benämns samhällsfarliga sjukdomar. Huvuddelen av de materiella lagreglerna gäller endast för dessa sjukdomar. Många av bestämmelserna rörande dessa sjukdomar – särskilt bestämmelserna om tvångsåtgärder – gäller endast då sjukdomen befinner sig i ett smittsamt skede. Detta förhållande kommer till uttryck på olika sätt i lagtexten, oftast genom bestämningen att någon *för* smitta av en viss sjukdom. Bland de övriga smittsamma sjukdomarna finns ett antal sjukdomar som inte är så hotande att de kan betraktas som samhällsfarliga, men ändå så allvarliga från smittskyddssynpunkt att det är angeläget att fortlöpande följa deras utbredning i landet. Inträffade fall av dessa sjukdomar och av samhällsfarliga sjukdomar skall därför anmälas på det sätt som föreskrivs i denna lag av de läkare som konstaterar fallen. De sjukdomar som skall anmälas benämns, liksom i gällande smittskyddslag, *anmälningspliktiga sjukdomar*.

Tredje stycket. I detta stycke finns en upplysning om att de samhällsfarliga sjukdomarna och de övriga anmälningspliktiga sjukdomarna finns angivna i en bilaga till lagen.

4 § Regeringen får föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i denna lag skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet, om sjukdomen bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade.

Regeringen får föreskriva att en viss smittsam sjukdom som annars inte är anmälningspliktig skall anmälas enligt föreskrifterna i denna lag.

Bestämmelserna i paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Första stycket. I den allmänna motiveringen (avsnitt 2.5.1) har utförligt redovisats skälen för att riksdagen bör besluta om vilka sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga. Där redovisas också varför regeringen bör ha rätt att föreskriva att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skall tillämpas på en sjukdom som tidigare inte hänförs till de samhällsfarliga.

I detta stycke har tagits in en bestämmelse om att regeringen får meddela en sådan föreskrift. I stycket anges också de egenskaper som sjukdomen skall bedömas ha för att regeringen skall kunna besluta en sådan föreskrift. Egenskaperna eller kriteierna beskriver sjukdomens förmåga att utbreda sig och dess hälsomässiga konsekvenser för dem som drabbas av den.

Det första kriteriet är ett mått på sjukdomens smittsamhet och risken för smittspridning. Smittsamheten beror på flera olika faktorer. De viktigaste är smittkällans förmåga att avge smittämnen och infektionsdosens storlek. Sjukdomar med hög smittsamhet kan infektera de flesta som utsätts för smittämnet. Risken för att smittas av en sjukdom beror emellertid också på mottagligheten hos den som utsätts för smittan samt i vilken omfattning denne utsätts för smittan.

En sjukdom kan få stor spridning trots att den inte har särskilt hög smittsamhet — nämligen om den kan få explosiv utbredning. Med explosiv smittspridning avses att en infektion sprids mycket snabbt i en befolkning. Det kan ske t. ex. genom ett livsmedel som har förorenats med ett smittämne. Smittämnet förökar sig i livsmedlet och kan sedan spridas med livsmedlet till många människor. Explosiv smittspridning kan också förekomma när många människor vistas inom ett begränsat område och smittämnet sprids genom luften vid t. ex. hosta och nysningar.

Förutsättningarna för smittspridning beror i hög grad på befolkningens allmänna hälsotillstånd, bostadsförhållanden, personliga hygien m. m. Bedömningen av en sjukdoms smittsamhet och riskerna för explosiv smittspridning måste därför alltid göras med beaktande av bl. a. rådande hygienisk standard och befolkningens hälsotillstånd. Det innebär att det kan vara nödvändigt att göra en hårdare bedömning under krigs- och katastrof-förhållanden än i fredstid. Bedömningen skall dock alltid göras utifrån sjukdomens obehandlade tillstånd och utan hänsyn till åtgärder mot smittspridning. Vidare skall man vid bedömningen utgå från förhållandena i Sverige.

Det andra kriteriet karaktäriserar sjukdomens hälsomässiga konsekvenser. Med en sjukdoms dödlighet avses vanligen sjukdomens letalitet, dvs. förhållandet mellan antalet döda i sjukdomen jämfört med antalet insjuknade. Från smittskyddssynpunkt är det emellertid också av intresse hur

många människor totalt som dör av en sjukdom. Sjukdomar med låg eller måttlig letalitet men med stor utbredning kan i smittskyddssammanhang vara lika allvarliga som sjukdomar med hög letalitet och mindre utbredning. Kriteriet hög dödlighet avser således inte enbart sjukdomar med hög letalitet utan också sjukdomar som av annan anledning kan orsaka många dödsfall i befolkningen.

Även om en sjukdom inte har hög dödlighet måste den ändå betraktas som allvarlig om den ger bestående skador hos den som har infekterats av sjukdomen, t. ex. invaliditet, sterilitet och förhöjd risk för följsjukdomar. Skadorna kan vara mer eller mindre svårartade och svårighetsgraden måste självfallet vägas in i den samlade bedömningen av sjukdomen. Man bör också ta hänsyn till hur stor den genomsnittliga risken är för den som insjuknar att också drabbas av den bestående skadan.

Liksom vid bedömningen av det första kriteriet skall sjukdomen i detta sammanhang bedömas i obehandlat tillstånd.

I de fall regeringen föreskrivit att bestämmelserna om en samhällsfarlig sjukdom skall tillämpas på en "ny" sjukdom, kan det vara lämpligt att smittskyddslagens tillämpning på sjukdomen blir föremål för riksdagens prövning. Detta kan ske genom att regeringen förelägger riksdagen en proposition med förslag till ändring i smittskyddslagen, genom vilken den aktuella sjukdomen förs upp på förteckningen över samhällsfarliga sjukdomar i bilagan till lagen.

Andra stycket. Bestämmelsen i detta stycke ger regeringen rätt att föreskriva anmälningsskyldighet beträffande en sjukdom som tidigare inte är anmälningspliktig.

Landstingskommunens ansvar

5 § Varje landstingskommun svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Av 9–11 §§ framgår att kommuner och läkare har vissa smittskyddsuppgifter.

Vad som sägs i denna lag om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

Paragrafens första stycke första meningen har en viss motsvarighet i 4 § första stycket första meningen utredarens förslag. Enligt 1 § första meningen gällande smittskyddslag ligger ansvaret för smittskyddsåtgärder på kommunen. Andra meningen i första stycket har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag. Paragrafens andra stycke motsvarar 4 § tredje stycket utredarens förslag och i stort 22 § första stycket gällande smittskyddslag.

Första stycket. Enligt gällande smittskyddslag ligger det formella ansvaret för smittskyddet på kommunen och dess miljö- och hälsoskyddsnämnd. Nämnden skall i sin verksamhet biträdas av bl. a. distriktsläkare. Nämnden har dock inte några uppgifter beträffande veneriska sjukdomar. Vid dessa sjukdomar svarar de behandlande läkarna och den av landstingskommunen utsedde smittskyddsläkaren för åtgärderna.

Enligt den nya smittskyddslagen skall varje landstingskommun svara för

att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Detta innebär bl. a. att kommunens lagstadgade ansvar för smittskyddet upphör. Landstingskommunen skall således ha ett odelat ansvar för smittskyddet enligt smittskyddslagen. Kommunerna kommer dock att ha uppgifter inom smittskyddet även med den nya smittskyddslagen. Detta framgår av hänvisningen i första stycket andra meningen. Förutom kommunerna kommer också läkarna att ha sådana uppgifter i det framtida smittskyddet. Vilka uppgifter som ankommer på kommuner resp. läkare framgår av bestämmelserna i de paragrafer till vilka det hänvisas.

Andra stycket. Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner ingår inte i någon landstingskommun. I olika lagstiftningar som gäller landstingskommuner, t. ex. hälso- och sjukvårdslagen, jämföras dessa tre s. k. landstingsfria kommuner med landstingskommun. Genom bestämmelsen i detta stycket kommer bestämmelserna i smittskyddslagen att gälla också de nämnda kommunerna.

6 § I varje landstingskommun skall det finnas en *smittskyddsläkare*, som utses av hälso- och sjukvårdsnämnden. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne verka under hälso- och sjukvårdsnämnden.

Paragrafens första mening motsvaras delvis av 4 § första stycket andra meningen utredarens förslag och av 2 § andra stycket gällande smittskyddslag. Paragrafens andra mening har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Liksom enligt gällande smittskyddslag skall det enligt den nya smittskyddslagen finnas en smittskyddsläkare i varje landstingskommun. Också i fortsättningen skall det vara en uppgift för hälso- och sjukvårdsnämnden att utse smittskyddsläkare. Smittskyddsläkarens uppgifter framgår av bl. a. 7 §.

Några särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkaren ställs inte upp. Att han skall vara läkare får anses framgå av själva namnet. I den allmänna motiveringen (avsnitt 2.7) redovisas vilken specialistutbildning och annan kompetens som i praktiken torde krävas för uppgiften som smittskyddsläkare.

Som framgår av 5 § ligger det formella ansvaret för smittskyddet på landstingskommunen. Detta innebär bl. a. att smittskyddsläkaren ingår i den landstingskommunala smittskyddsorganisationen. Smittskyddsläkarens verksamhet skall således bekostas, planeras och organiseras av landstingskommunen. Det är landstingskommunen som drar upp riktlinjerna och anger ramarna för smittskyddsläkarens verksamhet, med beaktande av bl. a. de krav på och uppgifter för smittskyddet som ställs uppi smittskyddslagen.

I frågor som gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne vara självständig i förhållande till landstingskommunen. Med myndighetsutövning avses bl. a. de tvångsåtgärder som smittskyddsläkaren kan vidta i syfte att begränsa smittspridning. En bestämmelse som anger detta förhållande har tagits in i paragrafens andra mening.

7 § Smittskyddsläkaren skall, utöver vad som är särskilt föreskrivet i denna lag,

1. planera, organisera och leda smittskyddet,
2. verka för samordning och likformighet av smittskyddet,
3. verka för att förebyggande åtgärder vidtas,
4. fortlöpande följa smittskyddsläget i landstingskommunen,
5. biträda miljö- och hälsoskyddsnämnderna, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete,
6. undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor,
7. lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor, samt
8. även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd.

Paragrafen svarar delvis mot 9 § utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns inte någon motsvarande bestämmelse.

I paragrafen ges en omfattande uppräkningslista av de uppgifter som smittskyddsläkaren skall ombesörja inom smittskyddet. Inledningsvis hänvisas i paragrafen till att det utöver de uppräknade uppgifterna också finns andra uppgifter för smittskyddsläkaren i lagen. Hänvisningen avser främst smittskyddsläkarens uppgifter vad gäller användningen av tvångsåtgärder och domstolsförfarandet.

Punkt 1. Såsom framhållits under 5 § är det landstingskommunen som ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, dvs. att det finns ett ändamålsenligt smittskydd. Landstingskommunen svarar för att smittskyddet planeras och organiseras. Uppgiften att mera i detalj planera och organisera verksamheten skall däremot ligga på smittskyddsläkaren, liksom den direkta ledningen av smittskyddsarbetet. Att smittskyddsläkaren därvid verkar under hälso- och sjukvårdsnämnden framgår av 6 §. Vid enstaka fall av en smittsam sjukdom behövs sällan andra åtgärder för att begränsa smittans spridning än de som de behandlande läkarna vidtar. Om däremot smittan får en epidemisk spridning måste andra åtgärder till för att hindra vidare smittspridning. I sådana fall måste smittskyddsläkaren ta ledningen över det samlade smittskyddsarbetet. Någon direktivrätt mot t.ex. miljö- och hälsoskyddsnämnder och läkare har han dock inte.

Landstingskommunen avgör vilka resurser som skall avsättas för verksamheten med hänsyn tagen till bl. a. de krav på verksamheten som ställs i smittskyddslagstiftningen. Hur de anvisade resurserna används bör i huvudsak vara en fråga för smittskyddsläkaren.

Punkt 2. Att verksamheten samordnas är av utomordentligt stor betydelse för effektiviteten hos smittskyddet. Inom landstingsområdet kan det finnas en eller flera miljö- och hälsoskyddsnämnder samt ett betydande antal läkare, både offentligt och privat verksamma, som har uppgifter inom smittskyddet. Att samordna deras verksamhet till en väl fungerande enhet är en uppgift för smittskyddsläkaren. En samordning av verksamheten förutsätter gemensamma bedömningsgrunder och ett enhetligt handlande. En likformighet av smittskyddet bör eftersträvas. Detta innebär bl. a. att snarlika fall bör bedömas på ett enhetligt och epidemiologiskt korrekt sätt, oavsett vilken miljö- och hälsoskyddsnämnd eller enskild läkare som gör

bedömningen. Att se till att smittskyddet får denna likformiga inriktning är också det en uppgift för smittskyddsläkaren.

Punkt 3. För få verksamheter är betydelsen av förebyggande åtgärder så stor som för smittskyddet. Förebyggande smittskyddsåtgärder har ofta också mycket påtagliga och inte sällan dramatiska effekter beträffande både människornas liv och hälsa och samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar. Som exempel kan nämnas vaccination mot polio.

Vid vissa smittsamma sjukdomar är det möjligt att i betydande utsträckning minska risken för att sjukdomarna skall uppkomma eller spridas om man är uppmärksam på dessa risker när man utformar och anordnar t. ex. bostäder, livsmedelsindustrier och vatten- och avloppsanläggningar eller när man hanterar livsmedel eller andra varor som lätt kan sprida smittsamma sjukdomar. Vid andra smittsamma sjukdomar är upplysning och information om hur smitta sprids och hur man kan skydda sig mot att bli smittad de bästa förebyggande åtgärderna.

Bestämmelsen i punkten innebär att smittskyddsläkaren på olika sätt skall verka för att förebyggande åtgärder vidtas. Smittskyddsläkaren kan naturligtvis inte själv besluta om att t. ex. vaccination skall erbjudas, men han kan, när det är påkallat av epidemiologiska skäl, uppmärksamma den som har att fatta sådana beslut om behovet av åtgärden. Han bör också vara uppmärksam på sådan verksamhet i samhället som är av särskild betydelse för smittskyddet och försöka att i förebyggande syfte påverka denna så att smittskyddet främjas.

Punkt 4. En av smittskyddsläkarens viktigaste uppgifter är att hålla sig noga informerad om smittskyddssituationen i landstingsområdet. Uppgifter om smittskyddsläget får smittskyddsläkaren bl. a. från de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkarna skall göra. Genom anmälningarna kan smittskyddsläkaren skaffa sig en vid varje tidpunkt aktuell och fullständig bild av smittskyddssituationen i landstingsområdet. Om smittskyddsläkaren i sin övervakning uppmärksammar förhållanden som kräver åtgärder skall han skyndsamt se till att behövliga åtgärder vidtas.

Punkt 5. I landstingskommunen är smittskyddsläkaren den som har kunskaper om och erfarenhet av hur spridningen av smittsamma sjukdomar bäst bekämpas. Miljö- och hälsoskyddsnämnder och läkare i allmänhet har mera begränsade erfarenheter än smittskyddsläkaren i detta avseende och de saknar inte sällan djupare insikter i epidemiologiska frågor. Mot denna bakgrund är det av stor vikt att smittskyddsläkaren biträder andra som är verksamma inom smittskyddet. Den som behöver bistånd i sitt smittskyddsarbete har således rätt att få sådant av smittskyddsläkaren.

Punkt 6. En stor del av den personal som arbetar med eller som kommer i kontakt med smittämnen och smittsamma sjukdomar har otillräckliga kunskaper om sådana sjukdomar och om smittskydd. Det är en uppgift för smittskyddsläkaren att i erforderlig omfattning undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor. Med berörd personal avses de yrkesutövare som har uppgifter inom smittskyddet.

Punkt 7. I denna punkt föreskrivs att smittskyddsläkaren skall lämna

enskilda råd och upplysningar i smittskyddsfrågor. Det ligger i sakens natur att det ofta är den enskilde som tar initiativ till kontakten. Smittskyddsläkarens uppgift att ge smittskyddsinformation riktad till en större krets personer faller in under punkt 3.

Punkt 8. Bestämmelsen i denna punkt innebär ett generellt åliggande för smittskyddsläkaren att också på annat sätt än som särskilt anges i punkterna 1–7 verka för ett effektivt smittskydd.

8 § Smittskyddsläkaren skall få upplysningar från och ta del av uppgifter i handlingar hos miljö- och hälsoskyddsnämnder samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller gällande smittskyddslag.

Liksom enligt gällande smittskyddslag skall varje läkare som konstaterar att någon har smittats av en smittsam sjukdom, som hänförs till de anmälningspliktiga sjukdomarna, anmäla detta till smittskyddsläkaren. Det ligger i sakens natur att de uppgifter som smittskyddsläkaren på detta sätt erhåller inte är fullständiga. Som framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 2.10) tillgodoser de uppgifter som skall anges i en sådan anmälan i de flesta fall smittskyddsläkarens behov av information. Det kan dock förekomma att smittskyddsläkaren behöver ytterligare uppgifter i ett enskilt fall. Detta gäller både vid sexuellt överförbara sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar. Enligt bestämmelsen i denna paragraf har smittskyddsläkaren rätt att i ett enskilt fall, på begäran, få upplysningar från miljö- och hälsoskyddsnämnder samt från läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, om han behöver upplysningarna för att kunna fullgöra sina smittskyddsuppgifter. Något formkrav vad gäller smittskyddsläkarens begäran eller hur upplysningarna skall lämnas ställs inte upp. Av bestämmelsen följer att smittskyddsläkaren också har rätt att ta del av uppgifter i handlingar under samma förutsättningar. Om handlingen har sänts till smittskyddsläkaren, skall handlingen självklart återsändas sedan smittskyddsläkaren har tagit del av innehållet. Gäller det skriftliga handlingar kan en kopia av den begärda handlingen lämnas till smittskyddsläkaren. Om smittskyddsläkaren finner det mera ändamålsenligt kan han uppsöka den som har handlingen om hand och där ta del av innehållet.

Vägrar någon att lämna en begärd uppgift till smittskyddsläkaren eller att låta honom ta del av innehållet i en handling, kan smittskyddsläkaren vända sig till socialstyrelsen för att få rättelse. Som tillsynsmyndighet har socialstyrelsen rätt att enligt 68 § första stycket meddela föreläggande om att uppgifterna eller handlingarna skall lämnas ut till smittskyddsläkaren. Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

Uttrycket "andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården" avser bl.a. kuratorer och sjuksköterskor som kan ha hand om uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Som framgår av bestämmelsen är smittskyddsläkarens rätt att få upplys-

ningar eller ta del av uppgifter i handlingar begränsad till de fall då han behöver dem för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagstiftningen. Så t. ex. kan bestämmelsen inte åberopas för att generellt få fler och utförligare uppgifter än som anges i anmälningarna från de behandlande läkarna till smittskyddsläkaren.

Att en begärd uppgift omfattas av sekretess hindrar inte att den skall lämnas ut till smittskyddsläkaren. Bestämmelsen i paragrafen innebär således en sådan uppgiftsskyldighet som avses i 14 kap. 1 § sekretesslagen. Om uppgiften avser en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden kommer den hos smittskyddsläkaren att skyddas av hälso- och sjukvårdssekretess (7 kap. 1 § SekrL).

Kommunens uppgifter

9 § Kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd skall vidta smittskyddsåtgärder mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och liknande som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar, om inte någon annan eller nämnden själv skall vidta åtgärder enligt särskilda föreskrifter.

Nämnden skall informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom inför beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande rätt.

Första stycket. Kommunens uppgifter enligt smittskyddslagen har begränsats till åtgärder mot djur som sprider smitta och mot smittkällor i den fysiska miljön. Uppgifter har i lagen lagts direkt på miljö- och hälsoskyddsnämnden. Detta innebär i allt väsentligt en kodifiering av gällande ordning. Nämndens uppgift blir att vidta de objektinriktade åtgärder som är nödvändiga för att förhindra smittspridning från dessa smittkällor. Vilka åtgärder som nämnden skall vidta avgörs av vilken smittsam sjukdom det gäller och typen av smittkälla. Det bör vara en uppgift för socialstyrelsen att ge ut allmänna råd till ledning för miljö- och hälsoskyddsnämnderna i dessa frågor.

Miljö- och hälsoskyddsnämndernas åtgärder för att förhindra smittspridning från djur och smittkällor i den fysiska miljön kan självklart inte bedrivas isolerad från övrig smittskyddsverksamhet. Det förutsätts därför att landstingskommunen och smittskyddsläkaren organiserar det personinriktade smittskyddet på ett sådant sätt att en ändamålsenlig samverkan kan uppnås.

Också annan lagstiftning innehåller bestämmelser om objektinriktade åtgärder som kan gälla smittskydd eller på annat sätt vara av betydelse för smittskyddet. Även åtgärder mot smittförande djur räknas i detta sammanhang till objektinriktade åtgärder. Bland dessa lagar kan nämnas epizootilagen (1980:369), lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur och arbetsmiljölagen (1977:1160). Enligt nämnda författningar ankommer det på andra myndigheter att vidta åtgärder av betydelse för smittskyddet. Miljö- och hälsoskyddsnämnden har själv uppgifter av betydelse för smitt-

skyddet också enligt annan lagstiftning än smittskyddslagen. Hit hör hälso-skyddslagen (1982:1080), livsmedelslagen (1971:511) och renhållnings-lagen (1979:596). Som framgår av bestämmelsen skall miljö- och hälso-skyddsnämnden inte vidta en åtgärd enligt smittskyddslagen, om åtgärden skall vidtas av någon annan eller av nämnden själv enligt annan lagstiftning.

Andra stycket. Bestämmelsen i detta stycke innebär en skyldighet för miljö- och hälso-skyddsnämnden att informera smittskyddsläkaren innan nämnden fattar beslut eller vidtar andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet. Bestämmelsen avser inte endast nämndens iakttagelser och åtgärder enligt smittskyddslagen utan också iakttagelser och åtgärder enligt annan lagstiftning som kan vara av betydelse för smittskyddet. I den allmänna motiveringen framhålls bl. a. att nämnden skall informera smittskyddsläkaren t. ex. när den i sin tillsyn enligt livsmedelslagen misstänker att någon kan ha blivit smittad. Bestämmelsen får självklart inte leda till att nödvändiga åtgärder försenas till men för smittskyddet. Om smittskyddsläkaren inte kan nås i en brådskande situation hindrar bestämmelsen inte att nämnden fattar beslut eller vidtar en åtgärd utan att samråd med smittskyddsläkaren kunnat ske. I ett sådant fall får smittskyddsläkaren i efterhand informeras om beslutet eller åtgärden.

Formerna för informationen och samrådet lämnas till nämnden och smittskyddsläkaren att besluta om. Om den föreskrivna samverkan skall vara meningsfull för smittskyddet fordras dels att nämnden tar kontakt med smittskyddsläkaren i så god tid som omständigheterna medger, dels att samverkan ges ett sådant innehåll att båda parter finner den positiv och givande för den egna verksamheten.

Läkarnas uppgifter

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

Varje läkare som har kompetens för uppgiften är skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom.

Paragrafen motsvaras i stort av 7 § första stycket första meningen utredarens förslag.

I gällande rätt har paragrafen inte någon direkt motsvarighet.

Första stycket. Bestämmelsen i detta stycke gäller varje läkare som är verksam inom hälso- och sjukvården och innebär en allmän skyldighet att i sin yrkesverksamhet vara uppmärksam på förekomsten av de smittsamma sjukdomar som omfattas av anmälningsskyldighet. Vad som är hälso- och sjukvård framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Med läkare avses var och en som är behörig att utöva läkaryrket här i landet. Skyldigheten avser både offentligt och privat verksamma läkare.

Den allmänna skyldigheten för varje läkare är principiellt viktig men inte särskilt betungande. För en läkare som inte arbetar med smittsamma

sjukdomar innebär skyldigheten att "vidta de åtgärder som skäligen kan krävas" främst att han skall hänvisa misstänkta smittade till en lämplig läkare för undersökning och behandling. För läkare som har kompetens att undersöka och behandla den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom föreskrivs i andra stycket en mera långtgående skyldighet i detta avseende.

Andra stycket. Bestämmelsen i detta stycke föreskriver en skyldighet för läkare både att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom och att behandla den som smittats. I jämförelse med första stycket har skyldigheten här således begränsats till de samhällsfarliga sjukdomarna. Skyldigheten har också inskränkts till läkare som har kompetens för uppgiften. Med kompetens avses den utbildning och erfarenhet som krävs för att vidta de föreskrivna åtgärderna. I realiteten innebär detta att den föreskrivna skyldigheten gäller endast för de läkare som i sin verksamhet helt eller delvis ägnar sig åt att behandla patienter med smittsamma sjukdomar av det slag det kan gälla i det aktuella fallet. Bestämmelsen avser både offentligt och privat verksamma läkare.

Av bestämmelserna i nästföljande paragraf framgår att läkare som undersöker och behandlar patienter har uppgifter utöver vad som följer av denna paragraf.

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

Om behandlande läkares uppgifter enligt denna lag finns föreskrifter i 10, 15–23, 25–27, 29, 32 och 36 §§.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Första stycket. Benämningen behandlande läkare förekommer inte i gällande smittskyddslagstiftning. I smittskyddsverksamheten har dock benämningen använts sedan lång tid tillbaka. En bestämmelse med definition på behandlande läkare har tagits in i detta stycke. Med behandlande läkare avses den läkare som har det omedelbara medicinska ansvaret för patienten. Om någon som misstänker att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom uppsöker en läkare för undersökning blir den läkaren automatiskt patientens behandlande läkare. Läkaren kvarstår som behandlande läkare så länge det är påkallat av medicinska skäl eller av hänsyn till smittskyddet. Uppgiften som behandlande läkare kan dock dessförinnan övergå på en annan läkare. Det är patienten själv som avgör vem som skall vara behandlande läkare. Om en patient, som redan har en behandlande läkare, väljer att fortsätta sin behandling hos en annan läkare, t. ex. på grund av ändrad vistelseort, övergår uppgiften som behandlande läkare på den sistnämnda läkaren. Av 19 § framgår att den läkare som har övertagit behandlingen av patienten omedelbart skall underrätta den tidigare behandlande läkaren om detta.

Andra stycket. Bestämmelsen erinrar om att det i smittskyddslagen finns föreskrifter om fler uppgifter för behandlande läkare än vad som framgår av 10 §.

12 § Smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet.

Smittskyddsläkarna skall samarbeta i smittskyddsfrågor och vid behov utbyta uppgifter som är nödvändiga för verksamheten.

Paragrafen har en viss motsvarighet i 4 § andra stycket utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns inte någon uttrycklig bestämmelse om samverkan inom smittskyddet.

Första stycket. I bestämmelsen läggs en skyldighet på smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna att samverka i smittskyddsfrågor. De skall samverka dels med varandra, dels med andra myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet. Formerna för samverkan bör bestämmas av smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna själva.

Andra stycket. Inte sällan förekommer det att en smittskyddsfråga kan beröra smittskyddsläkarna i flera landstingskommuner. Det kan t. ex. gälla smitta som är spridd över ett större geografiskt område eller en smittbärare som flyttar från ett landstingsområde till ett annat. I dessa och liknande fall finns det ofta ett behov av samarbete mellan berörda smittskyddsläkare. En förutsättning för ett meningsfullt samarbete mellan smittskyddsläkarna är att de kan utbyta uppgifter som är nödvändiga för smittskyddsverksamheten. Skyldigheten att utbyta uppgifter innebär en sådan uppgiftsskyldighet som avses i 14 kap. 1 § SekrL. Uppgifterna skall således lämnas utan hinder av sekretess.

Skyldighet att söka läkare

13 § Den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare samt att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om han har smittats av en sådan sjukdom. Han är också skyldig att följa de förhållningsregler som läkaren har meddelat honom.

Bestämmelsen i första meningen har en viss motsvarighet i 6 § 1 utredarens förslag. I gällande smittskyddslag motsvaras bestämmelsen av 6 § första stycket (allmänfarlig sjukdom) och 12 § första meningen (venerisk sjukdom). Andra meningen motsvaras av 6 § 3 utredarens förslag samt av 12 § andra meningen, såvitt gäller venerisk sjukdom, gällande smittskyddslag. Gällande smittskyddslag innehåller inte någon bestämmelse som uttryckligen föreskriver skyldighet för patienter att följa meddelade föreskrifter vid allmänfarlig sjukdom.

Bestämmelserna i paragrafen kommenteras utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.8).

14 § Den som har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att lämna den behandlande läkaren uppgift om den eller de personer som smittan kan ha kommit från och förts vidare till samt att lämna upplysning-

är i övrigt om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare.

Prop. 1988/89:5

Paragrafen motsvaras av 6 § 2 utredarens förslag. Bestämmelsen i paragrafen har inte någon motsvarighet i gällande smittskyddslag.

När det gäller den närmare innebörden av paragrafen hänvisas till den allmänna motiveringen där frågan utförligt behandlas (avsnitt 2.8).

Läkarundersökning, meddelande av förhållningsregler, m. m.

15 § Vid undersökning av den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall den behandlande läkaren ta de prov som behövs för att fastställa om den undersökte smittats av en sådan sjukdom. Läkaren skall informera den undersökte om den misstänkta sjukdomens art och smittsamhet.

Första meningen motsvaras delvis av 7 § första meningen utredarens förslag. Andra meningen har en motsvarighet i 7 § andra stycket utredarens förslag. Bestämmelserna i paragrafen har inte någon motsvarighet i gällande smittskyddslag.

De frågor som tas upp i paragrafen behandlas ingående i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.9). I bl. a. hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen finns bestämmelser om läkarnas skyldigheter vad gäller hälso- och sjukvård.

16 § Den behandlande läkaren skall meddela den som undersöks för en samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs i fråga om kontakterna med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt för att hindra smittspridning. Förhållningsreglerna skall tas in i den undersöktes patientjournal.

Läkaren skall så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

Bestämmelsen i första stycket första meningen har en viss motsvarighet i 10 § andra stycket utredarens förslag. Beträffande allmänfarliga sjukdomar finns en i huvudsak motsvarande bestämmelse i 7 § andra stycket gällande smittskyddslag. För veneriska sjukdomar finns en liknande bestämmelse i 7 § första stycket gällande smittskyddskungörelse.

Föreskrifterna i första stycket andra meningen och i andra stycket har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

De närmare skälen för och innebörden av bestämmelserna i paragrafen framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 2.9).

17 § Om den undersökte begär det, skall smittskyddsläkaren pröva förhållningsreglerna. Smittskyddsläkaren får ändra förhållningsreglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Som framgår av bestämmelserna i 16 § skall den behandlande läkaren

meddela den undersökte förhållningsregler i syfte att förhindra smittspridning. Patienten är skyldig att följa meddelade förhållningsregler (13 §). Om han inte följer förhållningsreglerna och ohörsamheten innebär risk för smittspridning, kan han ytterst tvångsisoleras på sjukhus.

Någon möjlighet att överklaga meddelade förhållningsregler ges inte. Däremot innebär bestämmelserna i denna paragraf en möjlighet för patienten att efter begäran få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.

Prövningen innebär att förhållningsreglerna i deras helhet skall övervägas.

För att kunna göra en meningsfull prövning av förhållningsreglerna kan smittskyddsläkaren behöva ett bredare beslutsunderlag än vad som framgår av begäran om prövning. Sådana uppgifter kan lämnas av den som begärt prövningen eller inhämtas av smittskyddsläkaren själv enligt bestämmelserna i 8 §.

Det ligger i sakens natur att den som begär prövningen skall uppge sin identitet, om denne inte tidigare är känd för smittskyddsläkaren.

Om smittskyddsläkarens beslut innebär ändring av meddelade förhållningsregler ersätter de nya förhållningsreglerna de prövade. Med hänsyn till främst syftet med förhållningsreglerna skall smittskyddsläkarens beslut även kunna leda till att förhållningsreglerna skärps för den enskilde. Smittskyddsläkaren har således att fritt bedöma vilka förhållningsregler som är lämpligast från smittskyddssynpunkt. Självklart skall smittskyddsläkaren underrätta den behandlande läkaren om resultatet av sin prövning.

De av smittskyddsläkaren bestämda förhållningsreglerna består även om patienten byter behandlande läkare. Någon särskild lagregel härom har inte bedömts nödvändig. Om den läkare som övertar behandlingsansvaret för patienten anser att förhållningsreglerna bör ändras till följd av att situationen förändrats eller av något annat liknande skäl, kan han vända sig till nämnda smittskyddsläkare för att få till stånd en ändring. Smittskyddsläkaren kan naturligtvis ompröva sitt beslut också efter framställning av patienten.

Smittskyddsläkarens beslut i anledning av prövningen kan inte överklagas.

18 § Om den undersökte har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, skall den behandlande läkaren genom att fråga den smittade söka få veta av vad eller vem han kan ha blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Han skall också söka få reda på till vem den smittade kan ha fört smittan vidare.

Paragrafen motsvaras i stort av 7 § första stycket andra meningen utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns inte några särskilda bestämmelser om skyldighet för läkare att bedriva smittspårning. I 7 § tredje stycket smittskyddskungörelsen finns dock en bestämmelse om skyldighet för behandlande läkare att bedriva smittspårning vid veneriska sjukdomar.

Frågan om smittspårning behandlas i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.9).

19 § Om den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren om detta.

Prop. 1988/89:5

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Av 11 § framgår att behandlande läkare är den läkare som undersöker eller behandlar någon enligt smittskyddslagen. Den läkare som först undersöker någon vid misstanke om en smittsam sjukdom blir således behandlande läkare för den undersökte. Om någon annan läkare därefter övertar behandlingsansvaret för patienten blir denne att betrakta som behandlande läkare. Denne läkare är självklart inte bunden av den tidigare läkarens åtgärder och bedömningar, t. ex. beträffande de förhållningsregler som skall gälla för patienten.

Även den läkare som har övertagit behandlingsansvaret skall anmäla fallet till smittskyddsläkaren. Förutom andra uppgifter i en sådan anmälan skall han också uppge från vilken läkare han övertagit uppgiften som behandlande läkare. Vidare skall han underrätta den tidigare behandlande läkaren om att han övertagit behandlingsansvaret för patienten. En bestämmelse om att en sådan underrättelse omedelbart skall göras har tagits in i denna paragraf. Om den tidigare behandlande läkaren inte får en sådan underrättelse skall han nämligen enligt 25 § anmäla för smittskyddsläkaren att patienten avbrutit pågående behandling hos honom.

Anmälan om samhällsfarlig och annan anmälningspliktig sjukdom

20 § En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium.

Vid fall av samhällsfarlig sjukdom som avses i 1.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Anmälan till nämnden behöver dock inte göras om omständigheterna klart visar att smittkällan finns utanför landets gränser.

21 § En anmälan som avses i 20 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, personnummer och adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de förhållningsregler som läkaren har meddelat samt de behandlingsåtgärder och andra åtgärder som han har vidtagit för att hindra smittspridning,
5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Om anmälan gäller en sjukdom som avses i 1.3 bilagan till denna lag, skall uppgifter som avses i första stycket 1 och 2 inte lämnas i anmälan.

22 § En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en annan anmälningspliktig sjukdom än en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Anmälan skall göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Vid fall av sjukdom som avses i 2.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden.

Prop. 1988/89:5

23 § En anmälan enligt 22 § skall innehålla de uppgifter som behövs för att kunna följa sjukdomens utbredning. Den skall inte innehålla uppgift om den smittades identitet. På begäran av smittskyddsläkaren eller miljö- och hälsoskyddsnämnden är dock den läkare som gjort anmälan skyldig att lämna smittskyddsläkaren eller nämnden uppgift om identiteten samt andra uppgifter av betydelse för deras smittskyddsarbete.

Bestämmelser om anmälan av sjukdomsfall finns i 8 § första stycket utredarens förslag.

I gällande smittskyddslagstiftning har bestämmelserna om anmälan av anmälningspliktiga sjukdomar tagits in i smittskyddskungörelsen. De centrala bestämmelserna finns i 8 § vad gäller veneriska sjukdomar och i 16 och 19 §§ vad gäller övriga anmälningspliktiga sjukdomar.

Anmälningsförfarandet redovisas utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.10).

24 § Om smittskyddsläkaren efter att ha fått en anmälan enligt 20 eller 22 § finner att ytterligare åtgärder behövs för att hindra smittspridning, skall han se till att sådana åtgärder vidtas.

Bestämmelsen har en viss motsvarighet i 10 § första stycket utredarens förslag. Bestämmelsen har inte någon direkt motsvarighet i gällande smittskyddslag.

I 20–23 §§ finns bestämmelser om att inträffade sjukdomsfall skall anmälas till bl. a. smittskyddsläkaren. Genom anmälningarna kan smittskyddsläkaren få en total och aktuell bild av smittskyddssituationen i landstingskommunen. Ett förebyggande och aktivt smittskydd förutsätter att smittskyddsläkaren inte endast noterar och registrerar inkomna anmälningar, utan att han noga tar del av uppgifterna i anmälningarna, bedömer dem och söker att analysera vilka konsekvenser de kan få i smittskyddshänseende.

Främst vid andra smittsamma sjukdomar än de sexuellt överförbara kan det vara svårt för den enskilde behandlande läkaren att upptäcka smittspridningsmönster m. m. om han kommer i kontakt endast med någon eller några få smittade vid ett större sjukdomsutbrott. Med sin vidare överblick och tillgång till en större mängd information har smittskyddsläkaren betydligt bättre förutsättningar att snabbt kunna bedöma situationen på ett riktigt sätt. Bestämmelsen i paragrafen innebär att smittskyddsläkaren i bl. a. sådana situationer skall se till att de ytterligare åtgärder kommer till stånd som smittskyddssituationen kräver. Det kan härvid bli nödvändigt att t. ex. samordna flera miljö- och hälsoskyddsnämnders smittskyddsåtgärder eller att informera smittskyddsläkare i andra landstingsområden som kan beröras av smittan. Biträde från statens bakteriologiska laboratorium kan behöva begäras om smittan är vidare spridd i landet eller om laboratoriets speciella kompetens av något annat skäl behöver utnyttjas.

Även i det enskilda fallet kan det finnas ett behov av åtgärder från smittskyddsläkaren. Meddelade förhållningsregler kan behöva ändras eller

kompletteras om de är för restriktiva eller otillräckliga. Om smittskyddsläkaren finner att brister finns i smittspårningen skall han se till att en ändamålsenlig smittspårning kommer till stånd.

Prop. 1988/89:5

Särskilda åtgärder vid vissa fall av befarad smittspridning

25 § Om en behandlande läkare har anledning anta att en patient som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler, skall han skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren. Detta gäller också då en sådan patient avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det.

Första meningen motsvaras i stort av 8 § andra stycket utredarens förslag. Andra meningen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns inte några bestämmelser om anmälan från behandlande läkare till smittskyddsläkare i dessa situationer. Däremot finns i 9 § första stycket smittskyddskungörelsen en anmälningsskyldighet beträffande de veneriska sjukdomarna som i allt väsentligt överensstämmer med den som föreskrivs i denna paragraf.

Syftet med de förhållningsregler som den behandlande läkaren skall meddela är att förhindra smittspridning. För smittskyddet är det följaktligen viktigt att meddelade förhållningsregler följs. Härav följer att åtgärder måste vidtas mot den som riskerar att sprida smitta genom att bryta mot de förhållningsregler som gäller för honom.

Den behandlande läkaren har inte befogenhet att vidta några särskilda åtgärder när hans patient bryter mot en förhållningsregel. De tvångsåtgärder som i en sådan situation kan bli nödvändiga kan däremot smittskyddsläkaren besluta om. I paragrafen har tagits in bestämmelser om att den behandlande läkaren i vissa situationer skall underrätta smittskyddsläkaren när en patient riskerar att sprida smitta genom att inte följa meddelade förhållningsregler.

Den behandlande läkarens möjligheter att finna belägg för att patienten brutit mot en förhållningsregel är i flertalet fall begränsade. Skyldigheten att underrätta smittskyddsläkaren har därför utformats så, att den inträder redan när läkaren har anledning anta att patienten inte följer förhållningsreglerna. Vilka förhållanden som skall vara för handen för att underrättelse skall ske får avgöras från fall till fall. Uppkommer misstanke om att patienten inte kommer att följa förhållningsreglerna redan när de meddelas, skall den behandlande läkaren också i detta fall underrätta smittskyddsläkaren. Underrättelse i sistnämnda situation avser främst de fall då ett omhändertagande enligt 37 § bedöms nödvändigt.

Smittskyddsläkaren skall underrättas skyndsamt också i ett par andra situationer. Om patienten utan att den behandlande läkaren är införstådd med det avbryter pågående behandling för sin samhällsfarliga sjukdom, skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta. Den som efter eget godtycke lämnar ett sjukhus där han tagits in för vård, skall naturligtvis anses ha avbrutit pågående behandling. Skälet till under-

rättelse i dessa fall är den risk för smittspridning som finns när patienten på eget bevåg väljer att avbryta pågående vård och behandling. Det är uppenbart att underrättelse inte skall ske i det fall behandlingskontaktarna med läkaren bryts med anledning av att patienten har valt en annan behandlande läkare. För att underrättelse skall underlåtas i sistnämnda fall krävs dock att den läkare som övertagit behandlingsansvaret för patienten anmält detta enligt 19 §.

26 § Om den behandlande läkaren i sitt arbete med smittspårning enligt 18 § finner att någon har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom och han inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkaren själv eller av en annan läkare, skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Bestämmelsen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag men motsvaras i huvudsak av bestämmelser i 8 § smittskyddskungörelsen, vad gäller veneriska sjukdomar.

Enligt 13 § är var och en som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skyldig att utan dröjsmål uppsöka läkare för att utröna om han smittats eller ej. Om den behandlande läkaren i sitt arbete med att spåra smitta finner att någon har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall läkaren självklart meddela denne detta samt uppmana honom att utan dröjsmål uppsöka läkare för undersökning eller erbjuda sig att själv utföra undersökningen. I den allmänna motiveringen redogörs för i vilka situationer en person har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Om den som misstänks vara smittad vägrar eller annars underlåter att genomgå undersökning utan dröjsmål, skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta. Om den som misstänkts vara smittad genomgått undersökning hos en annan läkare, skall han för den läkare som uppmanat honom att låta undersöka sig visa att så har skett. Detta kan ske t. ex. genom att han företer ett skriftligt bevis om undersökningen eller genom att den läkare som svarat för undersökningen informerar den andre läkaren om att undersökning har gjorts.

27 § I en underrättelse enligt 25 eller 26 § skall den behandlande läkaren ange den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer och adress samt andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En underrättelse enligt 26 § skall alltid innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

I utredarens förslag finns inte någon bestämmelse av motsvarande innebörd. I 8 och 9 §§ gällande smittskyddskungörelse finns med avseende på veneriska sjukdomar bestämmelser av likartad innebörd.

Underrättelser enligt 25 och 26 §§ har ett annat syfte än de anmälningar som de behandlande läkarna skall göra till smittskyddsläkaren vid konstaterade sjukdomsfall enligt 20 och 22 §§. Till skillnad mot de sistnämnda anmälningarna är det primära syftet med en underrättelse enligt 25 eller

26 § att påkalla smittskyddsläkarens ingripande i ett enskilt fall. En underrättelse enligt 25 eller 26 § skall därför innehålla uppgift om bl. a. namnet på den som avses med underrättelsen. Också personnummer, adress och andra uppgifter som kan vara av betydelse för smittskyddsläkarens åtgärder skall anges. Om den behandlande läkaren inte känner till och inte heller kan inhämta nämnda uppgifter, skall han i underrättelsen ange de kända omständigheter och andra uppgifter som kan vara av betydelse för smittskyddsläkaren när det gäller att fastställa identiteten på den som avses med underrättelsen. Den behandlande läkaren får således inte underlåta att underrätta smittskyddsläkaren av det skälet att han inte känner till identiteten på den som misstänks vara smittad.

28 § Efter att ha fått en underrättelse enligt 25 eller 26 § skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning respektive för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad. Innan smittskyddsläkaren tillgriper en tvångsåtgärd bör han söka nå rättelse på frivillig väg, om det kan ske utan risk för smittspridning.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. I sakligt hänseende har paragrafen en viss motsvarighet i 13 och 14 §§ gällande smittskyddslag vad gäller veneriska sjukdomar.

Paragrafen inleds med en erinran om att smittskyddsläkaren skall efter en anmälan enligt 25 § vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning och efter en anmälan enligt 26 § se till att den som misstänks vara smittad blir undersökt av en läkare. Bestämmelser om de tvångsåtgärder som kan komma i fråga finns i 36–39 §§.

I paragrafens andra mening framhålls betydelsen av att frivilliga åtgärder i första hand kommer till användning. Enligt gällande smittskyddslag skall ett tvångsingripande av smittskyddsläkaren vid de veneriska sjukdomarna föregås av en anmaning till den berörde. Bestämmelserna om att ett tvångsingripande alltid skall ha föregåtts av en formell anmaning har inte fått någon motsvarighet i den nya smittskyddslagen. Detta innebär dock inte att smittskyddsläkarens ingripanden i dessa fall skall ske utan att den berörde getts tillfälle till frivillig rättelse. Också i fortsättningen bör ingripanden av smittskyddsläkaren föregås av en anmaning, såvitt detta kan ske utan risk för smittspridning. I brådskande fall eller i fall då det finns skäl anta att en anmaning inte skulle följas, bör åtgärden dock vidtas utan föregående anmaning.

Särskilda underrättelser vid infektion av HIV

29 § Beträffande den som för smitta av infektion av HIV är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom de uppgifter som han behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt denna lag:

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

30 § Om smittskyddsläkaren har fått en underrättelse från en behandlande läkare om att en patient som för smitta av infektion av HIV inte har följt eller misstänks inte ha följt meddelade förhållningsregler, skall smittskyddsläkaren underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent. Därvid skall han lämna uppgift om vem förhållningsreglerna gäller och innebörden av dessa. Underrättelse behöver inte lämnas om smittskyddsläkaren bedömer att en sådan inte behövs för att tillse att förhållningsreglerna följs.

31 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsulenten, efter att ha fått underrättelse enligt 30 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs, skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som har lämnat underrättelsen. Om denne har överlämnat ärendet till en smittskyddsläkare i en annan landstingskommun, skall anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

När smittskyddsläkaren anser att socialnämndens, polismyndighetens eller skyddskonsulentens medverkan inte längre behövs, skall han meddela myndigheten detta.

Bestämmelserna i 29–31 §§ har överförts i sak väsentligen oförändrade från gällande smittskyddslagsstiftning. Paragraferna har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. En redaktionell anpassning av bestämmelserna har dock gjorts. I gällande smittskyddslag motsvaras 29 § av 18 §, 30 § av 28 § första stycket och tredje stycket första meningen och 31 § av 28 § andra stycket och tredje stycket andra meningen.

Beträffande motiven till bestämmelserna i paragraferna hänvisas till prop. 1986/87:2, SoU 9.

32 § Om någon som för smitta av infektion av HIV tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en annan vårdinrättning, skall den läkare som där ansvarar för hälso- och sjukvården underrättas av den behandlande läkaren om smittan och om de förhållningsregler som gäller för den intagne.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt på anstalten eller inrättningen att smittspridning kan förhindras, skall den där ansvarige läkaren underrätta den behandlande läkaren om detta.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Första stycket. Enligt 16 § andra stycket skall den behandlande läkaren så långt det är möjligt se till att patienten följer meddelade förhållningsregler. Läkarens möjligheter att göra detta är begränsade. Om patienten tas in på en kriminalvårdsanstalt eller tvångsvis på en annan vårdinrättning blir den behandlande läkarens uppgift i detta avseende än svårare. För att minska risken för smittspridning vid sådana tvångsomhändertaganden finns i detta stycke en bestämmelse om att den läkare som vid vårdinrättningen ansvarar för hälso- och sjukvården skall underrättas om smittan och om de förhållningsregler som gäller för den intagne. Underrättelsen skall lämnas av den behandlande läkaren.

Med annan vårdinrättning avses LVM-hem, institutioner som lämnar vård enligt lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och vårdinrättningar för psykiatrisk tvångsvård. Också vårdhem och spe-

Den behandlande läkaren kan på olika sätt få kännedom om att patienten tvångsintagits. Vid HIV-smitta är det nödvändigt att den behandlande läkaren och patienten har relativt täta kontakter. Om patienten blir tvångsintagen på någon vårdinrättning torde detta oftast föranleda honom att informera den behandlande läkaren. Om så inte sker, skall den behandlande läkaren anmäla till smittskyddsläkaren att patienten avbrutit pågående behandling (25 §). Vidare kan den vårdansvarige läkaren på vårdinrättningen vända sig till den behandlande läkaren för att få uppgifterna. Vid en kriminalvårdsanstalt skall den vårdansvarige läkaren i sin tur underrätta styresmannen om att en intagen för smitta, om det behövs med hänsyn till fara för att smittan skall spridas (37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt).

Andra stycket. Under den intagnes vistelse på anstalten eller inrättningen skall den där vårdansvarige läkaren vara uppmärksam på risken för smittspridning. Om det visar sig att den intagne inte kan tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, skall den vårdansvarige läkaren underrätta den behandlande läkaren om detta.

Sedan den behandlande läkaren har fått en sådan underrättelse från den vårdansvarige läkaren, skall han vidta lämpliga åtgärder. Eftersom bestämmelserna i paragrafen gäller endast vid infektion av HIV torde risken för smittspridning regelmässigt vara föranledd av att den intagne inte har följt meddelade förhållningsregler. Detta innebär att den behandlande läkaren skall anmäla saken till smittskyddsläkaren enligt 25 §. Det blir därefter en uppgift för smittskyddsläkaren att avgöra vilka åtgärder han bör vidta med anledning av smittspridningen. Ytterst kan tvångsisolering på sjukhus komma i fråga.

Tvångsåtgärder m. m.

Förelägganden m. m.

33 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden får meddela de förelägganden och förbud som behövs i enskilda fall för att hindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Om någon inte följer ett föreläggande eller förbud, får miljö- och hälsoskyddsnämnden förordna om rättelse på hans bekostnad. Ett sådant beslut får också meddelas utan föregående föreläggande eller förbud, om nämnden med hänsyn till risken för smittspridning finner att rättelse bör ske utan dröjsmål.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. I gällande smittskyddslag har paragrafen en viss motsvarighet i 9 §. Bestämmelserna i paragrafen har utformats med förebild i nyare lagstiftning inom närallgande områden, t. ex. 18 § hälsoskyddslagen (1982:1080), 14 § lagen (1985:295) om foder och 16 § lagen (1985:426) om kemiska produkter.

Enligt 9 § i förslaget skall miljö- och hälsoskyddsnämnden vid smitt-

spridning eller misstänkt smittspridning vidta åtgärder mot djur och vissa smittkällor i den fysiska miljön. Nämndens ingripanden kan avse verksamheter, anläggningar och objekt av varierande slag, såsom restauranger, varuhus, mejerier, vattenverk, avloppsanläggningar, djuraffärer och enskilda hem. För att klargöra nämndens befogenheter vid smittskyddsingripanden finns i detta stycke bestämmelser om att nämnden får meddela de förelägganden och förbud som i det enskilda fallet behövs för att hindra smittspridning. Ett föreläggande kan avse skyldighet att vidta smittrening, ändra eller komplettera en konstruktion som innebär risk för smittspridning eller att ändra användningssättet för en viss anläggning. Ett förbud kan avse försäljning av smittförande levande fåglar eller kräldjur, användning av en avloppsanläggning eller tillverkning av livsmedel i en förorenad produktionsanläggning.

Det får betraktas som en självklarhet att miljö- och hälsoskyddsnämndens rätt att meddela förelägganden och förbud är begränsad till nämndens allmänna kompetensområde enligt 9 §.

Närmare bestämmelser om viten finns i lagen (1985:206) om viten.

Det får anses vara vedertaget och ligger för övrigt i sakens natur att miljö- och hälsoskyddsnämnden när den ingriper till skydd mot smittspridning inte tillgriper mer omfattande tvångsåtgärder än som behövs i det enskilda fallet. Detta innebär att ingripanden i de flesta fall kommer att ske genom förelägganden eller förbud. Det kan dock bli aktuellt att förordna om rättelse på den enskildes bekostnad, om han underlåter att följa ett föreläggande eller förbud. I vissa fall kan det bli nödvändigt med ett sådant förordnande utan föregående föreläggande eller förbud. Ett beslut om rättelseåtgärd på den enskildes bekostnad utan föregående föreläggande bör dock tillgripas endast om det föreligger särskild anledning att anta att den enskilde inte kommer att följa ett föreläggande eller förbud eller att det med hänsyn till risken för smittspridning fordras att åtgärden vidtas utan dröjsmål. Bestämmelsen i tredje stycket har utformats med dessa utgångspunkter.

34 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden får låta förstöra husgeråd, möbler och andra liknande föremål samt låta avliva sällskapsdjur, om det är nödvändigt för att hindra spridning av smitta. Nämnden skall betala skälig ersättning till den som har drabbats av ett beslut om förstöring.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. Paragrafen motsvaras i huvudsak av bestämmelser i 10 § andra stycket gällande smittskyddslag. Ingripanden mot djur företas med stöd av bestämmelserna i 9 § första stycket gällande smittskyddslag.

Rätten för miljö- och hälsoskyddsnämnden att låta förstöra vissa föremål som kan sprida smitta bibehålls i den nya smittskyddslagen. Liksom i gällande smittskyddslag begränsas bestämmelsen till föremål av personlig natur, såsom kläder, möbler, sängkläder och mattor. Begränsningen i detta avseende har i paragrafen uttryckts på ett något annorlunda sätt än i gällande smittskyddslag. Någon saklig förändring är dock inte avsedd. I de fall nämnden låter förstöra föremål skall den betala en skälig ersättning till

den som drabbas av åtgärden. Om denne inte är nöjd med nämndens beslut, kan han överklaga det till länsrätten.

Någon uttrycklig bestämmelse om rätt för miljö- och hälsoskyddsnämnden att låta avliva sällskapsdjur finns inte i gällande smittskyddslag. Den allmänt hållna bestämmelsen i 9 § första stycket om skyldigheten att bl. a. vidta de åtgärder som fordras för att hindra att en allmänfarlig sjukdom utbredd har ansetts inrymma en sådan rätt. Med stöd av bestämmelsen har ingripanden skett mot t. ex. akvariefiskar och fåglar i zoologiska affärer.

För att undanröja tveksamhet om bestämmelsernas innebörd i detta avseende har i paragrafen tagits in en uttrycklig bestämmelse om att miljö- och hälsoskyddsnämnden har rätt att låta avliva sällskapsdjur, om det är nödvändigt för att hindra spridning av smitta. Denna möjlighet torde komma att användas endast i sällsynta fall, eftersom smittspridning från sådana djur i de flesta fall kan hindras genom andra åtgärder. Frågan om vem som skall svara för kostnaderna i anledning av att djur avlivas kommer att tas upp i ett senare sammanhang. Ersättning vid ingripanden mot djur enligt gällande bestämmelser utbetalas enligt kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse.

35 § För att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag har miljö- och hälsoskyddsnämnden rätt till tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen varifrån smitta kan spridas och får där göra undersökningar och ta prov. För uttaget prov betalas inte ersättning.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

I gällande smittskyddslag finns inte någon bestämmelse som uttryckligen anger att miljö- och hälsoskyddsnämnden har rätt att få tillträde till de platser och lokaler varifrån smitta av en samhällsfarlig sjukdom kan spridas och där nämnden kan behöva vidta åtgärder för att förhindra vidare smittspridning. Att nämnden har en sådan rätt är en förutsättning för att den skall kunna bedriva arbetet med smittskydd effektivt. Enligt regeringsformen krävs att en sådan rätt för miljö- och hälsoskyddsnämnden ges i lag. Bestämmelserna i paragrafen har utformats med förebild i 17 § första stycket lagen (1985:426) om kemiska produkter. Med hänsyn till bl. a. det sätt på vilket samhällsfarliga sjukdomar sprids och var de kan förekomma, har det inte ansetts möjligt att göra undantag för bostäder när det gäller nämndens rätt till tillträde. Att särskild hänsyn och återhållsamhet måste iakttas vid tillträde till bostäder är uppenbart.

Tvångsundersökning

36 § Om någon som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom inte utan dröjsmål söker läkare för undersökning, får smittskyddsläkaren besluta att han skall undersökas av en läkare som smittskyddsläkaren bestämmer. Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Läkaren skall underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av undersökningen.

Paragrafen motsvarar i huvudsak 11 § utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns likartade bestämmelser i 6, 13 och 15 §§.

Första stycket. Smittskyddslagen bygger bl. a. på principen att var och en som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare för undersökning (13 §). I den allmänna motiveringen behandlas frågan i vilka situationer den enskilde har anledning anta att han smittats av en sådan sjukdom (avsnitt 2.8).

Smittskyddsläkaren kan på olika sätt få vetskap om att någon som är skyldig att uppsöka läkare för undersökning underlåter att göra detta. Så t. ex. skall den behandlande läkare som i sin smittspårning träffar på en sådan person underrätta smittskyddsläkaren om detta (26 §).

Om det har kommit till smittskyddsläkarens kännedom att någon som kan misstänkas vara smittad inte låtit läkarundersöka sig, skall smittskyddsläkaren se till att denne blir undersökt av en läkare som smittskyddsläkaren bestämmer. Om det är nödvändigt kan smittskyddsläkaren begära biträde av polis för att kunna genomföra undersökningen.

Beslut om tvångsundersökning enligt denna paragraf bör självklart tillgripas endast då den enskilde inte frivilligt låtit sig läkarundersökas. Han bör således ha beretts tillfälle att själv uppsöka läkare innan smittskyddsläkaren fattar beslut om tvångsundersökning.

Vidare föreskrivs i detta stycke att ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men inte får förekomma vid undersökningen.

Andra stycket. I princip gäller sekretess i förhållandet mellan smittskyddsläkaren och den läkare som har utfört en undersökning som avses i första stycket. I detta stycke har tagits in en bestämmelse om uppgiftsskyldighet som bryter sekretessen.

Tillfälligt omhändertagande

37 § Om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning, får smittskyddsläkaren besluta att den som har anledning anta att han har smittats av sjukdom som avses i 1.1 och 1.2 bilagan till denna lag skall tillfälligt tas om hand på sjukhus. Omhändertagandet skall bestå till dess det klarlagts huruvida denne har smittats, dock högst sju dagar, den dag då omhändertagandet verkställdes medräknad.

Den omhändertagne får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

Bestämmelserna har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. Enligt gällande smittskyddslag kan distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare besluta att den som av läkare misstänks lida av eller föra smitta av en allmänfarlig sjukdom skall tas in för vård på sjukhus, om han med hänsyn till faran för smittans spridning inte kan behandlas i öppen vård (7 §).

Första stycket. Möjligheten att tvångsvis inta någon på sjukhus vid misstänkt smitta har starkt begränsats i den nya smittskyddslagen. Med få undantag kan smittspridning vid de samhällsfarliga sjukdomarna hindras på annat sätt än genom intagning på sjukhus. Läkemedelsbehandling och meddelande av förhållningsregler är i de flesta fall tillräckliga åtgärder för att förhindra smittans vidare spridning. Om intagning för vård på sjukhus blir nödvändig, förutsätts detta ske frivilligt. Om någon som för smitta av

en samhällsfarlig sjukdom inte vill frivilligt medverka till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning och om smittspridning inte kan hindras på annat sätt, kan dock tvångsisolering på sjukhus komma i fråga.

Som redovisats i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.13) kan det förekomma att risken för smittspridning i ett enskilt fall bedöms så stor att det finns ett behov av att kunna omhänderta den som misstänks vara smittad på sjukhus under den tid det tar för att klarlägga huruvida smitta föreligger, om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning. Så snart det klarlagts om den omhändertagne har smittats eller ej skall omhändertagandebeslutet hävas. I flertalet fall kan detta avgöras redan inom två till fyra dagar. Under helger kan det ta ytterligare någon dag. I paragrafen föreskrivs därför att omhändertagandet aldrig får bestå under längre tid än sju dagar. Tiden räknas från och med den dag den misstänkt smittade togs in på sjukhuset.

Om det visar sig att den som har omhändertagits är smittförsärrare av en samhällsfarlig sjukdom skall han erbjudas behandling för sjukdomen och meddelas adekvata förhållningsregler. Om han inte kan behandlas i öppen vård, skall han beredas möjlighet till intagning i slutenvård. För det fall han inte vill medverka till frivilliga åtgärder för att begränsa smittans spridning kan tvångsisolering komma i fråga.

Andra stycket. I detta stycke finns en bestämmelse som klargör rätten att genom infästning eller på annat sätt hindra den omhändertagne att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

Beslut om tvångsisolering

38 § Länsrätten skall, på ansökan av smittskyddsläkaren, besluta om tvångsisolering av den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, om den smittade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Ett sådant beslut skall också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning.

Tvångsisolering skall ske på sjukhus som drivs av en landstingskommun.

Paragrafen har en viss motsvarighet i 12 § utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns bestämmelser om tvångsintagning på sjukhus i 7 § beträffande allmänfarliga sjukdomar och i 14 § beträffande veneriska sjukdomar.

Förutsättningarna för tvångsisolering på sjukhus har utförligt behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.13). Utöver vad som sägs där kan följande anmärkas beträffande bestämmelserna i förevarande paragraf.

Första stycket. Tvångsisolering är en åtgärd som skall tillgripas som en sista utväg för att hindra smittspridning. Beträffande den som frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning kan tvångsisolering aldrig komma i fråga. Det bör här framhållas, att med undantag för infektion av HIV kan den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom regelmässigt behandlas till smittfrihet eller bli smittfri genom att smittsamheten är övergående.

Vid flertalet samhällsfarliga sjukdomar kan smittspridning förhindras genom att den smittade följer meddelade förhållningsregler och låter sig behandlas till smittfrihet i de fall ändamålsenliga läkemedel finns att tillgå. Endast vid ett fåtal sjukdomar är det nödvändigt med intagning på sjukhus för vård och behandling. Längre sjukhusvistelser torde endast undantagsvis bli aktuella. Längden på vistelsen torde i dessa fall vara mer beroende på den smittades hälsotillstånd än på risken för smittspridning. Självklart är det också så, att de smittade nästan alltid är angelägna att bli botade från sina sjukdomar. Erfarenheten visar att det är ytterst sällan förekommande att någon smittad vägrar att låta sig bli behandlad till smittfrihet.

Som framgår av bestämmelsen i första meningen kan tvångsisolering bli aktuell endast beträffande den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och som samtidigt vägrar eller annars underlåter att frivilligt medverka till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning.

I vissa situationer kan smittspridning hindras oavsett den smittades egen inställning till att frivilligt medverka till behövliga åtgärder. Om han t. ex. tagits in i kriminalvårdsanstalt eller omhändertagits på en vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård kan vistelsen där vara tillräcklig för att förhindra smittspridning.

Om den smittade frivilligt låter sig behandlas till smittfrihet eller låter sig tas in på sjukhus för vård eller isolering kan detta självklart enkelt konstateras. Däremot kan det vara betydligt svårare att lika entydigt kunna avgöra om den smittade följer meddelade förhållningsregler. Med hänsyn härtill bör ett beslut om tvångsisolering kunna fattas också när det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning.

Andra stycket. Tvångsisolering skall ske på sjukhus som avses i hälso- och sjukvårdslagen och som drivs av en landstingskommun. Något krav på att sjukhuset skall vara av en viss storlek eller att tvångsisoleringen skall ske vid en viss klinik eller motsvarande ställs inte upp. Om tvångsisoleringen sker på ett mindre sjukhus, t. ex. ett för ändamålet särskilt inrättat sjukhus, skall detta vara utrustat på ett sådant sätt och ha den personal som behövs för att kravet på ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande skall vara uppfyllt.

Det finns inte något hinder mot att tvångsisoleringen sker utanför det egna landstingsområdet.

Under tvångsisoleringen ansvarar överläkaren på berörd enhet för den smittade. Om den tvångsisolerade önskar det, kan överläkaren eller annan läkare vid sjukhuset överta rollen som behandlande läkare.

39 § Om länsrättens beslut om tvångsisolering inte kan avvaktas utan fara, skall smittskyddsläkaren meddela ett sådant beslut som avses i 38 § första stycket. Smittskyddsläkarens beslut skall omedelbart underställas länsrättens prövning.

Paragrafen, som inte har någon motsvarighet i utredarens förslag, har förts över från gällande smittskyddslag (14 § andra stycket).

40 § Tvångsisolering får pågå under högst tre månader från den dag den smittade på grund av beslutet om isolering togs in på sjukhus.

41 § Efter ansökan av smittskyddsläkaren får länsrätten besluta att tvångsisoleringen skall fortsätta utöver den längsta tiden enligt 40 §. Ett sådant beslut får avse högst sex månader åt gången.

En ansökan om fortsatt tvångsisolering skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsisolering har löpt ut. Tvångsisoleringen skall fortgå i avvaktan på att länsrätten beslutar med anledning av ansökan.

Bestämmelserna i 40 och 41 §§ har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande rätt.

Tvångsisolering, som är en yttersta åtgärd för att förhindra smittspridning, får inte pågå längre än nödvändigt. Enligt 51 § skall smittskyddsläkaren omedelbart besluta att tvångsisoleringen skall upphöra när det inte längre finns skäl för åtgärden. När beslutet om tvångsisolering fattas är det emellertid inte möjligt att avgöra under hur lång tid tvångsisoleringen kan behöva pågå.

Ett beslut om tvångsisolering enligt gällande smittskyddslag innebär i princip att den smittade skall vara omhändertagen tills vidare och att den läkare som ansvarar för denne skall häva beslutet när det inte längre finns grundad anledning befara att den tvångsisolerede skall sprida smitta. Om den tvångsisolerede begär hos den ansvarige läkaren att få beslutet hävt och denne vägrar att bifalla begäran, kan den tvångsisolerede överklaga beslutet hos länsrätten.

Gällande bestämmelser om tvångsisoleringens längd och upphörande har ansetts inte vara fullt tillfredsställande, bl. a. med hänsyn till den tvångsisoleredes rättssäkerhet. I dessa paragrafer har därför tagits in bestämmelser om att ett beslut om tvångsisolering skall vara tidsbegränsat men att tiden för tvångsisolering skall kunna förlängas efter särskilda beslut av länsrätten.

I 40 § föreskrivs att tvångsisolering får pågå under högst tre månader från den dag den smittade på grund av beslutet om tvångsisolering togs in på sjukhus. I det fall smittskyddsläkaren har fattat ett beslut om omedelbar tvångsisolering räknas tiden från dagen då nämnda beslut verkställdes.

Ett förstagångsbeslut om tvångsisolering skall inte innefatta någon formig prövning av åtgärdens varaktighet. I detta hänseende blir således lagregeln om maximalt tre månaders isoleringstid bestämmande.

Om smittskyddsläkaren inte har beslutat att tvångsisoleringen skall upphöra innan tremånaderstiden har gått till ända och om han anser att det finns ett behov av fortsatt tvångsisolering efter denna tid, får han hos länsrätten ansöka om förlängning av tiden för tvångsisolering. Detta framgår av bestämmelsen i 41 § första stycket. Ett beslut om förlängning förutsätter givetvis att grunderna för isoleringen kvarstår. Beslutet får gälla högst sex månader, vilket är en maximitid. Hur lång tid tvångsisoleringen skall förlängas får avgöras av länsrätten med beaktande av omständigheterna i det enskilda fallet. I princip finns det inte någon begränsning

av hur många gånger länsrätten kan förlänga tiden för tvångsisolering. Om fall skulle uppkomma där tvångsisoleringen pågår under en längre tid, måste övervägas vilka ytterligare psykosociala åtgärder som kan vidtas för att göra det möjligt att häva beslutet om tvångsisolering.

Enligt 41 § andra stycket skall smittskyddsläkarens ansökan ha kommit in till länsrätten innan den bestämda tiden för tvångsisoleringen har gått till ända. Om länsrätten inte har beslutat i anledning av ansökan när tiden för gällande beslut om tvångsisolering löper ut, fortgår dock tvångsisoleringen till dess länsrätten beslutar i frågan. Av 51 § följer att smittskyddsläkaren kan besluta att tvångsisoleringen skall upphöra innan länsrätten fattar sitt beslut. Länsrätten kan besluta om inhibition med stöd av 57 § andra stycket.

Om en ansökan om fortsatt tvångsisolering inte har kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsisolering har löpt ut, upphör självklart beslutet om tvångsisolering automatiskt att gälla.

Omhändertagandet under tvångsisoleringen

42 § Den som är tvångsisolerad skall tas väl om hand. Han skall få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så, att tvångsisoleringen kan upphöra.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Bestämmelserna i paragrafen har utförligt kommenterats i den allmänna motiveringen (2.13).

Särskilda befogenheter vid tvångsisoleringen

Under denna rubrik finns bestämmelser som reglerar befogenheterna för personalen vid tvångsisolering på sjukhus. Syftet med bestämmelserna är att upprätthålla ordningen på sjukhuset och att göra det psykosociala omhändertagandet så effektivt som möjligt. Bortsett från 43 § har bestämmelserna inte någon motsvarighet i gällande smittskyddslag. Utredaren har inte lämnat något förslag i dessa delar. Likartade bestämmelser finns dock bl. a. i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Regeringen har nyligen föreslagit riksdagen en ny LVM (prop. 1987/88:147).

43 § Den som är tvångsisolerad får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. I 8 § och 16 § första stycket gällande smittskyddslag finns likartade bestämmelser.

En förutsättning för att tvångsisolering på sjukhus skall komma ifråga är att smittspridning inte kan hindras genom frivilliga åtgärder. Det är därför nödvändigt att den som är tvångsisolerad kan hållas kvar på sjukhuset för

att förhindra smittspridning. Bestämmelsen gäller självklart endast den som är tvångsisolerad. Den som frivilligt låtit sig tas in på sjukhus kan inte kvarhållas mot sin vilja.

Landstingskommunen svarar för att tvångsisoleringen blir effektiv från smittskyddssynpunkt. Om den smittade skall vistas på ett särskilt rum eller en viss avdelning eller om han även får vistas inom andra delar av sjukhusets område, t. ex. i en tillhörande park, får avgöras med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet. Härvid måste hänsyn tas även till den tvångsisolerades personliga förhållanden, t. ex. i vilken utsträckning han är beredd att underkasta sig de restriktioner som tvångsisoleringen innebär. Den smittade får hindras att lämna det område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

Överläkaren vid den enhet där den smittade är omhändertagen ansvarar för den smittade under tvångsisoleringen. Han skall bl. a. se till att förhållandena är så ordnade, att den tvångsisolerade inte kan avvika. Dörrarna till det rum eller den avdelning eller motsvarande där den smittade skall vistas får hållas låsta.

Biträde av polismyndighet får begäras för att återföra den som avvikit från sjukhuset (63 § 3).

44 § Den som är tvångsisolerad får inte inneha

1. alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel,
2. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,
3. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika, eller
4. annan egendom som kan skada honom eller vara till men för ordningen på sjukhuset.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, får den omhändertas.

Bestämmelserna har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

I sak samma bestämmelser finns i 14 § LVU och 17 § LVM. Också förslaget till ny LVM innehåller liknande bestämmelser, 31 §.

I paragrafen förbjuds den tvångsisolerade att inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel. Med berusningsmedel avses även narkotika. Den som är tvångsisolerad får inte heller inneha sprutor eller kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas i samband med bruk av narkotika. Det senare kan vara t. ex. haschpipor, kokainskedar, förvaringspåsar och vågar. Med annan egendom som kan vara till skada för den smittade eller vara till men för ordningen på sjukhuset avses exempelvis olika typer av vapen och tillhyggen som kan skada honom själv, andra patienter eller personalen.

I andra stycket finns en bestämmelse om att sådan egendom som avses i första stycket får tas om hand när den påträffas. I 47 § finns bestämmelser om hur man skall förfara med omhändertagen egendom.

45 § Om det anses påkallat, får den tvångsisolerade kroppsvisiteras eller yttligt kroppsbesiktigas, när han kommer till sjukhuset, för kontroll av att

han inte bär på sig egendom som avses i 44 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på sjukhuset uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos den tvångsisolerade.

Överläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

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

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Bestämmelserna reglerar befogenheterna att kroppsvisitera och ytligt kroppsbesiktiga den som är tvångsisolerad. Syftet med bestämmelserna är att förhindra att den tvångsisolerade under isoleringstiden får tillgång till alkohol, narkotika och annan egendom som kan försvåra ett fullgörande av ändamålet med isoleringen. Motsvarande bestämmelser finns i 14 § LVU och 17 § LVM. I förslaget till ny LVM finns bestämmelserna i 32 §.

I *första stycket* föreskrivs att den tvångsisolerade får kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas. Med kroppsvisitation avses undersökning av den isolerades kläder, eller det han bär med sig, t.ex. en väska. Ytlig kroppsbesiktning inbegriper en yttre granskning av de delar av den nakna kroppen som är synliga. Huvudhår, armhålor och fotsulor får granskas. Det är inte tillåtet att låta den som skall granskas inta särskilda ställningar för att annars för ögat dolda delar av kroppen skall kunna iakttas. Det är inte heller tillåtet att undersöka munhåla eller annan hålighet eller att beröra den nakna kroppen för att undersöka delar av den. Om så sker blir det fråga om en ordinär kroppsbesiktning (jfr prop. 1981/82:2 med förslag till lag om ändring i lagen (1960:418) om straff för varusmuggling, m. m. s. 24 f.) Det bör dock erinras om att den tvångsisolerade kan behöva genomgå frivilliga undersökningar av medicinska skäl. Begränsningarna i detta lagrum gäller enbart undersökningar för att söka efter alkohol, narkotika eller annan skadlig egendom.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får göras när den som skall isoleras kommer till sjukhuset för att isoleringsbeslutet skall verkställas. Åtgärderna får också vidtas om det under isoleringstiden uppkommer misstanke om att sådan egendom finns hos den tvångsisolerade. Det kan vara aktuellt t. ex. efter ett besök som den tvångsisolerade haft eller efter en vistelse utanför sjukhuset. Detsamma gäller om det förekommit missbruk inom sjukhuset.

Enligt bestämmelsen i *andra stycket* är det överläkaren som beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Det ligger i sakens natur att beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning måste kunna genomföras omedelbart. Därför kan besluten inte överklagas.

Enligt *tredje stycket* får kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All tänkbar hänsyn skall visas när man genomför åtgärderna. Detta innebär bl. a. att åtgärder som rör en kvinna bör vidtas av kvinnlig personal eller av läkare eller sjuksköterska. Om möjligt skall ett vittne närvara.

Frågan om bestämmelser behövs om ytterligare kontrollåtgärder, såsom fullständig kroppsbesiktning, avses bli föremål för utredning genom socialstyrelsens försorg (jfr prop. 1987/88:147 s. 107).

46 § Överläkaren får besluta att försändelser till den tvångsisolerade får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 44 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom, får den omhändertas.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

I 20 § LVM finns motsvarande bestämmelser. I förslaget till ny LVM har bestämmelserna tagits in i 35 §.

Kontrollen syftar till att hålla alkohol, narkotika och annan skadlig egendom utanför sjukhuset. Rätten att undersöka försändelser är därför begränsad till försändelser som sänds till den tvångsisolerade. Försändelser från den tvångsisolerade får inte kontrolleras. Det är inte heller tillåtet att ta del av det skriftliga innehållet i brev eller andra skriftliga handlingar. Motsvarande gäller videoband, kassettband och andra upptagningar som avlyssnas eller uppfattas med tekniska hjälpmedel. Försändelserna bör öppnas i närvaro av den tvångsisolerade.

Beslut enligt paragrafen fattas av överläkaren. Ett beslut att kontrollera försändelser får inte överklagas.

47 § Har alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 44 eller 46 § eller har sådan egendom påträffats där någon är tvångsisolerad utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall överläkaren låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m. m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Paragrafen motsvarar i princip vad som gäller enligt 25 § LVU och 32 § LVM. En utförlig redovisning av grunderna för sådana beslut finns i prop 1979/80:1 (del B s. 387–398). Beträffande förslaget till ny LVM se 36 §. En liknande regel finns i 63 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt och i 4 § lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus (se bl. a. prop. 1984/85:46).

I *första stycket* anges att alkohol och andra berusningsmedel får förstöras eller försälas om egendomen har påträffats hos eller sänts till den tvångsisolerade. Även egendom av detta slag som påträffas utan att man kan finna någon känd ägare till egendomen får förverkas. Bestämmelsen begränsas till område där någon är tvångsisolerad. Därmed avses samma område som åsyftas i 43 §, dvs. det område som den tvångsisolerade får hindras att lämna.

Bestämmelsen omfattar även injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av narkotika. Vilka dessa är kommenteras närmare i specialmotiveringen till 44 §.

Annan egendom som omhändertagits med stöd av 44 eller 46 § för att den kan skada den tvångsisolerade eller vara till men för ordningen på sjukhuset får inte förstöras eller försälgas utan skall lämnas tillbaka när tvångsisoleringen upphör.

Det är överläkaren som skall låta ombesörja att egendomen förstörs eller försälgas. Bestämmelsen om förstöring eller försäljning hänvisar till lagen om förverkande av alkoholhaltiga drycker m. m. I den lagen anges att egendomen skall förstöras om dess värde är ringa eller om det annars måste anses försvarligt att förstöra den. I annat fall skall egendomen försälgas. I de fall som kan bli aktuella i samband med tvångsisolering torde det främst röra sig om förstöring.

Beslut om förstöring eller försäljning kan överklagas hos länsrätten.

I *andra stycket* finns en bestämmelse om att de pengar som försäljningen inbringar skall tillfalla staten.

Vistelse utanför sjukhuset vid tvångsisolering

48 § Den som är tvångsisolerad får ges tillstånd att under viss tid vistas utanför sjukhusets område. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

Ett tillstånd får avse återstoden av den bestämda tiden för tvångsisolering, om det finns skäl anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsisoleringen upphör.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i gällande smittskyddslag eller i utredarens förslag.

I *första stycket* anges att den som är tvångsisolerad kan få tillstånd att för viss tid lämna sjukhuset. Tvångsisoleringen skall i princip pågå till dess det inte längre bedöms föreligga någon risk för smittspridning. När tvångsisoleringen kan upphöra torde i de flesta fall bero på den tvångsisolerares vilja och förmåga att underkasta sig ett sådant levnadssätt att smittspridning kan undvikas. Enligt 42 § skall den tvångsisolerade få det stöd och den hjälp som behövs för att han skall kunna ändra sin inställning och livsföring. Med hänsyn härtill kan det finnas ett behov av att kunna pröva sig fram till om förutsättningar föreligger för att kunna häva beslutet om tvångsisolering utan risk för smittspridning. Den tvångsisolerade kan t. ex. under kortare vistelser utanför sjukhusets område ges tillfälle att visa att han är villig och har förmåga att leva så att smittspridning kan förhindras.

Tillstånd att vistas utanför sjukhusets område bör kunna ges även för andra syften, t. ex. för att kunna besöka en närstående som är svårt sjuk, närvara vid en närståendes begravning eller liknande, om det kan ske utan risk för smittspridning.

Under vistelsen utanför sjukhuset består tvångsisoleringen. Ett beslut att den tvångsisolerade får vistas utanför sjukhuset kan därför förenas med särskilda villkor. Syftet med villkoren skall vara att stödja den smittade under vistelsen utanför sjukhuset och att hindra smittspridning. Den smittade kan t. ex. åläggas att hålla kontakt med den behandlande läkaren. Villkoren kan även avse förbud att bruka alkohol eller narkotika.

I *andra stycket* öppnas en möjlighet att låta ett tillstånd att vistas utanför

sjukhuset upphöra samtidigt som tiden för tvångsisoleringen löper ut. Detta kan underlätta för den tvångsisolerade att anpassa sig till livet utanför sjukhuset. Ett beslut enligt detta stycke avser återstoden av den bestämda tiden för tvångsisolering. Om inget oförutsett inträffar från smittskyddssynpunkt under vistelsetiden utanför sjukhuset, bör smittskyddsläkaren kunna besluta enligt 51 § att tvångsisoleringen skall upphöra i samband med att den senast bestämda tiden för tvångsisoleringen löper ut.

Ett tillstånd enligt detta stycke får ges endast om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda tvångsisoleringens upphörande.

49 § Tillstånd att vistas utanför sjukhuset område meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med överläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

Beslut om tillstånd att vistas utanför sjukhusets område fattas av smittskyddsläkaren. Han skall samråda med överläkaren innan han fattar ett sådant beslut.

En framställning om att få vistas utanför sjukhusets område kan göras formlost hos smittskyddsläkaren. En muntlig begäran av den tvångsisolerede är tillräcklig. För smittskyddsläkarens handläggning gäller föreskrifterna i förvaltningslagen bl. a. om skriftligt och motiverat beslut. Om smittskyddsläkaren avslår framställningen kan den tvångsisolerede överklaga beslutet till länsrätten enligt 53 §. Beslutet skall överklagas skriftligen enligt 23 § förvaltningslagen (1986:223).

Ett beviljat tillstånd att vistas utanför sjukhusets område kan återkallas om det finns skäl till det. Ett sådant skäl kan vara att den smittade under permissionen lever så att han riskerar att sprida smittan eller att han inte följer de villkor som är förenade med tillståndet.

Även smittskyddsläkarens beslut om återkallelse kan skriftligen överklagas till länsrätten.

50 § Om den tvångsisolerede för smitta av infektion av HIV och är missbrukare av narkotika får han, om han medger det, föras över till en institution där han kan beredas lämplig vård och behandling för missbruket. Beslut om överföring fattas av smittskyddsläkaren efter samråd med överläkaren. Vid vistelsen på institutionen skall beslutet om tvångsisolering bestå. Bestämmelserna i 43–49 §§ gäller inte under sådan vistelse.

Paragrafen motsvarar vad som gäller enligt 16 § andra stycket gällande smittskyddslag (se prop. 1986/87:2 och SoU 9). Den förändringen har dock vidtagits, att beslut om överförande till en institution skall fattas av smittskyddsläkaren.

I lagrummet ges en möjlighet att föra över en HIV-smittad narkotikamissbrukare till en institution där han kan få vård och behandling för sitt missbruk. De institutioner som främst kan bli aktuella är sådana hem för vård eller boende som avses i 6 § socialtjänstförordningen (1981:750) och som är inriktade på vård och behandling av narkotikamissbrukare, bl. a. sådana hem för missbrukarvård som avses i 11 § LVM. I förslaget till ny LVM finns bestämmelsen om hemmen i 22 §.

Bestämmelsen gäller enbart den som missbrukar narkotika. Alkoholmissbruk och missbruk av andra berusningsmedel innebär i sig inte samma risk för smittspridning av infektion av HIV.

Beslut om överföringen fattas av smittskyddsläkaren. Han skall före beslutet samråda med den ansvarige överläkaren. Självklart måste smittskyddsläkaren även ha diskuterat överföringen med huvudmannen för den institution som är aktuell och fått ett godkännande att överföring kan ske.

Av kravet på att smittskyddsläkaren skall samråda med den ansvarige överläkaren före beslutet följer att tvångsisoleringen skall ha påbörjats på ett sjukhus. Under tiden för sjukhusvistelsen bör den smittade undersökas och behandlas bl. a. från infektionssynpunkt.

En överföring till en institution för vård av narkotikamissbrukare förutsätter att den tvångsisolerede ger sitt samtycke till överföringen.

Beslutet om tvångsisolering skall bestå under den tid den smittade vistas på institutionen för missbrukarvård. Enligt 51 § skall smittskyddsläkaren besluta om tvångsisoleringens upphörande när förutsättningarna för tvångsisolering inte längre föreligger. Att den isolerade är överförd till en institution för missbrukarvård kan i sig inte uppfattas som om den smittade är villig att medverka till sådana åtgärder som bedöms nödvändiga för att hindra smittspridning och att förutsättningarna för tvångsisolering därmed skulle ha upphört.

Det finns ingen tidsgräns för hur länge behandlingen vid institutionen får pågå eftersom behandlingen är frivillig. Det förutsätts dock att behandlingen pågår så länge att den ger avsett resultat. Innan den smittade lämnar sitt medgivande till överföringen bör han upplysas om hur lång tid man bedömer att behandlingen kan behöva pågå. När ändamålet med vistelsen på institutionen är uppfyllt kan smittskyddsläkaren besluta om att tvångsisoleringen skall upphöra om förutsättningarna för isolering inte längre föreligger.

Om den i 40 § resp. 41 § angivna tiden för tvångsisolering löper ut under den smittades vistelse på institutionen kan smittskyddsläkaren ansöka hos länsrätten om fortsatt tvångsisolering om han bedömer det erforderligt. Det kan därvid finnas skäl att inhämta upplysningar från föreståndaren vid institutionen om vilka resultat man uppnått med behandlingen och hur man bedömer den smittades inställning och möjligheter att ändra sin livsföring så att smittspridning hindras.

Att beslutet om tvångsisolering består under vistelsen på institutionen innebär bl. a. att den smittade kan återföras till sjukhuset om han inte tar del av vården eller ensidigt avbryter den. Detsamma gäller om han utsätter annan för smittrisk eller avviker från institutionen. Den som förestår institutionen förutsätts underrätta smittskyddsläkaren härom. Om den smittade avviker från institutionen får bestämmelserna i 63 § 4 om polisbiträde tillämpas för att återföra honom till sjukhuset.

Med hänsyn till att vistelsen vid institutionen sker frivilligt, tillämpas inte bestämmelserna i 43–49 §§ under vistelsen där.

Tvångsisoleringens upphörande

51 § När det inte längre finns skäl för tvångsisolering skall smittskyddsläkaren omedelbart besluta att tvångsisoleringen skall upphöra.

En bestämmelse om utskrivning av den som intagits på sjukhus finns i 21 § gällande smittskyddslag. Utredarens lagförslag innehåller inte någon motsvarande bestämmelse.

Smittskyddsläkaren skall fortlöpande pröva om grunderna för tvångsisolering består. Om grunderna inte längre föreligger skall han omedelbart fatta beslut om att isoleringen skall upphöra. I sådana frågor bör han regelmässigt samråda med den ansvarige överläkaren.

Den tvångsisolerade kan när som helst begära hos smittskyddsläkaren att tvångsisoleringen skall upphöra. Det ställs inga formella krav på hur en sådan begäran skall göras. Ett avslagsbeslut kan överklagas till länsrätten (53 § första stycket 2).

Överklagande

52 § Miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut enligt denna lag får överklagas hos länsrätten.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. I 33 § första stycket gällande smittskyddslag finns bestämmelser om hur miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut får överklagas.

I föreliggande lagrum föreskrivs att miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut får överklagas hos länsrätten. Vem som får överklaga framgår av förvaltningslagen. I 56 § finns bestämmelser om vilken länsrätt som är behörig. Överklagningsbara beslut är de beslut som miljö- och hälsoskyddsnämnden har meddelat med stöd av 33 eller 34 §.

53 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos länsrätten om beslutet gäller

1. tillfälligt omhändertagande enligt 37 §,
2. avslag på en begäran att tvångsisoleringen skall upphöra,
3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukhusets område enligt 48 §,
4. återkallelse av tillstånd att vistas utanför sjukhusets område enligt 49 §.

Överläkarens beslut enligt 47 § får överklagas hos länsrätten.

Andra beslut enligt denna lag av smittskyddsläkaren eller annan läkare får inte överklagas.

I 15 § utredarens förslag finns en bestämmelse om att smittskyddsläkarens beslut får överklagas hos länsrätten. I gällande smittskyddslag finns besvärsmåttbestämmelser i 21 och 33 §§.

I *första stycket* anges vilka beslut av smittskyddsläkaren som får överklagas. Beslut som avses i punkt 1 gäller tillfälligt omhändertagande på sjukhus. Överklagningsbara beslut i övrigt enligt detta stycke har samband med tvångsisolering.

Enligt bestämmelserna i 40 § får tvångsisolering pågå under högst tre månader. Därefter får länsrätten, på ansökan av smittskyddsläkaren, besluta om att förlänga tvångsisoleringen. Beslut om fortsatt tvångsisolering får enligt 41 § avse högst sex månader åt gången. Den isolerade kan

emellertid själv när som helst under isoleringstiden begära hos smittskyddsläkaren att tvångsisoleringen skall upphöra. På samma sätt kan den isolerade begära tillstånd att vistas utanför vårdinrättningen. Det finns i dessa fall ingen begränsning av hur ofta och när framställning får göras.

Om det hos besvärshörinstansen samtidigt föreligger flera mål om tvångsisolering rörande samma person, bör målen självfallet kunna företas till gemensam handläggning om det inte strider mot bestämmelserna i 55 § om skyndsamt handläggning.

Besluten överklagas till länsrätten. Att länsrättens beslut kan överklagas till kammarrätten, och i förekommande fall till regeringsrätten, framgår av 33 § förvaltningsprocesslagen (1971:291).

Överläkarens beslut om förverkande av viss egendom enligt 47 § får överklagas hos länsrätten. En bestämmelse härom har tagits in i *andra stycket*.

Andra beslut av smittskyddsläkaren och berörda överläkare samt beslut av behandlande läkare får inte överklagas. Detta framgår av bestämmelsen i *tredje stycket*.

Smittskyddsläkarens beslut om tvångsundersökning enligt 36 § måste kunna verkställas omedelbart, varför en överprövning skulle framstå som mindre meningsfull.

En patient som är missnöjd med den behandlande läkarens förhållningsregler kan enligt 17 § begära att reglerna prövas av smittskyddsläkaren. Det har i dessa fall inte ansetts föreligga något behov av att kunna överpröva smittskyddsläkarens beslut.

Under tvångsisoleringen kan överläkaren besluta om vissa åtgärder, t. ex. kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning samt granskning av försändelser. Dessa beslut har inte ansetts vara av den arten att de bör kunna överklagas.

54 § Socialstyrelsens beslut om föreläggande eller förbud enligt 68 § får överklagas hos kammarrätten.

Paragrafen, som inte har någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag, innehåller bestämmelser om överklagande av socialstyrelsens beslut.

Handläggningen av mål och ärenden

I 55–62 §§ regleras processuella frågor. Bortsett från 62 § saknar bestämmelserna motsvarighet i utredarens förslag och i gällande smittskyddslag. Bestämmelserna i 56–59 §§ gäller enbart målens handläggning i domstol, främst i länsrätt, medan övriga bestämmelser innefattar förfarandet även hos smittskyddsläkaren. Med undantag för 60 § gäller de övriga bestämmelserna även för överläkarens handläggning av ärenden enligt smittskyddslagen. Bestämmelserna i 55 och 62 §§ gäller också handläggningen i miljö- och hälsoskyddsnämnden. Flera av bestämmelserna motsvarar vad som gäller enligt LVU och LVM.

Frågor som rör smittskyddet är ofta brådsakande och det är viktigt att de kan avgöras snabbt. Därför har det ansetts behövt med en särskild bestämmelse i smittskyddslagen om skyndsamt handläggning. Liknade bestämmelser finns i 9 § första stycket LVU och 21 § första stycket LVM. Beträffande förslaget till en ny LVM se 37 §.

Bestämmelsen i paragrafen gäller vid handläggningen såväl i domstol som hos smittskyddsläkaren, överläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnden.

56 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av länsrätten i det län där den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse som anger vilken länsrätt som skall besluta i en viss fråga. Avgörande för behörigheten är verksamhetsområdet för den som har beslutat i den fråga som skall prövas av länsrätten.

57 § Länsrätten skall ta upp mål om tvångsisolering enligt 39 eller 41 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in eller underställning skedde. Om beslutet om tvångsisolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom en vecka från den dag beslutet verkställs. Länsrätten får dock förlänga dessa tider om det behövs ytterligare utredning eller om det på grund av någon annan särskild omständighet är nödvändigt.

I mål om tvångsisolering enligt 38, 39 eller 41 § får länsrätten förordna rörande saken i avvaktan på målets avgörande.

I mål där fråga är om fortsatt tvångsisolering och mål där smittskyddsläkaren har fattat ett beslut om omedelbar tvångsisolering har den allmänna regeln om skyndsamt handläggning i 55 § inte ansetts tillräcklig. Den smittade är i dessa fall redan omhändertagen och det är viktigt att han snabbt kan få sin sak prövad.

I första stycket anges en bestämd tidsfrist inom vilken länsrätten skall ta upp sådana mål till prövning. Tiden har angetts till en vecka från det att talan väcktes hos länsrätten, vilket överensstämmer med bestämmelserna om beredande av tvångsvård i 21 § andra stycket LVM. Beträffande förslaget till ny LVM se 38 §.

I mål där smittskyddsläkarens isoleringsbeslut underställs rätten kan det inträffa att beslutet inte är verkställt när det underställs rätten. Tidsfristen börjar då löpa från den dag då det verkställs.

Bestämmelsen innebär inget krav på att målet skall vara slutligt avgjort inom den föreskrivna tiden. Den slutliga handläggningen, i form av muntlig förhandling eller föredragning, måste dock ha påbörjats inom nämnda tid. Länsrätten får förlänga tiden om det är nödvändigt med hänsyn till någon särskild omständighet. Också om det redan när målet anhängiggörs hos länsrätten står klart att tidsfristen inte kan hållas, t. ex. därför att utredningen måste kompletteras med ett sakkunnigutlåtande, får rätten förlänga tiden. Undantagsregeln bör dock användas sparsamt.

Det har inte ansetts nödvändigt att låta den särskilda tidsfristen gälla också handläggningen i kammarrätt och regeringsrätt. Här får rätten själv bevaka tidsaspekten inom ramen för det allmänna skyndsamhetsrekvisitet i 55 §. Inte heller har det ansetts påkallat med särskilda tidsfrister för mål där smittskyddsläkarens beslut överklagas till länsrätten enligt 53 §.

Någon särskild regel om när dom eller beslut senast skall meddelas föreslås inte. Sådana regler finns inte heller i LVU och LVM. Även i detta hänseende har det ansetts vara tillräckligt med den allmänna regeln om skyndsamhet. Beslut som rör tvångsomhändertaganden bör vanligen kunna meddelas i nära anslutning till muntlig förhandling när sådan hållits.

I *andra stycket* anges att länsrätten får förordna rörande saken i mål om tvångsisolering enligt 38, 39 eller 41 § i avvaktan på målets avgörande, dvs. då talan väcks i länsrätten av smittskyddsläkaren, då målet underställs länsrätten efter beslut av smittskyddsläkaren om omedelbar tvångsisolering samt då smittskyddsläkaren ansöker om fortsatt tvångsisolering. För besvärsmål gäller i länsrätt, kammarrätt och regeringsrätten föreskriften i 28 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) om att domstol som har att pröva besvär kan förordna att det överklagade beslutet, om det annars skulle lända till efterrättelse omedelbart, tills vidare inte skall gälla och även i övrigt förordna rörande saken.

58 § I mål om tvångsisolering som prövas av länsrätten efter ansökan eller underställning skall rätten hålla muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövt. Sådant förhandling skall alltid hållas, om den som saken gäller begär det. Denne skall av rätten upplysas om sin rätt till muntlig förhandling.

Om den som saken gäller har kallats vid vite att infinna sig personligen vid en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

Bestämmelsen är uppbyggd delvis efter mönster i 10 § LVU och 22 § LVM. Beträffande förslaget till ny LVM se 39 §. Till skillnad från dessa författningar gäller första stycket endast länsrätt. Andra stycket gäller däremot även kammarrätt och regeringsrätten.

Enligt 9 § förvaltningsprocesslagen är förfarandet inför allmän förvaltningsdomstol som regel skriftligt. I handläggningen får ingå muntlig förhandling beträffande en viss fråga när det kan antas vara till fördel för utredningen eller främja ett snabbt avgörande av målet. Muntlig förhandling skall dock hållas i bl. a. länsrätt och kammarrätt om en enskild som för talan i målet begär det samt förhandlingen inte är obehövt och inte heller särskilda skäl talar mot det.

Ett omhändertagande för tvångsisolering är ett betydande ingrepp i den enskildes integritet. Det är därför angeläget att domstolsförfarandet utformas så, att rätts säkerhetskraven kan tillgodoses. I den allmänna motiveeringen (avsnitt 2.14) framhålls i detta avseende betydelsen av muntlig förhandling.

I *första stycket* föreskrivs att länsrätten skall hålla muntlig förhandling om det inte är uppenbart obehövt. Presumtionen är således för muntlig förhandling. Bestämmelsen är begränsad till fall då smittskyddsläkaren

ansöker hos länsrätten om tvångsisolering eller fortsatt tvångsisolering eller då smittskyddsläkarens beslut om omedelbar tvångsisolering underställs länsrätten. I de fall då den som redan är tvångsisolerad överklagar smittskyddsläkarens beslut enligt 53 § första stycket, har de allmänna reglerna om muntlig förhandling i 9 § förvaltningsprocesslagen ansetts tillräckliga. Vidare föreskrivs att den enskilde skall upplysas om sin rätt till muntlig förhandling innan målet avgörs. Om han begär det skall länsrätten hålla muntlig förhandling.

Bestämmelserna i första stycket gäller enbart processen i länsrätten. För kammarrättens och regeringsrättens del har det ansetts tillräckligt med bestämmelserna om muntlig förhandling i 9 § förvaltningsprocesslagen.

I 14 § förvaltningsprocesslagen finns bestämmelser om kallelse till muntlig förhandling och personlig närvaro. I nämnda paragraf föreskrivs att rätten får förelägga enskild att infinna sig personligen vid vite eller vid påföljd av att hans utevaro inte utgör hinder för målets vidare handläggning och avgörande. Några särskilda regler härom har inte ansetts nödvändiga i smittskyddslagen. Ibland kan emellertid omständigheterna vara sådana att det framstår som nödvändigt att höra den enskilde själv innan målet avgörs. Om han då uteblir trots att han kallats att inställa sig personligen vid rätten, bör det finnas en möjlighet att hämta honom till rätten. Bestämmelser om hämtning finns inte i förvaltningsprocesslagen. En sådan bestämmelse har därför tagits in i *andra stycket*. Bestämmelsen i detta stycke gäller även för kammarrätt och regeringsrätten.

59 § Vid handläggning i kammarrätt av mål enligt denna lag skall nämndemän ingå i rätten.

Enligt 12 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar skall nämndemän delta i avgörandet i länsrätt. Om det är särskilt föreskrivet, skall nämndemän ingå också i kammarrätt. Om medverkan av nämndemän i kammarrätt finns bestämmelser i 23 § LVU och 29 § LVM. Beträffande förslaget till ny LVM se 40 §.

60 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

Riksdagen har nyligen fattat beslut om förbättringar inom rättshjälpssystemet (prop. 1987/88:73, JuU 21, rskr. 193). Beslutet innebär bl. a. att offentligt biträde skall kunna förordnas vid allmän förvaltningsdomstol i angelägenheter som rör intagning på sjukhus eller utskrivning därifrån enligt smittskyddslagen. En bestämmelse om detta har tagits in i 41 § 15 rättshjälpslagen. Förändringarna träder i kraft den 1 juli 1988.

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

Enligt förvaltningslagen och förvaltningsprocesslagen skall part enligt huvudregeln underrättas om innehållet i det beslut varigenom myndigheten eller domstolen avgör ett ärende eller mål. Delgivningen verkställs enligt delgivningslagen. S. k. surrogatdelgivning och kungörelsedelgivning med

enskild bör dock inte få användas i mål och ärenden enligt smittskyddslagen.

En bestämmelse som begränsar delgivningslagens tillämpning i detta avseende har därför tagits in i denna paragraf.

Motsvarande bestämmelser finns i 58 § socialtjänstlagen, 24 § LVU och 23 § LVM. Beträffande förslag till ny LVM se 41 §.

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

Bestämmelsen har en viss motsvarighet i 15 § andra meningen utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns en bestämmelse av samma innebörd i 33 § fjärde stycket.

Många av de beslut som kan fattas enligt denna lag är till sin natur sådana att de måste kunna verkställas omedelbart. Detta gäller ofta miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut enligt 9 § och t. ex. smittskyddsläkarens beslut om tvångsundersökning och omedelbar tvångsisolering. I paragrafen har därför tagits in en bestämmelse om att beslut enligt denna lag skall äga giltighet i avvaktan på laga kraft, om inte annat förordnas i beslutet.

Biträde av polismyndighet

63 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av

1. smittskyddsläkaren för att genomföra läkarundersökning enligt 36 §,
2. smittskyddsläkaren för att föra den som tillfälligt skall tas om hand enligt 37 § eller som skall tvångsisoleras enligt 38 eller 39 § till sjukhus,
3. smittskyddsläkaren eller överläkaren för att återföra den som har avvikit från ett sjukhus, där han enligt beslut skall vara tillfälligt omhändertagen eller tvångsisolerad, eller den som inte har återvänt till sjukhuset sedan hans tillstånd att vistas utanför sjukhusets område har gått ut eller återkallats,
4. smittskyddsläkaren om någon som enligt 50 § har överförs till en institution skall återföras till sjukhuset,
5. miljö- och hälsoskyddsnämnden för att bereda nämnden tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen som avses i 35 §,
6. socialstyrelsen vid styrelsens tillsyn.

Paragrafen motsvarar delvis 16 § utredarens förslag och 25 § gällande smittskyddslag.

Bestämmelser i smittskyddslagen om biträde av polismyndighet behövs för att säkerställa att vissa för smittskyddet nödvändiga åtgärder kan genomföras. Hjälp av polismyndighet kan begäras för i huvudsak tre ändamål: för att genomföra tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering, för att göra det möjligt för miljö- och hälsoskyddsnämnden att fullgöra sina uppgifter enligt lagen samt för att socialstyrelsen skall kunna utföra vissa inspektioner vid sin tillsyn.

En begäran om biträde måste givetvis innehålla de uppgifter som polisen behöver för att kunna utföra uppdraget, t. ex. namn och om möjligt adress till den som biträdet avser. Det ligger i sakens natur att begäran innehåller uppgift också om att vederbörande är eller misstänks vara bärare av en

viss samhällsfarlig sjukdom. Med hänsyn till bl. a. de s. k. behovs- och proportionalitetsprinciperna som enligt polislagen (1984:387) gäller för polisens verksamhet är det nödvändigt att polisen får kännedom om vilken sjukdom den som biträdet avser har drabbats av för att man skall kunna bedöma hur åtgärden skall verkställas. Härtill kommer att de polismän som kommenderas att utföra uppdraget med att biträda behöver få kännedom om uppgiften för att de skall kunna skydda sig mot smitta.

Enligt *första punkten* kan biträde av polismyndighet begäras för att verkställa ett beslut om att någon skall läkarundersökas för att utröna om han smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Redan själva beslutet om tvångsundersökning torde i de flesta fall utgöra en tillräcklig påtryckning på den som misstänks vara smittad för att han skall uppsöka en läkare för undersökning. I de fall han vägrar får undersökningen, om det är nödvändigt, ske med bistånd av polis.

Polisen skall biträda både med att söka upp den som misstänks vara smittad och med att föra honom till den läkare som skall genomföra undersökningen. Ytterst kan det också bli nödvändigt att hålla fast den som misstänks vara smittad vid själva undersökningen.

Biträde av polis enligt denna punkt får begäras av smittskyddsläkaren.

I *andra punkten* regleras fall då någon enligt beslut skall tvångsisoleras på sjukhus. Polisen skall i dessa fall hjälpa till att föra den som skall tvångsisoleras till det sjukhus där han skall vara isolerad. Det ankommer därefter på landstingskommunen och den ansvarige överläkaren att anordna omhändertagandet på ett sådant sätt att den tvångsisolerede kan hållas kvar. Vidare omfattar denna punkt de fall då någon skall vara tillfälligt omhändertagen på sjukhus. Polisbiträde får i ett sådant fall anlitas för att föra den som misstänks vara smittad till sjukhuset. Att han får kvarhållas på sjukhuset framgår av 37 § andra stycket. Att hålla honom kvar är en uppgift för hälso- och sjukvården.

Även i dessa fall är det smittskyddsläkaren som får påkalla hjälp av polisen.

I *tredje punkten* föreskrivs att polisbiträde får begäras för att återföra den som har avvikit från det sjukhus där han är skyldig att kvarstanna. Motsvarande gäller om någon inte återvänder till sjukhuset sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför sjukhuset gått ut liksom om någon inte återvänder till sjukhuset sedan han har fått sitt tillstånd att vistas utanför detta återkallat.

Även i dessa fall är det smittskyddsläkaren som får påkalla biträde av polis. Polisbiträde i dessa fall får begäras också av den överläkare som ansvarar för den tvångsisolerede.

I *fjärde punkten* anges att polisbiträde får begäras om någon som är överförd till en institution för vård för narkotikamissbruk har avvikit från institutionen. Den tvångsisolerede skall i dessa fall återföras till det sjukhus varifrån han överförts till institutionen.

Det är endast smittskyddsläkaren som kan begära polishandräckning i dessa fall.

Femte punkten reglerar miljö- och hälsoskyddsnämndens möjlighet att begära polisbiträde för att få tillträde till sådana områden, lokaler och

andra utrymmen varifrån smitta kan spridas och till vilka nämnden behöver tillträde för att göra undersökningar och ta prov.

I *sjätte punkten* finns en bestämmelse om rätt för socialstyrelsen att begära biträde av polis vid sin tillsyn. Denna utövas huvudsakligen i form av inspektioner av smittskyddsverksamhet som bedrivs av smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsnämnder samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Kostnader

64 § All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

En undersökning som utförs av en privat verksam läkare för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

De läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter gäller den som är sjukförsäkrad enligt lagen om allmän försäkring.

I 17 och 18 §§ utredarens förslag finns bestämmelser om den enskildes kostnader. Bestämmelser om den enskildes kostnader för läkarundersökning och behandling samt läkemedel i öppen vård finns i 6 § andra stycket och i 19 § gällande smittskyddslag.

Den grundläggande tanken bakom paragrafens bestämmelser är att den som kan misstänkas föra eller som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom inte skall kunna åberopa kostnadsskäl för att underlåta att söka läkare eller genomgå behandling som är behövs från smittskyddssynpunkt.

I *första stycket* anges att undersökning, vård och behandling inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården skall vara gratis för patienten när det gäller en samhällsfarlig sjukdom. Kostnadsfriheten gäller oavsett om det är en läkare, sjuksköterska eller någon annan som svarar för åtgärderna. Alla erforderliga åtgärder för undersökning, vård och behandling inbegrips. Som exempel kan nämnas provtagningar, laboratorieundersökningar, undersökning och behandling av specialist efter remiss samt läkemedelsförskrivning.

Det görs inte någon åtskillnad mellan öppen och sluten vård. I öppen vård betalar patienten vid andra sjukdomar i de flesta fall en patientavgift. Någon patientavgift skall inte betalas vid samhällsfarlig sjukdom.

Kostnadsfriheten omfattar såväl den undersökning som behövs för att utreda om den undersökte har smittats av en samhällsfarlig sjukdom som den vård och behandling av sjukdomen som därefter krävs. Åtgärden skall vara behövlig med hänsyn till smittskyddet. Detta får dock inte ges en för begränsad tolkning. Kostnadsfriheten gäller samtliga åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Sjukdomar som inte har något samband med den samhällsfarliga sjukdomen liksom skador och komplikationer som uppträder efter det att sjukdomen har

upphört att vara smittsam eller som inte påverkar smittsamheten skall däremot inte medföra gratis hälso- och sjukvård.

För åtgärder av privatpraktiserande läkare är kostnadsfriheten däremot begränsad. Bestämmelser härom ges i *andra stycket*. Där föreskrivs att undersökning för att kunna diagnostisera en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten. Med undersökning avses här även provtagning. Efterföljande vård och behandling av sjukdomen är däremot inte gratis för patienten. Hur många besök hos läkaren som behövs för att diagnostisera en samhällsfarlig sjukdom kan variera från fall till fall. Ibland kan sjukdomen konstateras redan vid första besöket. I andra fall kan det behövas upprepade undersökningar och provtagningar innan sjukdomen kan fastställas. Alla dessa besök hos en privat verksam läkare är gratis för patienten så länge misstanke om en samhällsfarlig sjukdom finns.

Kostnadsfriheten i *andra stycket* gäller endast beträffande de privatpraktiserande läkare som är anslutna till den allmänna försäkringen. Regler om anslutning finns i läkarvårdstaxan. En patient som väljer att uppsöka en privatpraktiserande läkare som inte är ansluten till försäkringen får själv bekosta läkarens arvode.

I *tredje stycket* finns en bestämmelse om att läkemedelsbehandling vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten. På samma sätt som vid undersökning, vård och övrig behandling gäller dock att läkemedelsbehandlingen skall vara behövlig från smittskyddssynpunkt. Inte heller i detta sammanhang får bestämmelsen ges en alltför snäv tolkning. Att läkemedel som kan göra patienten smittfri skall omfattas av kostnadsbefrielse är självklart. Men också läkemedel som inte har denna effekt kan omfattas av bestämmelsen. Om ett läkemedel kan minska smittsamheten genom att t. ex. på olika sätt nedbringa mängden smittämne eller hämma smittämnets tillväxt, bör det hänföras till de läkemedel som omfattas av kostnadsfrihet för patienten. Läkemedlet Retrovir anses ha sådana egenskaper. Om däremot ett läkemedel endast indirekt kan anses ha en effekt på smittspridningen, bör det inte omfattas av kostnadsbefrielsen.

Läkemedlen är gratis för patienten oavsett om de har förskrivits av läkare inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården eller av privatpraktiserande läkare och oavsett om läkaren är ansluten till den allmänna försäkringen eller ej.

Bestämmelsen i *fjärde stycket* begränsar de kostnadsfria förmånerna i paragrafen till dem som är sjukförsäkrade enligt lagen om allmän försäkring.

65 § Landstingskommunen svarar för kostnader för åtgärder som avses i 64 § första stycket samt för kostnader för läkemedel som avses i 64 § tredje stycket och som förordnas inom den egna verksamheten.

Staten svarar för övriga kostnader som följer av 64 §.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag. I gällande lagstiftning finns vissa bestämmelser om kostnadsansvar i 23 § smittskyddslagen samt i 14 och 15 §§ smittskyddskungörelsen.

De undersökningar som utförs och den vård och behandling som lämnas inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och som behövs

med hänsyn till smittskyddet bekostas enligt *första stycket* av landstingskommunerna själva.

Landstingskommunerna skall även svara för kostnaderna för läkemedel. Kostnadsansvaret avser både öppen och slutenvård. När det gäller den öppna vården innebär detta att landstingskommunen svarar för hela kostnaden för läkemedel som förordnas av läkare inom den egna verksamheten.

I *andra stycket* föreskrivs att staten skall ansvara för övriga kostnader till följd av bestämmelserna i 64 §. Det gäller vissa arvoden till privatpraktiserande läkare som är anslutna till den allmänna försäkringen. Sådana läkare får ersättning enligt läkarvårdstaxan (1974:699) för meddelad läkarvård. Ersättningen enligt taxan betalas av dels patienten i form av patientavgift, dels den allmänna försäkringen i form av läkarvårdsersättning. Enligt 64 § *andra stycket* skall patienten inte erlagga någon patientavgift vid besök hos vissa privatpraktiserande läkare för att utreda om samhällsfarlig sjukdom föreligger. Denna kostnad skall följaktligen istället staten stå för.

Bestämmelsen i detta stycke innebär att staten skall svara också för kostnader för läkemedel som förskrivs av privat verksamma läkare. Något krav på att läkaren skall vara ansluten till den allmänna försäkringen ställs inte upp.

Tillsyn

66 § Socialstyrelsen har tillsynen över smittskyddet i landet.

Paragrafen motsvarar 20 § utredarens förslag. I gällande smittskyddslag finns i 3 § första meningen en bestämmelse om socialstyrelsens tillsyn över att smittsamma sjukdomar bekämpas i riket.

I paragrafen anges att socialstyrelsen har tillsynen över smittskyddet. Någon regional eller lokal tillsynsmyndighet finns inte. Smittskyddsorganisationen är istället uppbyggd så, att landstingskommunen och smittskyddsläkaren ansvarar för smittskyddet regionalt medan miljö- och hälsoskyddsnämnderna och enskilda läkare har uppgifter på det lokala planet.

Socialstyrelsens tillsyn över smittskyddet hänger nära samman med styrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tillsynslagen (1980:11). Socialstyrelsen har också jämte statens naturvårdsverk tillsynen över efterlevnaden av hälsoskyddslagen (1982:1080). Detta innebär att fördelar kan vinnas genom att styrelsen samordnar sin tillsyn enligt de nämnda lagarna. Socialstyrelsen bör samarbeta med andra tillsynsmyndigheter med uppgifter av betydelse för smittskyddet, t. ex. livsmedelsverket och arbetarskyddsstyrelsen.

Statens bakteriologiska laboratorium har ställning som ett nationellt expertorgan inom smittskyddet. Det verkar i kraft av sin vetenskapliga och kunskapsmässiga kompetens. Socialstyrelsen saknar i sin fasta organisation motsvarande kompetens. Det är därför av stor betydelse att styrelsen och laboratoriet samverkar effektivt.

67 § Socialstyrelsen har rätt att på begäran få de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

Prop. 1988/89:5

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

I lagrummet föreskrivs en rätt för socialstyrelsen att få tillgång till de upplysningar och handlingar styrelsen behöver för att kunna fullgöra sin tillsyn. Bestämmelsen gäller både muntliga och skriftliga uppgifter samt uppgifter som dokumenterats på annat sätt, t. ex. bandinspelningar. Den som underlåter att till styrelsen lämna ut begärda upplysningar eller handlingar kan med stöd av 68 § vid vite föreläggas att lämna ut dessa. Ytterst kan socialstyrelsen begära biträde av polismyndighet enligt 63 § 6.

68 § Socialstyrelsen får meddela de förelägganden och förbud som behövs i enskilda fall för att denna lag eller föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen skall efterlevas.

Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

I *första stycket* ges socialstyrelsen befogenhet att meddela de förelägganden och förbud som behövs för att lagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen skall efterlevas. Innan ett föreläggande eller förbud meddelas bör socialstyrelsen självklart först försöka att få till stånd rättelse på frivillig väg.

Andra stycket ger socialstyrelsen rätt att sätta ut vite i ett beslut om föreläggande eller förbud. Allmänna bestämmelser om förelägganden eller förbud vid vite och om utdömande av vite finns i lagen (1985:206) om viten.

Att socialstyrelsens beslut enligt denna paragraf får överklagas hos kammarrätten framgår av 54 §.

69 § Socialstyrelsen har rätt att inspektera smittskyddsverksamhet som bedrivs av smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsnämnder och hälso- och sjukvårdspersonal. Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna det biträde som behövs vid inspektionen.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i utredarens förslag eller i gällande smittskyddslag.

För att tillsynen skall bli effektiv måste socialstyrelsen ha rätt att inspektera den smittskyddsverksamhet som bedrivs. En bestämmelse härom har tagits in i denna paragraf. Rätten att inspektera har begränsats till dem som har särskilda uppgifter inom smittskyddet, nämligen smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsnämnder samt behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Vad som avses med hälso- och sjukvårdspersonal framgår av 1 § tillsynslagen. Om det behövs får socialstyrelsen begära biträde av polismyndighet för att kunna genomföra en inspektion (63 § 6).

70 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter

1. om åtgärder för att förhindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet,

2. om andra frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination.

Regeringen får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Regeringen får överlåta åt myndighet att meddela föreskrifter som avses i denna paragraf.

Paragrafen motsvarar i stort 22 § utredarens förslag. Föreskrifter med bemyndiganden för regeringen finns bl. a. i 31, 32 och 34 §§ gällande smittskyddslag.

Den nya smittskyddslagen innehåller en tämligen ingående reglering av smittskyddet. I vissa avseenden kan det dock finnas ett behov av kompletterande eller avvikande bestämmelser.

Första stycket första punkten motsvarar 22 § första stycket första punkten utredarens förslag och 32 § gällande smittskyddslag. Med stöd av bestämmelsen i sistnämnda paragraf har regeringen beslutat karantänsförordningen (1975:1019) samt träffat internationella och nordiska överenskommelser om karantänsväsendet. Avsikten är att se över och anpassa främst karantänsförordningen till den nya smittskyddslagen. Med stöd av bemyndigandet kan regeringen besluta de föreskrifter om karantänsväsendet som kan meddelas i förordning.

I första stycket andra punkten bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om andra frågor inom smittskyddet än sådana som gäller vaccination. Numera finns inte några bestämmelser om obligatorisk vaccination (skyddssympning) i fredstid. Om det skulle uppkomma ett behov av att ånyo införa sådana bestämmelser måste de meddelas i lag.

Bestämmelsen i andra stycket motsvarar i sak 31 § gällande smittskyddslag.

Bestämmelsen i tredje stycket ger regeringen rätt att i sin tur överlåta åt en myndighet att meddela ytterligare föreskrifter, s. k. subdelegation. De myndigheter som kan komma i fråga torde främst vara försvarets sjukvårdsstyrelse, vad gäller frågor som avses i andra stycket, och socialstyrelsen, vad gäller övriga frågor.

Smittskyddet i krig m. m.

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

Bemyndigandet i paragrafen gäller smittskyddet i krig m. m. Bestämmelsen har inte någon direkt motsvarighet i gällande smittskyddslag, men i 30 § ges vissa bestämmelser för krigssituationer. I bestämmelsen föreskrivs att regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet i

bl. a. krig. Regeringen får alltså med stöd av denna paragraf meddela bestämmelser för krigssituationer vilka i erforderlig utsträckning tar över den lagstiftning om smittskydd som gäller under fredstid. Liksom i fråga om annan beredskapslagstiftning kan sådana författningar utfärdas redan i fredstid. Vid krig och beredskap ökar smittskyddet i betydelse genom att risken för epidemier ökar. I sådana situationer är det värdefullt att kunna använda den erfarenhet och kunskap som finns genom att utnyttja den vanliga fredsorganisationen. Smittskyddet är i hög grad beroende av ett etablerat kontaktnät och av att informationskanalerna fungerar. Det finns därför inte någon anledning att ändra organisationen för smittskyddet vid krig och beredskap. Härigenom fullföljs regeln att samma myndighet skall ansvara för en funktion både i fred och krig. Det kan i stället, med hänsyn till vikten av ett fungerande smittskydd i krig, finnas skäl att förstärka den organisation som finns i fred. Landstingen bör då samarbeta med krigslänsstyrelsen ifråga om smittskyddet på samma sätt som ifråga om hälso- och sjukvården.

4.2 Förslaget till lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Enligt förslaget får den som är skäligen misstänkt för brott varigenom HIV-smitta kan ha överförts till annan under vissa förutsättningar undersökas med avseende på HIV-infektion. Bakgrunden till förslaget har tecknats i den allmänna motiveringen (avsnitt 2.18).

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

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

Paragrafen upptar vissa allmänna förutsättningar för att få undersöka en brottsmisstänkt person med avseende på infektion av HIV. Till att börja med krävs att målsäganden har begärt en sådan undersökning samt att den som skall undersökas är *skäligen misstänkt* för brottet. Huruvida en undersökning skall få göras är också beroende av brottets art. Avgörande härvid är om HIV-smitta har kunnat överföras genom brottet. De brott som möjligheten till undersökning tar sikte på har delats upp i två kategorier.

I *första stycket* regleras möjligheterna till undersökning i de fall där brottsmisstanken avser *sexualbrott*. I första hand kan undersökning bli aktuell vid våldtäktsbrott, men självfallet kan risk för överföring av HIV-smitta ha förelegat även vid andra typer av sexualbrott. Möjligheten till undersökning omfattar inte bara fullbordade sexualbrott utan även försök till sådana brott. Av regelns ordalydelse framgår att misstanke om ett sådant sexualbrott där någon risk för smittöverföring inte förelegat, t. ex. koppleri, inte kan föranleda en undersökning.

Enligt *andra stycket* kan undersökning under vissa förutsättningar ske även av den som är misstänkt för annat brott än sådana som avses i första stycket. Lagtexten innehåller inte någon begränsning till vissa brottstyper. Begränsningen sker i stället genom ett krav att det skall på grund av särskilda omständigheter kunna befaras att infektion av HIV överförts till målsäganden genom brottet. Detta innebär att möjligheten till undersökning är mer restriktiv än vid brott som avses i första stycket. Det skall finnas konkreta omständigheter som pekar på att HIV-smitta kan ha överförts genom brottet. För det första måste det röra sig om ett händelseförlopp där det typiskt sett finns risk för att smitta kan ha överförts, t. ex. i samband med att målsäganden blivit skadad av gärningsmannen. Men vidare krävs att det finns särskild anledning anta att gärningsmannen är HIV-smittad. Här kan det inte anses tillräckligt att gärningsmannen är narkotikamissbrukare och alltså tillhör en grupp där HIV-smitta är mera utbredd. Smittorisken måste i det speciella fallet framstå som mer konkret än så. Ett typfall är att den misstänkte själv i samband med brottet gjort uttalanden om att han är smittad.

I undantagsfall torde det, i fråga om såväl sexualbrott som andra typer av våldsbrott, visa sig svårt att bedöma om någon risk för överföring av smitta föreligger. Det kan då vara nödvändigt att innan beslut om undersökning fattas inhämta yttrande från sakkunnig, i första hand en läkare. Genom hänvisning som gjorts i 2 § till förfarandet enligt RB när det gäller kroppsbesiktning möjliggörs att sådant yttrande inhämtas (jfr 23 kap. 14 § och 40 kap. RB).

Det skall slutligen påpekas att de möjligheter till HIV-testning av misstänkta gärningsmän som öppnas enligt förevarande paragraf givetvis inte innebär någon inskränkning i de möjligheter som finns till sådan undersökning enligt RB, i de fall frågan om gärningsmannen var smittad eller ej har betydelse för utredningen av brottet.

2 § I fråga om förfarandet vid beslut om undersökning samt om utförandet av undersökningen gäller bestämmelserna i rättegångsbalken om kroppsbesiktning. Beslut om undersökning skall dock fattas av åklagaren eller rätten.

Målsäganden och åklagaren skall underrättas om resultatet av undersökningen.

Paragrafen innehåller regler om förfarandet vid beslut om undersökning och om undersökningens genomförande. Paragrafen inleds med en allmän hänvisning till RB:s regler om kroppsbesiktning. Hänvisningen innebär bl. a. att reglerna i 28 kap. 4, 9, 12 och 13 §§ RB gäller i tillämpliga delar.

Av hänvisningen följer att blodprov får tas på den misstänkte men att blodprovet endast får tas av en läkare eller en sjuksköterska. Likaså får andra undersökningar göras, om det kan ske utan nämnvärt men för den misstänkte.

Av hänvisningen följer vidare att polisen är skyldig att lämna biträde för att undersökningen skall komma till stånd. I enlighet med vad som föreskrivs i 10 § polislagen (1984:387) kan polisen använda visst våld för att åtgärden skall kunna genomföras. Som angetts under 1 § möjliggör hänvisningen också att yttrande från sakkunnig inhämtas.

Hänvisningen till RB:s regler innebär slutligen att de regler som vid beslut om kroppsbesiktning gäller i fråga om domstols behörighet, om domförhet och om fullföljd av talan mot rättens beslut tillämpas även vid beslut om undersökning enligt denna lag.

I andra meningen i första stycket finns en specialregel i fråga om vem som får fatta beslut om undersökning. Regeln innebär att beslut fattas av åklagaren eller rätten. Av 28 kap. 4 § andra stycket RB, som genom den tidigare nämnda hänvisningen gäller även vid beslut enligt denna lag, får anses följa att målsäganden kan begära beslut av rätten endast sedan åtal väckts. I övriga fall – som med tanke på målsägandens intresse av att snabbt få besked huruvida gärningsmannen är HIV-smittad givetvis kommer att bli de typiska – ankommer det på åklagaren att fatta beslut om undersökning. Det är naturligt att, i den mån målsäganden framför önskemål om undersökning till polisen, denna hjälper till med att vidarebefordra målsägandens önskemål till åklagaren.

Genom bestämmelsen i *andra stycket* införs en rätt för målsäganden att automatiskt få del av resultatet av undersökningen. Även åklagaren skall underrättas om resultatet. I fråga om sekretess för uppgifter om undersökningsresultatet finns regler i 9 kap. 17 och 18 §§ SekrL (jfr i fråga om sexualbrotten även 9 kap. 16 § nämnda lag). Närmare regler om ansvaret för underrättelserna enligt andra stycket avses bli meddelade i förordningsform.

3 § Staten skall svara för kostnaderna för undersökningen.

I denna paragraf har, av skäl som redovisats i den allmänna motivering-
en, intagits en regel om att staten alltid skall stå för kostnaderna för undersökning enligt denna lag. De vanliga reglerna i RB om fördelningen av ansvaret för rättegångskostnaderna gäller således inte.

4.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Den underrättelseskyldighet till målsäganden varom föreskrivs i 2 § lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål, innebär en reglering av utlämnande till enskild av uppgifter som kan vara sekretessbelagda enligt förevarande paragraf. En förutsättning för att undantag från sekretessen gentemot enskild skall få regleras i någon annan författning än sekretesslagen är att den lagen innehåller en hänvisning till undantagsbestämmelsen (se 2 kap. 2 § andra stycket tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 2 § SekrL). En hänvisning till den särskilda lagstiftningen om undersökning för HIV-smitta har tagits in i *fjärde stycket*.

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslagen till

1. smittskyddslag,
2. lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål,
3. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100).

6 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

Den särskilde utredarens sammanfattning av förslaget till ny smittskyddslag i betänkandet (SOU 1985:37) Om smittskydd¹

Smittskyddslagen

Allmänna utgångspunkter för en ny smittskyddslag

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser om bekämpandet av smittsamma sjukdomar i landet. Under de senaste decennierna har många förändringar skett beträffande de smittsamma sjukdomarnas omfattning och spridningssätt. Den sociala utvecklingen, som bl. a. har lett till bättre boendeförhållanden, hygien och kosthållning, har haft gynnsamma effekter på smittskyddssituationen. Övergången till en storskalig livsmedelsindustri liksom den fortsatta urbaniseringen har dock i viss mån haft en motsatt verkan. Det allt vanligare resandet till främst sydliga och tropiska länder har ändrat förutsättningarna för spridning av smittsamma sjukdomar. Också ändrade livsstilar och levnadsvanor har haft betydelse i sammanhanget. Kunskaperna om vissa smittämnen och sjukdomar har förbättrats, vilket har lett till förbättrade möjligheter att diagnostisera sjukdomarna. Även behandlings- och vårdmöjligheterna har härigenom förbättrats. Dessa omständigheter påverkar helt naturligt smittskyddets utformning.

Inom hälso- och sjukvården har landstingens uppgifter och ansvar successivt utvidgats. Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som trädde i kraft den 1 januari 1983, har landstingens ansvar härför ökat ytterligare. Ansvaret innefattar även skyldighet att vidta förebyggande åtgärder. I denna skyldighet ingår enligt utredarens uppfattning också åtgärder för att förebygga smittspridning. Detta vidgade ansvar för landstingen måste beaktas vid utarbetandet av en ny smittskyddslag.

I samband med socialstyrelsens omorganisation år 1981 avskaffades länsläkarväsendet. Även denna reform liksom den nya hälsoskyddslagen (1982:1080), som trädde i kraft den 1 juli 1983, påverkar förutsättningarna för smittskyddets organisation.

De sjukdomar som regleras i den nya lagen kallas allmänfarliga sjukdomar – särregleringen av de veneriska sjukdomarna upphör

Den nya smittskyddslagens tillämpningsområde begränsas till verkligt illvarliga smittsamma sjukdomar på samma sätt som i gällande lag. Dessa sjukdomar benämns allmänfarliga. I princip gäller den nuvarande lagen visserligen alla smittsamma sjukdomar, men huvudparten av de konkreta bestämmelserna avser enbart allmänfarliga eller veneriska sjukdomar.

¹ Vissa redaktionella justeringar har gjorts i sammanfattningen.

Särregleringen av de veneriska sjukdomarna föreslås upphöra. En av de sjukdomar som idag är venerisk, nämligen syfilis, blir att betrakta som allmänfarlig i den nya lagen. Genom förslaget att slopa särregleringen av de veneriska sjukdomarna läggs större vikt vid sjukdomarnas hälsorisker än vid förhållandet att smittämnen kan överföras vid sexuell kontakt. Detta bör på sikt kunna leda till en öppnare attityd till de sexuellt överförbara sjukdomarna, vilket underlättar smittskyddsarbetet vid dessa sjukdomar.

Genom att de veneriska sjukdomarna inte längre särregleras upphör också den särskilda straffbestämmelsen som finns i nuvarande lag beträffande sexuellt umgänge vid venerisk sjukdom.

Även om den nya smittskyddslagen således gäller enbart allmänfarliga sjukdomar måste det betonas att bekämpandet av övriga smittsamma sjukdomar självfallet också är mycket viktigt och skall fortsätta. Det kan dock ske inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården – eventuellt med stöd av smittskyddsorganisationen – och i samråd med den enskilde. Liksom idag skall vissa sjukdomar utöver de allmänfarliga vara anmälningspliktiga enligt den nya smittskyddslagen, bl. a. gonorré och klamydia-infektion.

Tre kriterier ställs upp för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig

Liksom idag skall det ankomma på regeringen att bestämma vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga. Utredaren anser emellertid att det av rättssäkerhetsskäl skall anges i lagen under vilka förutsättningar en sjukdom skall få förklaras vara allmänfarlig. Med allmänfarliga sjukdomar avses sådana smittsamma sjukdomar.

1. som har hög smittsamhet eller kan få explosiv utbredning,
2. som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och
3. mot vilka det finns lämpliga personinriktade åtgärder som kan vidtas för att hindra att sjukdomarna sprider sig.

Alla tre kriterierna måste föreligga samtidigt. De två första bildar tillsammans ett mått på den hälsorisk en sjukdom kan ha på individen och indirekt på samhället, medan det tredje utgår från möjligheterna att bekämpa sjukdomen. Utifrån dessa kriterier skall prövas om en sjukdom kan vara allmänfarlig. Kriterierna innebär en begränsning i möjligheten att förklara sjukdomen för allmänfarlig. Däremot föreligger ingen skyldighet för regeringen att förklara sjukdomen allmänfarlig om kriterierna är uppfyllda. Om en sjukdom effektivare kan bekämpas utanför smittskyddslagens ram, finns det naturligtvis inte något skäl att förklara den allmänfarlig. Denna grundläggande princip för lagstiftningen har lett till att flera av de sjukdomar som f. n. är allmänfarliga, inte längre bör vara det, medan andra bör bli det.

Aids

Enligt utredningens bedömning uppfyller aids kriterierna på allmänfarlighet. De formella förutsättningarna för att låta smittskyddslagens bestämmelser gälla även denna sjukdom föreligger således.

Flera olika faktorer medverkar dock till att det traditionella smittskyddsarbetet kan behöva ges en delvis ändrad inriktning för att man med framgång skall kunna bekämpa smittspridningen. Sjukdomens långa inkubationstid försvårar arbetet med smittspårning. Avsaknaden av botande och behandlande åtgärder kan inverka negativt på den enskildes benägenhet att själv söka läkare. De speciella riskgrupper det framför allt är fråga om, homo- och bisexuella män samt narkomaner som missbrukar narkotika intravenöst, innebär att okonventionella och tidigare oprövade åtgärder kan behöva tillgripas. Det kan bl. a. krävas att skyddet förstärks för den personliga integriteten beträffande dem som omfattas av lagen.

Utredaren är inte beredd att lämna något slutligt förslag till om aids bör ingå som en allmänfarlig sjukdom i den nya smittskyddslagen. Ett ställningstagande i denna fråga bör bygga på de kunskaper om sjukdomen och den epidemiologiska situation som råder när en ny smittskyddslag skall träda i kraft.

Landstingen får ansvaret för smittskyddet

Ansvaret för smittskyddet åvilar enligt gällande smittskyddslag främst kommunerna, genom sina miljö- och hälsoskyddsnämnder, och länsstyrelserna. Nämnderna och länsstyrelserna saknar emellertid numera i huvudsak den medicinska kompetens som krävs för att kunna ansvara för ett effektivt personinriktat smittskydd. Denna kompetens finns hos landstingen, som i dag har vissa uppgifter vid de veneriska sjukdomarna. Det är också oftast landstingen som genom hälso- och sjukvården först kommer i kontakt med sjuka och smittade och som behandlar och vårdar dem. Landstingen har dessutom i regel överblick över sjukligheten inom ett tillräckligt stort befolkningsområde för att man skall kunna dra slutsatser om spridningsmönster och smittkällor. Utredaren anser därför att landstingen skall ha ansvaret för smittskyddet. Detta innebär en förenkling för den enskilde som behöver ha kontakt med enbart en instans såväl för själva behandlingen av sjukdomarna som för de åtgärder som kan behövas ur smittskyddssynpunkt. Landstingens ansvar för smittskyddet sammanfaller vidare till viss del med dess skyldigheter att bedriva förebyggande verksamhet. Den högsta tillsynen över smittskyddet skall även i fortsättningen tillkomma socialstyrelsen. Styrelsen skall därvid biträddas av statens bakteriologiska laboratorium i dess egenskap av expertorgan.

Den nya lagen gäller enbart s. k. personinriktade åtgärder

Landstingens förutsättningar att bedriva smittskyddsarbete gäller självfallet främst med avseende på åtgärder som riktas mot människor. Smitthindrande åtgärder som kräver ingrepp mot objekt är andra myndigheter mer lämpade att handha, och sådana åtgärder kan redan i dag vidtas med stöd av annan lagstiftning. Miljö- och hälsoskyddsnämnden kan t. ex. med stöd av livsmedelslagen (1971:511) ingripa mot livsmedel som för smitta. Enligt hälsoskyddslagen (1982:1080) skall nämnden också bekämpa sanitära olägenheter inom framför allt byggnader och andra anläggningar samt i vat-

ten. Till sanitära olägenheter bör enligt utredaren även smittämnen räknas. Andra exempel på lagstiftning som kan användas för att vidta åtgärder mot smittspridande objekt är renhållningslagen (1979:596), miljöskyddslagen (1969:387) och arbetsmiljölagen (1977:1160). Objektinriktade åtgärder för att hindra smittspridning kan således redan i dag ske med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagen. Utredaren anser därför att landstingens ansvar för smittskyddet enligt den nya smittskyddslagen skall begränsas till enbart sådana åtgärder som riktar sig mot människor. Därigenom blir ansvarsfördelningen klarare mellan landstingens personinriktade åtgärder enligt smittskyddslagen och andra myndigheters objektinriktade enligt annan lagstiftning. En sådan fördelning av arbetsuppgifterna inom smittskyddet kräver en omfattande och smidig samverkan mellan myndigheterna.

Smittskyddsläkaren leder smittskyddet

Utredaren föreslår att det inom varje landstingskommun skall finnas en smittskyddsläkare som utses av landstinget. Denne föreslås få fler arbetsuppgifter och en vidare befogenhet än vad nuvarande smittskyddsläkare har. Smittskyddsläkaren skall vara den i landstinget som under hälso- och sjukvårdsnämnden leder och planerar smittskyddet. Smittskyddsläkaren skall följa och övervaka de allmänfarliga sjukdomarna inom området och vara en kunskapskälla för övrig personal inom smittskyddet. Också i det enskilda fallet skall smittskyddsläkaren leda arbetet och besluta om lämpliga åtgärder. Smittskyddsläkaren skall tilläggas myndighetsuppgifter och kunna besluta om olika rättigheter och skyldigheter för enskilda. Läkareundersökning och isolering på sjukhus skall således, liksom bindande förhållningsregler för de smittade, beslutas av smittskyddsläkaren. Dessa beslut fattas enligt nuvarande lag av bl. a. distriktsläkaren, miljö- och hälso- skyddsnämnden, länsstyrelsen och länsrätten beroende på bl. a. vilken typ av sjukdom det gäller.

Varje läkare åläggs uppgifter inom smittskyddet

Även om smittskyddsläkaren skall ha ansvaret för smittskyddet också i det enskilda fallet anser utredaren att en stor del av smittskyddsarbetet bör kunna bedrivas "på fältet" där den enskilde söker vård. Till skillnad från den nuvarande lagen åläggs "varje läkare" uttryckligen en skyldighet att bedriva visst smittskyddsarbete och göra vissa epidemiologiska utredningar. Detta innebär emellertid inte någon direkt utvidgning av läkarnas nuvarande arbetsuppgifter utan bör kunna ske inom ramen för den ordinarie s. k. anamnesupptagningen. Vidare skall läkarna lämna information till patienten om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder patienten bör vidta för att hindra smittspridning. Detta stämmer väl överens med den informationsskyldighet läkarna har enligt hälso- och sjukvårdslagen. Denna skyldighet enligt den föreslagna smittskyddslagen gäller både privat verksamma läkare och andra offentligt anställda läkare än smittskyddsläkarna.

Varje läkare som uppmärksammar fall av allmänfarlig sjukdom skall även i fortsättningen vara skyldig att göra anmälan härom. Även vissa andra sjukdomar skall anmälas. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium. Utredaren har strävat efter att hålla nere antalet anmälningspliktiga sjukdomar. Detta bör öka tillförlitligheten i anmälningarna. Om det skulle föreligga ett behov av att följa utbredningen av någon annan smittsam sjukdom bör det kunna ske genom olika former av begränsade och riktade undersökningar.

Läkarundersökning och isolering på sjukhus får vidtas mot den enskildes vilja

En grundläggande förutsättning för ett effektivt smittskyddsarbete är att vissa åtgärder kan få vidtas utan den enskildes samtycke. Den enskildes intressen får här vika för samhällets. Utredaren har strävat efter att begränsa dessa åtgärder till de absolut nödvändigaste. Dessa är enligt utredarens mening läkarundersökning och isolering på sjukhus. Läkarundersökning är en förutsättning för att ytterligare åtgärder skall kunna vidtas. Isolering på sjukhus är den yttersta åtgärden som kan tillgripas för att hindra smittspridning. Dessa båda åtgärder får därför också enligt den nya lagen genomföras även mot den enskildes vilja. Däremot får ingen, till skillnad mot vad som föreskrivs i nuvarande lag, tvingas att genomgå behandling med läkemedel eller annan medicinsk behandling. Behandling till smittfrihet är ingen oundgänglig åtgärd för att hindra smittspridning. Utredarens förslag harmonierar så till vida bättre än den gällande lagen med hälso- och sjukvårdslagen där det stadgas att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten.

Information blir en viktig del i smittskyddsarbetet

Det är utredarens uppfattning att en stor del av smittskyddsarbetet bör bestå av information och upplysning. Varje läkare skall enligt lagen ha en skyldighet att informera den smittade om den aktuella sjukdomen. Dessa direkta upplysningar till den enskilde bör emellertid kompletteras med mer allmänt riktad information som utarbetas centralt av bl. a. socialstyrelsen. Den kan t. ex. gälla vissa sjukdomar och rikta sig till dem som drabbas härav och deras anhöriga. Informationen kan också riktas till en speciell grupp, exempelvis utlandsresenärer, eller till allmänheten och massmedia. Informationsutbytet mellan socialstyrelsen och hälso- och sjukvården är en viktig del av smittskyddet.

Undersökning, vård och behandling som behövs ur smittskyddssynpunkt föreslås bli kostnadsfria för den enskilde

Utredaren föreslår att läkarundersökningar och isolering på sjukhus som meddelas genom landstingens försorg efter anmodan eller beslut av smitt-

skyddsläkaren skall vara kostnadsfria för den enskilde. Likaså skall fortsatt undersökning, vård och behandling som behövs ur smittskyddssynpunkt vara kostnadsfri såväl i slutet som i öppen vård. Det senare är en utvidgning av vad som gäller enligt nuvarande lag. Den som på egen misstanke om allmänfarlig sjukdom söker läkare skall erlägga patientavgift. Utredaren är inte beredd att föreslå kostnadsfrihet för läkemedel. Det högkostnadsskydd som gäller enligt andra författningar får anses tillräckligt. Genom utredarens förslag att inte särreglera de veneriska sjukdomarna betraktas dessa som vilka andra sjukdomar som helst. Syfilis föreslås dock bli allmänfarlig och därmed blir vården kostnadsfri för den enskilde. Starka skäl talar emellertid för att undersökning och behandling av de båda sexuellt överförbara sjukdomarna gonorré och klamydiainfektion också bör vara kostnadsfri. Enligt utredaren bör det emellertid ankomma på landstingen själva att besluta i denna fråga.

Karantänsväsendet bör anpassas till den nya smittskyddsorganisationen

Regeringen bör även i fortsättningen få möjlighet att meddela föreskrifter om karantänsväsendet. I och med att landstingen får ansvaret för smittskyddet och det begränsas till åtgärder mot personer bör också karantänsväsendet inrättas så att det passar dessa förändringar. Organisationen och regelsystemet bör kunna förenklas och i så hög utsträckning som möjligt inlemmas med övrig lagstiftning som reglerar smittspridning. Utredaren lägger emellertid inte något direkt förslag i dessa frågor.

Kostnader och finansiering

I kostnadshänseende innebär utredarens förslag till ny smittskyddslag att kommunernas kostnader för personinriktade åtgärder för att hindra smittspridning kommer att minska. I stället får landstingen ökade kostnader härför. Utredaren beräknar kostnadsökningen till ca 8 milj. kr. per år. Landstingens hälso- och sjukvård finansieras, förutom av landstingsskatt, till väsentlig del av ersättning från den allmänna försäkringen. Av dessa medel lämnas f. n. särskild ersättning för förebyggande vård och sådan ersättning kan förväntas utgå även i fortsättningen. Utredaren anser att en del av denna ersättning bör användas för smittskydd.

Den särskilde utredarens förslag till smittskyddslag och smittskyddsförordning

Prop. 1988/89:5
Bilaga 2

Förslag till

Smittskyddslag

Härigenom föreskrivs följande.

Tillämpningsområde

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om skydd för befolkningen mot att allmänfarliga smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

I 8 § finns bestämmelser om att även andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga skall vara anmälningspliktiga.

2 §

Regeringen bestämmer dels vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga, dels vilka andra sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga.

Med allmänfarliga sjukdomar avses sådana smittsamma sjukdomar

1. som har hög smittsamhet eller kan få explosiv utbredning,
2. som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och
3. som genom lämpliga personinriktade åtgärder kan hindras att sprida sig.

3 §

Med smittskydd avses i denna lag personinriktade åtgärder för att hindra att smittämnen som kan orsaka allmänfarliga sjukdomar sprids bland människor.

Utöver vad som föreskrivs i denna lag finns i andra författningar bestämmelser som är av betydelse för att hindra smittspridning av såväl allmänfarliga som andra smittsamma sjukdomar.

Landstingskommunernas ansvar för smittskyddet

4 §

Varje landstingskommun svarar för smittskyddet inom sitt område. I varje landstingskommun skall det finnas en smittskyddsläkare.

Landstingskommunen skall i frågor som rör smittskyddet samverka med andra myndigheter som har uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Vad som sägs i denna lag om landstingskommun skall också gälla kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

Den smittades skyldigheter

5 §

Med smittad förstås i denna lag

den som har en allmänfarlig sjukdom eller

den som utan att vara sjuk för smittämne som kan orsaka allmänfarlig sjukdom.

Med smittad jämställs den som skäligen kan misstänkas ha en allmänfarlig sjukdom eller bära smittämne som kan orsaka en sådan sjukdom.

Prop. 1988/89:5

Bilaga 2

6 §

Den smittade är skyldig att

1. på anmodan av smittskyddsläkaren söka läkare samt låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om en allmänfarlig sjukdom föreligger,

2. till läkaren lämna för smittskyddet nödvändiga uppgifter om vilka personer smittämnet kan ha kommit från och till vilka det kan ha förts vidare samt lämna upplysningar i övrigt om-varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare,

3. följa smittskyddsläkarens förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt,

4. följa smittskyddsläkarens beslut om isolering på sjukhus enligt 12 §.

Varje läkares uppgifter inom smittskyddet

7 §

Varje läkare skall uppmärksamma förekomsten av allmänfarliga sjukdomar i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet och därvid utföra de undersökningar som behövs för att fastställa om en sådan sjukdom föreligger. Vid undersökningen skall läkaren försöka utröna sjukdomens smittkälla och smittvägar samt till vilka andra människor smittämnet kan ha spritt sig.

Läkaren skall ge den smittade information om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder den smittade bör vidta för att hindra smittspridning.

8 §

Läkaren skall anmäla fall av konstaterad eller skäligen misstänkt allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium. Sådan anmälningsskyldighet gäller även vid varje anmärkningsvärd anhopning av fall av andra smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar.

Om läkaren har anledning att anta att den smittade inte kommer att följa de råd som läkaren skall ge enligt 7 § andra stycket eller om läkaren kan konstatera att den smittade inte har följt givna råd, skall läkaren omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Smittskyddsläkarens uppgifter

9 §

Smittskyddsläkaren skall inom landstingsområdet

1. planera, organisera och leda smittskyddsarbetet under hälso- och sjukvårdsnämnden,

2. följa och övervaka förekomsten av allmänfarliga sjukdomar,

3. stödja personal med smittskyddsuppgifter i deras arbete,

4. även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd.

10 §

När smittskyddsläkaren har fått en anmälan om allmänfarlig sjukdom enligt 8 § första stycket skall han skyndsamt vidta behövliga åtgärder för att leda det fortsatta smittskyddsarbetet.

Smittskyddsläkaren får besluta om förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt för den smittade.

Om objektrinriktade åtgärder kan komma ifråga skall smittskyddsläkaren skyndsamt underrätta berörd tillsynsmyndighet om anmälan.

Beslut om läkarundersökning

11 §

Om det behövs från smittskyddssynpunkt får smittskyddsläkaren anmoda den smittade att söka läkare för undersökning. Läkaren skall snarast lämna uppgift om resultatet av undersökningen till smittskyddsläkaren.

Om den smittade inte följer anmodan får smittskyddsläkaren besluta att den smittade skall inställa sig för undersökning hos en läkare, som smittskyddsläkaren skall anvisa.

Beslut om isolering på sjukhus

12 §

Smittskyddsläkaren får besluta att den smittade skall isoleras på sjukhus

1. om det finns risk för smittspridning och
2. om isolering framstår som den enda tänkbara åtgärden för att hindra smittspridning eller om den smittade inte kan eller vill medverka till andra åtgärder.

13 §

Smittad som är isolerad på sjukhus enligt 12 § får hindras att lämna sjukhuset.

Underrättelse om smittskyddsläkarens beslut, m. m.

14 §

Smittskyddsläkaren skall underrätta den smittade om innehållet i sina beslut om förhållningsregler enligt 10 § andra stycket, om läkarundersökning enligt 11 § andra stycket och om isolering på sjukhus enligt 12 §. Den smittade skall därvid upplysas om hur beslutet kan överklagas. Om underrättelsen har skett muntligt skall den smittade utan dröjsmål även få ett skriftligt meddelande om innehållet i beslutet.

15 §

Smittskyddsläkarens beslut som anges i 14 § får överklagas hos länsrätten genom besvär. Besluten skall gälla omedelbart om det inte sägs något annat i besluten.

16 §

Polismyndigheten skall lämna det biträde som behövs för att

1. genomföra läkarundersökning enligt 11 § andra stycket,
2. föra en smittad till sjukhus för isolering enligt 12 §,
3. återföra en smittad, som har avvikit från ett sjukhus där han enligt beslut av smittskyddsläkaren skall vara isolerad, eller kvarhålla honom där.

Begäran om biträde enligt första stycket får göras av smittskyddsläkaren. Biträde enligt första stycket 3 får även begäras av den läkare som ansvarar för vården.

Den smittades kostnader för läkarundersökning

17 §

Läkarundersökning enligt 11 §, som utförs vid en landstingskommunal vårdinrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg, är kostnadsfri för den smittade.

Isolering på sjukhus enligt 12 § som meddelas genom landstingets försorg är kostnadsfri för den smittade.

18 §

Annan läkarundersökning än enligt 11 § av den som söker vård på grund av misstanke om allmänfarlig sjukdom är inte kostnadsfri vid det första läkarbesöket. Den undersökning, vård och behandling som därefter är behövlig från smittskyddssynpunkt och som meddelas vid en landstingskommunal vårdinrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg är kostnadsfri för den smittade.

Ansvarsbestämmelse

19 §

Den som inte följer smittskyddsläkarens beslut
om förhållningsregler enligt 10 § andra stycket,
om läkarundersökning enligt 11 § andra stycket eller
om isolering på sjukhus enligt 12 § döms till böter.

Tillsyn

20 §

Socialstyrelsen utövar tillsynen över smittskyddet.

Förberedelser för krigs- och beredskapstillstånd

21 §

Landstingskommunerna skall under fredstid vidta förberedelser för smittskyddet under krigs- och beredskapstillstånd.

22 §

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter

1. om åtgärder för att förhindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet,
2. om smittskyddet för försvarsmakten,
3. om smittskyddet i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara,
4. samt även i övrigt enligt denna lag till skydd för enskilda.

Regeringen får överlåta åt annan myndighet att meddela föreskrifter enligt 1–2 och 4.

-
1. Denna lag träder i kraft den
 2. Genom lagen upphävs smittskyddslagen (1968:231).

Förslag till
Smittskyddsförordning

Prop. 1988/89:5
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs följande

1 §

Följande sjukdomar skall vara allmänfarliga:

Amöbadysenteri	Marburgssjukdom
Difteri	Meningokockinfektion
Dysenteri	Mjältbrand
Ebolasjukdom	Paratyfoid
Gula febern	Pest
Hepatit A	Polio
Hepatit B	Salmonellos
Hepatit non-A non-B	Syfilis
Kolera	Tuberkulos
Lassafeber	Tyfoidfieber

2 §

Följande sjukdomar skall, jämte de allmänfarliga sjukdomarna, vara anmälningspliktiga:

Botulism	Ornitos
Gonorré	Rabies
Klamydiainfektion	Stelkramp
Legionärssjuka	Trikinos
Malaria	Tularemi
Mikrobiell matförgiftning	

3 §

Anmälan enligt 8 § första stycket smittskyddslagen om allmänfarlig sjukdom skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, födelstid, bostadsadress och telefonnummer,
2. hur smittämnet kan ha spritts samt namn, bostadsadress och födelsetid på de personer smittämnet kan ha kommit från och förts vidare till,
3. de råd läkaren har gett den smittade enligt 7 § andra stycket smittskyddslagen,
4. huruvida den smittade är intagen på vårdinrättning.

Anmälan skall göras på blankett fastställd av socialstyrelsen, som också får utfärda ytterligare föreskrifter om vilka uppgifter anmälan skall innehålla.

4 §

Anmälan enligt 3 § skall göras senast dagen efter det att sjukdomen har konstaterats. Om det är påkallat från smittskyddssynpunkt skall anmälan göras så snart sjukdomen skäligen kan misstänkas.

Om det krävs snabba åtgärder för att hindra att sjukdomen sprider sig skall en preliminär anmälan göras omgående per telefon eller på motsvarande sätt.

Socialstyrelsen skall utfärda föreskrifter om innehållet i anmälan enligt 8 § första stycket smittskyddslagen om andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga. Styrelsen skall därvid även ange på vilket sätt och inom vilken tid anmälan skall göras.

6 §

Smittskyddsläkaren skall skriftligen underrätta den behandlande läkaren om sina förhållningsregler enligt 10 § andra stycket smittskyddslagen.

Den behandlande läkaren skall se till att den smittade iakttar förhållningsreglerna. Efterföljs de inte skall den behandlande läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Läkare och sjuksköterskor i landstingskommunal tjänst är skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren biträda i kontrollen av att smittskyddsläkarens förhållningsregler efterlevs av de smittade samt även i övrigt bistå smittskyddsläkaren i dennes arbete.

7 §

Smittskyddsläkaren får i anmodan att söka läkare enligt 11 § första stycket smittskyddslagen ange vilka undersökningar och provtagningar läkaren skall utföra.

8 §

Om den som skall vara isolerad på sjukhus enligt 12 § smittskyddslagen avviker från sjukhuset skall den läkare som ansvarar för vården omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

9 §

Socialstyrelsen skall utfärda föreskrifter om smittskydd avseende resande till och från landet för att hindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet.

10 §

Statens bakteriologiska laboratorium skall sammanställa anmälningar som har gjorts enligt 8 § första stycket smittskyddslagen samt sända sammanställningarna till de myndigheter, läkare och veterinärer som berörs av dem.

11 §

Försändelse med anmälan till smittskyddsläkaren eller statens bakteriologiska laboratorium enligt smittskyddslagen eller denna förordning behöver inte frankeras. Försändelsen skall förses med beteckningen Anmälan enligt SFS 1986:00 samt med avsändande läkares namn.

Socialstyrelsen skall kostnadsfritt tillhandahålla blanketter och formulär som är behövliga för anmälan av allmänfarliga och övriga anmälningspliktiga sjukdomar.

1. Denna förordning träder i kraft den
2. Genom förordningen upphävs smittskyddskungörelsen (1968:234).

Sammanställning av remissyttranden över den särskilde utredarens betänkande (SOU 1985:37) Om smittskydd

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av riksåklagaren, domstolsverket, rikspolisstyrelsen, försvarets sjukvårdsstyrelse, civilbefälhavaren i östra civilområdet, socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statens bakteriologiska laboratorium, generaltullstyrelsen, skolöverstyrelsen, lantbruksstyrelsen, statens livsmedelsverk, statens naturvårdsverk, arbetarskyddsstyrelsen, kammarkollegiet, statens veterinärmedicinska anstalt, hovrätten över Skåne och Blekinge, kammarrätten i Göteborg, länsrätterna i Stockholms, Östergötlands, Malmöhus samt Göteborgs- och Bohus län, försäkringsrätten för Södra Sverige, länsstyrelserna i Stockholms, Östergötlands, Malmöhus samt Göteborgs och Bohus län, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, samtliga läns landstingskommuner utom Blekinge läns landstingskommun (som avstått från att yttra sig), Botkyrka, Gotlands, Göteborgs, Härjedalens, Malmö, Sigtuna, Sundsvalls, Västerviks och Ystads kommuner samt Stockholms stad, Försäkringskasseförbundet, Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Svenska läkaresällskapet, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF), Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för sexuell likaberättigande (RFSL) och Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar.

Centralorganisationen SACO/SR, som avstått från att avge eget yttrande, har hänvisat till yttranden av Sveriges läkarförbund, Sveriges naturvetareförbund, Sveriges psykologförbund, Sveriges tandläkarförbund och Sveriges socionomers, personal- och förvaltningstjänstemäns riksförbund.

Riksåklagaren har bifogat yttranden från överåklagarna i Stockholm och Göteborg samt från regionåklagarmyndigheterna i Umeå och Luleå.

Socialstyrelsen har bilagt yttranden från följande ledamöter i styrelsens vetenskapliga råd, professorerna Ragnar Norrby, Per-Anders Mårdh och Göran Wadell samt lagmannen Bertil Wennergren.

Flera landstingskommuner har bifogat yttranden från sina respektive smittskyddsläkare.

Svenska arbetsgivareföreningen har förklarat att föreningen avstår från att yttra sig.

Yttranden har dessutom inkommit från tre hälsovårdsinspektörer och en byråinspektör i Sollentuna kommun samt från en infektionsläkare i Stockholm.

Allmänna synpunkter

Betänkandet har mottagits huvudsakligen positivt av remissinstanserna. Bland de remissinstanser som i allt väsentligt tillstyrkt förslagen kan nämnas riksåklagaren, rikspolisstyrelsen, socialstyrelsen, statens naturvårdsverk, hovrätten över Skåne och Blekinge, försäkringsrätten för södra

Sverige, flertalet länsstyrelser, Landstingsförbundet, flertalet landstingskommuner, hälften av kommunerna, LO, TCO och SHSTF.

Kritiska synpunkter på huvuddragen i förslagen har framförts av främst länsrätterna i Stockholms och Östergötlands län, Kommunförbundet, Sigtuna kommun och Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet.

I två avseenden har mer principiell kritik riktats mot betänkandet. Det ena gäller utredarens förslag att begränsa en ny smittskyddslag till endast s. k. personinriktade åtgärder. Det andra gäller utredarens behandling av rättssäkerhetsaspekterna i samband med tvångsåtgärder mot enskilda. Många instanser har efterlyst en klarare belysning av sekretessfrågorna.

I det följande lämnas en redovisning av remissinstansernas mer utförliga kommentarer till utredarens förslag i de olika delarna. Inte annat än undantagsvis anges de instanser som helt kort tillstyrkt eller avstyrkt de olika förslagen eller lämnat dem utan erinran. Detta innebär att huvudsakligen kritiska synpunkter på förslagen redovisas i det följande. En sammanfattande bedömning av remissutfallet i de olika frågorna ges i stället i samband med att respektive fråga behandlas i den allmänna motiveringen.

Sjukdomarna i smittskyddslagen

Socialstyrelsen

Lagens tillämpningsområde har begränsats till att gälla enbart allmänfarliga sjukdomar. Någon särreglering av veneriska sjukdomar har inte föreslagits. Socialstyrelsen ansluter sig till denna uppfattning.

Utredaren har uppsatt tre kriterier, som samtliga skall vara uppfyllda, för att en sjukdom skall kunna anses som allmänfarlig. Även om en sammantagen bedömning härvid skall göras kan ifrågasättas det lämpliga i att uppställa tre kriterier på sätt som utredaren föreslår. Samtliga måste då ovillkorligen vara uppfyllda. Dessa kan emellertid, som också utredaren framhåller, inte ses isolerade från varandra. Sålunda kan en viss personinriktad åtgärd vara olämplig vid en lindrig sjukdom medan den kan vara nödvändig vid en svårartad sjukdom med stor spridningshastighet. Socialstyrelsen anser följaktligen att det avgörande för att en sjukdom skall klassificeras som allmänfarlig är den *samlade* bedömningen som gjorts med *ledning* av de tre kriterierna. Detta bör framgå av lagtexten.

Statens bakteriologiska laboratorium

SBL delar utredningens uppfattning att särregleringen av veneriska sjukdomar bör upphöra. Inte minst erfarenheterna från ansträngningarna att begränsa spridningen av HTLV-III infektioner (som bör omfattas av smittskyddslagen) visar emellertid att det fortfarande kan behövas vissa skärpta sekretesskrav för STD. SBL föreslår att inte bara HTLV-III infektioner och syfilis utan också gonorré och chlamydiainfektioner skall ingå bland de "allmänfarliga", bl. a. på grund av dessa sjukdomars stora utbredning och frekvens av bestående skador. Behovet av en formell grund för samhällsin-satser för att bekämpa dessa sjukdomar stärks också av att de främst

drabbar ungdomar och resurssvaga riskgrupper. Därför är också kostnadsfrihet vid diagnos och behandling av betydelse. Det är vidare betydelsefullt att landstingen behåller nuvarande effektiva system med kuratorverksamhet vid venerologmottagningarna för omhändertagande och kontaktspårning. Detta är ett beprövat system, som nu finns likformat över hela landet. Det vore till stor nackdel för bekämpningen av STD om enskilda landsting skulle frestas lägga ner denna verksamhet av besparingsskäl som en följd av att gonorré tas bort från nuvarande reglering och chlamydia inte tas in i listan över "allmänfarliga" sjukdomar. (Chlamydia beräknas förekomma hos en tiondel av befolkningen i de sexuellt mest aktiva åldrarna.) Såväl gonorré som chlamydiainfektioner bör omfattas av förslagets § 11–16 samt § 19. Det är viktigt att landstingen har samma policy när det gäller bekämpande av STD (inkl. kostnadsfrihet). Detta garanteras bäst genom att alla för individ och samhälle betydelsefulla STD behandlas lika i smittskyddslagen.

SBL understryker att HTLV-III infektion bör ingå, inte enbart AIDS, som är ett av slutstadierna av infektionen. Infektionen kan dels manifestera sig på olika sätt och dels innebära smittbärarskap utan symtom under mycket lång tid.

SBL har övervägt om infektion med herpes simplex och papillomvirus bör ingå i listan över "allmänfarliga", för vilket starka skäl talar, men funnit att det av praktiska skäl ännu är för tidigt att inkludera dem.

Uttrycket "allmänfarlig" passar inte på flera av de smittsamma sjukdomar som bör ingå i listan. Det överensstämmer inte heller med internationell praxis. Det vore bättre att tala om sjukdomar som regleras av smittskyddslagen "smittskyddsreglerade" och dela upp dessa i två grupper, A och B. B avser sådana sjukdomar (STD) där erfarenheten visar att kodsystem eller andra åtgärder erfordras för att stärka skyddet av den smittades identitet och för att få patientens medverkan.

Skolöverstyrelsen

Trots att de angivna kriterierna för att en sjukdom ska räknas som allmänfarlig är uppfyllda för HTLV-3-smitta lämnas i förslaget denna sjukdom helt utanför lagstiftningen, med hänvisning till det större behovet av skydd för den enskildes integritet. SÖ anser detta otillfredsställande. Skyddet för den enskildes integritet kan tillgodoses genom att de sexuellt överförbara sjukdomarna som är jämförbara med allmänfarliga sjukdomar (syfilis, HTLV-3 och även gonorré och chlamydia) hänförs till en speciell grupp med en emotionellt oladdad beteckning, t. ex. grupp B. För denna grupp kan då införas delvis andra regler framför allt vad gäller skyddet för patienternas integritet.

Lantbruksstyrelsen

Lantbruksstyrelsen delar de av utredaren uppställda kriterierna för att en sjukdom skall anses vara allmänfarlig likaså att lagen begränsas till personinriktade åtgärder. Det framskymtar emellertid en viss osäkerhet i defini-

tionen. Under punkt 1.2.3 (sid. 50) påpekas att endast sjukdomar vilka sprids från människa till människa skall klassas som allmänfarliga.

I avsnittet med specialmotiveringar utökas tillämpningsområdet att också gälla indirekt spridning via djur, livsmedel och ventilationsanläggningar. Den utökade tolkningen ger en enligt lantbruksstyrelsens åsikt mer önskvärd möjlighet till ingripande men i konsekvens härmed borde också ornithos klassas som allmänfarlig.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Arbetskyddsstyrelsen

Det finns anledning att ifrågasätta begreppet "allmänfarliga sjukdomar" som i föreliggande förslag ges en ny innebörd än tidigare. Här finns risk för begreppsförvirringar.

Det kan också påpekas att man från socialstyrelsen i samband med ett regeringsuppdrag att hindra spridning av allmänfarliga patogener från mikrobiologiska laboratorier påpekat att begreppet omfattar en större grupp än de som orsakar allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddskungörelsen.

Förtydliganden av detta slag skulle inte behövas om man i smittskyddslagen använde en benämning som direkt syftar på ändamålet med lagstiftningen, t. ex. smittskyddssjukdomar eller smittskyddsklassade sjukdomar.

Utredaren påpekar också att beteckningen inte är helt adekvat, men har föreslagit den därför att den är vedertagen och välkänd. Häremot kan anföras att beteckningen har fått en ny innebörd och att det just därför kan vara olämpligt att använda en beteckning som tidigare använts i en något annorlunda betydelse.

Statens veterinärmedicinska anstalt

I utredningens förslag anges tre kriterier för att en sjukdom skall förklaras som allmänfarlig. Utredningen tolkar på sidan 56 kriterierna så att endast sjukdomar där människan sprider smitta vidare kan vara allmänfarlig medan på sidan 150 även djur och föremål inbegrips. SVA förutsätter att den senare tolkningen är den korrekta.

Utredaren framför att smittsamma sjukdomar som ej uppfyller de tre kriterierna och alltså ej kan förklaras som allmänfarliga ändå kan bekämpas med hjälp av annan befintlig lagstiftning. Det förefaller tveksamt om sådan lagstiftning för närvarande alltid kan tillämpas, exempelvis vid bekämpning av i naturen förekommande insekter vilka kan sprida sjukdom till människa.

Hovrätten över Skåne och Blekinge

Kommittén föreslår att det, liksom i dag, skall ankomma på regeringen att bestämma vilka sjukdomar som lagen skall tillämpas på. Vidare föreslår kommittén att det i lagen anges under vilka förutsättningar en smittsam sjukdom kan förklaras allmänfarlig. Hovrätten har inget att invända mot denna ordning. De tre kriterier som anges i förslaget får anses på ett tillfredsställande sätt tillgodose de rättssäkerhetskrav som kan ställas.

Förutom allmänfarliga sjukdomar förekommer begreppet anmälningspliktiga sjukdomar i förslaget utan att innebörden av begreppet närmare preciseras. Några tvångsåtgärder är inte knutna till dessa sjukdomar. Däremot kan uppgifter om enskildas personliga förhållanden bli föremål för registrering hos smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Hovrätten kan i och för sig förstå svårigheterna från medicinsk synpunkt att uppställa några kriterier men vill i alla fall betona önskvärdheten av att så sker med hänsyn till att reglerna om de anmälningspliktiga sjukdomarna i viss mån berör den personliga integriteten.

I betänkandet föreslås att särregleringen beträffande de veneriska sjukdomarna upphör. Av de nuvarande veneriska sjukdomarna är det bara syfilis som föreslås bli förklarad allmänfarlig. Genom ändring i smittskyddsförordningen den 1 november 1985 (SFS 1985:742) hänförs infektion av LAV/HTLV-III (internationell benämning: AIDS virus infection) numera till de veneriska sjukdomarna. Enligt utredaren föreligger de formella förutsättningarna för att infektion av LAV/HTLV-III skall kunna förklaras som en allmänfarlig sjukdom i den nya smittskyddslagen. Något slutligt förslag i denna del har utredaren inte varit beredd att lämna, utan hänvisat till att ett ställningstagande i denna fråga bör bygga på de kunskaper som finns om sjukdomen och den epidemiologiska situation som råder när den nya smittskyddslagen träder ikraft. Genom att hänföra infektion av LAV/HTLV-III till de veneriska sjukdomarna anser hovrätten att utredarens bedömning kommit i ett annat läge. Ett ställningstagande till om infektion av LAV/HTLV-III skall hänföras till gruppen allmänfarliga sjukdomar bör göras på utredningsstadiet. De särskilda smittskyddsåtgärder som kan bli aktuella beroende på utgången av detta ställningstagande bör bli föremål för närmare utredning. Hovrätten vill i detta sammanhang särskilt peka på de sekretessfrågor som kan uppkomma vid kontakter mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och den enskilde.

Kammarrätten i Göteborg

Kommittén gör gällande att sjukdomen AIDS, som anses utgöra ett betydande hot mot folkhälsan, uppfyller kravet på hög smittsamhet. Dels läker den inte ut utan fortsätter att smitta, dels blir därigenom antalet tillfällen att smitta andra stort. Smittvägarna för AIDS är emellertid mycket begränsade. Den som håller sig utanför dessa kan umgås med AIDS-smittade på arbetsplatser, i hem och sällskapsliv utan någon risk för smitta. Med normalt språkbruk kan därför AIDS knappast anses ha hög smittsamhet. Sjukdomen kan inte heller få en explosiv utbredning.

Vidare är kammarrätten tveksam till kravet att en sjukdom måste kunna hindras att sprida sig för att kunna anses som allmänfarlig. Om spridningen av en sjukdom inte kan hindras utan endast kan motverkas, måste sjukdomen anses väl så allmänfarlig.

Mot bakgrund av det som anförts ovan bör den föreslagna lagtexten ändras så att varje tvekan undanröjs om att det går att hänföra AIDS till de allmänfarliga sjukdomarna. I enlighet härmed kan andra stycket förslagsvis få ungefär följande lydelse:

”Med allmänfarliga sjukdomar avses i denna lag sådana sjukdomar som kan spridas genom smitta bland människor och

1. som har hög smittsamhet eller kan befaras få stor utbredning hos befolkningen,
2. som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och
3. vars spridning kan motverkas genom lämpliga personinriktade åtgärder.”

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Länsrätten i Stockholms län

Det kan ifrågasättas om förslaget att regeringen skall bestämma vilka sjukdomar som skall anses allmänfarliga är förenligt med 2 kap. 12 § regeringsformen. Det är enligt länsrättens uppfattning i vart fall inte lämpligt. Påståendet att ett riksdagsbeslut inte hinner avvaktas stöds knappast av att lagstiftningen behövt ändras en gång sedan 1968 (då ifråga om HTLV-III efter en mycket lång betänketid). För övrigt kan man lätt skapa en ventil för brådskande fall.

Redan i 1 § kommer man in på frågan om lagen skall reglera smittämnen eller sjukdomar.

Den beskrivning som ges i 2 § av förutsättningarna för att en sjukdom av regeringen skall kunna förklaras som allmänfarlig är samtidigt för obestämd och för stelbent.

Beskrivningen innehåller en lång rad oprecisa värderingar, hög smittsamhet, explosiv utbredning, hög dödlighet, lämpliga personinriktade åtgärder. Samtidigt ger den till synes inte utrymme för den viktigaste avvägningen av alla nämligen att man vid de mest allvarliga sjukdomarna bör kunna godta en mindre smittfara och tvärtom.

5 § får rimligen inte tillåtas täcka in annat än sjukdomar i smittsamt skede. Jämställdhetsregleringen kan inte utformas så som skett i andra stycket. Misstänkt smittade kan inte i alla hänseenden i lagen jämföras med konstaterade smittade. åtminstone i 10–12 §§ måste misstänkt smittade särregleras.

Länsrätten i Göteborgs och Bohus län

Allmänfarliga sjukdomar

En av förutsättningarna för att en sjukdom skall kunna klassificeras som allmänfarlig är att den genom lämpliga personinriktade åtgärder kan hindras att sprida sig. En sjukdom där det ännu inte finns effektiva medel för att hindra smittan att sprida sig är ju än mer allmänfarlig. Länsrätten vill därför ifrågasätta om inte definitionen bör ändras så att även sådana sjukdomar omfattas av begreppet allmänfarliga sjukdomar. I sådana fall måste det rimligen finnas ett starkt behov av åtgärder för att begränsa sjukdomen så långt det är möjligt. I detta sammanhang vill länsrätten ifrågasätta om det är lämpligt att i en lag som handlar om allmänfarliga sjukdomar ge regeringen befogenhet att bestämma vilka andra sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga, jfr 2 § lagförslaget.

Försäkringsrätten för Södra Sverige

Vad därefter avser lagens tillämpningsområde instämmer försäkringsrätten i utredarens motivering för att slopa särregleringen av de veneriska sjukdomarna och låta lagen omfatta samtliga s k allmänfarliga sjukdomar. Försäkringsrätten instämmer också i att av hänsyn till rättssäkerheten de krav som gäller för att en sjukdom skall få förklaras som allmänfarlig bör anges i lagen. Det är dock ändamålsenligt att – i likhet med vad som gäller idag – regeringen avgör vilka sjukdomar som skall förklaras som allmänfarliga. Härvidlag önskar försäkringsrätten anmärka att avgränsningen av gruppen allmänfarliga sjukdomar även får betydelse vad avser arbetsskadeförsäkringen. I 5 § andra punkten förordningen 1977:284 om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd finns en hänvisning till vad som upptagits som allmänfarlig sjukdom i gällande smittskyddskungörelse. Smittskyddet skall enligt förslaget gälla enbart personinriktade åtgärder. Eftersom objektinriktade åtgärder kan vidtas med stöd av annan lagstiftning instämmer försäkringsrätten i bedömningen att det finns skäl att begränsa lagen till att avse personinriktade åtgärder.

Länsstyrelsen i Stockholms län

Tillämpningsområdet för den nya smittskyddslagen föreslås begränsas till verkliga allvarliga smittsamma sjukdomar – allmänfarliga sjukdomar. Länsstyrelsen tillstyrker de kriterier som utredningen ställt upp för att en sjukdom skall förklaras vara allmänfarlig. Länsstyrelsen har inte något att erinra mot förslaget om att särregleringen av de veneriska sjukdomarna skall upphöra. Detta kan väntas medföra en öppnare attityd till dessa sjukdomar varigenom smittskyddsarbetet med att bekämpa dessa kommer att underlättas.

Definitionen av allmänfarlig sjukdom är mycket klar i de två första kriterierna medan det tredje kriteriet är tyvärr mera tänjbart eftersom lämpliga åtgärder kan bedömas olika. Vi finner att det är *olyckligt* att så strikt kräva att de åtgärder som skall kunna vidtas för att en sjukdom ska kallas allmänfarlig måste vara *personinriktad*, eftersom i praktiken många fall uppstår, där det är ogörligt att dra en skarp gräns mellan person och objekt. Vidare kan både person- och objektinriktade åtgärder krävas samtidigt. Vidare framgår inte av lagen vilken myndighet som vid sådana tillfällen har det övergripande och beslutande ansvaret. Detta är olyckligt då det kan fördröja eller omintetgöra ett adekvat ingripande.

Östergötlands läns landsting

Beträffande *förslaget till smittskyddslag*, § 2, avseende definition av allmänfarlig sjukdom framföres följande synpunkter:

Svårigheten att uppfylla samtliga tre kriterier för allmänfarlig sjukdom

enligt 2 § är uppenbar vilket framgår av kommenterande text till klassifikationsförslaget.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

En ändring i lagförslaget bör ske. För att klassificera en sjukdom såsom allmänfarlig bör räcka att minst två av tre i förslaget angivna kriterierna ska vara uppfyllda.

Avskaffandet av särreglering av venerisk sjukdom ser vi som positivt.

Kalmar läns landsting

I tidigare smittskyddslag har länsstyrelsen haft möjlighet att förklara även andra sjukdomar än de som upptagits i smittskyddskungörelsen som allmänfarliga om förhållandena så erfordrat. Denna möjlighet har varit delegerad till smittskyddsläkaren vid Kalmar läns landsting. Därigenom har smittskyddsläkaren haft möjlighet att begära in anmälningar med epidemiologiska data på nytillkomna sjukdomar. I Kalmar län har detta skett för campylobacterinfektioner och varit av oskattbart värde när det gällt att bedöma smittrisen av och smittspridningen vid denna infektion.

Möjlighet att tillfälligt förklara en sjukdom som likvärdig med de allmänfarliga kan vara av mycket stort värde bl.a. vid smittspridning på institutioner med t.ex. streptokocker eller giardia lamblia. Det har då varit nödvändigt att provtaga såväl vårdnadstagare som person och anhöriga och för att kunna få bukt med smittan krävs att samtliga medverkar. Finns då möjligheten att åberopa skyldighet enligt smittskyddslagen är detta oftast tillräckligt för att få den nödvändiga uppslutningen.

Göteborgs och Bohus läns landsting

Enligt förvaltningsutskottet bör det räcka med att två av dessa kriterier är uppfyllda, om regeringen av andra skäl finner det motiverat att förklara en smittsam sjukdom för allmänfarlig. Det är tillfredsställande att särregleringen av veneriska sjukdomar försvinner.

Västmanlands läns landsting

Utredningen anför tre kriterier för att en infektionssjukdom skall anses allmänfarlig. Från medicinsk synpunkt kan det ifrågasättas om inte det sista kriteriet rörande möjligheterna till personinriktade åtgärder kan utlämnas. Det kan också ifrågasättas om smittsamhet behöver vara hög eller explosiv (första kriteriet) för att sjukdomen skall kunna kallas allmänfarlig.

Föreslagna kriterier för allmänfarlighet kan lätt ge upphöv till missförstånd angående allvaret av en infektiös sjukdom eller till underskattning av dess betydelse. Att benämna en sjukdom som allmänfarlig bör vara samhällets sätt att markera vikten av att spridning av sjukdomen på något sätt bekämpas. Landstinget förutsätter att den nya smittskyddslagstiftningen så utformas att den även innefattar regleringen av HTLV-III-infektionen/AIDS.

Även om man i princip kan ansluta sig till förslaget att ta bort särregleringen av veneriska sjukdomar anser landstinget tiden inte mogen för ett

sådant steg. Skälet härför är bl. a. AIDS-utvecklingen med den betydande samvariation med andra sexuellt överförbara sjukdomar. Man bör därför tänka sig att behålla vissa huvudsakligen sexuellt överförbara sjukdomar i en särskild grupp i syfte att kunna spåra smittkällan och stoppa smittspridningen. Både chlamydia- och gonorré-sjukdomar fyller i övrigt utredarens förslag på allmänfarlig sjukdom och ett alternativ är därför att rubricera dessa sjukdomar som allmänfarliga och på detta sätt markera deras betydelse.

Gävleborgs läns landsting

De tre kriterier som uppställts i 2 § av den föreslagna lagen är alltför kategoriska om de ovillkorligen skall uppfyllas samtidigt. Kravet bör istället vara att minst två av de tre kriterierna skall vara uppfyllda för att en sjukdom skall förklaras vara allmänfarlig.

Södermanlands läns landsting

Utskottet instämmer också i tanken att inte särreglera de veneriska sjukdomarna utan låta dessa ingå i den allmänna smittskyddslagen.

Som en följd av att de veneriska sjukdomarna inte längre omfattas av smittskyddslagen kommer behandlingen inte att vara kostnadsfri för den enskilde. Detta kan enligt utskottet utan tvekan bli ett hinder i smittskyddsarbetet, som rimligen bör vara en angelägenhet för hela landet och inte bara det enskilda landstinget. Utskottet vill därför framhålla vikten av att kostnadsfri behandling bibehålls, för bl. a. de veneriska sjukdomarna.

Västernorrlands läns landsting

Särregleringen av de veneriska sjukdomarnas upphörande kan enligt utskottet på sikt leda till en öppnare attityd visavi de sexuellt överförbara sjukdomarna. Detta kan i sin tur underlätta smittskyddsarbetet.

Uppsala läns landsting

Det är en fördel att särregleringen av veneriska sjukdomar avskaffas.

Kronobergs läns landsting

Särregleringen av de veneriska sjukdomarna är otidsenlig och onödig. Förslaget att denna skall upphöra är därför bra. Likaså är det bra att gonorré endast blir anmälningspliktig.

Älvsborgs läns landsting

Den särskilda smittbestämmelsen som finns i nuvarande lag beträffande sexuellt umgänge vid veneriska sjukdomar har medfört att smittade ej sökt behövlig vård, vilket medfört olägenheter ur smittskyddssynpunkt. Försla-

get medför att bekämpningen av veneriska sjukdomar underlättas, vilket är positivt.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Kopparbergs läns landsting

Förslaget till definition av allmänfarliga sjukdomar synes borga för en strikt men ändå flexibel tillämpning av begreppet. Definitionen tillstyrks därför.

Östergötlands, Jönköpings och Örebro läns landsting har tillstyrkt att särregleringen av de veneriska sjukdomarna upphör. Jönköpings läns landsting har tillstyrkt de föreslagna kriterierna på allmänfarliga sjukdomar.

Stockholms kommun

Utöver de ovan redovisade kriterierna för allmänfarlig sjukdom vill vi föreslå att lagstiftaren överväger ett fjärde kriterium, nämligen följande:

– sjukdomen kan bekämpas effektivare inom ramen för smittskyddslagen.

Med ett sådant förtydligande klargörs att sjukdomen inte skall behöva klassas som allmänfarlig om det går att bekämpa den på annat sätt än att behöva åberopa smittskyddslagen.

Ystads kommun

Miljö- och hälsoskyddsnämnden delar utredarens bedömning om det nödvändiga i att klargöra vilka sjukdomar som kan hänföras till allmänfarliga men finner vid betraktande av de förslag till allmänfarliga sjukdomar och andra anmälningspliktiga sjukdomar som närmare behandlas i bilaga 3 till utredningen att man inte sällan behövt göra undantag ifrån kravet att samtliga tre kriterier skall vara uppfyllda. Det är därför miljö- och hälsoskyddsnämndens uppfattning att specificeringen av de krav som ställs upp för att en smittsam sjukdom skall kunna betraktas som allmänfarlig omarbetas så att en bättre överensstämmelse med rådande förhållanden och en klarare vägledning för framtiden erhålles.

Göteborgs kommun

Det tredje kriteriet på allmänfarlig sjukdom bör anges i en vidare form. Med denna definition kan icke en vektorburen sjukdom, t. ex. av fästingar, eller en livsmedelsburen sjukdom anses som "allmänfarlig". Ordet "explosiv" kan vidare ifrågasättas i det första kriteriet.

I § 5 definieras de smittade. I nu gällande smittskyddslag anges att lagen endast gäller sjukdom i smittsamt skede. Denna begränsning återfinns ej i lagförslaget. En sådan begränsning är emellertid angelägen bl. a. av rätts-säkerhetssynpunkt men även med hänsyn till att arbetsinsatser eljest blir utförda i onödan. Exempel på sjukdomar nu aktuella är tuberkulos och hepatit medan AIDS på sikt kan bli aktuell i detta sammanhang.

Mot föreslagen ändring vad gäller indelning och omfattning av allmänfarlig sjukdom har nämnden inte något att erinra.

Malmö kommun har tillstyrkt att särregleringen av veneria upphör.

SACO/SR – Sveriges läkarförbund

Läkarförbundet delar utredarens uppfattning att de krav som från rättssäkerhetssynpunkt måste ställas på handläggningen av frågor om vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga – och därmed kunna medföra tvångsåtgärder – bl a kan tillgodoses genom att riksdagen i den nya smittskyddslagen fastlägger kriterier vilka måste vara uppfyllda för att en sjukdom av regeringen skall kunna klassificeras som allmänfarlig. Det är emellertid tveksamt om föreslagna kriterier fått den utformning som kan anses önskvärd. Vissa av de sjukdomar som utredaren har betecknat som allmänfarliga uppfyller nämligen – enligt den bedömning som redovisas i bilaga 3 till betänkandet – endast till en del de uppställda kriterierna. Utredaren har trots detta "vid en samlad bedömning" valt att föra dem till gruppen allmänfarliga sjukdomar. En sådan tillämpning är inte ägnad att öka respekten för lagen. Det kan med anledning härav med visst fog hävdas att det varit lämpligare att i lagen kräva att endast två av de tre kriterierna skulle vara uppfyllda för att en sjukdom skulle kunna klassificeras som allmänfarlig.

Läkarförbundet delar utredarens uppfattning att ett upphävande av den nuvarande särregleringen av de veneriska sjukdomarna på sikt bör leda till en öppnare attityd till dessa sjukdomar. Tvångsmedlens borttagande bör därtill göra de som lider av venerisk sjukdom mer benägna att söka vård. Övervägande skäl talar mot bakgrund härav mot en särreglering.

Ett upphörande av särregleringen får emellertid inte leda till att den nuvarande organisationen, där bl a kuratorer ingår, som under åren byggts upp för att effektivt bekämpa sjukdomar som i huvudsak överförs sexuellt, raderas. Tvärtom måste den erfarenhet – som finns på bl a venereologiska mottagningar – av att diskutera känsliga sexualrelationer och som kunnat användas och varit till nytta vid bekämpandet av HTLV-III-infektioner tas till vara. Denna organisation kan användas i profylaktiskt och aggressivt epidemiologiskt syfte såsom för information i gymnasieskolor och screeningverksamhet. Ett bibehållande av de enheter som är specialiserade på epidemiologien kring sexuellt överförbara sjukdomar bör således utgöra en stabil grund för vidare epidemiologiskt arbete.

SACO/SR – Sveriges socionomers, personal- & förvaltningstjänstemäns riksförbund

Utredaren föreslår att särregleringen av veneriska sjukdomar skall upphöra. Det är INTE diskriminerande att särbehandla, tvärtom är det ett sätt att visa patienten att vi har respekt för dessa sjukdomar. Enda sättet att

underlätta smittskyddsarbetet vid dessa sjukdomar (sid 10 i utredningen) är att lägga ett förslag på hur man skall bedriva smittskyddsarbetet med epidemiologiska utredningar vid sexuellt överförbara sjukdomar. Att inte lägga ett förslag på föreskrifter i lag eller förordning kommer att innebära en mycket stor risk för raserande av den organisation där bl. a. kuratorer ingår som under åren byggts upp för att effektivt bekämpa sjukdomar som i huvudsak överföres sexuellt. Vad som starkt talar för en särreglering av sexuellt överförbara infektioner är den förändring i kungörelsen som gjordes 1 november 1985 då HTLV-III infördes under denna. Oron inför denna förändring har varit mycket stor både bland personal och blivande patienter. Det vore därför mycket olyckligt om denna upprivande debatt med förnyade misstankar om utökat tvång och registrering skulle komma tillbaka igen. Bibehålles HTLV-III-infektionerna tillsammans med övriga sexuellt överförbara infektioner inom en lagtext kommer dessutom nu fungerande enheter som är specialiserade på epidemiologin kring sexuellt överförbara infektioner att bibehållas och utgöra en stabil grund för vidare epidemiologiskt arbete. Att diskutera känsliga sexualrelationer har kuratorerna på venerologiska mottagningar stor erfarenhet av. Denna erfarenhet har visat sig vara av stor nytta vid bekämpande av HTLV-III-infektionerna. Den nuvarande organisationen kan också användas i mer utåtriktat epidemiologiskt förebyggande arbete såsom undervisning i skolor, screeningverksamheter osv.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås därför en särreglering av sjukdomar som i huvudsak överföres sexuellt. Hit borde hänföras HTLV-III-infektioner, AIDS, syfilis, gonorré, chlamydiainfektioner, ulcus molle, herpes och condyloma acuminata. För denna grupp av sjukdomar bör föreskrivas att anmälan av inträffat fall göres till smittskyddsläkare samt statens bakteriologiska laboratorium. Anmälan skall, i motsats till förslagen i utredningen om allmänfarliga sjukdomar, inte omfatta namn eller fullständigt födelsennummer på den sjuke. De föreslagna föreskrifterna i § 3 i smittskyddsförordningen om anmälan är omöjliga att tillämpa på syfilis och HTLV-III-infektioner. Istället bör nuvarande regler gälla att behandlande läkare, antingen själv ansvarar för att partner som kan vara smittad kommer för undersökning eller att läkaren hänskjuter detta ansvar till smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren skall alltså åläggas att medverka i det epidemiologiska arbetet vid dessa sjukdomar på samma sätt som vid allmänfarliga sjukdomar (§ 9 och § 10 i förslaget till smittskyddslag). § 11–16 samt § 19 bör gälla även för denna grupp av i huvudsak sexuellt överförda sjukdomar.

Svenska Läkaresällskapet

Av undersökningsmaterialet framgår att även sjukdomar med låg eller måttlig dödlighet i smittskyddssammanhang kan betraktas som allvarliga om de ger bestående skador hos den som har infekterats t. ex. invaliditet, sterilitet och förhöjd risk för följsjukdomar – eller om de har stor utbredning, (s. 55). Det kunde synas naturligt om utredaren i sin tillämpning av lagförslaget strikt sökt följa lagens avsikt som den fastläggs i specialmo-

tiveringen (s. 149) nämligen "att skydda befolkningen mot smittspridning". Lagen är emellertid inte obligat på så sätt att den innebär en skyldighet för regeringen att förklara en sjukdom allmänfarlig om den uppfyller kriterierna. I flera fall har opinionsskäl och andra sekundära skäl fått väga tyngre än hälsoskäl med inkonsekvenser i såväl medicinsk som rättslig bedömning som följd.

Exempelvis lämnas AIDS tills vidare helt utanför lagstiftningen trots att angivna kriterier anses uppfylla (s. 66). Som skäl anføres bl. a. faran för att många homo- och bisexuella män skulle undandra sig samarbetet med hälso- och sjukvården och en förmodan att många som misstänker sig ha blivit smittade skulle dra sig för att söka läkare. Vidare skulle erforderliga förhållningsregler som enligt lagen skall ges till smittade med allmänfarlig sjukdom vad gäller AIDS kunna innebära betydande inskränkningar i integriteten samtidigt som de på grund av ofullständigheten i kunskaperna om smittspridningsmekanismer etc kan komma att visa sig vara mindre väl lämpade eller onödiga. Sällskapet konstaterar att AIDS har stora likheter med hepatit vad beträffar riskgrupper, spridning, tillgänglighet för terapi osv. Den huvudsakliga skillnaden är en väsentligt högre mortalitet vid AIDS. Att i ett sådant läge klassificera hepatit B men ej AIDS som allmänfarlig kan medföra bristande respekt för lagen. Sällskapet vill återkomma till klassningen av AIDS i samband med diskussionen om sexuellt överförbara sjukdomar.

Än mer påtaglig blir bristen i konsekvens vid beaktande av att den nya lagen till skillnad från den gamla inte begränsas till sjukdom i smittsam skede (§ 5), ett förhållande som i första hand rör tuberkulos och hepatit. Detta motiveras med att "Även andra åtgärder som inte finns angivna i lagen ingår i smittskyddet, t. ex. information till allmänheten och förebyggande hälsokampanjer. Dessa åtgärder anknyter inte till ett speciellt sjukfall utan är allmänna. På grund av detta kan inte tillämpningen av lagen begränsas till enbart sjukdomarnas smittsamma skede. En sådan bestämmelse är huvudsakligen värdefull för att skydda enskilda mot tvångsåtgärder i obefogade situationer", (s. 150–151). Sällskapet vill betona att de skäl som är huvudargument för lagstiftningen måste ges ett adekvat genomslag i tillämpningen. Sålunda borde sjukdomar som uppfyller kriterierna på allmänfarlighet med någon form av automatik omfattas av lagstiftningen medan åkommor som ej uppfyller dessa kriterier lämnas utanför. Speciella situationer kan hanteras genom dispensregler. Ett sådant system skulle ge mindre utrymme för inkonsekvenser och godtycke.

Svenska Läkaresällskapet delar utredningens grunduppfattning "att man istället för att betona att en sjukdom är sexuellt överförbar bör lägga vikt vid sjukdomens hälsorisker för den enskilde och omgivningen. Om en sexuellt överförbar sjukdom är så allvarig att samhället ytterst måste ha en möjlighet att ingripa med tvångsåtgärder bör sjukdomen självfallet liksom andra allvarliga sjukdomar omfattas av smittskyddslagen". Av detta skäl upptas syfilis under gruppen allmänfarliga sjukdomar. Läkaresällskapet vill emellertid framhålla att också andra veneriska sjukdomar medför sådana hälsorisker att en smittskyddsreglering utöver den anmälningsplikt som nu föreslås för gonorré och chlamydia är motiverad.

Chlamydia ger liksom gonorré upphov till äggledarinflammation som i sin tur kan leda till sterilitet. Chlamydia trachomatis förekommer troligen hos en tiondel av befolkningen i åldrarna 18 till 30 år. Nya fakta visar att sjukdomen kan kompliceras med inflammationer i buken och på leverytan. Smittämnet kan även orsaka långdragna ledinflammationer. Spädbarn kan få ögonskador och lunginflammationer om inte sjukdomen behandlas (s. 60).

Sexuellt överförda herpes simplex infektioner utgör ett växande medicinskt problem och ett otvetydigt hot mot folkhälsan av likvärdig betydelse som gonorré och chlamydiainfektioner. Behandlingsmetoder med antivirala medel finns utarbetade och registrering av antivirala läkemedel mot genital herpes infektion kan förväntas under -86.

Humant papillomvirus ger upphov till genitala vårtor. Samtidigt finns en otvetydig association mellan utveckling av livmodercancer och papillomvirus typerna 16 och 18.

HTLV-III smitta överförs så gott som uteslutande genom sexuella kontakter och genom överföring av blod och blodprodukter. Sedan den 1/11 1985 omfattar den kungörelse som reglerar venerisk smitta även HTLV-III.

Det föreligger enligt Svenska Läkaresällskapet starka hälsoskäl för att även fortsättningsvis smittskyddsreglera vissa sexuellt överförbara sjukdomar i första hand HTLV-III, syfilis, gonorré, chlamydia och ulcus molle, med möjlighet att när tiden är mogen och praktiska möjligheter förefinns inkludera även andra åkommor såsom primär genital herpes och chondyloma acuminata. Genital herpes utgör genom sitt recidiverande sjukdomsförlopp ett stort hälsoproblem för drabbade patienter, och väckte berättigad allmän oro innan problemet överskuggats av AIDS. Sällskapet föreslår att sjukdomen intensivstuderas i något sjukvårdsområde innan slutlig ställning tas till ev smittskyddsreglering.

Sällskapet har stor respekt för utredningens synpunkter att "en öppnare attityd till de sexuellt överförbara sjukdomarna underlättar smittskyddsarbetet" men vill ifrågasätta om en sådan attitydförändring är tillfyllest för att uppnå den effekt på folkhälsan lagen syftar till. Idag finns en särskild organisation med uppgift att spåra och bekämpa veneriska sjukdomar. Kuratorerna som verkar vid veneriska mottagningar förutsättes även fortsättningsvis bistå smittskyddsläkaren (s. 79). Utan explicit stöd i lagtexten riskerar emellertid existerande organisation och rutiner för epidemiologiskt utredningsarbete att bli föremål för inskränkningar. Utredaren lägger inget förslag, med undantag för syfilis, för hur verksamheten skall bedrivas.

Svenska Läkaresällskapet föreslår att AIDS, gonorré, chlamydia och ulcus molle tillsammans med syfilis jämföras med allmänfarliga sjukdomar men behandlas som en särskild grupp med delvis andra regler vad gäller skyddet för patienternas integritet. Hur sådana regler skall utformas diskuteras för närvarande vad gäller AIDS (se vidare under 1.6 sekretess).

För uppspårning av smittkälla bör nuvarande regler gälla att behandlande läkare antingen själv ansvarar för att partner som kan vara smittad kommer för undersökning eller att läkaren hänskjuter detta ansvar till

smittskyddsläkaren. Denne skall alltså åläggas att medverka i det epidemiologiska arbetet även vid dessa sjukdomar (jfr § 9 och § 10 smittskyddslagen). § 11–16 samt § 19 bör gälla även här.

Betydelsen av kostnadsfrihet skall inte heller underskattas. Den enskildes kostnader för läkarundersökning kan regleras antingen genom att låta § 17 och § 18 gälla eller kan det ankomma på landstingen själva att besluta om ev kostnadsfrihet såsom utredaren anför beträffande gonorré och chlamydiainfektioner (s. 103–104). Det är dock viktigt att landstingen har samma policy när det gäller kostnadsfrihet. Genom att som ovan skisserats i huvudsak behålla nuvarande lagstiftning kan påbörjat arbete att begränsa HTLV-III smitta fortsätta ostört av nya debatter om tolkningar av författningen och föreskrifter med misstankar om tvång och registrering. Den nuvarande lagstiftningen och de föreskrifter socialstyrelsen har utgivit täcker de flesta behov. Möjligen behöver den speciella situationen i narkomanvården bättre beaktas. Mycket arbete läggs ner på att finna en acceptabel praxis för alla de inblandade. Eftersom många är ovana vid smittskyddsarbete innebär detta stora satsningar i utbildningen och mycket arbete att få fram ett fungerande system.

Smittskyddslagen skulle sammanfattningsvis enligt Svenska Läkaresällskapets förslag reglera två grupper, dels 1) de som utredaren betecknar allmänfarliga, dels 2) de sexuellt överförbara. Sällskapet skulle för sin del föredra beteckningen smittskyddsreglerade sjukdomar grupp A och B som mindre emotionellt laddade begrepp. Härvid skulle syfilis flyttas från grupp A till B samt gonorré och chlamydia till grupp B från gruppen anmälningspliktiga sjukdomar tillsammans med AIDS och ulcus molle som lämnats utanför förslaget.

RFSU

RFSU vill inledningsvis framhålla att förbundet vidhåller sin uppfattning att det är olämpligt att förhindra smittspridning av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) genom tvångsåtgärder. Smittskyddsarbetet måste istället byggas på information, frivillighet och snabb och kostnadsfri behandling. Tvångsåtgärder får vidtas endast som sista utväg och då endast under noggrant angivna omständigheter.

RFSU anser det riktigt att avskaffa särbehandlingen av de veneriska sjukdomarna. Det bör verksamt bidra till att avdramatisera de sjukdomarnas karaktär om samtliga allmänfarliga sjukdomar ges en gemensam beteckning. Att särbehandlingen upphör får dock inte innebära minskade resurser och sämre behandling av STD.

Utredaren har föreslagit tre kriterier som samtliga ska föreligga för att en sjukdom ska betraktas som allmänfarlig. Det första kriteriet är att sjukdomen ska ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning. Det kriteriet är väl avvägt.

Det andra kriteriet, att sjukdomen ska ha hög dödlighet eller kunna ge bestående skador, synes inte vara begränsat. Eftersom det avses sjukdomsförlopp där sjukdomen inte behandlas, kan snart sagt varje sjukdom ge bestående skador om åtgärder inte vidtas. Det andra kriteriet borde

därför ges det tillägget, att det ska gälla sjukdom som kan ge bestående skador i *betydande omfattning*.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Det tredje kriteriet är att sjukdomen ska vara sådan att lämpliga personinriktade åtgärder kan hindra smittspridningen. Kriteriet förefaller meningslöst. Förmodligen är kriteriet uppställt för att särskilja de allmänfarliga sjukdomarna från dem som inte sprids genom smitta från människor. Om det är detta som avses vore det bättre att skriva så. Det är nämligen alltid lämpligt med information, som onekligen är en personinriktad åtgärd, för att hindra smittspridning. Det är svårt att se att det tredje kriteriet utgör någon som helst begränsning av lagens tillämpningsområde.

Som förslaget nu är utformat förefaller "lämpliga personinriktade åtgärder" avse behandling som innebär att smittspridning stoppas, att den smittade tillfrisknar eller blir smittfri. Av kommitténs avsnitt om AIDS framgår emellertid att det är fråga om ett avsevärt vidare begrepp nämligen information, förhållningsregler, provtagning och isolering på sjukhus. Det torde vara främmande för vanligt språkbruk att pressa in sådana åtgärder under det tredje kriteriet. I varje fall torde det kräva en utförlig motivering i motiven till lagen. Det ligger i linje med RFSUs grundläggande uppfattning om smittskyddsarbetet, att begränsa antalet STD som anses allmänfarliga. Det förhållandet att gonorré- och klamydiainfektion endast blir anmälningspliktiga sjukdomar får emellertid inte innebära att dessa sjukdomar bekämpas med mindre resurser eller på annat sätt anses mindre allvarliga.

RFSL

Mot bakgrund av just dessa rättssäkerhetsaspekter är det oroande att se att utredaren redan i sitt eget förslag till nya allmänfarliga sjukdomar (1.2.4.1) beträffande s k Hemorragiska febrar (sid 57) frångår sitt eget första kriterium (hög smittsamhet).

Detsamma tycks vara fallet i utredarens egen sammanfattning över smittsamma sjukdomar i bilaga 3 till betänkandet. Här frångår man i varierande utsträckning de egna kriterierna vad gäller bedömningen av amöbadysenteri (aboebiasis), gula febern (febris flava), hepatit A (hepatitis epidemica), kolera (cholera), paratyfoidfeber (febris paratyphoides) och salmonellos (salmonellosis).

Utredaren konstaterar själv att ett eventuellt uppfyllande av de tre kriterierna inte innebär någon skyldighet för regeringen att förklara en sjukdom allmänfarlig. Enligt förbundets uppfattning är det nödvändigt att gå längre än så.

För att öka rättssäkerheten för den enskilde och för att främja ett effektivt smittskyddsarbete i praktiken, är det viktigt att man i lagtexten även slår fast att en fjärde förutsättning bör vara att smittskyddsarbetet främst gagnas av att sjukdomen i fråga förklaras allmänfarlig och att bekämpningen av vidare smittspridning i själva verket inte kan bedrivas effektivare på annat sätt. Det fjärde kriteriet i en ny smittskyddslag kan exempelvis få följande lydelse:

— smittskyddslagens tillämpning på sjukdomen får inte medföra betydande olägenheter för arbetet med att hindra vidare smittspridning.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar

Socialstyrelsen

Av de sjukdomar som utredaren klassificerat som allmänfarliga anser socialstyrelsen att amöbadysenteri bör utgå. Denna sjukdom kan i stället med fördel ingå bland de anmälningspliktiga. Den ger endast i enstaka fall allvarliga konsekvenser för patienten. Därtill kommer att inhemsk smitta är ytterst sällsynt.

I förslaget till allmänfarliga sjukdomar upptas även ebolasjukdom, lassa-feber och marburgsjukdom. Samtliga dessa är virala, hemorragiska febrar som förekommer i mycket låg frekvens utanför Afrika. Sannolikt finns ytterligare ett antal ännu inte identifierade sjukdomar av samma slag. En bättre beteckning vore "virusorsakade hemorragiska febrar" och att sedan var och en anges under denna huvudrubrik tillsammans med gula febern.

Hepatit A, hepatit B och hepatit non A non B föreslås vara allmänfarliga sjukdomar. Det är därför logiskt att till dessa även föra hepatit D (delta). Detta är en jämförelsevis nyligen upptäckt virushepatit som även konstaterats i Sverige.

En viss inkonsekvens ligger i utredningens förslag att endast hänföra salmonellos och dysenteri till de allmänfarliga sjukdomarna. Möjligen kan en begränsning införas så att endast invasiva former omfattas av smittskyddslagen. Det skulle i annat fall även vara motiverat att ta upp infektioner orsakade av t. ex. *Giardia lamblia* och *Campylobacter jejuni* bland de allmänfarliga.

Det har från vissa smittskyddsläkare anförts att fläckfeber och återfallsfeber borde ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna redan i fredstid. Med tanke på de skäl som därvid åberopats om risken för fördröjning vid beslutsfattandet ansluter socialstyrelsen sig till detta synsätt. Att fatta ett beslut redan nu om att dessa sjukdomar skall klassificeras som allmänfarliga kan inte ses som annat än god framförhållning.

Bland de anmälningspliktiga sjukdomarna upptas ornitos och klamydia-infektion. Detta är inte taxonomiskt korrekt, då ornitos likaså skulle kunna benämnas klamydiainfektion. Den orsakas nämligen av *Chlamydia psittaci*. En bättre klassifikation vore ornitos/psittacos resp *Chlamydia trachomatis*-infektion.

Utredaren har föreslagit att de sexuellt överförbara sjukdomarna gonorré och *Chlamydia trachomatis*-infektion inte skall klassificeras som allmänfarliga sjukdomar, trots att de tre kriterier som utredaren angivit är uppfyllda. Socialstyrelsen ansluter sig till utredarens bedömning under förutsättning att en smittskyddsverksamhet blir ett normalt led i bekämpningen av dessa sjukdomar.

I vissa landsting har en aktiv smittspårningsverksamhet byggts upp även beträffande *Chlamydia trachomatis*-infektion tack vare personalens intresse och stöd från landstinget i övrigt. Ett motsvarande smittskyddsarbete

bör tillämpas i riket som helhet både beträffande *Chlamydia trachomatis*-infektion och gonorré. Förutom att komplikationer av dessa sjukdomar orsakar stort personligt lidande, t. ex. genom ofrivillig barnlöshet, bör en utbyggd övervakning av smittspridning också kunna ge en kostnadsbesparing till följd genom att komplikationer till sjukdomarna kan undvikas. Ett medel att få till stånd ett lämpligt inriktat smittskyddsarbete kan vara att utforma ett vårdprogram.

Socialstyrelsen ansluter sig till Lennart Rinders särskilda yttrande att LAV/HTLV-III-infektion, som orsakar AIDS, måste ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna.

Nefropatia epidemica bör enligt socialstyrelsens uppfattning vara anmälningspliktig. Denna sjukdom uppträder med periodicitet och det är av stor vikt att det uppmärksammas om ett utbrott är nära förestående så att allmänheten kan upplysas om den ökade risken för smitta.

Statens bakteriologiska laboratorium

"Allmänfarliga" Ebola, Marburg och Lassa-sjukdom kan sammanföras till "Virala hemorragiska febrar", till vilka också kan föras några liknande sjukdomar (Krim, Kongo, koreansk hemorragisk feber) och eventuellt tillkommande virussjukdomar av samma typ. Den i Sverige förekommande Nephropatia epidemica bör däremot föras till anmälningspliktiga.

Rickettsioser (fläckfeber, återfallsfeber) bör tas upp på listan även i fredstid. De kan tänkas uppträda i vårt land i samband med stor tillströmning av flyktingar och inhemska katastroflägen.

Tuberkulos och hepatit B utgör exempel på sjukdomar där det för smittskyddsarbetet är betydelsefullt att ange om sjukdomarna är i smittsamt skede eller ej.

Anmälningspliktiga *Campylobacter*infektioner har visat sig vara lika vanliga som dysenteri och salmonella tillsammans och har givit upphov till stora epidemier, som krävt samhällsingripande (vattenburen smitta, kycklingslakterier). Därför bör sådana infektioner göras anmälningspliktiga.

Detsamma gäller *toxoplasmos*. Kunskapen om sjukdomens utbredning i vårt land har ökat. Särskilt har förekomsten hos gravida och risken för fosterskada studerats och behovet av allmän screening av gravida diskuterats, bl. a. mellan SBL och socialstyrelsen, tillsammans med representanter för pediatrik och obstetrik. En anmälningsplikt skulle utgöra ett värdefullt underlag för såväl behov av åtgärder som utvärdering av resultatet av förebyggande behandling.

Mikrobiell matförgiftning är ett förlegat begrepp. Att särskilja de infektionssjukdomar som orsakas av toxiner (gifter från mikroorganismer) och de som verkar genom andra mekanismer torde vara oväsentligt från epidemiologisk synpunkt. Tvärtom är det viktigt att de epidemiologiska och diagnostiska åtgärder som vidtages vid utbrott av vatten- och livsmedelsburen smitta generellt förbättras jämfört med dagens praxis. Det faktum att vissa smittämnen som kan ingå i denna grupp är nämnda separat, såsom allmänfarliga eller anmälningspliktiga, påverkar inte grunderna för detta.

Därför föreslås att mikrobiell matförgiftning utbyts mot *livsmedelsburen smitta*.

SBL tillstyrker förslaget att *anmärkningsvärd anhopning av fall* skall omfattas av anmälningsskyldighet. En rad nya sjukdomar har uppträtt under senare år, t. ex. legionärsjuka, tampongsjuka och AIDS. Många smittsamma sjukdomar karaktäriseras av ett cykliskt förlopp i utbredning och svårighetsgrad. Därför kan en del "gamla" sjukdomar, som förlorat i betydelse, t. ex. streptokocksjukdomar (scharlakansfeber) tänkas återuppträda i allvarlig form. Anmälan av anhopning av fall är också viktig ur försvarsmedicinsk synpunkt. Bevakning av anhopning av fall är ett område som väl faller under SBL:s expertroll.

Den vetenskapliga utvecklingen har lett till ökad betydelse av laboratorierundersökningar för att fastställa infektionssjukdomarnas art och smittsamhet. Genom typningsförfaranden kan man också i ökad grad spåra smittkälla och spridningsvägar. Det är därför motiverat att den nuvarande frivilliga *laboratorierapporteringen görs obligatorisk*. Den föreslagna anmälningen av s k endast anmälningspliktiga sjukdomar förutsätter att laboratorierapporten fungerar.

Riksåklagaren

I detta sammanhang vill jag emellertid framhålla att enligt min mening sjukdomen AIDS tveklöst måste räknas som en allmänfarlig sjukdom. Redan de erfarenheter från främst tredje världen som finns rörande AIDS, dess snabba utbredning och höga dödlighet talar för detta. Även om särarten hos sjukdomen AIDS kommer att tvinga fram särskilt åtgärder när det gäller såväl behandling av smittade som skydd för osmittade framstår det som otillfredsställande och för allmänheten säkert oförklarligt om sjukdomen AIDS inte redan nu tas upp bland de allmänfarliga sjukdomarna. Om senare tillgängliga läkarvetenskapliga rön påvisar att en särskild reglering är nödvändig kan en sådan komma till stånd genom tillägg till de föreslagna bestämmelserna om bl. a. den smittades skyldigheter och smittskyddsläkarens befogenheter.

Rikspolisstyrelsen

Rikspolisstyrelsen anser till skillnad från kommittén att infektion av HTLV-III skall betraktas som en allmänfarlig sjukdom i den nya smittskyddslagen, särskilt som den konstaterar att kriterierna för detta är uppfyllda. Enligt styrelsen bör infektion av HTLV-III uppenbarligen räknas som en allmänfarlig sjukdom. Denna uppfattning styrks också av regeringens nyligen fattade beslut att denna infektion är en venerisk sjukdom enligt den nuvarande smittskyddslagens systematik.

Statens livsmedelsverk

Utredaren har bedömt att salmonellos skall föras till de allmänfarliga sjukdomarna, medan *Campylobacter* inte ens bör vara en anmälningsplik-

tig sjukdom. Någon motivering till detta har ej givits. Livsmedelsverket delar ej denna uppfattning.

Campylobacterinfektioner hos människa tycks vara minst lika vanliga som salmonellosor. Av de som drabbas av salmonellainfektion har upp emot 90 % ådragit sig smittan utomlands. Då det gäller campylobacter är det betydligt vanligare med inhemsk smitta. Campylobacterinfektioner synes vara en relativt ny företeelse och man har ofullständiga kunskaper om frekvens, infektionsdos, smittsamhet m m. Men campylobacterinfektioner synes ofta vara allvarligare än salmonellosor för de drabbade. Det är därför viktigt att campylobacterinfektioner medtages bland de anmälningspliktiga sjukdomarna.

Utredningen anser att matförgiftning av toxintyp skall anmälas. Skälet till detta anges vara att "det är praktiskt att samla anmälningsskyldigheterna för vissa sjukdomar i en författning".

Det är bra att sådana matförgiftningar anmäls. Om man vill ha en rättvisande statistik över matförgiftningar (livsmedelsburen sjukdom) så är detta emellertid ej tillräckligt. Konsekvensen av bestämmelserna blir att ett utbrott orsakat av toxinbildande *E. coli* skall anmälas men att utbrott orsakade av enteropatogena icke toxinbildande *E. coli* inte anmäls.

Statens naturvårdsverk

Av betänkandet framgår att rabies inte föreslås klassad som allmänfarlig sjukdom utan hänförs till klassen andra anmälningspliktiga sjukdomar. Rabies är inte smittsam mellan människor utan överförs främst via hund eller katt. Åtgärder mot den anses därför objektrinriktade och skall tillgodoses genom epizootilagen och vad gäller smittade människor behandlas av den allmänna sjukvården. I dagsläget förekommer inte rabies i Sverige. Sjukdomen finns emellertid i Danmark, på kontinenten och i de baltiska staterna. Risken för att Sverige skall drabbas är uppenbar. Vid ett rabiesangrepp måste utomordentligt snabba och hårda åtgärder sättas in. För detta ändamål har verket efter samråd med andra berörda myndigheter arbetat fram en särskild åtgärdsplan (bifogas). I den ingår också personinriktade åtgärder. Enskilda jakträttsinnehavare i stort antal måste finna sig i att deras jakträtt sätts ur spel. De kan även drabbas av kraftiga ekonomiska förluster på grund av de åtgärder som vidtages för att minska risken för smittspridning. Naturvårdsverket är inte övertygat om att enbart epizootilagen är ett tillräckligt instrument för att genomföra de åtgärder som fastlagts i den ovan nämnda åtgärdsplanen. Den frågan bör undersökas närmare. Om förslaget till ny smittskyddslag är en försämring av rabies-skyddet måste nödvändiga ändringar göras så att tillräckliga möjligheter för åtgärder mot rabies finns även i fortsättningen.

Arbetskyddsstyrelsen

Beträffande infektion med HTLV-III virus anser arbetskyddsstyrelsen, i likhet med reservanten Rinder, att underlag idag finns för att på denna infektion tillämpa smittskyddslagstiftningen fullt ut.

SVA anser att de sjukdomar som utredaren föreslår skall ingå i smittskyddslagen är väl valda. Frågan om AIDS skall ingå i nya smittskyddslagen har redovisats fylligt i utredningen utan att utredaren dock i dagsläget önskar ta ställning. SVA anser att AIDS bör ingå i smittskyddslagen som allmänfarlig sjukdom och instämmer till stora delar i den motivation som avlämnats i särskilt yttrande av Lennart Rinder.

Hovrätten över Skåne och Blekinge

Hovrätten vill emellertid påpeka att kriterierna skall föreligga var för sig och ta sikte på, såsom kommittén angett i betänkandet (s 55 m), förhållandena i Sverige. Det kan därför ifrågasättas om karantänssjukdomarna gula febern och kolera kan förklaras som allmänfarliga enligt de uppställda kriterierna. Hovrätten föreslår, för det fall de i karantänsförordningen angivna sjukdomarna (pest, kolera och gula febern) generellt skall hänförs till gruppen allmänfarliga, att detta särskilt anges. I detta sammanhang bör också ifrågasättas om salmonellos, p g a utredarens uttryckta tveksamhet om ett av de i förslaget angivna kriterierna (s 233 m) är uppfyllt, kan förklaras som allmänfarlig sjukdom.

Länsrätten i Stockholms län

Länsrätten delar inte den syn som uttalandet (s. 57 yn) om smittkoppor är ett uttryck för. Det förhållandet att en sjukdom inte förekommit på några, icke alltför många år, utgör inget skäl mot att den förklaras som allmänfarlig. Det är så dags att börja fundera på att skapa underlag för ingripanden när smittfallen eller epidemin redan är konstaterad. Över huvud har länsrätten svårt att se varför högst allvarliga sjukdomar inte skall klassas som allmänfarliga bara för att de (i Sverige) förekommer bara i enstaka fall.

Kommitténs ställningstagande till gonorré (s. 59 n) utgör ett exempel på en lagstiftningsteknik som länsrätten i det föregående tagit avstånd ifrån. Först ställer man upp rekvisiten för allmänfarlighet. Sedan konstaterar man att gonorré uppfyller rekvisiten. Ändå avstyrker man att sjukdomen klassas som allmänfarlig trots konstaterande att fortsatt behövlig aktivt arbete för att hindra spridning bör ske. Måhända biter sig kommittén här i tummen. Länsrätten håller det för långt ifrån uteslutet att det är just klassningen som venerisk sjukdom enligt smittskyddslagen och det tvångshot som ligger däri som medverkat till den hyggliga gonorrésituation som vi nu har i landet.

Länsrätten i Göteborgs och Bohus län

Länsrätten anser att det i hög grad är anmärkningsvärt att utredaren inte har tagit ställning till vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att försöka att hindra spridningen av HTLV-III. Denna fråga har fått så stor aktualitet på senare tid att det borde ha varit naturligt för utredaren att verkligen

undersöka vad som kan och bör göras på detta område. Enligt länsrättens uppfattning är kraftfulla åtgärder på detta område det som på kort sikt är mest angeläget när det gäller smittskyddslagstiftning och liknande.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Landstingsförbundet

Smittskyddskommittén lämnar inte något eget förslag när det gäller den lagliga regleringen av HTLV-III-infektionen/AIDS. Den senaste utvecklingen och erfarenheterna ger enligt landstingsförbundets mening stöd för ställningstagandet att HTLV-III-infektionen bör föras till de allmänfarliga sjukdomar som kommer att regleras av den nya smittskyddslagen. Någon särskilt lagstiftning för denna sjukdom bör enligt förbudets mening inte övervägas. Utformningen av den nya smittskyddslagstiftningen bör i stället bli sådan att den tillgodoser de krav som kan aktualiseras av sådana allmänfarliga sjukdomar som i dag finns och som kan förutses.

Svenska kommunförbundet

Utredaren avstår från att ta ställning till om sjukdomen AIDS skall klassificeras som en allmänfarlig sjukdom. Sjukdomen uppfyller alla de kriterier på allmänfarlighet som angetts för andra allmänfarliga sjukdomar. Sedan 1985-11-01 klassas infektion av HTLV-III-virus som venerisk sjukdom och är därmed anmälningspliktig. Styrelsen anser nu tiden mogen att klassificera sjukdomen AIDS med dess förstadier som allmänfarlig och att kraftfulla åtgärder måste sättas in för att stoppa spridningen av sjukdomen. Vilka konsekvenser i form av ökade kostnader för vården av AIDS-sjuka som följer härav kan i dag inte överblickas. För att förhindra spridningen av denna allvarliga sjukdom får samhället lov att ta på sig kostnaderna och fördela dem rättvist mellan stat, kommuner och landsting. För att effektivisera smittskyddsarbetet bör sekretessfrågorna kring sjukdomen ses över.

Stockholms läns landsting

HTLV-III-infektion/AIDS

HTLV-III-infektion/AIDS uppfyller väl kriterierna för att en sjukdom som skall klassas som allmänfarlig. Ett eventuellt beslut kommer enligt utredningsförslaget senare att grundas på de kunskaper som erhållits om HTLV-III-infektion/AIDS och på den epidemiologiska situation som råder när lagen träder i kraft.

Förvaltningen anser att ställning bör tas redan nu eftersom HTLV-III-infektion från och med den 1 november 1985 klassats som venerisk sjukdom. En smittskyddslagstiftning, där HTLV-III-infektion/AIDS inte klassas som allmänfarlig men väl non-A- och non-B-hepatit löper risk att ej uppfattas som trovärdig. Non-A och non-B-hepatit har likartade smittvägar och är för de drabbade förhållandevis ofarliga. Trots att spridningsvägarna för AIDS förefaller begränsade är dock konsekvenserna för den/de drabbade så allvarliga att kraftfulla motåtgärder är motiverade.

Genom att klassa HTLV-III-infektion/AIDS som allmänfarlig sjukdom ger samhället uttryck för detta. Därigenom underlättas effektiva förebyggande åtgärder liksom insatser för att stödja såväl enskilda smittbärare som sjuka.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Ebolasjukdom, Lassafeber och Marburgsjukdom

Förvaltningen anser att det är självklart att dessa sjukdomar klassas som allmänfarliga. De föreslås kunna samlas under en rubrik "Viral hämorrhagisk feber" och bör omfatta även Krim-Kongo.

Fläckfeber och återfallsfeber

Fläckfeber och återfallsfeber föreslås inte längre vara allmänfarliga. Nästan 300 fall av fläckfeber anmäldes i Sverige 1945 och i Finland anmäldes 1 400 fall åren 1941–1944. Återfallsfeber och fläckfeber bör vara allmänfarliga även om de ej utgör något hot under fred. Detta är nödvändigt för att kunna ha en beredskapsplanering för dessa sjukdomar.

Rabies

I Sverige har sedan andra världskriget rabies endast förekommit i något enstaka fall. Därutöver har ett antal misstänkta fall vårdats. Även rabies bör klassas som allmänfarlig. Om denna sjukdom skulle uppträda behövs denna klassning för att effektivt kunna hindra spridning. Genom vaccination finns möjlighet till personinriktade åtgärder, dock inte mot den sjuka, varför alla tre kriterierna för allmänfarliga sjukdomar i detta fall kan anses uppfyllda.

Gonorré- och klamydiainfektioner

Klamydiainfektioner och gonorré föreslås ej klassas som allmänfarliga utan enbart som anmälningspliktiga sjukdomar. Kommittén anser att undersökning och provtagning vid misstanke om dessa sjukdomar bör vara kostnadsfria för patienter. Det åligger dock varje landsting att fatta beslut om detta. Eftersom klamydia är en vanlig orsak till äggledsinflammation och efterföljande oförmåga att få barn är det viktigt att nå så många som möjligt i ett tidigt skede. Avgiftsfrihet ökar dessa möjligheter. I sammanhanget bör uppmärksammas att det finns många bärare utan symtom bland tonårsflickor.

Den epidemiologiska kunskap om sexuellt överförbara sjukdomar som erhålls genom att allmänfarliga sjukdomar rapporteras, förloras genom förslaget att endast gonorré blir anmälningspliktig. Kuratorerna vid landstingets venerologiska mottagningar arbetar i dag med att spåra och utreda kontakter till personer med sexuellt överförbara sjukdomar. Kuratorernas arbete är viktigt och det behövs också i framtiden för smittskyddsarbetet. Ur venerologisk synpunkt är det viktigt att även herpesblåsor i underlivet

och vårtor på könsorganen rapporteras. För att förebygga smittspridning bör samtliga patienter med könssjukdomar få en kostnadsfri vård.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Mikrobiella matförgiftningar

I betänkandet föreslås att dessa matförgiftningar blir anmälningspliktiga. Förvaltningen anser att krav på anmälan av varje enskild drabbad person inte behöver ställas, utan anmälningsplikten bör endast omfatta företeelsen som sådan.

Uppsala läns landsting

Amöbadysenteri bör inte klassificeras som allmänfarlig sjukdom utan som anmälningspliktig. Motiven härför är att sjukdomen i Sverige ej uppfyller de två första kriterierna.

Rabies bör klassificeras som allmänfarlig sjukdom. Om sjukdomen uppträder i Sverige behövs alla epidemiologiska åtgärder för att hindra smittspridning.

Lassafeber, Ebolasjukdom och marburgsjukdom bör sammanföras under termen "Virala hemorragiska febrar". Dessa är förhållandevis nyligen beskrivna och liknande sjukdomar kan sannolikt tillkomma, vilkas klassificering underlättas av en relevant samlad benämning.

Nephropathia epidemica bör vara anmälningspliktig. Mässling bör även vara anmälningsplikt enligt WHO 1985.

Dysenteri kan med fördel benämnas Shigellos.

Bland de anmälningspliktiga sjukdomarna upptas "Klamydiainfektion" och Ornitos". Eftersom den senare sjukdomen orsakas av en Klamydiaart vill vi föreslå en mera korrekt benämning "Ornitos/psittacos" och "Klamydia trachomatis-infektion".

"Mikrobiell matförgiftning" bland de anmälningspliktiga sjukdomarna borde definieras.

Östergötlands läns landsting

Beträffande § 1 i förslag till smittskyddsförordning anser vi att amöbadysenteri ej bör klassificeras som allmänfarlig sjukdom med tanke på sjukdomens vanligtvis milda förlopp och frånvaro av allvarliga komplikationer. Därutöver kan smittsamheten i Sverige anses liten med undantag av sexuellt överförd smitta. Amöbadysenteri bör därför föras till sjukdomar enligt smittskyddsförordningen § 2, d v s tillföras de anmälningspliktiga och ej allmänfarliga sjukdomarna.

I förslaget har specificerats tre haemorragiska febersjukdomar. Dessa sjukdomar förekommer för närvarande ej i vårt land, men kan tänkas bli identifierade i framtiden. Liksom Lassafeber, Ebolasjukdom och Marburgssjukdom dock kan bli aktuella. kan likväl andra haemorragiska febersjukdomar tänkas bli identifierade. Ett bättre samlingsbegrepp för dessa sjukdomar att införa under "1 såsom allmänfarlig sjukdom anser vi vara virala haemorragiska febrar.

Dessutom föreslås att Rabies ingår som allmänfarlig sjukdom under § 1, istället för som enligt förslaget under § 2 såsom anmälningspliktig. Skäl för detta utgör:

- dels att i det fall Rabies skulle inträffa i vårt land, behöver alla resurser för att epidemiologiskt kunna förhindra smittspridning aktiveras
- dels att möjlighet till personinriktade åtgärder finnes genom vaccination
- dels att alla tre kriterierna på allmänfarlig sjukdom kan anses vara uppfyllda.

Redan i dag finns skäl som starkt talar för att HTLV-III-smittan/ AIDS införas i kommande smittskyddslagstiftning under allmänfarlig sjukdom. Två av de tre kriterierna för allmänfarlig sjukdom kan anses uppfyllda. Smittskyddslagen bör inom sitt tillämpningsområde vara allmängiltig. Att därför särreglera HTLV-III/AIDS genom t. ex. tillämpning av annan särskilt lagstiftning ter sig orimligt. Detta ansluter till det särskilda yttrande som avgivits av byråchefen Lennart Rinder.

Jönköpings läns landsting

Till allmänfarliga sjukdomar har räknats de hemoragiska febrarna, även om dessa aldrig har förekommit i landet. Risken för utbrott av dessa måste bedömas som mycket små. Fläckfeber och återfallsfeber har ej medtagits vilket borde övervägas. I en krigssituation finns risk för att dessa kan uppträda.

Utredaren har inte tagit ställning till om HTLV-III infektioner (AIDS) skall klassas som allmänfarlig sjukdom. Den uppfyller dåligt det tredje kriteriet i definitionen, men trots detta bör den medtagas. Den utgör för närvarande det största epidemiska hotet bland infektionssjukdomarna, och har vida större konsekvenser än de flesta av de sjukdomar som har klassats som allmänfarliga. Praxis vid isolering av HTLV-III bärare måste vara liberal och endast utnyttjas i undantagsfall. Förtroendet för en smittskyddslag som utesluter HTLV-III infektioner kommer att vara svagt från allmänheten.

Gonorrésjukdomen och chlamydia föreslås bli enbart anmälningspliktiga. Vi ifrågasätter dock om inte betalaktamasproducerade gonokocker bör få en starkare ställning. Anmälningarna bör ske genom laboratorierapporten, som bör användas i en vidare omfattning. Vid infektionssjukdomar grundar sig diagnosen i de flesta fall på mikrobiologisk laboratoriediagnostik. Då antalet laboratorier är begränsat kommer anmälningarna från en liten krets, vilket gör att bortfallet blir mindre och säkerheten större. De sjukdomar som tillfredsställande kan fångas upp genom laboratorierapporten bör i första hand anmälas genom denna, för att minska antalet papper och öka säkerheten. En månatlig sammanställning av landets laboratorierapporter borde distribueras till beslutsfattare inom smittskyddsområdet.

Mikrobiella matförgiftningar föreslås bli anmälningspliktiga, detta kan synas viktigt, men bör endast omfatta företeelsen som sådan och icke krav på anmälan av varje enskild drabbad person.

Södermanlands läns landsting

Enligt utskottet bör förteckningen över allmänfarliga sjukdomar kompletteras med LAV/HTLV-III-infektion, fläckfeber och rabies.

Vidare föreslår utskottet att följande sjukdomar upptages som anmälningspliktiga: mässling, röda hund, campylobacter-infektion och lepra samt att bestämmelserna om sättet för anmälan av veneriska sjukdomar återgår till den som gällde före 1985-11-01.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Kronobergs läns landsting

Däremot är det beklagligt, att utredaren ej velat ta ställning till huruvida AIDS skall klassas som allmänfarlig sjukdom. De skäl som i betänkandet framförs emot AIDS som allmänfarlig sjukdom är, enligt utskottets mening, svaga.

Beträffande *mikrobiell matförgiftning* anser utskottet vidare, att de enskilda sjukdomsfallen ej skall vara anmälningspliktiga. Den enskilde patientens identitet saknar intresse och dessutom är det ofta fråga om massinsjuknanden, varvid flertalet sjuka ej söker sjukvården. Däremot bör det föreligga anmälningsplikt för mera omfattande utbrott av vatten- eller livsmedelsburen förgiftning av känd eller misstänkt mikrobiell orsak (oftast kan orsaken ej påvisas). Anmälan bör då ej vara individuell utan omfatta en kortfattad beskrivning av utbrottet. En möjlig lösning på detta problem är kanske att Socialstyrelsen utfärdar särskilda föreskrifter enligt 5 § smittskyddsförordningen.

Kopparbergs läns landsting

Beträffande HTLV-III-infektionen anser utskottet att denna infektion borde klassas som allmänfarlig. Allvaret i AIDS-hotet gör att samhället måste få effektiva möjligheter att ingripa mot farliga smittspridare. En reell fara för missbruk av tvång anses ej föreligga i ett samhälle av vår karaktär.

Kalmar läns landsting

Kalmar läns landsting anser att de sjukdomar som i förslaget klassificerats som allmänfarliga måste kompletteras med

HTLV-III-infektion

Denna uppfyller de krav som utredningen ställer på allmänfarliga sjukdomar, nämligen explosiv utbredning, hög dödlighet och den ger bestående skador och kan hindras sprida sig genom lämpliga personinriktade åtgärder.

HTLV-III-infektion klassificeras nu som venerisk sjukdom men eftersom denna uppdelning bortfaller i den nya lagen är det självklart att den måste inordnas bland de allmänfarliga sjukdomarna.

Gonorré- och Chlamydia-infektioner

Av dessa klassificeras i nuvarande smittskyddslag gonorré som venerisk sjukdom medan Chlamydia, som identifierats under 1970-talet, inte alls är

medtagen. I förslaget upptas de båda visserligen bland de anmälningspliktiga sjukdomarna, vilket betyder att det inte föreligger någon skyldighet för patienten att underkasta sig provtagning och kontroll eller att lämna uppgifter om smittkälla eller kontakter. Detta är mycket olyckligt eftersom båda sjukdomarnas konsekvenser drabbar kvinnor, som ofta inte har några tidigsymptom, men ändå kan få allvarliga komplikationer som äggledarinfektion, utomkvedshavandeskap och infertilitet. Tillstånd som både på kort och lång sikt ger upphov till mycket lidande.

Båda infektionerna förekommer främst i unga år, 15–25 års ålder, då dels den sexuella aktiviteten är hög och tillfällig, dels kunskapen om och förståelsen för innebörden av dessa komplikationer är bristfällig.

Det måste visserligen anses helt riktigt att slopa klassificeringen av vissa infektioner som könssjukdomar, men att gå så långt att man också avhänder sig alla kontrollmöjligheter ter sig orimligt. Detta speciellt som både sjukdomarna uppfyller utredningens krav på allmänfarlighet genom hög smittsamhet, förmåga att ge bestående skador och kan hejdas genom lämpliga personinriktade åtgärder. Det förtjänar att understrykas att om behandling av sexualpartnern ej kommer till stånd är risken för återinfektion hos kvinnan överhängande och därmed risken för komplikationer mångfalt ökad. Det kan också noteras att genom dessa förhållanden intar gonorré och Chlamydiainfektion en särställning inom den föreslagna gruppen anmälningspliktiga sjukdomar.

Kalmar läns landsting anser att de sjukdomar, som uppfyller utredningens krav på allmänfarlighet skall betraktas som sådana och kan inte instämma i utredarens uppfattning sid 59 att "oavsett om gonorré uppfyller kriterierna för allmänfarlighet eller ej bör gonorré inte anses som allmänfarlig", ett resonemang som utredaren senare också tillämpar på Chlamydiainfektionen.

Campylobacterinfektion

Infektioner med denna som bakterie har överhuvudtaget inte tagits upp i förslaget, vilket är märkligt eftersom den mycket liknar salmonelloserna, vilka föreslagits bli anmälningspliktig sjukdom.

Campylobacterinfektionen sprids liksom salmonella, i Sverige, främst genom livsmedel men också vid kontakt med infekterade djur. Infektionen drabbar också svenska turister utomlands precis som salmonella och ibland föreligger samtidig salmonella- och campylobacterinfektion hos hemvändande turister.

Infektionsdosen är liten, d v s antalet bakterier som behövs för att sprida smitta är betydligt lägre än för salmonella, 100–1000 bakterier jämfört med 100 000 – 1 miljon. Detta betyder att risken för smitta till familjemedlemmar och andra är större än för salmonella och sådana utbrott har också setts i Sverige.

Sjukdomen har en dödlighet på någon/några procent hos personer med nedsatt motståndskraft och kan ge upphov till restbesvär från lederna. I dessa avseenden är infektionen likvärdig med salmonella, samtidigt som den ger upphov till minst dubbelt så många sjukdomsfall/år.

Campylobacterinfektion borde därför också upptas bland de allmänfarliga sjukdomarna både i konsekvensens namn, då den är helt jämförbar med salmonella, och för att den uppfyller kraven på allmänfarlighet i form av hög smittsamhet, explosiv utveckling, sena komplikationer och kan åtgärdas genom samma personinriktade insatser som används mot salmonella-infektion.

Giardia Lamblia

Giardiainfektioner har inte tagits upp bland de anmälningspliktiga sjukdomarna. Det finns goda skäl att göra denna infektion anmälningspliktig, då den under de senaste 2–3 åren visat sig kunna orsaka omfattande, långvariga och svårbemästrade infektioner på olika inrättningar som daghem och sjukhus. Giardiainfektion uppfyller dock inte kraven på allmänfarlighet eftersom den varken innebär någon dödlighet eller risk för komplikation.

Att Giardiainfektion lätt smittar människor emellan, speciellt mellan barn, gör det också rimligt att upptaga denna infektion bland de anmälningspliktiga bland vilka mikrobiell matförgiftning, som aldrig smittar från person till person, ansetts böra ingå.

Det är en brist att sjukdomar orsakade av rickettsier inte diskuteras i utredningen eftersom dessa i allvarsgrad väl kan jämföras med dem som föreslagits som allmänfarliga och dessutom fordras ibland extremt låg smittdos för spridning till och mellan människor. Vissa rickettsioser förekommer också sporadiskt i Sverige, t. ex. Q-feber. Det vore därför lämpligt om i världen utbredda eller i Sverige förekommande allvarliga rickettsioser upptogs bland de allmänfarliga eller åtminstone bland de anmälningspliktiga sjukdomarna i analogi med Legionärsjukan.

Överläkaren vid infektionskliniken i Kalmar, Claes-Otto Kindmark, kommer separat att tillsända departementet synpunkter rörande rickettsie-orsakade sjukdomar.

Rickettsioserna har av WHO nyligen bedömts såsom ett stort hälsoproblem i stora delar av världen. Organisationens synpunkter har sammanfattats i *Bulletin of the World Health Organisation*, 60 (2):157–164 (1982). Sjukdomarna omfattar fyra grupper varav två är aktuella i detta sammanhang, dvs lus- och loppburen tyfus samt Q-feber.

Q-feber

Inhemsk human Q-feber har nyligen beskrivits i Sverige. Dessutom har man visat förekomst av antikroppar mot *Coxiella burnetii*, som orsakar Q-feber, i svenska fårbesättningar. Sjukdomen är därtill icke ovanlig i stora delar av Europa. Sålunda hade man för ett par år sedan ett utbrott av Q-feber i några byar i Schweiz varvid flera hundra personer insjuknade. Enligt uppgift har man där som resttillstånd noterat ett icke oväsentligt antal fall av kronisk Q-feber, främst endocardit.

Q-feber är extremt smittsam. Troligen är *Coxiella burnetii* den mest smittosamma bakterie vi känner till. Sannolikt förekommer olika varianter av *Coxiella burnetii* med varierande smittsamhet.

Coxiella burnetii utmärkes vidare av att vara sporbildare och kan i aerosolform lätt spridas. Q-feber toppar vidare listan över potentiella B-stridsmedel.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Q-feber uppfyller således kravet på hög smittsamhet och kan få explosiv utbredning. Som framgår av ovanstående kan man dessutom erhålla bestående skador bl. a. i form av endocarditer. Genom antibiotikaprofylax samt användande av vacciner kan sjukdomens spridning sannolikt hejdas. Följaktligen uppfyller sjukdomen kraven på allmänfarlighet.

Fläcktyfus

Som framhålles i betänkandet kan fläcktyfus spridas explosivt, speciellt under krigsförhållanden. Dock har man från flera länder i Afrika under 70-talet noterat ett kraftigt ökat antal fall av lusburen tyfus utan att krig vid nämnda tidpunkt pågick i dessa länder. Högsta antalet fall noterades i Etiopien med en topp på ca 17.000 fall. WHO konstaterade vidare att man hade tecken, som tydde på epidemiologin för lusburen tyfus i exempelvis Rwanda och Burundi förändrats i så måtto att sjukdomen antagit en endemisk karaktär.

I betänkandet har vidare konstaterats att fläckfeber har en hög letalitet samt att den kan leda till bl. a. hjärtskador. Åtgärder mot smittspridning finns och förutom avlusning kan man ha en viss hjälp av vaccination samt av antibiotikabehandling.

Utan att det direkt utsäges i WHO's rapport torde just en ändring i antibiotikaval vara orsaken till att man noterat fläcktyfusepidemier i åtminstone ett av de afrikanska länderna. Av de skriftliga förarbetena inför det möte, som sammanfattades i ovannämnda Bulletin of the World Health Organisation, framgår, att man i ett land valde att inte längre behandla den tyfoïd man noterade med kloramfenikol utan valde ampicillin resp sulfa-trimetoprim. Eftersom "tyfoïdfallen" icke tillfrisknade på den senare behandlingen utan många tvärtom gick ad mortem, startade man en undersökning. Först då blev man varse att man inte hade att göra med en tyfoïdepidemi utan en epidemi av fläcktyfus.

Sammanfattningsvis må framhållas att såväl Q-feber som fläcktyfus uppfyller de uppställda kraven för att klassas som allmänfarliga sjukdomar. Q-feber finns redan i Sverige och fläcktyfus kan föras in i landet under inkubationstiden eller finns kanske redan i flyktingpopulationen i Sverige i form av Brill-Zinsser varianten. Om dessa sjukdomar inte upptages bland allmänfarliga sjukdomar är det en stor risk att Q-feber och fläcktyfus glömmes bort av läkare och vi kan få en epidemisituation, som kanske inte varit nödvändig.

Örebro läns landsting

Utskottet saknar att utredningen ej tagit ställning till den lagliga regleringen av immunbristsjukdomen AIDS respektive infektionen av det virus HTLV-III, som kan leda till AIDS. Samtidigt har utskottet förståelse för detta och kan se fördelar av att något avvakta, eftersom det händer så

mycket kring AIDS-problematiken. Med detta sagt menar utskottet ändå sig vilja stödja sakkunnige Lennart Rinders särskilda yttrande vari AIDS inräknas bland allmänfarliga sjukdomar.

Vad gäller de veneriska sjukdomarna gonorré och genital klamydiainfektion, delar utskottet utredarens uppfattning att dessa icke bör räknas till de allmänfarliga sjukdomarna, trots att de uppfyller kriterierna för dessa. Utskottet menar dock att det starkare bör betonas läkarens skyldighet att utföra epidemiologisk kontaktspårning vid dessa sjukdomar och att det även bör stadgas för smittskyddsläkaren att vara behjälplig med detta när så anses angeläget. Detta torde kunna anges i § 3 i föreslagen smittskyddskungörelse.

- I § 1 bör de uppräknade sjukdomarna Ebolasjukdom, Lassafeber och Marburgsjukdom sammanfattas i beteckningen hemorragiska febrar.
- I § 2 bör beteckningen klamydiainfektion ersättas med beteckningen genital klamydiainfektion. För att kunna följa förändringar i olika sjukdomars yttringar bör inte endast etiologi utan även sjukdomsyttningar i vissa fall anges, . t. ex. gonorroisk uretrit eller gonorroisk salpingit och icke enbart gonorré.

Göteborgs och Bohus läns landsting

HTLV-III-infektion och dess slutstadium AIDS bör kunna klassificeras som allmänfarlig sjukdom, även om man i dagens läge inte kan uppfylla kriterium 3 i 2 §.

Jämtlands läns landsting

Utredaren har inte tagit ställning till hur infektion med HTLV-III, och sammanhängande sjukdom AIDS, skall inordnas i lagen. Övervägande skäl tala för att detta virus bör betraktas som allmänfarligt. Utredarens huvudsakliga invändning mot att föra smittan till de allmänfarliga sjukdomarna är att det f n saknas behandlingsmöjligheter. Mycket talar dock för att behandlingsmöjligheter kommer att finnas inom en inte alltför avlägsen framtid och detta torde alltså inte vara någon tung invändning. Lennart Rinder har i särskilt yttrande (utredningen sid 177) förordat att HTLV-III-infektion hänföres till allmänfarlig sjukdom, vilket bör tillstyrkas.

Västerbottens läns landsting

Beträffande klassificeringen av vilka sjukdomar som ska hänföras till gruppen allmänfarliga eller anmälningspliktiga är detta i första hand en medicinsk frågeställning. Utskottet vill dock i detta sammanhang förmedla synpunkter som framkommit från medicinska företrädare om att i klassifikationen av anmälningspliktiga sjukdomar upptages "Klamydiainfektion" och "Ornitos". Bättre uttryck enligt dessa är "Klamydiainfektion i urogenitalorganen" och "Ornitos/psittacos".

I utredningen uppställs tre kriterier, som samtliga samtidigt ska vara uppfyllda för att en sjukdom ska klassificeras som allmänfarlig. Sjukdomen

AIDS uppfyller dessa kriterier men trots detta har i utredningen AIDS inte förts upp på förteckningen över allmänfarliga sjukdomar. Skälet för detta är enligt utredningen den långa inkubationstiden, avsaknaden av behandling och botande åtgärder samt de riskgrupper som hitintills främst drabbats av AIDS. Detta sammantaget medför enligt utredningen att AIDS ur smittskyddssynpunkt är särskilt svår att bemästra. Förvaltningsutskottet anser dock att AIDS till fullo omfattas av smittskyddslagen och att den därför ska föras upp på förteckningen över allmänfarliga sjukdomar. Detta är att föredra framför någon form av särlagstiftning för AIDS eller att AIDS kommer att omfattas av annan lagstiftning där den naturligen inte hör hemma. Ävenledes bör sekretesslagens tillämpning inte utgöra ett hinder för att undvika en spridning av sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen.

LO

LO betraktar AIDS som ett allvarligt problem. I lagstiftningsfrågan finner LO emellertid att ett ställningstagande kan bero i avvaktan på de överväganden som görs av Socialdepartementets AIDS-delegation. Man bör i en sådan beredning lämpligen beakta även andra möjligheter att angripa AIDS-problemet lagstiftningsvägen än de som erbjuds av enbart förslaget till ny smittskyddslag. Ett antagande av lagförslaget ger under alla förhållanden statsmakterna erforderlig manöverfrihet och LO är inte övertygad om de fördelar som skulle vara att vinna på ett ställningstagande i AIDS-frågan nu.

TCO

Vad framförallt gäller frågan om AIDS vill TCO framhålla att regeringen nyligen föreskrivet att till veneriska sjukdomar ska hänföras även infektion av AIDS. Även om begreppet venerisk sjukdom utmönstras i den nya lagen talar enligt TCOs uppfattning starka skäl för att AIDS klassas som allmänfarlig sjukdom i en ny lagstiftning. Visserligen har en speciell situation uppstått genom att det idag inte finns botande medel. Det faktum att man kan riskera inskränkningar i den personliga integriteten har säkert en hämmande effekt på motivationen att söka läkare. Mot detta står att det är nödvändigt att begränsa den vidare spridningen. För allmänheten skulle ett infogande i lagstiftningen uppfattas som uttryck för att samhället ser mycket allvarligt på konsekvenserna av sjukdomen. TCO vill härutöver framhålla de smittorisker som olika arbetsgrupper i samhället nu exponeras för. Så har t. ex. på senare tid polispersonal hot om att bli smittade om ingripande sker. Den psykiska arbetsmiljön för denna personal hotar att bli alltför tung. Sammantaget anser TCO att AIDS bör klassas som allmänfarlig sjukdom. TCO förutsätter att den praxis som hinner utvecklas med stöd av nuvarande smittskyddslagstiftning kommer att vara vägledande för regeringens ställningstagande vad gäller att inordna AIDS under den nya lagstiftningen som allmänfarlig sjukdom.

För närvarande finns i Sverige två kategorier av patienter med amöbadysenteri, de som ådragit sig sjukdomen i samband med utlandsvistelse och de manliga homosexuella som ådragit sig sjukdomen vid könsumgänge. Sjukdomen har i merparten av fallen ett mildt förlopp. Allvarliga komplikationer är sällsynta. Smittsamheten är liten i Sverige om den sexuellt överförda smittan undantas. Läkarförbundet anser därför att amöbadysenteri inte bör klassificeras som en allmänfarlig sjukdom.

Däremot anser förbundet att rabies bör tas in bland dessa sjukdomar. Om fall av rabies skulle inträffa behövs alla möjligheter att epidemiologiskt kunna förhindra spridning. Genom vaccination finns möjlighet till personinriktade åtgärder. Alla tre kriterierna kan därför anses uppfylla.

Lassafeber, Ebolasjukdom och Marburgsjukdom bör sammanföras under beteckningen "Virala hemorragiska febrar". Denna beteckning skulle underlätta handläggningen om nya sådana sjukdomar skulle komma att identifieras i framtiden, vilket ter sig sannolikt. Undantag bör emellertid göras för nefropatia epidemica vilken knappast kan betraktas som allmänfarlig.

Begreppet klamydiainfektion omfattar även ornitos. Lämpliga beteckningar på dessa sjukdomar vore därför "ornitos/psittacos" respektive "infektioner orsakade av klamydia trachomatis".

Svenska Läkaresällskapet

- a. Amöbadysenteri bör ej klassificeras som allmänfarlig sjukdom. För närvarande finns i Sverige två kategorier av patienter med amöbadysenteri; de som ådragit sig sjukdomen i samband med utlandsvistelse och de manliga homosexuella som ådragit sig den vid könsumgänge. Sjukdomen har i merparten av fallen ett mildt förlopp och allvarliga komplikationer är sällsynta. Smittsamheten i Sverige är, med undantag för den sexuellt överförda smittan, liten.
- b. I förslaget till klassifikation av allmänfarliga sjukdomar upptas Lassafeber, Ebolasjukdom och Marburgsjukdom. Dessa bör lämpligen sammanföras under termen "Virala hemorragiska febrar". Detta skulle också underlätta om nya dylika sjukdomar i framtiden identifieras, vilket ter sig sannolikt. Ett undantag bör i så fall göras för nefropatia epidemica, som knappast kan betraktas som allmänfarlig men som med fördel skulle kunna göras anmälningspliktig.
- c. Vad gäller tuberkulos måste, om den allmänna BCG-vaccinationen upphör, anmälan övervägas för tuberkulinomslag eftersom sådant blir ett viktigt diagnostiskt instrument i den planerade selektiva preventionen.

Till gruppen anmälningspliktiga sjukdomar bör föras sådana där den frivilliga laboratorierapporteringen av olika skäl inte är tillfyllest t.ex. genom önskan om snabbt ingripande eller behov av ytterligare penetration och information.

Sällskapet föreslår därför att följande sjukdomar görs anmälningspliktiga.

- a) Amöbadysenteri – anmälningspliktig istället för allmänfarlig (jfr ovan).
- b) Campylobakterinfektion. Det kan vara angeläget att smittskyddsläkaren tillräckligt snabbt får information så att förekomsten av ett lokalt epidemiskt utbrott identifieras och erforderliga smittskyddsåtgärder sätts in för att spåra och oskadliggöra smittkällan. Campylobacter sprids vanligen med kyckling men även vattenburna epidemier finns redovisade i Sverige.
- c) Toxoplasmos är en sjukdom med stora risker för fosterskada. För riskgruppen gravida torde information om sjukdomens förekomst och smittvägar vara en effektiv personinriktad åtgärd.

Göteborgs kommun

§ 1 Till allmänfarliga sjukdomar bör läggas

HTLV-III infektion

(Jfr MHN:s framställning 1985 och L. Rinders särskilda yttrande)

Rabies

Återfallsfeber (bör utredas vidare)

Vid jämförelse med t. ex. danska regler kan noteras att Salmonellos ej anses allmänfarlig i flera länder. Erfarenheterna visar att den sekundära smittsamheten är låg. Med hänsyn till risker för stora utbrott via livsmedelsburen infektion bör dock sjukdomen t. v. betecknas "allmänfarlig". En nordisk enhetlighet bör på sikt eftersträvas.

§ 2 Anmälningsplikt bör gälla för

Toxoplasmos och influensa

Toxoplasmos är en allvarlig sjukdom. Utredningens uppfattning om att personinriktade smittskyddsåtgärder saknas delas ej. För riskgruppen gravida kvinnor torde information om sjukdomens förekomst och smittovägar vara en effektiv personinriktad åtgärd.

Influensa vållar samhället så stora kostnader att den bör bevakas genom anmälningsförfarande.

Försvarets sjukvårdsstyrelsen

Campylobakterinfektion är redan i fredstid ett problem inom försvarsmakten och torde bli det i än högre grad under kris- och krigstillstånd. Därför vore det ur SjuS synpunkt önskvärt att den gjordes anmälningspliktig.

Älvsborgs läns landsting

Angående smittskyddsförordningen till anmälningspliktiga sjukdomar kanske man borde taga med campylobacter. Uttrycket mikrobiell matförgiftning kanske i stället borde ersättas av anhopning av fall av misstänkt smittsam art. Då blir det en bedömningsfråga från SML med medarbetare om anmälan bör göras eller ej.

I förslaget till smittskyddsförordning har fläcktyfus och Febris recurrens ej inkluderats bland de allmänfarliga sjukdomarna. Nästan 300 fall av fläcktyfus anmäldes i Sverige 1945 och i Finland anmäldes 1 400 fall 1941–1944. Febris recurrens och fläcktyfus bör vara allmänfarliga även om de ej utgör något hot under fred. Detta är nödvändigt för att möjliggöra erforderlig beredskapsplanering avseende dessa åkommor.

I Sverige har sedan andra världskriget rabies endast förekommit i något enstaka fall samt därutöver ett antal misstänkta fall. Även denna sjukdom bör vara allmänfarlig bl. a. för att möjliggöra erforderliga personinriktade skyddsåtgärder såsom vaccination.

Förvaltningen anser ej att mikrobiell matförgiftning bör medtagas bland de anmälningspliktiga sjukdomarna. Orsaken härtill är att detta sjukdomstillstånd ej är smittfarligt, vanligen har objektrinriktade orsaker och regleras genom annan lagstiftning.

RFSL

Beträffande sjukdomen AIDS, eller rättare sagt HTLV-III-infektion, finns i dagsläget ingen verkningsfull behandling och inte heller något vaccin. Följaktligen återstår i smittskyddsarbetet bara att försöka se till att smittan inte förs vidare. Viktigast därvidlag är enligt utredaren (sid 66) dels att inte ge blod och plasma dels att vara sexuellt avhållsam eller begränsa sitt sexuella umgänge till helst en partner.

Vad beträffar blod- och plasmagivning kan man konstatera att förbundet redan i januari 1983 uppmanade landets homo- och bisexuella män att avstå från att lämna blod. Denna uppmaning torde ha haft stor betydelse för det faktum att de svenska blodbankerna kunnat hållas fria från smitta. I likhet med utredaren anser vi att det är viktigt att personer i riskgrupper även fortsättningsvis avstår från blod- och plasmagivning.

När det sedan gäller sexuellt umgänge anser förbundet att utredaren gör en felaktig prioritering ur smittskyddssynpunkt. Det viktigaste är definitivt inte att vara sexuellt avhållsam och inte heller nödvändigtvis att begränsa sitt sexuella umgänge till en partner. Det allra viktigaste är att, när man har sexuellt umgänge med någon, man har det på ett sådant sätt att man inte utbyter kroppsvätskor med varandra. Att dessutom försöka att begränsa antalet sexualpartner är naturligtvis att rekommendera.

Utredaren anför vidare isolering på sjukhus som ett exempel på att det tredje kriteriet (tänkbara och lämpliga personinriktade åtgärder) är uppfyllt när det gäller AIDS. Enligt förbundets uppfattning är det riktigt att det finns personinriktade åtgärder mot spridning av HTLV III-infektion, nämligen information och attitydpåverkan vad gäller sexuella beteenden samt drogmissbruk. Däremot kan, enligt vår uppfattning, inte isolering på sjukhus vara ett sådant exempel. Isolering kan man alltid, som yttersta åtgärd, ta till vad gäller alla smittsamma sjukdomar. Det kan däremot inte anses uppfylla ett kriterium som uppställts för att skilja ut vissa smittsamma sjukdomar från andra.

Som exempel på fördelar med de tvångsmöjligheter smittskyddslagen ger anför utredaren att de som inte frivilligt vill söka läkare tvångsvis kan undersökas för att fastställa om de har utvecklat antikroppar mot HTLV III. Förbundet har svårt att se att detta skulle kunna vara aktuellt annat än i ytterligt speciella fall. En tvångsundersökning måste ju bygga på en medicinskt allvarligt grundad misstanke i det enskilda fallet. En uppgift exempelvis om en persons tillhörighet till viss riskgrupp torde därvidlag inte vara tillräcklig anledning att tvångsvis låta läkarundersöka och provta någon.

Att tvångsvis spåra sexuella kontakter för läkarundersökning är ofta inte heller någon möjlig väg att gå, eftersom när det gäller framförallt tillfälliga homo- och bisexuella kontakter, sexualpartners identitet många gånger är okänd. Dessutom är de i dagsläget tillgängliga provtagningsmetoderna otillförlitliga eftersom ett negativt resultat (avsaknad av HTLV III-antikroppar) inte behöver betyda annat än att kroppen ännu inte hunnit utveckla antikroppar mot smittämnet.

I betänkandet framförs när det gäller AIDS möjligheten att det kanske skulle vara effektivare att i smittskyddets intresse avstå från att förklara AIDS för allmänfarlig sjukdom. Enligt förbundets uppfattning bör det fjärde kriterium som vi ovan föreslagit tas med i beräkningen och då kommer man enligt vår mening till den slutsatsen att det skulle medföra större skada än nytta ur smittskyddssynpunkt att förklara HTLV III-infektion/AIDS allmänfarlig.

Utredaren framför vissa farhågor att många homo- och bisexuella män skulle undandra sig samarbetet med hälso- och sjukvården om HTLV III-infektion kom att förklaras allmänfarlig. Detta är en utveckling som vi från RFSLs sida vid upprepade tillfällen varnat för.

Sedan den 1 november 1985 är HTLV III-infektion upptagen i smittskyddsförordningens förteckning över veneriska sjukdomar, vilket gör den nuvarande smittskyddslagens tvångsmedel användbara. Effekten vad gäller homo- och bisexuella män har inte låtit vänta på sig. Vid landets olika speciella s k venmottagningar har antalet besök av homo- och bisexuella män sjunkit mycket kraftigt sedan den 1 november. Sambandet torde vara uppenbart. En liknande utveckling kan också ses på Roslagstulls sjukhus i Stockholm.

I ett tidigare avsnitt i betänkandet (sid 59) föreslår utredaren att gonorré inte skall tas med i förteckningen över allmänfarliga sjukdomar. Förslaget motiveras bl. a. så här:

”Efter hand har en öppnare attityd till de sexuellt överförbara sjukdomarna kommit bland både läkare och patienter. Förändringen har lett till att sjuka och deras partner i större utsträckning än tidigare söker läkare för undersökning och vård. De tar således själva ansvar för sin egen och andras hälsa. Smittskyddsarbetet bygger i mycket stor utsträckning på att den sjuke är beredd att medverka med upplysningar. Det är viktigt att ett förtroendefullt samarbete kan ske mellan den sjuke, läkare och kuratorer. Samarbetet underlättas som regel om upplysningar om sexuella förbindelser kan lämnas utan hot om tvång. Många läkare som arbetar med sexuellt överförbara sjukdomar anser att tvånget och särregleringen i gällande lag inte sällan försvårar ett effektivt smittskyddsarbete beträffande dessa sjukdomar.”

Detta skriver utredaren om gonorre, där hotet om tvång inte på något sätt kan anses lika avskräckande som vid fall av HTLV III- infektion. En gonorrepatient behandlas till smittfrihet i de allra flesta fall på relativt kort tid utan några större olägenheter för den enskilde. Därmed har också grunden för varje form av ingrepp vad gäller den enskildes integritet undanröjts.

När det gäller HTLV III-infektion finns inte inom överskådlig framtid något hopp om behandlingsmetoder som leder till smittfrihet. Därför ter sig naturligtvis varje hot (om än aldrig så teoretiskt) om tvångsingripanden som skrämmande, och riskerar att medföra att den smittade undviker att ta kontakt med hälso- och sjukvården. Detta i synnerhet som HTLV III-infektion huvudsakligen drabbar män som har sexuella kontakter med andra män. Dessa personer har historiskt sett all anledning att vara mycket rädda om sin personliga integritet.

Mot bakgrund av vad utredaren själv anfört, bl. a. om gonorre, förefaller det märkligt att man drar slutsatsen att "det förslag till ny smittskyddslag som här läggs fram i princip är väl ägnat att tillämpas även på sjukdomen AIDS".

Enligt förbundets mening är det snarare så att det rent teoretiskt, med utgångspunkt endast från utredarens tre kriterier på allmänfarlighet, är möjligt att förklara sjukdomen AIDS allmänfarlig. De omständigheter som utredaren sedan själv pekar på vad gäller integritetsproblem, behovet av ett förtroendefullt förhållande mellan läkaren och den smittade, sjukdomens förekomst företrädesvis bland människor i samhället som redan befinner sig i en utsatt situation m m, borde emellertid ha föranlett utredaren att otvetydigt avråda från att förklara AIDS för allmänfarlig sjukdom.

Enligt vad utredaren skriver (sid 67) skulle smittskyddslagens tillämpning på AIDS medföra att förhållningsregler om livsföring m m i princip måste ges till alla dem hos vilka man har konstaterat antikroppar. Utredaren beräknar denna grupp till f n cirka 2000 – 3000 personer. Detta är korrekt endast om man har ambitionen att bara följa smittskyddslagens bokstav. Den som istället eftersträvar ett effektivt smittskydd tvingas konstatera att samma förhållningsregler måste ges till alla oavsett om man är konstaterad bärare av antikroppar mot HTLV III eller ej. Provtagningsmetodernas otillförlitlighet är omvittnad. Som vi tidigare nämnt kan avsaknaden av antikroppar mycket väl betyda att kroppen bara ännu inte hunnit utveckla några antikroppar som bevis på smitta (det kan ju också röra sig om en person som tillhör den lilla grupp smittade som, vad man vet, aldrig utvecklar några antikroppar men som likaväl kan överföra smittan till andra).

Någon möjlighet att skilja de "falskt" smittfria från de "äkt" finns inte heller i nuläget. Konsekvensen måste ur smittskyddssynpunkt bli att samma råd och information ges till alla, för att undvika att smitta andra eller för att undvika att själv bli smittad och sedan smitta andra.

Statens bakteriologiska laboratorium

SBL har inget att invända mot att överta den centrala registrering som hittills sköts av Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar, under förutsättning att laboratoriet tillförsäkras erforderliga resurser.

Skolöverstyrelsen

SÖ bedömer både tuberkulosdispensärsfunktionen och den centrala registerfunktionen som mycket viktiga för en effektiv övervakning av tuberkulosens epidemiologiska läge. Behovet av en samlad överblick snarast ökar då sjukdomens frekvens minskar. På grund av sjukdomens speciella karaktär är det viktigt, i synnerhet när sjukdomen blivit relativt sällsynt, att bibehålla den särskilda kompetens som finns och kan vidmakthållas på centraldispensärerna/motsvarande funktion vid lungklinikerna.

Spontan tuberkulinreaktivitet hos icke BCG-vaccinerade (t ex vid miljöundersökning) kan enligt SÖ:s mening göras anmälningspliktigt även där sjukdom inte inträffar, dvs utan lungförändringar. Detta skulle ge bättre möjligheter att följa utvecklingen av tuberkulossmitta i landet.

Kronobergs läns landsting

En särskild organisation för tuberkulosvård är ej längre behövlig. Det är därför bra att normalreglementet för dispensärsverksamheten föreslås upphävas.

Västernorrlands läns landsting

Avvecklandet av normalreglementet för dispensärsverksamheten för tuberkulosens bekämpande är bra. I Västernorrland torde nuvarande organisation med knytning till lungkliniken vara en bättre lösning än en överflyttning till infektionskliniken.

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Läkaresällskapet bedömer både tuberkulosdispensärfunktionen och den centrala registerfunktionen som utmordentligt viktiga för en adekvat övervakning av tuberkulosens epidemiologiska läge. Då sjukdomen blir allt ovanligare, men trots allt förekommer i en frekvens på 9/100 000 invånare – varav ca 80 % är lungtuberkulos – kommer det bli allt viktigare att ha en samlad överblick över läget. Likaså kommer det att finnas behov av att kunna få en sakkunnig bedömning av misstänkta fall, då det föreligger avsevärda (differentialdiagnostiska svårigheter gentemot andra sjukdomar (t ex lungcancer), som ej faller under smittskyddslagen. Erfarenhet av tuberkulosbehandling med den intensiva uppföljning som krävs för ett lyckat resultat kommer också att vara viktig. Patienter med smittsam lungtuberkulos som ej behandlas är smittsamma i genomsnitt 2 år,

ibland upp till 10 år. Uppgiften att göra miljöundersökningar, dvs spåra smittade och smittkällor kräver särskild erfarenhet och kunskap. Till skillnad från flertalet andra infektionssjukdomar kan det dröja månader och år innan den smittade blir sjuk. Det finns möjlighet att diagnosticera och behandla den som blivit smittad, så att hans risk att senare bli sjuk och sprida smittan minimeras.

Advekvat kompetens finns vid tuberkulosdispensärer. Det är därför viktigt att dessa bibehålles, vilket tydligare bör utsägas. Smittskyddsläkare bör kunna samarbeta med tuberkulosdispensärerna på motsvarande sätt som miljö- och hälsovårdsnämnd samt distriktsläkare tidigare gjort i enlighet med nuvarande författning.

Tuberkulosdispensär eller motsvarande funktion i en integrerad lungklinik finns i varje landsting trots att motsatsen sägs i utredningen (s. 83, stycke 3).

Beträffande det centrala Tuberkulosregistret, som hittills bekostats och skötts av Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar i brist på tillgängliga medel från det allmänna, sägs att detta främst använts för forskningsändamål. Läkaresällskapet vill framhålla att dess huvudsyfte varit att övervaka epidemiläget.

Det främsta vapnet i kampen mot tuberkulos är ett väl fungerande registreringssystem, där patienten kan återfinnas till dess han blivit botad och kan betraktas som läkt. Centrala Tuberkulosregistret erhåller dels rapporter från tuberkulosdispensärerna angående patienter med aktiv nyupptäckt tuberkulos, dels rapporter från de mykobakteriologiska laboratoriererna angående fynd av tuberkelbakterier. Genom denna dubbla rapportering upptäcks ett inte oväsentligt antal fall som handlagts utanför dispensärorganisationen. Ofta har inga kontaktundersökningar gjorts.

För att en sådan registrering skall vara effektiv måste den vara lagstadgad. Om den föreslagna registreringen hos Statens Bakteriologiska Laboratorium skall kunna fylla samma funktion som nuvarande registrering hos Centrala Tuberkulosregistret, krävs emellertid att anmälan kommer att innehålla uppgifter, som gör att man vid registreringen kan bedöma hur säkert fallet är. I det nuvarande Centrala Tuberkulosregistret, som är ett av landets mest välskötta register enligt många bedömare, ingår endast fall som bedömts av en tuberkulosspecialist. Antingen är sjukdomen bakteriologiskt verifierad – eller ger den kliniska bedömningen tillräckligt starka misstankar för att fallet skall bedömas som aktivt.

Göteborgs- och Bohus läns landsting

Enligt nu gällande smittkungörelse skall samråd äga rum med tuberkulosdispensär vid misstänkta och inträffade fall av tuberkulos. Det framgår inte av kommitténs förslag hur tuberkuloskontrollen i framtiden skall organiseras. Det är viktigt att inte en ny lagstiftning medför att kontrollen av tuberkulos försämrats.

Västerbottens läns landsting

Avslutningsvis vill förvaltningsutskottet påtala den förhoppningen att ett avskaffande av dispensärreglementet inte medför att den inom vissa lands-

Inriktningen av samt ansvaret för smittskyddet

Civilbefälhavaren

Enligt utredningens uppfattning är det endast landstingen som har sådan överblick över sjukligheten inom tillräckligt stort befolkningsunderlag att man kan dra några slutsatser av spridningsmönster och smittkällor.

CB delar inte denna uppfattning, i första hand beroende på att man inte kan särskilja, annat än i undantagsfall person och objekt, vad avser såväl uppspårande som insats.

Den föreslagna organisationen delar på ett onaturligt sätt insatserna mellan å ena sidan i en länsstyrelse-kommunaldel (objektinriktad) och å andra sidan i en landstingsdel (personinriktad).

CB anser att man i smittskyddsarbetet måste ha en "naturlig" samverkanform för att åstadkomma den samlade insats som oftast är nödvändig från såväl länsstyrelse som sjukvårdsorganisation.

Erfarenheterna från länsläkarorganisationen talar entydigt för behovet av samverkan och senare epidemier, exempelvis orsakad av mejeriproduktionen i Jämtland, bekräftar vad som CB anför.

CB tillstyrker utredningens förslag om att smittskyddsläkare skall ha ansvaret för personinriktade åtgärder inom smittskyddet.

Landstingen bör vara resursgivare för smittskyddsläkaren med hänsyn till landstingens roll som sjukvårdsansvariga inom respektive län. Smittskyddsläkaren bör entydigt utgöra en myndighet i smittskyddshänsenande med avgränsade uppgifter avseende personinriktat smittskydd.

När det gäller den medicinska kompetensen hos länsstyrelserna kan konstateras att länsläkarorganisationen vid länsstyrelserna avskaffades år 1981. I ett antal län har man tillfälligt löst frågan om medicinsk kompetens vid länsstyrelsen genom att landstingets smittskyddsläkare är förordnad som föredragande i länsstyrelsen när det gäller smittskyddsärenden. Såväl länsstyrelserna som kommunerna saknar numera den medicinska kompetens som krävs för att kunna svara för ett effektivt smittskydd men har veterinärmedicinsk och juridisk kompetens.

CB förutsätter att dessa kompetenser framgent bibehålles.

CB delar utredningens uppfattning att andra myndigheter än landstingen är mer lämpade att direkt ha hand om objektinriktade åtgärder. Sådana skall vidtas med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagen såsom livsmedelslagen, hälsoskyddslagen, renhållningslagen, miljöskyddslagen, epizootilagen och köttbesiktningenslagen.

Många smittsamma sjukdomar bland människor har sitt ursprung i miljö, djur eller livsmedel. Objektsmittskyddsåtgärder på ett så tidigt stadium som möjligt är grunden för att reducera eller t o m förhindra smitta bland människor.

Miljö- och hälsoskyddsnämnd är lokal tillsynsmyndighet för bl. a. miljöskyddslag och livsmedelslag men inte tillsynsmyndighet för epizootilagen,

köttbesiktningsslagen och vissa delar av miljö- och hälsoskyddslagstiftningen. Anmälan om och åtgärder vid anmälningspliktiga sjukdomar hos djur går ej via miljö- och hälsoskyddsnämnd. Det är länsstyrelsen och länsveterinären som enligt epizootilagen har såväl tillsynsansvar som visst verkställighetsansvar beträffande objektnriktade smittskyddsåtgärder. Detta medför att en samverkan mellan smittskyddsläkare och hälsoskyddsnämnd inte alltid är tillräcklig utan måste ske också mellan smittskyddsläkare och länsstyrelse.

Det är angeläget att samarbetet mellan berörda tjänstemän och myndigheter är välorganiserat och kontinuerligt.

Smittskyddsläkarens geografiska ansvarsområde motsvarar länsstyrelsens, som enligt sin instruktion har regionalt ansvar för hälsoskydd, livsmedelskontroll, epizootibekämpning etc. För objektsmittskyddet är det angeläget att enstaka fall av smitta i olika kommuner omgående görs uppmärksamma för en samordnande myndighet och att åtgärderna också samordnas inom en hel berörd region.

Enligt 10 § i nya smittskyddslagen skall smittskyddsläkaren vidta vissa åtgärder vid allmänfarlig sjukdom. Men paragrafen har brister på två punkter. Bl. a. omnämns inte hur en anmälningspliktig sjukdom skall anmälas vidare till berörd tillsynsmyndighet för eventuella objektnriktade åtgärder. Det framgår inte heller vem som skall bedöma "om objektnriktade åtgärder kan komma ifråga".

För att kunna erhålla en fungerande smittskyddsorganisation såväl vad gäller person- som objektnriktade åtgärder föreslår CB – med hänsyn också taget till beredskapsaspekter –

att smittskyddsläkaren utgör en regional myndighet i länet med uppgift att svara för det personinriktade smittskyddet,

att landstingen är resursgivare,

att smittskyddsläkaren ålägges att samverka med länsstyrelsen i smittskyddsfrågor i avsikt att få en samordning av person- och objektnriktade åtgärder och att detta sker bl. a. genom organiserandet av epidemiutskott,

att smittskyddsläkaren utan hinder av sekretessbestämmelser ges möjlighet att i smittskyddsfrågor samverka med polis och sociala myndigheter samt att föra eget icke öppet diarium.

Socialstyrelsen

Det lämpliga i att – vilket är innebörden av föreliggande förslag – smittskyddslagen begränsas till personinriktade åtgärder kan enligt socialstyrelsens uppfattning ifrågasättas. I en rad andra lagar fins möjlighet att ingripa med olika objektnriktade åtgärder i smittförebyggande syfte. Socialstyrelsen anser att en djupare analys kring möjligheterna att vidta adekvata smittskyddsåtgärder med stöd av annan lagstiftning borde ha utförts. Detta gäller t ex möjligheterna att med stöd av hälsoskyddslagstiftningen ingripa mot olika verksamheter. Vidare är det tveksamt om hälsoskyddslagen ger möjlighet att förbjuda folksamlingar, i de fall de skulle kunna innebära stor smittrisk. Det är enligt socialstyrelsens uppfattning viktigt att de olika lagarna tillsammans (smittskyddslagen, hälso- och sjukvårdslagen,

hälsoskyddslagen och livsmedelslagen m fl) utgör ett effektivt skyddsnät och möjliggör att effektiva åtgärder kan vidtas mot smittsamma sjukdomar.

Utredaren har framhållit att den strävan som pågår att decentralisera viktiga samhällsuppgifter är en positiv utveckling. Det förslag som nu lämnas bygger emellertid i allt väsentligt på en koncentration av smittskyddet till hälso- och sjukvården och en centralisering till smittskyddsläkaren. De uppgifter som smittskyddsläkaren nu föreslås få ansvar för har tidigare åvilat miljö- och hälsoskyddsnämnden (motsvarande) inom respektive kommun och en särskilt utsedd distriktsläkare. Det är väsentligt att en lokal förankring i smittskyddsarbetet vidmakthålles även i fortsättningen. Detta kan ske genom att smittskyddsläkaren etablerar en god samverkan med miljö- och hälsoskyddsnämnderna.

Med hänsyn till det vidgade ansvar för befolkningens hälsa som landstingen fått måste det anses välmotiverat att dessa nu även övertar ansvaret för det personinriktade smittskyddet. Utredarens ställningstagande att lägga myndighetsuppgiften på en expertfunktion är därför enligt socialstyrelsens uppfattning rationellt grundat. Övervägande skäl talar sålunda för att ett genomförande av utredningsförslaget leder till ett effektivare smittskydd.

Utredarens konstaterande att länsstyrelserna och miljö- och hälsoskyddsnämnderna saknar medicinsk kunskap är enligt socialstyrelsens uppfattning en fråga som borde ha ägnats ökad uppmärksamhet. Dessa myndigheter förutsätts fortfarande ha ett stort ansvar för det objektnriktade hälsoskyddet enligt annan lagstiftning. Även för detta arbete fordras medicinsk expertis. Hur detta behov skall tillgodoses borde utredaren ha berört. Styrelsen anser det viktigt att nämnda myndigheter har tillgång till medicinsk expertis. En samverkan med den landstingskommunala primärvården ter sig därvid naturlig.

Erfarenheter från den nu gällande lagstiftningen ger vid handen att framförallt utredning av mag- och tarmburna infektioner men även av sådana sjukdomar som ornitos genomgående skötts bra av kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder. Möjligheter att vidta relevanta åtgärder i miljön finns härvidlag också. Sådana saknas dock i allmänhet när det gäller andra infektioner, exempelvis inokulationsgulsot. Eftersom smittspridningsvägarna för dessa infektioner inte erfordrat objektnriktade åtgärder har de därmed hamnat utanför miljö- och hälsoskyddsnämndernas vanliga arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen vill i detta sammanhang erinra om de ytterligare problem i samarbetet som kan uppstå vid sådana tillfällen då olika lagstiftningar kan tillämpas, exempelvis livsmedelslagen och smittskyddslagen. Det är därför lämpligt att samarbete mellan smittskyddsläkaren och andra myndigheter etableras redan innan en epidemi inträffar. En gemensam planering som syftar till en samordning av det person- och objektnriktade smittskyddet på regional nivå är därför nödvändigt som en beredskapsåtgärd. Denna samordnande planering av landstinget, miljö- och hälsoskyddsnämnderna och länsstyrelsen bör komma till uttryck i lagtexten.

I förslaget till ny smittskyddslag skiljer man på ansvaret för person- och objektinriktade åtgärder, så att smittskyddsarbetet fördelas på två olika myndigheter. SjuS anser att man bör utreda om inte en annan instans skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddsarbetet.

Statens bakteriologiska laboratorium

Liksom när det gäller andra hälsopolitiska åtgärder, bör också smittskyddslagen bygga på en helhetssyn, såväl när det gäller den smittade individen som samhällets åtgärder. De individinriktade, kurativa åtgärder-na bör ses i sammanhang med samhällets allmänna förebyggande åtgärder.

Som närmare utvecklas i det följande är det risk för att ett genomförande av föreliggande förslag till ny smittskyddslag kan leda till en överbetoning av personinriktade åtgärder och en splittring av samhällets ansvar och resurser, så att åtgärderna fördröjs och inte blir tillräckligt kraftfulla.

Utredningen innehåller samtidigt många förslag till väsentliga förbättringar med anpassning till samhällsutveckling och ny kunskap.

En grundläggande svaghet i förslaget till ny smittskyddslag är att lagen inskränkts till att gälla enbart personinriktade åtgärder (enl. § 2 och 3). Smittskyddsarbetet omfattar emellertid åtgärder som är riktade såväl mot person och föremål som verksamheter. Det är i många fall inte möjligt att i det praktiska arbetet inrikta sig enbart mot *ett* led i ett samspel mellan människa, djur eller livsmedel, miljö, tekniska installationer och olika slag av aktiviteter.

Att definiera smittskydd som enbart avseende personinriktade åtgärder (§ 3) är därför konstgjort och torde inte ha sin motsvarighet i något annat land. Svårigheten att överföra synsättet till verkligheten framgår bl a av det tredje kriteriet för allmänfarlighet i § 2. Enligt förslaget avses som allmänfarliga sådana smittsamma sjukdomar "som genom lämpliga personinriktade åtgärder kan hindras att sprida sig". Således skulle smittsamma sjukdomar med stor utbredning och hög dödlighet inte betraktas som allmänfarliga, om andra än personinriktade åtgärder erfordras för att hindra smittans spridning. För att ett effektivt smittskyddsarbete skall kunna bedrivas i Sverige erfordras en bättre samordning mellan de lagar och föreskrifter som rör olika grenar av smittskyddsarbetet. Ansvaret är, och blir genom förslaget än mer, splittrat på olika instanser, kommuner, landsting och olika centrala myndigheter fördelade på flera departement. Det är oroväckande att inget samhällsorgan kommer att ha det övergripande ansvaret för det totala smittskyddsarbetet. Smittskyddslagen bör ge uttryck för en verklighetsförankrad helhetssyn och utgöra grunden för de snabba, kraftfulla och samlade åtgärder som erfordras i akuta epidemi-lägen. Därför föreslås att inskränkningen till *personinriktade* åtgärder utgår ur § 2 och 3 och att § 4 omarbetas så att det slutliga ansvaret lägges på en instans.

Hälsoskydds- och smittskyddslagen bör samordnas så att det är möjligt att bedriva smittskyddsarbete vad gäller objekt och verksamheter utan att tjäna innebörden av begreppet "sanitär olägenhet" i hälsoskyddslagen.

Exempel på sjukdomar som i förslaget skall vara "allmänfarliga" och där det är välkänt att objekt- eller verksamhetsinriktade (t. ex. livsmedels-hantering) åtgärder kan erfordras för att hindra spridning är: Dysenteri, hepatit A och B, kolera, mjältbrand, paratyfoid, pest, salmonella, tuberkulos (t. ex. via mjölk) och tyfoidfeber.

Livsmedelsverket

Enligt det nu lagda förslaget kommer det att bli en uppdelning av ansvarsområdet mellan kommun och landsting. Detta kan medföra svårigheter för de tillsynsmyndigheter som har att övervaka livsmedelslagstiftningens bestämmelser när det gäller hälsokontroll av viss livsmedelspersonal.

Om tillsynsmyndighet måste ingripa mot någon inom livsmedelshanteringen som har sjukdom eller smitta som ej omfattas av den föreslagna smittskyddslagen blir det fortfarande miljö- och hälsoskyddsnämnden som i egenskap av myndighet har att agera. Om däremot vederbörande drabbas av sjukdom som omfattas av smittskyddslagen så blir det landstinget som genom sin smittskyddsläkare övertar ansvaret när det gäller de personinriktade åtgärderna. Smittskyddsläkaren blir då, enligt 6 § i förslaget den enda som kan meddela bindande förhållningsregler. Varje läkare som behandlar en smittad person skall visserligen ge råd om vilka åtgärder denne bör vidta för att hindra smittspridning, men någon förpliktelse för den smittade att följa råden finns inte.

Uttrycket att landstingens förutsättningar "gäller självfallet främst" antyder att dessa skulle ha förutsättningar även på annat plan. Livsmedelsverket anser det rimligt att det objektrinriktade bekämpandet inom t ex sjukvårdsinrättningar av olika slag ligger inom landstingens kompetensområde med undantag för t ex livsmedelslokal, livsmedelsproduktion och livsmedelsdistribution. Smittutredning inom de senare områdena ligger inom livsmedelslagstiftningen och ingripanden bör göras av miljö- och hälsoskyddsnämnden. Även beträffande smittreningen av lokaler inom sjukvårdsinrättning bör en liknande uppdelning av ansvaret vara logisk. Det är möjligt att detta ansetts vara en självklarhet, men för tolkningen av smittskyddslagens bestämmelser bör de olika ansvarsområdena vara fullständigt beskrivna. Tillägg bör då sannolikt göras till § 19 smittskyddslagen.

Länsstyrelsen som överordnad myndighet kommer vid mer omfattande livsmedelsburna epidemier att vara den tillsynsmyndighet, som skall ha en övergripande roll dels över objektrinriktat smittskydd och över personinriktat smittskydd för smittsamma inte allmänfarliga sjukdomar. Länsstyrelsen kan dessutom ha en roll i beslutsfattande av ekonomisk natur. Detta gäller i de fall sådant beslut inte lämpligen kan fattas av enskild kommun eller bör överföras till berört ämbetsverk. Länsstyrelsens nuvarande uppgifter förutsätter självfallet att den har tillgång till medicinsk och veterinärmedicinsk sakkunskap för rådgivning. Det synes otillfredsställande att lagen om smittskydd inte beaktar länsstyrelsens nuvarande uppgifter. Vidare bör uppmärksammas de gränsdragningsproblem som kan uppkomma för allmänfarliga, anmälningspliktiga eller inte anmälningspliktiga sjuk-

domar. Som exempel kan nämnas att ett bekämpande av ett utbrott förorsakat av misstänkt *Campylobacter*infektion grundat på livsmedelslagen innebär problem innan slutlig diagnos ställts och information på något sätt delgivits ansvarig myndighet.

Beslut om objektrinriktade åtgärder kvarliggör generellt på den tillsynsmyndighet, som enligt livsmedelslagstiftningen har tillsynsansvaret, i normalfallet miljö- och hälsoskyddsnämnden. Om tillsynsmyndigheten och smittskyddsläkaren har olika uppfattningar i vad gäller de personinriktade åtgärderna, som bör vidtas i anslutning till objektrinriktade åtgärder, är smittskyddsläkaren således inte bunden av nämndens beslut eller anvisningar i övrigt. Denna splittring av myndighetsutövandet kan vålla praktiska svårigheter. När sådana beslut måste fattas med stöd av livsmedelslagstiftningen kan i vissa fall divergerande beslut meddelas av smittskyddsläkaren respektive miljö- och hälsoskyddsnämnden. Verket förutsätter därför att överenskommelser träffas mellan smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnden om klara rutiner när det gäller exempelvis avstängning av livsmedelspersonal, avstängningsperiodens längd, läkarundersökning beordras av livsmedelsmyndighet etc.

Statens Naturvårdsverk

Verket anser att den föreslagna uppdelningen av ansvarsområdena mellan olika lagstiftningar och myndigheter i smittskyddsfrågor är riktig. Förslaget att landstingen övertar ansvaret för det personinriktade smittskyddet från länsstyrelserna och miljö- och hälsoskyddsnämnderna stämmer bl a med den ansvarsuppdelning som redan påbörjats bl a genom att länsläkarorganisationen avskaffats. Uppdelningen tydliggör också gränsområden som kan skapa ansvarstvister med åtföljande risker för dubbelarbete och förseningar. Behoven av att agera snabbt och koncist är mycket stora på smittskyddsområdet. Det kräver en klar och entydig ansvarsfördelning.

Naturvårdsverket, länsstyrelserna och miljö- och hälsoskyddsnämnderna kan med den föreslagna ansvarsfördelningen koncentrera sina åtgärder mot det objektrinriktade smittskyddet. Som kommittén framhåller finns heller inte tillräcklig medicinsk kompetens på länsstyrelserna. Deras resurssituation är ändå hårt ansträngd, varför en formell ansvarsbefrielse är nödvändig.

Miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna har varierande resurser och kompetens på smittskyddsområdet. Verket anser att det är ett bra tillfälle att avlasta verksamheten till förmån för insatser på andra miljö- och hälsoskyddsområden samt begränsa det till det objektrinriktade smittskyddet. Där har kommunerna fått ökat ansvar och behöver förstärka sina insatser. Utvecklingen speglas i de senaste årens förändringar enligt bl a hälsoskyddslagen, miljöskyddslagen och lagen om kemiska produkter och i de förväntade förändringarna enligt plan- och naturresurslagstiftningarna.

Arbetskyddsstyrelsen

Det är bra att de personinriktade åtgärderna renodlas och att ansvaret för smittskyddslagen läggs på en myndighet, smittskyddsläkaren, med social-

styrelsen som central myndighet och statens bakteriologiska laboratorium som en ren expertfunktion. Det är också bra att kravet på samverkan med andra myndigheter slås fast. Genom den klara ansvarsfördelningen borde det inte behöva bli några problem beträffande de olika myndigheternas agerande. Samordning och information är viktig och även här har smittskyddsläkaren ett huvudansvar.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Statens veterinärmedicinska anstalt

SVA instämmer i utredarens förslag att ansvaret för smittskyddet bör flyttas från länsstyrelserna till landstingen och smittskyddsläkare med myndighetsstatus får ansvar för det direkta smittskyddsarbetet. Innan detta förslag realiseras torde det dock vara nödvändigt att analysera möjligheterna att med stöd av annan lagstiftning kunna vidta s k objektrinriktade åtgärder. Exempelvis finns inget lagrum i Salmonellalagen rörande åtgärder mot spridning av Salmonella via sällskapsdjur.

Länsrätten i Stockholms län

Den föreslagna smittskyddslagen föreslås begränsad till personinriktade skyddsåtgärder. Länsrätten ifrågasätter om inte samhället har behov av en övergripande heltäckande smittskyddslag och saknar i vart fall en analys av frågan. Länsrätten saknar i betänkandet en samordning mellan smittskyddslagen och övrig smittskyddslagstiftning. Länsrätten saknar också en samordning med vårdlagarna.

Hovrätten över Skåne och Blekinge

Hovrätten vill inledningsvis framhålla att förslaget har betydande förtjänster i sakligt hänseende, bl a gäller detta smittskyddets organisation.

Kammarrätten i Göteborg

Den av kommittén föreslagna ordningen förefaller kunna medföra svårigheter att genomföra smittrening i tid. Följande exempel belyser svårigheterna. För att tvångsvis kunna genomföra smittrening av en bostadslägenhet torde man, om förslaget följs, vara hänvisad till bestämmelserna i hälsoskyddslagen om åtgärder mot sanitära olägenheter. Enligt denna kan inte hithörande åtgärder – såsom enligt gällande smittskyddslag – vidtas på kommunens bekostnad. Den åtgärd som i brådskande fall kan komma i fråga enligt hälsoskyddslagen är förordnande om rättelse på den försumliges bekostnad utan föregående föreläggande. Beslut om en sådan åtgärd får emellertid inte delegeras, utan miljö- och hälsoskyddsnämnden måste sammanträda för att beslut härom skall kunna fattas. Detta hinner man knappast i brådskande fall, särskilt under helger.

Länsrätten i Malmöhus län

Länsrätten delar utredarens principiella uppfattning att smittskyddslagen kan förenklas och att smittskyddsorganisationen bör läggas under landstingen med socialstyrelsen som tillsynsmyndighet. I fråga om sådana objektinriktade åtgärder krävs det, som utredaren har framhållit, en omfattande och smidig samverkan mellan berörda myndigheter. Enligt länsrättens mening har utredaren inte ägnat tillräcklig uppmärksamhet åt det behov av snabba och effektiva åtgärder som kan uppkomma utanför området för personinriktade åtgärder och inte heller tillräckligt belyst vilka möjligheter det finns att genomföra sådana inom ramen för andra lagar än smittskyddslagen. I ett akut läge kan det vara svårt att effektivt samordna sådana åtgärder. Det bör därför enligt länsrättens mening övervägas att i lagen ge möjlighet för regeringen att i ett allvarligt krisläge upprätta en kommission med sådana befogenheter som epidemikommisionen enligt dansk smittskyddslagstiftning har. En sådan kommission kan tänkas behöva inrättas för hela riket eller för ett landstingsområde.

Länsstyrelsen i Stockholms län

När det gäller den medicinska kompetensen hos länsstyrelserna kan konstateras att länsläkarorganisationen vid länsstyrelserna avskaffades år 1981. I Stockholms län har man tillfälligt löst frågan om medicinsk kompetens vid länsstyrelsen genom att landstingets smittskyddsläkare är förordnad som föredragande i länsstyrelsen i smittskyddsärenden. Länsstyrelsens medverkan i smittskyddsärenden har i huvudsak inskränkt sig till att utfärda förelägganden enligt 14 § gällande smittskyddslag för den som lider av venerisk sjukdom att undergå läkarundersökning och behandling. Några reella möjligheter för länsstyrelsen att medverka när det gäller medicinska åtgärder gentemot personer vid uppkommande epidemier etc föreligger inte utan länsstyrelsens uppgift får anses vara av mer formellt slag.

Länsstyrelsen tillstyrker därför utredningens förslag om att landstingen i princip skall ha det övergripande ansvaret för personinriktade åtgärder inom smittskyddet.

Länsstyrelsen i Östergötlands län

Sedan länsstyrelsen 1981 förlorade stödet av länsläkarorganisationen har förutsättningarna för länsstyrelsens verksamhet inom smittskyddet i stora delar saknats. Den föreslagna förändringen i ansvarsfördelningen som innebär att landstinget skall ha huvudansvaret för smittskyddet är därför välmotiverad.

Länsstyrelsen i Malmöhus län

Länsstyrelsen finner i likhet med utredaren att den medicinska kompetens som måste finnas hos huvudmannen för smittskyddet numera saknas hos

länsstyrelsen. Vid sådant förhållande synes det lämpligt att, på sätt som föreslagits, landstingen blir huvudmän för smittskyddet.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Länsstyrelsen i Göteborgs- och Bohus län

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) svarar landstingen för hälso- och sjukvården inom landstingsområdet. Landstingen är bl a skyldiga att vidtaga åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar. Kommitténs förslag att landstingen även skall svara för smittskyddet, dvs de personinriktade åtgärderna är, enligt länsstyrelsens bedömning, välgrundat.

Landstingsförbundet

Smittskyddet är ett av många områden där primärkommunala och landstingskommunala verksamheter etablerat samverkan. Utredningens kartläggning av erfarenheterna visar bl a på olika problem med denna samverkan. Att nu söka klarare avgränsa respektive huvudmans ansvar för det objektrinriktade respektive det personinriktade smittskyddet förbättrar sannolikt i vissa avseenden förutsättningarna för samverkan. Å andra sidan kvarstår och tillkommer sannolikt samarbetsproblem även vid den nya administrativa gränslinjen. Ur den enskildes och befolkningens perspektiv ses insatserna för att motverka smittspridning naturligen i ett sammanhang. Detta förutsätter samordning över ansvarsgränserna av exempelvis beslut om åtgärder, information till allmänheten, utbildning och planering. Utredningens lagförslag ålägger landstingen en samordnings-skyldighet men berör mycket översiktligt förutsättningarna för en sådan samverkan. De lagar som reglerar objektrinriktade insatser måste enligt styrelsen vara avstämda mot och samordnas med smittskyddslagen för att säkerställa effektiva åtgärder i ett helhetsperspektiv. En sådan översyn av övrig lagstiftning med anknytning till smittskyddsområdet har inte gjorts av utredningen. Enligt styrelsens uppfattning måste en sådan genomgång göras inom ramen för det fortsatta beredningsarbetet. Det alltmer ökande arbetet hos kommuner och landsting för att förhindra spridning av HTLV-III-smitta har också aktualiserat stora samverkansbehov mellan hälso- och sjukvården och den primärkommunala socialtjänsten som inte uppmärksammats av utredningen.

Kommunförbundet

Styrelsen avvisar den föreslagna uppdelningen, och anser att smittskyddslagen bör omfatta både personinriktade och objektrinriktade åtgärder. Styrelsen ifrågasätter om utredningen tillräckligt studerat om de nämnda speciallagarna kan tolkas och tillämpas på det sätt som åsyftas i förslaget.

Styrelsen ställer sig tveksam till utredarens tolkning att smittämnen utgör en sanitär olägenhet och att smittrening och omhändertagande av kläder och bohag skall kunna ske med stöd av hälsoskyddslagen. Samver-

kan och samarbetsformer smittskyddsläkare — miljö- och hälsoskyddsnämnd är oklara varför risk för kompetenskonflikter lätt kan uppkomma.

Enligt hälsoskyddslagen skall varje kommun svara för hälsoskyddet inom kommunen. I begreppet "hälsoskydd" inlägger förbundet uppgiften att skydda kommunens innevånare mot smittsamma sjukdomar.

Styrelsen motsätter sig inte att smittskyddsläkaren har ett övergripande ansvar för smittskyddet inom landstingsområdet, men miljö- och hälsoskyddsnämnden med sin lokalkännedom bör vara den myndighet som har hand om smittskyddet på fältet.

Södermanlands läns landsting

Det är viktigt att rådande lagstiftning återspeglar sin tids kunskap och samhällsförhållanden. I förslaget till ny smittskyddslag har man försökt att åstadkomma harmoni med hälso- och sjukvårdslagen både i synen på den enskilda människan och i synen på vilka uppgifter som landstingen åläggs att svara för. Detta anser utskottet vara bra.

Enligt § 3 avses med smittskydd i detta lagförslag endast personinriktade åtgärder. Detta innebär att smittskyddsläkarens arbete endast skall vara personinriktat, d v s begränsat till arbete med patienterna. Epidemiologiska utredningar förutsätts således endast begränsas till personinriktade undersökningar och kan inte fullföljas om smittan överförs av t ex vatten, livsmedel eller djur då detta regleras av annan lagstiftning.

Uppdelningen av smittskyddet i personinriktade och objektrinriktade åtgärder är enligt utskottet olyckligt. Av denna formulering får man lätt uppfattningen att diagnostiken och epidemiologiska undersökningar skall delas mellan personinriktade och objektrinriktad verksamhet. Detta kan enligt utskottet inte vara lagens mening utan denna uppdelning gäller endast åtgärder som skall vidtagas efter att man fått kunskap om smittämnet, dess utbredning och smittvägar.

Genom att huvudansvaret för smittskyddet föres över på landstingen har samordningsskyldigheten enligt lagförslaget ålagts landstingen. Utskottet anser att de lagar som reglerar objektrinriktade insatser måste stämmas av mot och samordnas med smittskyddslagen för att skapa förutsättningar för bästa möjliga samverkan mellan landsting och primärkommuner.

Västmanlands läns landsting

Landstinget ansluter sig till uppfattningen att smittskyddsarbetet ansvarsmässigt skall tillkomma landstinget och att myndighetsfunktionen gentemot enskilda personer bör utövas av en inom landstinget anställd smittskyddsläkare. Den säruppdelning mellan individ- och objektrinriktade åtgärder som utredningen utmynnar i finner landstinget mindre lämplig trots de förslag till samordning mellan olika myndigheters åtgärder, som utredningen föreslår. I utredningsförslaget finns varken på länsnivå eller riksnivå något övergripande samordnande och beslutande organ med ansvar för det totala smittskyddsarbetet oavsett vem som utöver detta. Eftersom allt smittskyddsarbete innebär ett stort mått av både objekt- och person-

kopplade epidemiologiska utredningar med effektåtgärder baserade på framför allt medicinsk sakkunskap, finner landstinget, trots vissa principiella betänkligheter, det angeläget att smittskyddsläkare förses med samma befogenheter och direktivrätt som den forne länsläkaren. Någon instans inom länet måste till slut kunna fatta beslut om vilka åtgärder av såväl personinriktad som objektinriktad natur som skall vidtas samordnat. Sådant beslut skall kunna överklagas i länsrätten.

Hallands läns landsting

Förvaltningsutskottet är positivt till betänkandet. Det behövs en ny smittskyddslag och det förefaller rimligt att skilja på personinriktade och objektinriktade åtgärder. Det bör dock betonas att det är nödvändigt med ett intimt samarbete mellan landsting och kommuner i smittskyddsfrågorna så att åtgärderna samordnas på ett rationellt och naturligt sätt.

Jämtlands läns landsting

Det som saknas är en reglering av ansvarsförhållandet mellan dessa olika lagar och myndigheter. Erfarenheter från salmonellautbrottet i Östersund sommaren 1985 visar, att emellanåt kan tillämpningen bli besvärlig. I den aktuella situationen ville t.ex. miljö- och hälsoskyddsnämnden vidtaga åtgärder inom mejeriet, medan livsmedelsverket, som också är ansvarigt eftersom mejeriet levererar till flera kommuner, hade en annan åsikt om vilka åtgärder som borde vidtagas. Smittskyddsläkren hade också synpunkter på handläggningen, liksom länsstyrelsen genom länsveterinären. Eftersom ingen egentlig ansvarsreglering finns uppstod enligt min uppfattning dels en onödig försening, dels också att en del sannolikt onödiga åtgärder företogs. Det borde alltså stadgas någon sorts rangordning mellan de i en sådan affär inblandade myndigheter.

Stockholms läns landsting

Det framlagda förslaget till ny smittskyddslag kan vara ett ändamålsenligt alternativ till nu gällande smittskyddslag. En förutsättning är emellertid att samordningen mellan förslaget till smittskyddslag, livsmedelslag och hälsoskyddslag belyses ytterligare.

Uppsala läns landsting

Negativt är att gränsdragningen mellan olika lagstiftningar som t.ex. livsmedelslagen och smittskyddslagen inte gjorts klarare. Vem har det övergripande ansvaret för beslut som bör fattas med utgångspunkt i båda lagstiftningarna och som t.ex. har stora ekonomiska konsekvenser för ett livsmedelsföretag?

Positivt är att ansvaret för smittskyddet förs till landstinget.

Förslaget till ny smittskyddslag innebär en klar förbättring jämfört med nu gällande lagstiftning. Det övergripande ansvaret för smittskyddet tillförs nu landstingen. Detta innebär en förenkling av ansvarsfrågorna.

Jönköpings läns landsting

Inget samhällsorgan kan ha det övergripande ansvaret för det totala smittskyddsarbetet. Ansvaret för smittskyddet åvilar enligt gällande smittskyddslag främst kommunerna. Detta har varit ändamålsenligt i de mycket stora kommunerna, som har haft speciell personal för detta ändamål. Majoriteten av landets små kommuner har haft svårigheter att hålla denna kompetens. Epidemiska utbrott respekterar inte heller kommungränser, varför uppdelning i alltför små geografiska enheter försvårar ingripanden i en epidemisituation.

Landstinget ställer sig bakom en uppdelning efter kompetensprincipen, där hälso- och sjukvården får ansvaret för det personinriktade smittskyddsarbetet, medan miljö- och hälsoskyddsnämnderna och andra organ har ansvaret för de objekтинriktade insatserna. Smittskyddsarbetet inom landstingen kommer att kunna ingå som en naturlig del i den förebyggande verksamhet, som är under uppbyggnad. I smittskyddsarbetet bör också ingå landstingets policy för vaccinationer.

Den senare situationen inträffar i ett landstingsområde dessbättre mycket sällan, men ställer å andra sidan större krav på planering, snabbt och effektivt arbete och samverkan mellan olika ansvariga myndigheter.

En huvuduppgift för landstingen måste vara att bereda vägen för tillkomsten av en slagkraftig och effektiv organisation för bekämpande av allmänfarliga sjukdomar. Det synes lämpligt att i diskussionen om smittskyddsorganisationen skilja mellan den kvantitativa helt dominerande gruppen ärenden, där enstaka personer insjuknar i allmänfarlig sjukdom och större epidemiska utbrott.

Kronobergs läns landsting

I gällande smittskyddslag ligger det primära ansvaret för smittskyddet på kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd. Enligt förslaget kommer *ansvaret för de personinriktade åtgärderna* att överflyttas till landstinget. Redan i dag handläggs de personinriktade åtgärderna i stora stycken hos landstinget till följd av att större kompetens i dessa frågor är samlad där. Förslaget innebär därför i detta avseende en välbehövlig anpassning av lagstiftningen till verkligheten. Även reduceringen av länsstyrelsens roll underlättar skapandet av en enkel och effektiv smittskyddsorganisation, där de olika aktörernas ansvarsområden är anpassade till reell kompetens. Uppdelningen av det primära ansvaret för smittskyddet på kommun och landsting förutsätter ett nära samarbete, eftersom såväl personinriktade som objekтинriktade åtgärder kan vara aktuella i samma ärende. Eftersom den slutliga målsättningen för verksamheten är gemensam finns det ingen

anledning att befara att uppdelningen av ansvaret skulle medföra intressekonflikter eller svårigheter i verksamhetsutövningen. Snarare bör lagförslaget ge förutsättningar för ett bättre samarbete än det vi har i dagsläget.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Malmöhus läns landsting

Förvaltningsutskottet tillstyrker att smittskyddet överföres till landstingskommunerna då dessa innehar den kompetens som erfordras.

Då det är andra myndigheter som ska vidta smitthindrande åtgärder som kräver ingrepp mot objekt krävs det ett gott samarbete med dessa myndigheter. Framförallt är det angeläget att det inte sker någon fördröjning beträffande smittskyddsåtgärder inom livsmedelshanteringen. Samarbetet mellan smittskyddsläkare och distriktsläkare, företagsläkare vid livsmedelsföretag och miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna bör därför formaliseras i någon form.

Göteborgs och Bohus läns landsting

Förslaget till ny smittskyddslag innebär en betydande förenkling av det administrativa förfarandet vid handläggning av smittskyddsärenden. Landstinget blir ensamansvarigt för alla personinriktade åtgärder, medan alla objekтинriktade åtgärder ombesörjes av andra myndigheter. För ett effektivt smittskydd fordras en omfattande samverkan mellan landstinget och andra myndigheter framförallt kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder.

Älvsborgs läns landsting

Landstingen får enligt förslaget ansvaret för smittskyddet. Härigenom uppnås en betydande förenkling för den enskilde, som behöver ha kontakt med enbart en instans, såväl för behandlingen av sjukdomen, som för de åtgärder som kan behövas ur smittskyddssynpunkt.

Värmlands läns landsting

Utredaren anser att landstingen skall ha ansvaret för smittskyddet. Denna uppfattning delas av Värmlands läns landsting.

En av de grundläggande tankegångarna i utredningen är att man vill åstadkomma en klar uppdelning mellan ansvarsområdena för landsting, kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd, länsstyrelsen m fl. Man har därför menat att den nya smittskyddslagens tillämpningsområde enbart skall avse personinriktade åtgärder medan objekтинriktade åtgärder finns reglerade i annan lagstiftning. Att denna uppdelning i praktiken blir något konstlad framgår emellertid redan då man skall definiera vad som menas med allmänfarliga sjukdomar. Man anger där som det tredje kriteriet att det gäller sjukdomar som genom lämpliga *personinriktade* åtgärder kan hindras att sprida sig. Av uppräknningen av allmänfarliga sjukdomar i smittskyddsförordningens första paragraf framgår emellertid att det i de

flesta fall rör sig om sjukdomar där man måste använda en kombination av personinriktade och objektinriktade åtgärder, och att i en del fall den ena och i en del fall den andra typen av åtgärder överväger. Denna strikta uppdelning mellan personinriktat och objektinriktat ter sig också konstlad då man försöker föreställa sig konkret hur planering, ansvar och verkställighet av bekämpningen av allmänfarliga sjukdomar skall te sig.

Kopparbergs läns landsting

Av lagförslaget tredje paragraf framgår att med smittskydd avses, i denna lag, personinriktade åtgärder för att hindra att smittämnen som kan orsaka allmänfarliga sjukdomar sprids bland människor. I samma paragraf anges att i andra författningar finns bestämmelser av betydelse för att hindra smittspridning, t. ex. livsmedelslagen. Utskottet värdesätter den klara avgränsningen av denna lags tillämpningsområde, eftersom det underlättar för landstingets anställda att rätt tillämpa bestämmelserna.

Västerbottens läns landsting

I utredningen föreslås att ansvaret för smittskyddet på lokal nivå i vad avser personinriktade åtgärder skall övergå från primärkommunerna till landstingen. Förvaltningsutskottet anser, bland annat utifrån hälso- och sjukvårdslagen, att en sådan förändring i princip är korrekt. Mot bakgrund av bristen på sjukvårdspersonal inom glesbygdslänen bör emellertid de praktiska konsekvenserna klarläggas innan en sådan lagändring företages.

Norrbottnens läns landsting

Landstingen föreslås överta ansvaret för smittskyddet enligt den nya lagen. Förvaltningsutskottet finner detta vara en logisk utveckling med hänsyn till landstingens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Mot bakgrund av att lagen föreslås gälla endast de personinriktade åtgärderna förstärks motivet ytterligare eftersom den medicinska kompetensen idag finns hos landstingen.

Begränsningen av lagen till att enbart gälla personansvar kommer att ställa stora krav på samarbete med andra myndigheter som kan vidta objektinriktade åtgärder med stöd av annan lagstiftning. Detta överensstämmer dock helt med landstingens strävan att studera sambanden mellan ohälsa och hälsorisker och att förmedla kunskaperna till andra ansvariga som i sin planering kan beakta dessa.

Övriga landsting

Landstingen i Örebro, Gävleborgs och Västernorrlands län har uttalat sig positivt eller tillstyrkt utredarens förslag i dessa frågor.

Västervik kommun finner det olyckligt och olämpligt att miljö- och hälsoskyddsnämnden ej längre skall ansvara för smittskyddet enligt förslaget till smittskyddslag.

Att reglera endast de personinriktade smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen och ej de objektiinriktade åtgärderna som enligt utredaren kan ingå i annan lagstiftning (hälsoskyddslagen, livsmedelslagen, renhållningslagen, miljöskyddslagen och arbetsmiljölagen) förefaller kommunen märkligt. Erfarenhetsmässigt är de personinriktade och objektiinriktade smittskyddsåtgärderna intimt förknippade med varandra. Väsentligt är att förhindra smittas spridning genom utredning om smittkällan, genom anamnesupptagning, provtagning, isoleringsåtgärder, smittreningsåtgärder med mera. Att lägga hela ansvaret för de personinriktade åtgärderna på landstinget förefaller därför olämpligt.

Ett delat huvudmannaskap för smittskyddet mellan landstingskommunen genom dess smittskyddsläkare och dess primärvård samt på de kommunala miljö- och hälsoskyddsnämnderna skulle borge för ett effektivt smittskydd.

Smittskyddsläkarens uppgifter kan bestå enligt utredarens förslag men bör praktiskt kunna delegeras ned till kommunal nivå vid inträffade fall av större epidemier. Detta borde kunna ske till miljö- och hälsoskyddsnämnderna för flertalet av de i utredningen angivna allmänfarliga sjukdomarna. Åtgärder beträffande de sexuellt överförbara sjukdomarna bör endast åvila landstingets smittskyddsläkare.

Miljö- och hälsoskyddsutbildningen för miljö- och hälsoskyddsinspektörer är i dagsläget icke föraktlig i praktiskt smittskyddsarbete och detta är en resurs som absolut bör utnyttjas. Av vunna erfarenheter har varken flertalet läkare, sköterskor eller övrig sjukvårdspersonal den praktiska erfarenhet med smittskyddsarbete på fältet som miljö- och hälsoskyddsinspektörerna besitter. Det förutsättes givetvis att kommunerna har personal till förfogande med miljö- och hälsoskyddsutbildning för att en sådan delegering som ovan angivits skall få ske.

Svårighet att praktiskt skilja mellan personinriktade åtgärder enligt smittskyddslagen och möjligheten att avstänga anställda från arbetet enligt livsmedelslagen kan också uppstå. Om fall av livsmedelsburen smitta hos personal anställd i livsmedelshantering inträffar synes det vara en öppen fråga om utrednings- och provtagningsåtgärder hos den övriga personal skall åvila landstinget eller den kommunala miljö- och hälsoskyddsnämnden.

Utredaren föreslår att objektiinriktade åtgärder också kan förekomma enligt arbetsmiljölagen och miljöskyddslagen. Ytterligare två myndigheter kommer härmed in i bilden, nämligen yrkesinspektionen och länsstyrelsen.

Malmö kommun

Enligt nuvarande ordning har miljö- och hälsoskyddsnämnden en samlande roll i allt smittskyddsarbete utom vad gäller de veneriska sjukdomarna.

Samtidigt har nämnden tillsynsuppgifter inom hälsoskyddslagens och livsmedelslagens områden. Dessa lagstiftningar samverkar och kan också samutnyttjas med smittskyddslagen. Genom kontakter med smittskyddsläkaren uppnås det samarbete med sjukvårdshuvudmannen som eftersträvas i betänkandet. Skall myndighetsutövningen som det föreslås bli uppdelat så att smittskyddslagen övervakas av sjukvårdshuvudmannen och livsmedelslagen och hälsoskyddslagen av miljö- och hälsoskyddsnämnden finns risker för kompetensvister. Samarbetsformerna bör därför preciseras mera ingående och inte enbart uttryckas i allmänna fraser som att landstingen åläggs skyldighet att samverka med andra myndigheter. Ett ingående samarbete är en absolut nödvändighet om förslaget att flytta myndighetsuppgifterna i smittskyddslagen från miljö- och hälsoskyddsnämnden till sjukvårdshuvudmannen skall genomföras. För att ta vara på de goda erfarenheterna av nuvarande organisation av smittskyddsarbetet i Malmö bör enligt nämndens uppfattning de landstingsfria kommunerna ges utrymme att själva avgöra ansvarsfördelningen mellan berörda organ.

Det bör samtidigt understrykas att kommunen befinner sig i den situationen att den är huvudman för såväl sjukvården som miljö- och hälsoskyddet. I smittskyddsfrågorna har därför kunnat utvecklas ett utmärkt samarbete mellan berörda nämnder, miljö- och hälsoskyddsnämnden och sjukvårdsstyrelsen.

Ystads kommun

Den för miljö- och hälsoskyddsnämnden avgörande principen i utredningens förslag innebär att smittskyddslagen "renodlas" så att den endast omfattar personinriktade åtgärder. Dessa kommer till fullo att åvila landstingen varför miljö- och hälsoskyddsnämndens möjlighet att agera med stöd av smittskyddslagen helt kommer att upphöra. Förutom möjligheten att avstänga en livsmedelsarbetare från sitt arbete med stöd av livsmedelslagen kommer således miljö- och hälsoskyddsnämndens del av smittskyddsarbetet att inskränkas till enbart objektrinriktade åtgärder med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagen. Att på detta sätt dela upp smittskyddsarbetet i objekt- respektive personinriktade åtgärder med stöd av olika lagstiftningar finner miljö- och hälsoskyddsnämnden mindre lyckligt. Visserligen har miljö- och hälsoskyddsnämnden förståelse för utredarens mening att detta skall vara en förenkling för den enskilde som endast skulle behöva ha kontakt med en instans för såväl behandling som för det egentliga smittskyddsarbetet men när man betraktar de sjukdomar som utredaren föreslår skall anses som allmänfarliga eller anmälningspliktiga finner man att det i övervägande antalet fall rör sig om sjukdomar där även objektrinriktade åtgärder är erforderliga för att hindra eller minska en smittspridning. Den önskade förenklingen torde därmed i praktiken urholkas i en inte obetydlig omfattning. Miljö- och hälsoskyddsnämnden är dock beredd att acceptera utredningens förslag.

I många fall men speciellt när det gäller livsmedelsburen smitta är det av största betydelse att smittskyddsarbetet kan påbörjas omgående för att undvika en onödig utbredning av sjukdomen i fråga. Härvid krävs objekt-

inriktade åtgärder som åvilar miljö- och hälsoskyddsnämnden. Dessa torde i flertalet fall medföra att miljö- och hälsoskyddsnämnden behöver kontakta den smittade för att erhålla upplysningar för det fortsatta smittskyddsarbetet.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Göteborgs kommun

Kommunen har haft tydliga fördelar av att kunna samla ansvaret för både objekt- och personinriktade åtgärder inom en nämnd.

Göteborg anser det därför angeläget att lagstiftningen utformas på ett sätt som gör det möjligt, att vad gäller samlat ansvar, befogenhet/myndighetsutövning, resursfördelning och kompetensuppbyggnad utnyttja det förhållandet att vissa kommuner är både primärkommun och landstingsområde. Därav följer att kommunstyrelsen föreslår att en del av formuleringarna i den föreslagna texten till ny smittskyddslag ändras.

§ 3 Smittskydd bedrivs både genom person- och objektinriktade åtgärder.

Hälsoskyddslagens begrepp "sanitär olägenhet" kan ej anses utgöra underlag för objektinriktade ingrepp. Denna § bör helt formuleras om och ange att miljö- och hälsoskyddsnämnd har att ingripa mot smittspridning genom sanering etc. Hälsoskyddslag, miljöskyddslag m. fl. kan inte användas för detta ändamål enligt nämndens erfarenhet. Varken sanktions- eller besvärregler i nämnda lagstiftning är anpassade till smittskyddsarbetet.

§ 4 Denna § bör formuleras så att landstingsfria kommuner själva avgör organisationen. Inom de tre största städerna finns sådana resurser och erfarenheter att ett enhetligt huvudmannaskap för både person- och objektåtgärder bör kvarligga hos miljö- och hälsoskyddsnämnderna.

Övriga kommuner

Följande kommuner tillstyrker förslaget; *Botkyrka, Stockholm, Gotland, Sundsvall och Härjedalen. Sigtuna kommun* avstyrker utredarens förslag.

TCO

TCO tillstyrker att landstingen får ansvaret för smittskyddet. Den enskilde behöver härigenom enbart ha kontakt med en instans för såväl själva behandlingen av sjukdomen som för de åtgärder som kan behövas ur smittskyddssynpunkt. Landstingens skyldigheter att bedriva förebyggande hälsovård har en klar koppling till ansvaret för smittskydd. Enligt TCOs uppfattning är det vidare riktigt att landstingens verksamhet ska gälla personinriktade åtgärder medan andra myndigheter ska svara för ingrepp mot objekt. Ansvarsfördelningen blir härigenom klarare.

Förbundet kan godta förslaget om att ansvaret för smittskyddet läggs över på landstingskommunerna och att det inom varje landstingsområde utses en smittskyddsläkare som leder smittskyddsarbetet under hälso- och sjukvårdsnämnden. Förutsättningen härför är emellertid att tillräckliga resurser avsätts för verksamheten. Det får inte vara så att smittskyddsarbetet bara åläggs en befintlig enhet som tillkommande arbetsuppgift.

SACO/SR – Sveriges naturvetareförbund

Mot detta kan anföras att hälsoskyddslagens begrepp sanitär olägenhet kan ej anses utgöra underlag för objektnriktade åtgärder. Varken saktions- eller besvärregler i hälsoskyddslagen och miljöskyddslagen är anpassade till smittskyddsarbetet.

I direktiven till utredningen står att ansvarsfördelningen mellan primärkommun, landsting och stat i stort sett fungerat tämligen bra. Erfarenheten från miljö- och hälsoskyddskontoren är att i de län där gemensam smittskyddsutbildning bedrivits för distriktsläkare med smittskyddsansvar, distriktssköterskor och miljö- och hälsoskyddskontorets personal har det dagliga smittskyddsarbetet fungerat bra.

Att ändra huvudmannaskapet så att det är landstinget och dess smittskyddsläkare som är ansvarig för smittskyddsarbetet begränsar kunskaperna och beredskapen om epidemibekämpandet.

Utredaren har utgått från att smittskyddsarbetet smidigt skall fogas in i det ordinarie arbetet inom hälso- och sjukvården. Men kommer landstinget att få ökade resurser för detta? Det handlar inte enbart om att ge råd som ej är bindande på en läkarmottagning utan för att få ett fullgott smittskyddsarbete måste det ske ute på fältet och i hemmiljö. Varje fall av smittsam sjukdom kräver också andra kontakter t. ex. information till arbetsplatser, skolor, daghem, företagsläkare vilket är resurskrävande.

Fördelen när ansvaret enligt smittskyddslagen legat på miljö- och hälsoskyddsnämnden är att det där funnits rutinmässiga arbetsuppgifter som kan förskjutas i tid så att resurser friställs för smittskyddsarbete.

Miljö- och hälsoskyddssektionen anser att betänkandet måste omarbetas så att ansvaret kvarliggert lokalt hos kommunerna och dess miljö- och hälsoskyddsnämnd alt. att miljö- och hälsoskyddsnämnderna ges ett stöd i lagstiftningen för enbart objektnriktade ingripanden.

Sveriges psykologförbund

Avslutningsvis kan man med tillfredsställelse konstatera att ansvaret för smittskyddsfrågorna föreslås överflyttade från kommunerna till landstingen. Tidigare hade kommunernas hälsovårdsnämnder provinsialläkaren som självskriven ledamot. Numera finns helt klart den största kompetensen i landstingen. Den personliga integriteten kan därigenom också skyddas på ett bättre sätt. Trots detta måste man på landstingssidan i samband med HTLV-III/AIDS förbättra sina rutiner för att få en väl fungerande sekretess.

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Läkaresällskapet vill inledningsvis framhålla att uppdelningen på ett personinriktat och ett objektinriktat smittskydd inte är tillräckligt starkt motiverad. En samordning av tillgänglig kompetens under ett gemensamt huvudmannaskap vore ägnat att skapa en ändamålsenligare och effektivare organisation än föreslagen splittring på två jämställda myndigheter. Sällskapet har förståelse för de lagstiftningstekniska svårigheter som kan uppstå vid föreslagen samordning men anser det samtidigt vara en stor brist att det optimalare alternativet inte varit föremål för närmare penetration och vill därför föreslå att frågan närmare utreds. Om detta icke vinner gehör är det så mycket viktigare att tillämpningsföreskrifter som lägger den formella grunden för ett smidigt samarbete mellan smittskyddsläkarna och miljö- och hälsovårdsnämnderna snabbt utfärdas.

Genom att åtgärder mot objekt inte längre omfattas av den föreslagna smittskyddslagen skall hälsoskyddslagens bestämmelser om sanitär olägenhet tillämpas även på smittämnen som sprids inom de områden hälsoskyddslagen reglerar. Utredaren anser att så skall kunna ske utan ändring i hälsoskyddslagen. Svenska Läkaresällskapet delar inte denna bedömning. Hälsoskyddslagens begrepp "sanitär olägenhet" kan ej utgöra underlag för objektinriktade ingrepp i utredningens mening. Det torde t ex inte vara möjligt att med hjälp av denna lagstiftning ingripa mot "verksamhet" som befordrar smittspridning t ex aktiviteter som aktualiserats i samband med HTLV III smitta.

Denna § bör helt formuleras om och ange att miljö- och hälsoskyddsnämnd har att ingrip mot smittspridning genom sanering etc. Hälsoskyddslag, miljöskyddslag m fl kan inte användas för detta ändamål. Varken sanktions- eller besvärregler i nämnda lagstiftning är heller anpassade till smittskyddsarbetet.

Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet

2. Vi anser att det nuvarande smittskyddsarbetet på de flesta håll fungerar väl och att därvid den medicinska kompetensen främst hos distriktsläkare/smittskyddsläkare kompletterad med den allmänhygieniska och epidemiologiska kompetensen hos MHN:s personal bildar det "team" som behövs för att bekämpa och framför allt förebygga spridningen av smittsamma sjukdomar. Utredarnas förslag att ensidigt lägga ansvaret för och handläggningen av smittskyddsärenden på sjukvårdshuvudmannen innebär därmed en utarmning av nuvarande bekämpningsorganisation.

3. Utredarna anför helt inkonsekvent att MHN saknar kompetens för smittskyddsarbete men anför trots detta att MHN även i fortsättningen förutsättes delta i smittskyddsarbetet genom att ingripa enligt flera andra lagstiftningar HL, RL, LL m fl. MHN skall därvid på samma sätt som idag men med andra juridiska instrument fullgöra sin del av smittskyddet. Det

är tveksamt om refererade lagar verkligen är användbara i detta sammanhang. Utredarnas antagande härvidlag förefaller inte vara underbyggt.

4. Dagens miljö- och hälsoskyddsinspektörer har en gedigen och bred utbildning och har genom sitt dagliga arbete lokalkännedom och personkontakter som ofta visar sig vara mycket värdefulla i smittskyddsarbetet. Inte minst den fortlöpande kontakten med närmast berörd personal inom landstinget, distriktsläkare/sköterska underlättar smittskyddsarbetet som idag oftast präglas av en avbyråkratisering och decentralisering som möjliggör snabba insatser. Utredarnas förslag innebär tvärtemot detta en centralisering genom att allt ansvar inom resp landsting läggs på en smittskyddsläkare som inte bara skall ha allmän överblick och samordningsansvar utan också skall arbeta med enskilda fall.

Detta visar på en förlegad samhällssyn och en uppfattning om kommunerna och deras ansvarskänsla och kompetens som vi helt tar avstånd ifrån och inte heller finner stöd för i t ex hälso- och sjukvårdslagen som utredarna anför. HSL anger en tillitsfull samverkan mellan kommuner och landsting vad gäller det förebyggande arbetet inom olika sektorer t ex miljö- och hälsoskydd och där ansvarsgränsen går mellan "vård" och "skydd".

Det samspel som idag sker mellan MHN och distriktsvården bildar i många avseenden den naturliga länken mellan MHN:s förebyggande av sanitär olägenhet – ohälsa – och landstingets vårdinsatser och bör snarare utvecklas och utnyttjas än begränsas.

6. Slutligen måste också framföras att det är mycket olämpligt att, som föreslås, överflytta myndighetsansvaret från MHN till en enda person – den landstingstjänsteman som är smittskyddsläkare. Dagens system med en politiskt ansvarig miljö- och hälsoskyddsnämnd ger den enskilde större rättssäkerhet och underlättar också för MHN att verka för ett förebyggande hälsoskydd.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund tillstyrker utredarens förslag.

RFSU

RFSU anser det lämpligt att landstingen får huvudansvaret för smittskyddsarbetet. Men landstingen ska inte enbart samarbeta med de myndigheter som har ansvaret för det objektinriktade smittskyddet. När det gäller AIDS har utvecklingen visat att speciella grupper kan drabbas särskilt hårt. Landstingen bör därför också ha ett nära samarbete med de primärkommunala organ som handhar t ex narkomanvården. Likaså bör det åligga landstingen att samarbeta med de ideella organisationer som företräder särskilt utsatta grupper eller har särskild sakkunskap rörande vissa sjukdomar.

Statens bakteriologiska laboratorium

I smittskyddsarbetet har smittskyddsläkaren en central funktion. Som närmare utvecklats i remissvaret från läkaresällskapet erfordras särskild utbildning och kompetens. Under de senaste årtiondena har utbildning och praktisk kunskap om smittskyddsarbete, "public health", försämrats i Sverige, samtidigt som vetenskapen inom epidemiologi och mikrobiologi utvecklats mycket snabbt.

Därför föreslår SBL dels särskilda kompetenskrav för smittskyddsläkare, dels att utbildningen av hälso- och sjukvårdens personal ses över.

För närvarande utses ofta en klinisk överläkare i länet att, förutom sin ordinarie tjänst, verka som smittskyddsläkare. Den tid som läkare i aktivt ledande, sjukvårdande positioner kan förväntas avsätta till fortlöpande utbildning och aktiv smittskyddsverksamhet torde vara begränsad. Att denna fråga löses i form av nya tjänster är en förutsättning för hela smittskyddsorganisationens grundfunktioner.

Om samhällets representant i akuta smittskyddsfrågor, smittskyddsläkaren, samtidigt är ansvarig för enskilda patients bästa, kan vissa konflikt-situationer uppstå. För att motverka detta bör smittskyddsläkaren endast ha begränsade patientvårdande uppgifter.

Länsrätten i Stockholms län

På vårdläkarna bör ankomma att undersöka, vårda och behandla patienterna. Vårdläkarna bör också själva kunna utfärda förhållningsregler till patienterna i fråga om åtgärder eller uppträdande till förebyggande av smittspridning i enlighet med generella föreskrifter som lämpligen utfärdas av socialstyrelsen. Detta bör också kunna omfatta inläggning på sjukhus. Vårdläkarnas förhållningsregler bör inte vara tvångssanktionerade. De enskilda bör ändå vara skyldiga att ställa sig förhållningsreglerna till efterrättelse. All vård som meddelas utan tvångsåtgärder borde kunna anses hänförlig under hälso- och sjukvårdslagen. Någon konverteringsrätt för vårdläkarna finns inte behov av.

Vårdläkarna bör också ha till uppgift att söka kontakt med patientens smittkälla och med personer till vilka patienten kan ha överfört smitta. Det framstår för länsrätten som ett utslag av onödig byråkrati både att förhållningsregler (föreskrifter) skall behöva utfärdas av smittskyddsläkaren och att patientens smittkälla/kontakter skall behöva uppsökas via smittskyddsläkaren. Först i fråga om dem som inte kan förmås till frivillig vård under trycket av lagens bud finns i allmänhet anledning att koppla in smittskyddsläkaren.

Vårdläkarna bör vidare vara skyldiga att till smittskyddsläkaren rapportera alla konstaterade fall av allmänfarliga smittsjukdomar. I vissa situationer torde finnas anledning att rapportera redan misstänkta fall. Genom rapporteringen ges smittskyddsläkaren möjlighet att överpröva vårdläkarnas förhållningsregler.

Smittskyddsläkaren bör ha till uppgift att fullgöra de utredande och

smittuppspårande uppgifterna beträffande sådana som vårdläkarna inte kan få till sig för frivillig vård utan smittskyddsläkarens medverkan. Smittskyddsläkaren bör ha den samlade överblicken över smittskyddssituationen. Han bör utöva tillsyn över vårdläkarnas fullgörande av sina smittskyddsuppgifter. Han bör vara den som på regional nivå har det samlade ledningsansvaret i samband med epidemier och liknande. Smittskyddsläkaren bör vara den som för det allmännas talan inför domstol. Han bör också kunna tillerkännas vissa tvångsbefogenheter. Länsrätten återkommer till detta i påföljande avsnitt.

Eftersom den enskildes skyldigheter utgör inskränkningar i dennes fri- och rättigheter bör åtminstone alla grundläggande föreskrifter beslutas av riksdagen i lag.

I specialmotiveringen till 4 § (s. 152 m) gör kommittén vissa uttalanden om smittskyddsläkaren. Länsrätten ifrågasätter om inte behörighetsvillkor bör anges i lagtexten, särskilt om denne skall ha de långtgående befogenheter som kommittén föreslagit. Vad nu sagts gäller också i fråga om ersätta-re till smittskyddsläkaren.

Om kommittén menat (s. 156 m) att vårdläkarna skall vara skyldiga att utföra kompletterande undersökningar på begäran av smittskyddsläkaren hade detta försiktigtvis bort anges i lagtexten.

Socialstyrelsen

Av utredningsförslaget framgår inte klart om det är möjligt att bibehålla delar av den nuvarande organisationen av smittskyddet och om smittskyddsläkaren har möjlighet att delegera en del av sina uppgifter till andra läkare. Att bindande förhållningsregler endast får ges av smittskyddsläkaren framgår dock av texten. I vissa fall kan denna koncentration av myndighetsuppgifter till en person innebära en fördröjning av angelägna beslut. Som det framgår av motiveringen, anser utredaren att flera smittskyddsläkare kan utses i en landstingskommun. Detta är en lämplig konstruktion och lagtexten bör enligt socialstyrelsens uppfattning anpassas till detta synsätt. Likaledes bör där fastslås, att *en* av dessa smittskyddsläkare skall ha det övergripande ansvaret för det individinriktade smittskyddsarbetet och den epidemiologiska bevakningen inom landstinget. Socialstyrelsen anser även att i lagtexten skall anges att varje smittskyddsläkare skall ha två namngivna ersättare.

Utöver vad som ovan anförts rörande smittskyddets organisation tas nedan upp vissa detaljinriktade synpunkter.

I förslaget finns inte angivet hur en läkare skall handla, då denne anser att en smittbärare bör avstå från arbete, där smittbäraren utgör en risk för vidare smittspridning och detta inte regleras i annan lagstiftning. För närvarande upptäcks en smittbärare utan symtom ofta i samband med att en utredning görs på grund av ett inträffat fall i omgivningen. Smittskyddsutredningen har då utförts av den distriktsläkare som utsetts att ha uppgifter enligt smittskyddslagen i samarbete med miljö- och hälsoskydds-nämnden. Dessa tar i samband därmed ställning till eventuell avstängning från arbetet. Möjlighet finns därvid att genast utfärda intyg om smittbärarskap.

Smittbärare med symtom utgör mera sällan problem, eftersom en sjuk-skrivning, som varje läkare kan göra då ofta också innebär att lämpliga åtgärder vidtas ur smittskyddssynpunkt.

Om utredarens förslag genomförs, uppstår problem om smittskyddsläkaren inte delar behandlande läkares uppfattning av avstängning från arbetet är behövlig. En symtomfri smittbärare kan då bli utan ersättning fram till dess att smittskyddsläkaren fattat beslut. För att sådana problem skall undvikas måste det klart framgå av lagtexten, att den behandlande läkaren omedelbart skall kontakt smittskyddsläkaren, när han anser att en avstängning bör göras.

Skolöverstyrelsen

Med tanke på de betydelsefulla arbetsuppgifter och betydande ansvar som utredningen lägger på smittskyddsläkarna är det förvånande att inte särskilda kompetenskrav föreslås. Enligt SÖ bör krav ställas på specialistkompetens inom någon av specialiteterna infektionssjukdomar, klinisk bakteriologi eller klinisk virologi. Utöver detta bör krav även ställas på epidemiologisk och administrativ utbildning och erfarenhet, t ex examen i Public Health vid Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Kammarrätten i Göteborg

7 §

Såvitt kammarrätten kan finna föreligger en bristande överensstämmelse mellan lagtexten och motivuttalandena.

Enligt lagtexten skall varje läkare uppmärksamma förekomsten av allmänfarliga sjukdomar och utföra de undersökningar som behövs för att fastställa om en sådan sjukdom föreligger. I motiven talas däremot endast om att varje läkare skall vara uppmärksam på förekomsten av allmänfarliga sjukdomar och antingen själv försöka fastställa sjukdomens art genom undersökningar och provtagningar eller remittera ifrågasvarande patient till sjukhus med erforderliga resurser härför. Kammarrätten vill ifrågasätta om inte lagtexten innebär alltför stora krav på den enskilde läkaren.

Vidare bör skyldigheten att uppmärksamma förekomsten av sjukdom omfatta även andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga (se 8 §). En förutsättning för att anmälningsinstitutet skall fungera är ju att vederbörande läkare i förekommande fall ser till att det utreds huruvida det föreligger en anmälningspliktig sjukdom.

Länsrätten i Malmöhus län

Länsrätten vill också ifrågasätta om det inte bör skapas möjligheter att ge ett offentligt organ vida befogenheter att ge andra myndigheter direktiv i fråga om smittskyddet mot HTLV-III- infektion. Smittskyddsläkaren, som är underställd hälso- och sjukvårdsnämnden, har på grund av den myndighetsfunktion som han har tillagts en central uppgift inom sitt verksamhets-

område. Hans kompetensområde är emellertid begränsat till hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde. Han har bara beslutanderätt beträffande personinriktade åtgärder. Om det behöver vidtagas andra åtgärder, skall han enligt utredningsförslaget anmäla behovet till vederbörande myndigheter.

Länsstyrelsen i Stockholms län

Utredningen har sålunda föreslagit att det inom varje landstingsområde skall finnas en smittskyddsläkare som utses av landstinget. Utredningen påstår att de allmänfarliga sjukdomarna inte är särskilt vanliga och visar med vissa siffror vad som kan förekomma i ett normalstort landstingsområde i landet. Dessa uppgifter är inte på något sätt representativa för Stockholms läns landstingsområde som har en femtedel av landets befolkning med ett förhållandevis stort inslag av inresande från utlandet. Enbart i en kommun i länet – Botkyrka – är förekomsten av allmänfarliga sjukdomar lika frekvent som i utredningens exempel med ett normallän.

Det säger sig därför självt att uppgifterna för smittskyddsläkaren i Stockholms län jämfört med övriga län skulle bli mycket betungande.

Smittskyddsläkaren föreslås också tilläggas vissa myndighetsuppgifter nämligen att besluta om vissa rättigheter och skyldigheter för den enskilde. Detta är en nyhet och skälet härtill är enligt utredningen att man vill uppnå en likformighet i bedömningen och en tillräckligt stor erfarenhet hos den person som skall fatta dessa juridiskt bindande beslut. Denna princip är naturligtvis i och för sig riktig men kan inte vara praktiskt genomförbar i ett stort område som Stockholms län utgör.

Om man i Stockholms län skulle svara upp mot det ansvar och de uppgifter som tillagts smittskyddsläkaren krävs därför en omfattande organisation som det inte kan vara försvarligt att bygga upp enbart för att ha en beredskap vid epidemisituationer. Länsstyrelsen föreslår i stället att man skall ta till vara den kompetens och den erfarenhet som finns hos de läkare inom primärvården som handhar smittskyddsfrågor i kommunerna och att dessa skall ha rättighet att direkt ge förhållningsregler till den smittade. Distriktsläkarens befogenheter i detta avseende kan behöva ges ett tydligare författningsenligt stöd. Det är enligt länsstyrelsens mening tveksamt om rättssäkerheten tillräckligt kan tillgodoses genom att läkarens beslut om inskränkningar för den enskilde smittade skall kunna överklagas. Länsstyrelsen ifrågasätter därför om man inte dessutom bör införa en ordning där läkarens beslut om åtgärder mot den enskilde inom viss tidsrymd skall fastställas av länsstyrelsen. Såväl läkares som länsstyrelses beslut skall givetvis i vanlig ordning kunna överklagas i länsrätten. Inget skall dock få hindra verkställigheten av läkares åtgärder i avvaktan på länsstyrelsens beslut.

Det är naturligtvis viktigt att det inom varje landstingsområde finns en funktion som har överblick över hela området och som kan leda och samordna smittskyddsarbetet under landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd. Smittskyddsläkarens uppgifter bör därför kunna begränsas till i huvudsak de tidigare angivna punkterna 1 och 2 i 9 § förslaget till ny

smittskyddslag även om en del uppgifter enligt punkterna 3 och 4 naturligt också kommer att åvila smittskyddsläkaren. Om man gör den begränsningen torde inte krävas en fullt ut så kraftig utbyggnad av landstingets smittskyddsläkarfunktion som förslaget till ny smittskyddslag anger. Resursfrågan måste dock bedömas med hänsyn till den framtida utbredningen av HTLV-III infektionen. Arbetsvolymen avseende denna sjukdom tenderar nu att öka så kraftigt att hittillsvarande resurser inte räckt till.

Länsstyrelsen i Östergötlands län

Det kan ifrågasättas om inte också annan läkare än smittskyddsläkaren bör kunna besluta interimistiskt att en person skall inställa sig för undersökning och i förekommande fall begära handräckning av polisen. Därigenom försäkras man sig om att en person som misstänks vara smittad i brådskande fall kan bli undersökt även under icke kontorstid också om han själv inte vill medverka till det.

Landstingsförbundet

Landstingets smittskyddsläkare kommer därmed att i hög grad bli en enmansmyndighet med betydande inslag av myndighetsutövning bland sina arbetsuppgifter. Eventuella kommande skärpningar av lagstiftningen med utgångspunkt i exempelvis epidemilägets krav kommer att ytterligare accentuera denna myndighetsroll. Enligt Landstingsförbundets mening har utredningen på ett otillräckligt sätt behandlat de särskilda krav och problem som detta aktualiserar. Förbundet anser det som helt nödvändigt att ytterligare uppmärksamhet ägnas åt den myndighetsroll som landstingens smittskyddsläkare föreslås få så att de formella kraven och förutsättningarna blir avpassade på bästa sätt. Detta kan bli gälla den särskilda registerföringen beträffande smittade.

Svenska kommunförbundet

Styrelsen motsätter sig inte att smittskyddsläkaren har ett övergripande ansvar för smittskyddet inom landstingsområdet, men miljö- och hälso- skyddsnämnden med sin lokalkännedom bör vara den myndighet som har hand om smittskyddet på fältet.

Utredaren föreslår att smittskyddsläkaren skall vara myndighetsperson och få långtgående befogenheter att besluta om åtgärder och ingripanden mot smittade personer eller misstänkta smittbärare. Styrelsen inser vikten av att snabba beslut fattas för att hindra smittspridning men anser det inte förenligt med kravet på rättssäkerhet att smittskyddsläkaren ensam får fatta beslut som inskränker den personliga friheten och ingriper i enskildas och familjers privatliv och ekonomi. För att öka rättssäkerheten bör besluten anmälas till och om så begärs underställas miljö- och hälso- skyddsnämnden för prövning. Härigenom uppnås en lokal politisk förankring av smittskyddet.

Organisationen av smittskyddet bör vara så utformad att i ett landsting

av Stockholms läns landstings storlek, smittskyddsöverläkaren kan få stöd av lokala smittskyddsläkare med lagfästa skyldigheter och befogenheter.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Jönköpings läns landsting

Förutsättningarna för ett effektivt och avbyråkratiserat smittskyddsarbete är att man i framtiden kan ha en decentraliserad beslutsfunktion. Det har skett en utbyggnad av primärvården, där man har fler och fler tjänster besatta med välutbildade distriktsläkare. Det är vidare viktigt att beslut, råd och information kan lämnas så nära patienten som möjligt, med kännedom om hans miljö och förhållanden. En garanti för enhetlig bedömning skulle kunna åstadkommas genom att utse en kommunal smittskyddsläkare och ge honom det primära ansvaret för omhändertagande av enskilda patienter och små utbrott och ge länets smittskyddsläkare det övergripande ansvaret och tillsynsuppgift.

Ett övertagande av smittskyddet kommer att ställa krav på förstärkning av den organisation som idag finns inom landstingen. Smittskyddet har tidigare varit en bisyssla till andra arbetsuppgifter, men måste nu få en fastare förankring i landstingens organisation. Smittskyddsläkaren får enligt utredarens förslag vidgade befogenheter och tilläggs myndighetsuppgifter för att kunna besluta om olika rättigheter och skyldigheter för enskilda patienter. Dessa beslut fattas idag av olika befattningshavare, men kommer i förslaget till ny smittskyddslag att centraliseras till smittskyddsläkaren. Landstinget ställer sig bakom denna ändring, vilket kommer att ge en större likformighet i detta beslutsfattande och även få detta grundat på en större sammanhållen erfarenhetsbas.

I de flesta län är klinikchefen eller någon annan överläkare vid länets infektionsklinik tillika smittskyddsläkare. Detta medför komplikationer av två slag. Det första gäller det fall då tvångsingripande sker. Det kan då av den enskilde upplevas som ett hot mot hans rättssäkerhet att samma person ingriper mot honom som myndighet, eventuellt med polishandräckning, och samtidigt uppträder som hans vårdgivare på infektionskliniken. Det andra fallet gäller vid större epidemiutbrott då det finns behov av att sjukhusvårda ett större antal av de smittade. Infektionskliniken kommer då att ställas inför en mycket stark belastning och hela deras reservkapacitet kommer att behöva tas i anspråk både personellt och lokalmässigt. Samtidigt kräver epidemiutredningen och epidemibekämpandet en maximal arbetsinsats av den som är ansvarig för detta. För sådana situationer skulle det därför ha varit bättre om funktionerna som ansvarig för infektionssjukvården och smittskyddsläkaren med ansvar för epidemibekämpningen skiljs åt.

Arbetsbelastningen på smittskyddsläkaren kommer i det nya lagförslaget att bli så stort, att det sannolikt kommer att behövas en heltidsanställd smittskyddsläkare. Tjänsten bör ha en fristående ställning från vårdande kliniker och i denna uppgift ingå i landstingens miljömedicinska enheter.

Landstinget i Kronobergs län

Länets smittskyddsläkare får en central roll inom smittskyddet. Det nuvarande kravet på en lokal smittskyddsläkare i varje kommun försvinner. En

del av den lokala smittskyddsläkarens uppgifter kan sägas bli överflyttade till länets smittskyddsläkare medan den andra delen fördelas på de enskilda distriktsläkarna i kommunen. Detta innebär flera fördelar. Således förenklas organisationen genom att ett led försvinner. Myndighetsutövningen koncentreras till en person som ges förutsättningar att skaffa sig tillräcklig erfarenhet och annan kompetens. Vidare engageras alla distriktsläkare i smittskyddet på lika villkor, vilket givetvis ej hindrar att den enskilde läkaren ägnar sig mer eller mindre åt smittskyddsfrågor allt efter intresse och kompetens.

Det bör också framhållas att lagförslaget icke utgör något hinder för att en läkare utses till lokal smittskyddsläkare om så anses behövt, dock utan myndighetsbefogenheter.

Kalmar läns landsting

I förslaget föreslås att smittskyddsläkaren personligen skall ansvara för bindande föreskrifter till personer med allmänfarlig sjukdom. Detta är praktiskt mycket tungrott och kan innebära att det dröjer flera dagar från det att infektionen konstaterats till dess föreskrifterna överlämnats. I värsta fall kan det inträffa att de aldrig överlämnas. Därmed kan möjligheten att tillgripa nödvändiga tvångsåtgärder omintetgöras. Detta personliga ansvar för patientinformation tillsammans med smittskyddsläkarens nya myndighetsfunktion innebär att varje ärende måste dokumenteras i journalform beträffande de åtgärder smittskyddsläkaren vidtagit och motiven för dessa. Det personliga ansvaret för förhållningsreglerna kan dessutom betyda att smittskyddsläkaren ibland måste ha direkt patientkontakt eventuellt på annan ort. Detta innebär ett betydande merarbete jämfört med hittillsvarande förhållanden.

Den nya smittskyddslagen måste därför ge möjlighet åt smittskyddsläkaren att delegera utdelande av bindande förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom till annan läkare, främst i primärvården, då så är lämpligt bl a vid epidemisituationer. Detta kan t ex åstadkommas genom att smittskyddsläkaren förser behandlande läkare med skriftliga föreskrifter för de olika allmänfarliga sjukdomarna, som patienten får läsa igenom och läkaren förtydligar och kompletterar. Om patienten därefter med sin underskrift på ett exemplar bekräftar att han/hon mottagit föreskrifterna och detta exemplar insändes till smittskyddsläkaren tillsammans med anmälan om sjukdomen borde förslagets syfte, en enhetlig handläggning, kunna anses uppfyllt.

Hitintills har såväl den personinriktade som den objektinriktade utredningen vid allmänfarlig sjukdom skötts av kommunernas hälso- och miljöskyddskontor. Ansvaret för den personinriktade utredningen läggs i förslaget på landstinget. Hittills har sjukvårdens erfarenheter av epidemiologiskt arbete vid allmänfarliga sjukdomar, med visst undantag för könssjukdomar och tuberkulos, varit begränsat eller obefintligt framförallt inom primärvården.

Det är därför önskvärt att den nya smittskyddslagen om inte smittskyddskungörelsen föreskriver att behandlande läkare, oftast i öppna vår-

den, är skyldig att genomföra utredning av smittkälla och smittvägar och omgående, inom 1–2 dagar, rapportera resultatet av sin utredning till smittskyddsläkaren.

Om en sådan rapportering inte skulle komma till stånd innebär detta att smittskyddsarbetet i framtiden skulle skötas sämre än nu. En sådan skyldighet skulle också motivera och underlätta den omprioritering av verksamheten i primärvården som är nödvändig i samband med allmänfarliga sjukdomar. Den skulle också understryka vikten och fördelarna av snabbt insatta smittskyddsåtgärder.

Även med dessa kompletteringar och förändringar kommer smittskyddsläkarens arbete att bli betydligt mera omfångsrikt än tidigare och den personalstyrka utredningen anser behövs i ett normallandsting, nämligen en smittskyddsläkare på halvtid och kanslist på heltid, måste därför be-tecknas som ett minimum.

Göteborgs och Bohus läns landsting

Förvaltningsutskottet tillstyrker förslaget om att det i varje landstingskommun skall finnas en smittskyddsläkare, som under förvaltningsutskottet (tillika hälso- och sjukvårdsnämnd) skall planera, organisera och leda smittskyddsarbetet. En smittskyddsorganisation inom Bohuslandstinget måste ge de två infektionskliniker, som har Bohuslandstinget som upptagningsområde en nyckelroll i kampen mot de smittsamma sjukdomarna. Det är därvid väsentligt att smittskyddet får en sådan organisation att det kan fungera även under jourtid.

Enligt förslaget åläggs varje läkare att uppmärksamma förekomsten av allmänfarliga sjukdomar, genomföra nödvändiga utredningar och ge information om sjukdomens art och smittsamhet. Detta förutsätter ökade kunskaper hos alla läkare. Primärvården bör även fortsättningsvis ha en nyckelroll i kommunen och i varje primärvårdsområde bör det därför finnas minst en läkare jämte ersättare som har särskilda kunskaper om smittskydd. En ökad utbildning av läkare, övrig sjukvårdspersonal och allmänheten bör vara en högt prioriterad arbetsuppgift.

Älvsborgs läns landsting

Vi stödjer också det riktiga påpekan-det att organisera smittskyddet beroende på geografiska förhållanden, speciella personella resurser och primärvårdens organisation.

Man måste ha klart för sig att storskalig livsmedelsindustri har medfört sämre utbildning hos anställd personal i hygien och biologiskt kunnande. Även arbetsplatsledningen består till stor del av tekniker som behärskar den maskinella sidan framförallt. Detta ställer högre krav på veterinär och hälsoskyddspersonal som skall kontrollera och besiktiga industrin.

Det är en fördel att landstinget får det övergripande ansvaret men samtidigt bör det också finnas någon person med ett samlat ansvar för länets smittskydd, kanske lämpligast en läkare eller veterinär på landstingets hälso- och sjukvårdsavdelning eller ev på den miljömedicinska enhe-

ten. Det vore en fördel om smittskyddsläkaren, som helt riktigt bör sköta den personinriktade delen hade en övergripande samordnande instans (person) med juridiskt ansvar att samarbeta med. Smittskyddsläkaren (SML) skulle då kunna avgränsa uppgifterna och agera som medicinskt sakkunnig och gentemot den enskilde individen kunna bygga upp ett förtroendefullt förhållande vilket i de flesta fall torde ge bästa resultat vid uppspårande och behandling av kontakter för att hindra fortsatt smittspridning. Då det i undantagsfall måste tillgripas tvång och polisiära åtgärder både mot individ, omgivning och arbetsplatser bör detta ligga på den tidigare nämnda instansen, som då också svarar för samordningen och ansvaret. Det vore olyckligt om smittskyddsläkaren betraktades som en slags hälsopolis. Detta innebär när det gäller lagförslaget att smittskyddsläkaren tillsammans med sjukvårdsavdelningen svarar för punkt 1–4 enl § 9 utan att ha det juridiska ansvaret och då ger samordningen enl § 10 sig automatiskt när det gäller de objektinriktade åtgärderna. Liknande blir det då enl § 11, 12, 13 och 14 där den juridiska delen ej skall ankomma på smittskyddsläkaren.

Värmlands läns landsting

Av många skäl är det svårt att lägga hela ansvaret för smittskyddet i ett län på en person. Därför vill landstinget poängtera nödvändigheten av delegering.

En huvuduppgift för lagstiftningen måste vara att bereda vägen för tillkomst av en slagkraftig och effektiv organisation för bekämpande av allmänfarliga sjukdomar. Man kan då först fastslå, bland annat med stöd av WHO:s Diarrhoeal disease programme, att tarmsjukdomarna fortfarande dominerar starkt i både i-världen och u-världen inom den grupp av sjukdomar där epidemiologiska utredningar och bekämpningsåtgärder är aktuella. Det synes lämpligt att i diskussionen om en lämplig smittskyddsorganisation skilja mellan å ena sidan den kvantitativt helt dominerande gruppen av ärenden, där en enskild person utan att ha haft symtom eller efter lätt sjukdom, för smitta av allmänfarlig sjukdom, å andra sidan större eller mindre epidemiska utbrott av allmänfarlig sjukdom.

Den senare situationen inträffar i ett landstingsområde dessbättre mycket sällan, men ställer å andra sidan oerhört mycket större krav på förplanning, snabbt och effektivt arbete och förberedd effektiv samverkan mellan de olika ansvariga.

I båda situationerna bör en huvudprincip vara att både skyldigheten att utreda ansvaret för åtgärder ligger så nära de berörda personerna som möjligt.

Ansvaret för att utreda och fatta beslut i dessa frågor delas i den nuvarande lagstiftningen mellan distriktsläkare och hälsoskyddsnämnd. Hälsoskyddsnämnden samarbetar med och har skyldighet att biträda distriktsveterinären. På det kommunala planet har man alltså goda möjligheter att formellt eller informellt skapa en grupp som innehåller medicinsk-hygienisk, teknisk-hygienisk och livsmedelshygienisk kompetens.

Man har i utredningen befarat att bedömningarna skulle bli oenhetliga om ansvar och beslut ligger kvar på den kommunala nivån.

Utredningen har dock ej beaktat den förändring och kvalitetshöjning som skett framför allt inom distriktsläkarvården under de senaste åren. Den tidigare situationen, då tillfälliga vikarier med bristfällig utbildning avlöste varandra på distriktsläkarmottagningarna har nu ersatts av en situation där man har fler och fler tjänster permanent besatta av välutbildade distriktsläkare, som satsat på detta yrke och som har ett stort intresse att arbeta epidemiologiskt och förebyggande och i kontakt med andra personalgrupper inom kommunen. Förutsättningarna torde därför aldrig ha varit så goda som nu att få en välfungerande kommunal organisation för smittskyddsarbetet.

En viss garanti för enhetlighet i bedömningarna skulle kunna åstadkommas om man ger de distriktsläkare som nu fungerar som kommunala smittskyddsläkare det primära ansvaret för smittskyddsfrågorna och ger länets smittskyddsläkare en tillsynsuppgift över smittskyddsverksamheten som också innefattar en direktivrätt. Utredningen har förutsatt en medverkan från distriktsvården och hälsoskyddsnämnderna i smittskyddsarbetet. Dels skulle det emellertid inte förvåna om man prioriterar arbetsuppgifter lågt som man inte längre bedöms kompetent att ta ansvar för. Dels förutsätts för ett väl fungerande arbete att man i förväg noggrant har planerat hur samarbetet skall ske. Detta gäller framför allt vid epidemiutbrott. Vid epidemiutbrott arbetar man under stor tidspress. Det är i allmänhet omöjligt att i början veta om det kommer att bli en stor eller liten epidemi, om antalet inskjutade kommer att räknas i tiotal, hundratal eller tusental. För epidemins utveckling är det av största betydelse att man snabbt kan spåra och oskadliggöra smittkällan, t ex ett infekterat födoämne, så att inte spridningen av smittämnet fortsätter. Arbetet kompliceras ytterligare av att det i allmänhet sker under en mycket hårdhänt bevakning från massmedia, inte sällan med inslag av rent personliga angrepp på de för arbetet ansvariga. En förutsättning för att man skall ha en chans att göra ett gott arbete under sådana förhållanden är, att man i förväg har planerat hur samarbetet och ansvarsfördelningen skall ske mellan dem som kan bli berörda t ex distriktsläkare och distriktssköterskor, hälsoskyddsnämnd, distriktsveterinär, länsveterinär och länets smittskyddsläkare. Utredningen och förslaget till ny smittskyddslag har inte diskuterat dessa viktiga frågor och den nya lagen synes inte underlätta eller stimulera tillkomsten av en slagkraftig organisation för epidemibekämpning. Man har bara i allmänna ordalag föreslagit en samverkansskyldighet för landstinget i smittskyddsfrågor. För mig synes det otvetydigt att en sådan organisation för att fungera måste ha en lokal förankring och att man får denna förankring bara om ansvaret också finns lokalt.

Det finns ytterligare en komplikation om det direkta ansvaret för smittskyddet läggs på länets smittskyddsläkare. I de flesta län är klinikchefen eller någon av de andra överläkarna vid länets infektionsklinik smittskyddsläkare. Detta kan medföra komplikationer av två slag. Det första gäller de fall då tvångsingripande sker enligt 12 och 13 §§ i det nya lagförslaget. Det kan då av den enskilde upplevas som ett hot mot hans rättssä-

kerhet att samma person ingriper mot honom som myndighet ev med polishandräckning och uppträder som hans vårdgivare på infektionskliniken. Det andra fallet gäller vid större epidemiutbrott då det finns behov av att sjukhusvårda ett större antal av de smittade. Infektionskliniken kommer då att utsättas för en mycket stark belastning och hela dess reservkapacitet kommer att behöva tas i anspråk både personellt och lokalmässigt. Samtidigt kräver epidemiutredningen och epidemibekämpningen en maximal arbetsinsats av den som är ansvarig för detta. För sådana situationer skulle det därför ha varit bättre om funktionerna som ansvarig läkare för infektionsvården och smittskyddsläkare med ansvar för epidemibekämpningen skiljts åt.

Det är dock möjligt att dessa olägenheter inte kommer att bli aktuella, då arbetsbelastningen på smittskyddsläkaren enligt lagförslaget sannolikt kommer att bli så stor, att en heltidsanställd smittskyddsläkare krävs.

Ansvarsfördelning och arbetsfördelning mellan behandlande läkare och smittskyddsläkare har blivit oklara. Enligt 7 § 2 stycket skall visserligen den behandlande läkaren meddela den smittade hur smittspridningen sker och ge råd om hur smitta till andra kan undvikas men den smittade har ej någon förpliktelse att följa råden. I 8 § 2 stycket sägs emellertid att om man har anledning att misstänka att den smittade inte kommer att följa råden skall anmälan ske till smittskyddsläkaren som kan ge bindande föreskrifter. Avsikten är alltså uppenbarligen att de råd, som den behandlande läkaren ger, i praktiken skall betraktas som bindande.

Örebro läns landsting

Utskottet anser vidare att utredaren borde ha framhållit vikten av att smittskyddsläkaren nära samarbetar med länets infektionsklinik och önskvärdenheten av att smittskyddsläkaren har en placering i nära anslutning till denna.

Kopparbergs läns landsting

Utskottet ställer sig vidare bakom de bestämmelser som anger den smittades skyldigheter samt varje läkares uppgifter inom smittskyddet. Utskottet vill dock framhålla, att uppgifterna för läkarpersonalen väsentligt vidgas i förhållande till nuläget och att en viktig förutsättning för ett effektivt smittskydd blir kontinuerliga utbildnings- och informationsinsatser till berörda läkargrupper. Utskottet förutsätter, att socialstyrelsen med underförvaltningar här biträder sjukvårdshuvudmännen med centralt framtaget informationsmaterial, utbildnings- och informationskonferenser för smittskyddsläkare etc.

Av lagförslagets fjärde paragraf framgår att varje landstingskommun skall svara för smittskyddet inom sitt område och att i varje landstingskommun det skall finnas en smittskyddsläkare. Utskottet har ingen erinran mot att detta ansvar, såväl i förebyggande som i behandlande avseende, läggs på landstinget. Uppgiften synes väl överensstämma med intentionerna i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Smittskyddskommittén föreslår att det under hälso- och sjukvårdsnämnen skall finnas en smittskyddsläkare med uppgift att planera, organisera och leda smittskyddsarbetet inom landstingsområdet. I övrigt åläggs alla läkare vissa definierade uppgifter inom smittskyddet. Enligt nuvarande lagstiftning finns i varje kommun en särskilt utsedd distriktsläkare med smittskyddsuppgifter. Dessa besitter idag en väl uppbyggd kompetens inom området och har också en mycket värdefull lokalkännedom. Enligt förvaltningsutskottets uppfattning bör denna kompetens tillvaratas även i framtiden. Detta kan ske genom att lagen även fortsättningsvis ger möjlighet till att utse "lokala smittskyddsläkare"/biträdande smittskyddsläkare. Förvaltningsutskottet anser att detta är en förutsättning i ett län av Norrbottens storlek och med stor omsättning på läkartjänsterna. De lokala smittskyddsläkarna skulle garantera kontinuiteten i verksamheten och svara för lokal information/utbildning inom smittskyddet.

I uppgifterna som åläggs varje läkare ingår bl a visst utredningsarbete och vissa epidemiologiska undersökningar. I huvudsak kommer detta arbete att åligga våra distriktsläkare eftersom primärvården är basen i smittskyddsarbetet. Förvaltningsutskottet har inget att invända i sakfrågan, men vill kraftigt ifrågasätta kommitténs uttalande att denna verksamhet inte skulle medföra någon utvidgning av arbetsuppgifterna.

Södermanlands läns landsting

Att ge smittskyddsläkarna flera uppgifter och ökade befogenheter får också anses vara ett steg i rätt riktning. Utskottet tror att smittskyddsbevakningen blir effektivare genom en sådan centralisering.

Malmöhus läns landsting

Malmö kommun och Malmöhus läns landstingskommun har för närvarande en gemensam smittskyddsläkare. Förvaltningsutskottet anser att det bör finnas möjlighet till en sådan lösning även i fortsättningen.

Den övervägande delen av patienter med allmänfarliga sjukdomar behandlas på infektionsklinikerna. Det bör därför ges möjlighet för infektionsklinikerna att få en mera integrerad, formaliserad och aktiv funktion i smittskyddsverksamheten såväl inom den slutna som inom den öppna vården.

Uppsala läns landsting

Nackdelen är att förslaget inte diskuterar de svårigheter som smittskyddsläkaren i mindre landsting kan hamna i, om han dels blir myndighet och dels ansvarig för vården av den som omfattas av myndighetsbeslutet.

Förvaltningsutskottet finner att förslaget på ny organisation och lag för smittskyddet är en klar förbättring jämfört med nu gällande lag. Smittskyddet är en naturlig uppgift för landstinget bl a för att man har kunskap och för gällande ansvar om förebyggande verksamhet. Förvaltningsutskottet stöder också tanken på att organisera arbetet kring en kompetent smittskyddsläkare samt att alla läkare har skyldighet att medverka. Utskottet vill dock betona vikten av att ha kvar de lokala smittskyddsläkarna. Detta skulle innebära en fortsatt hög kompetens för handläggning av lokala ärenden. I landstingskommuner med så stora geografiska avstånd som i Västernorrland är detta speciellt viktigt. Det kommer att finnas ett behov av landstingsbaserade handlingsprogram för att motverka eventuella negativa effekter av den centralisering förslaget faktiskt innebär.

Västerbottens läns landsting anser det positivt att landstingen själva får organisera smittskyddet efter lokala förhållanden.

Landstingen i följande län har uttalat sig positivt om utredarens förslag och har inte haft någon erinran i denna del: *Östergötland, Halland, Skaraborg, Gävleborg och Jämtland.*

Botkyrka kommun

Utredarens förslag att landstingen skall svara för smittskyddet – som endast skall omfatta personinriktade åtgärder – är riktigt. Lagen bör dock omarbetas så att primärvården ges det juridiska och administrativa ansvaret för smittskyddsarbetet.

Sigtuna kommun

Landstinget måste besitta en lokalkännedom om varje primärkommuns särskilda riskfaktorer i smittskyddshänseende.

Eftersom landstinget endast skall vidta personinriktade åtgärder så måste smittskyddsläkaren i varje enskilt fall, med ledning av de uppgifter den behandlande läkaren lämnat och med kunskap om de lokala förhållandena, göra en bedömning om objektinriktade åtgärder är behövliga. Att *en* person, dvs. smittskyddsläkaren, i vårt landsting som består av 25 kommuner med över 1 miljon invånare skall äga kunskap om lokala förhållanden i smittskyddshänseende är inte en realistisk bedömning.

Idag kan den läkare inom primärvården som är utsedd att särskilt handha smittskyddsfrågor direkt ge juridiskt bindande förhållningsregler till patienten. Enligt föreliggande förslag skall landstingets smittskyddsläkare göra detta. Förutom ökad byråkratisering medför detta att tiden mellan konstaterat fall av smittsam sjukdom och tills patienten erhåller förhållningsregler för att förhindra spridningen av denna sjukdom förlängs med cirka fyra dygn. Med kännedom om att mikroorganismerna kan fördubbla

sitt antal var tjugonde minut medför detta en i onödan ökad risk för smittspridning.

Erfarenheten har dessutom visat att antalet allmänfarliga sjukdomar är ojämnt fördelade över året. Topparna förekommer vanligtvis under sommaren och i semestertider.

Det bör även särskilt påpekas, att miljö- och hälsoskyddsnämnden är lokal tillsynsmyndighet för livsmedelslagens tillämpning. Detta innebär bl a: "Om innehavare av eller föreståndare för verksamhet där livsmedel hanteras fått kännedom om eller har skäl att antaga att han själv eller arbetstagare inom verksamheten har tarminfektion eller annan sjukdom eller smitta eller sådant sår eller annan skada som uppenbarligen kan medföra risk för att livsmedel blir otjänliga till människoföda, skall han utan dröjsmål anmäla detta till miljö- och hälsoskyddsnämnden". Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall med anledning av anmälan vidta åtgärder mot vidare smittspridning via livsmedel. Detta innebär bl a intervjuer med den smittande för att utröna möjlig smittspridning via livsmedel, avstängning av den smittande från livsmedelshandtering, beslagtagning av livsmedel o s v. Dessa lagstadgade tillsynsuppgifter skall ställas i relation till utredningens kommentar på sid 70–71, kap 1.3.1: "Även om miljö- och hälsoskyddsnämnderna i och för sig skulle kunna handlägga de livsmedelsburna smittsamma sjukdomarna ter det sig i detta sammanhang olämpligt att bryta ut vissa allmänfarliga sjukdomar där nämnderna skulle ha kontakt med den enskilde". Det bör även noteras, att livsmedelsverket är central tillsynsmyndighet för livsmedelslagens tillämpning medan socialstyrelsen är det för smittskyddslagen".

Beslöts med hänvisning till vad inspektör Sillfors ovan anført avstyrka föreslagen organisation.

Nämnden finner det oroande att man föreslår en centralisering av sådana uppgifter som måste skötas med bl a god lokalkännedom.

Föreslagen organisation försvårar ett effektivt smittskyddsarbete ute på fältet, där snabba åtgärder ofta är nödvändiga.

Ansvaret för smittskyddet bör åläggas en ansvarig distriktsläkare med ersättare i varje kommun. Denne bör tilldelas beslutsfunktion och åläggas i författning att ha samråd med miljö- och hälsoskyddsnämnden.

I varje landsting bör finnas en samordnande smittskyddsläkare, motsvarande tidigare länsläkarfunktion.

Frågan om hur och vem som skall utföra smittrening vid personeringripande är ej klargjord. Här bör smittreningens ansvar åvila landstinget och primärvården.

Ystads kommun

Visserligen åläggs varje läkare i lagförslagets 7 § och specialmotivering till denna en inte oväsentlig utrednings- och informationsskyldighet. Miljö- och hälsoskyddsnämnden ställer sig dock något tveksam till den enskilde läkarens möjlighet att med hänsyn till tidspress och erfarenhet kunna fullgöra dessa skyldigheter på avsett vis. I utredningen har det nämligen redovisats att det genomsnittliga antalet fall av vissa allmänfarliga och

andra anmälningspliktiga sjukdomar inom ett landstingsområde med ca 200 000 invånare är klart begränsat. Ur denna redovisning kan slutsatsen dras att den enskilde läkaren med kanske ett upptagningsområde omfattande 2 – 3 000 invånare får en klart bristande erfarenhet av de sjukdomar det här är frågan om. Vidare torde den genomsnittliga läkaren med rätta ha en begränsad uppfattning om livsmedelshanteringen och dess förutsättningar inom sitt upptagningsområde. Härigenom kan det befaras att såväl den preliminära smittskyddsutredningen som upplysningarna till patienten i avsikt att hindra en smittspridning kan få en kraftigt varierande kvalitet. Detta kan i sin tur leda till att såväl för små som för omfattande åtgärder sätts in mot berörda personer. Eftersom det vidare enligt miljö- och hälsöskyddsnämndens mening kan antagas att smittskyddsläkaren inte går in med bindande beslut och förhållningsregler förrän det visat sig att vårdande läkares råd inte efterlevs kan det fortsatta smittskyddsarbetet försvåras i inte oväsentlig omfattning.

Stockholms kommun

Vi anser vidare det ej acceptabelt med en enda smittskyddsläkare ansvarig för 1/5 av rikets befolkning. Lagstiftningen måste göra det möjligt med myndighetsfunktioner hos flera än denne enda smittskyddsläkare. Vederbörande landsting bör ha ansvar att organisera smittskyddsarbetet. En sådan organisation måste finnas färdig när en ny smittskyddslag träder i kraft.

Tjänstemännens centralorganisation (TCO)

TCO tillstyrker även förslaget om smittskyddsläkare. Det finns anledning att understryka att läkare redan har en informationsskyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen och att denna väl rimmar med informationsuppgifterna beträffande smittsamma sjukdomar.

SACO/SR – Sveriges läkarförbund

Även andra läkarkategorier än de som av utredaren förutsätts utses till smittskyddsläkare kommer även med en ny smittskyddsorganisation att ha viktiga uppgifter inom smittskyddsarbetet. Detta gäller främst distriktsläkarna och det bör tas hänsyn härtill vid utformningen av FV-utbildningen i allmänmedicin. Den enskilde distriktsläkares kunskaper om befolkningen inom kommunen bör tillvaratas även inom den nya organisationen. Detta kan ske genom att det liksom idag utses en smittskyddsansvarig läkare inom varje primärkommun.

Svenska Läkaresällskapet

Smittskyddsläkaren

Utredningen lägger betydelsefulla arbetsuppgifter och betydande ansvar på smittskyddsläkarna. Dessa skall tilläggas myndighetsuppgifter och kun-

na besluta om olika rättigheter och skyldigheter för enskilda. "Sett ur rättssäkerhetssynpunkt är frågan om läkarens kunskaper en viktig aspekt", (s. 77). Det är därför förvånande att utredaren inte är beredd att föreslå särskilda kompetenskrav. Man förutsätter dock att "uppgiften läggs på läkare med kunskaper inom infektionssjukdomarnas område eller inom mikrobiologi kompletterad med viss epidemiologisk erfarenhet", (s. 78).

Enligt Svenska Läkaresällskapet bör krav ställas på specialistkompetens inom någon av specialiteterna infektionssjukdomar, klinisk bakteriologi eller klinisk virologi. Därutöver bör ytterligare krav ställas på epidemiologisk och administrativ erfarenhet och utbildning. Det kan i detta sammanhang nämnas att i åtskilliga andra länder en Master of Public Health utgör krav för tjänst med motsvarande myndighetsbefogenheter. Den utbildningslinje vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg som ligger närmast till för svenskar har alldeles för låg kapacitet och måste dessutom ses över för att passa behovet. Frågan bör ytterligare utredas.

Med tanke på att smittskyddsläkarens verksamhet kommer att vara förenad med betydande inslag av myndighetsutövning vill Sällskapet ifrågasätta lämpligheten av att samma person också företräder patientens intressen. Särskilt känslig kan frågan bli om de sexuellt överförbara sjukdomarna inkluderas i ansvarsområdet. En konflikt mellan samhällets intresse av effektiva metoder mot smittspridning och patientens behov av anonymitet och integritet kan uppstå. Denna motsättning har varit särskilt tydlig i samband med kartläggningen av AIDS-situationen.

Alla läkare skall ha skyldighet att biträda i smittskyddsarbetet.

Sällskapet stöder denna regel och vill understryka betydelsen av att viss förebyggande sjukvård utnyttjas rationellt i detta sammanhang t ex barnhälsovård och skolhälsovård. Anmälningsskyldighet till skolhälsovården av inträffade fall av tuberkulos och hepatit borde övervägas.

RFSU

RFSU har ingen erinran mot att en smittskyddsläkare i varje landsting ges huvudansvaret för smittskyddsarbetet. Det är också viktigt att alla läkare får skyldighet att delta i smittskyddsarbetet. När det gäller STD är det emellertid en förutsättning att läkarna ges tillräcklig utbildning så att de kan lämna praktiska råd till den smittade om hur denne ska hantera sin sexualitet. När det gäller att lämna sådana råd, som alltså inte är förhållningsregler, bör det övervägas om inte andra yrkesgrupper inom landstingen kan vara bättre lämpade för sådana uppgifter. De som drabbats av STD bör erbjudas att få råd av kuratorer, barnmorskor etc som särskilt utbildas för uppgiften. Ungdomar ska förträdesvis kunna få råd på ungdomsmottagningar, skolornas preventivmedelsrådgivningar och andra mottagningar som är särskilt inriktade på ungdom.

Det är också centralt att landstingen inte upprätthåller bostadsbandet när det gäller vilken läkare som STD-drabbade ska vända sig till. RFSUs

erfarenhet är att många smittade ogärna söker sig till vårdmottagningar där de kan bli igenkända. Det gäller i synnerhet på små orter. Det är därför av utomordentlig betydelse att de som tror sig bära STD-smitta kan vända sig vart de vill inom landstinget.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

RFSL

Enligt förbundets uppfattning är det viktigt att se till att den typ av bindande föreskrifter som kan vara aktuella enligt smittskyddslagen blir så enhetliga som det är möjligt. Det är ur rättssäkerhetssynpunkt av utomordentligt stor vikt att råd och information till patienter inte blir godtyckligt beroende av vilken läkare man råkar träffa på. Utredaren konstaterar ju också själv i betänkandet (sid 98) att sjuka och smittbärare inte alltid får tillräcklig information samt att förhållandena växlar beroende på vem som ger informationen och beroende på vilken infektion det gäller.

Förslaget att begränsa rätten att ge bindande förhållningsorder till smittskyddsläkaren synes därför vara välgrundat. I det förslag till lagtext som utredaren framlägger är det emellertid inte tillfredsställande uttryckt.

Enligt 7 § skall läkaren ge den smittade information om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder den smittade bör vidta för att hindra smittspridning. Här framgår inte att patienten inte har någon skyldighet att följa dessa råd. Detta bör klart och tydligt finnas utsagt. Enligt 8 § skall läkaren anmäla patienten till smittskyddsläkaren om han har anledning att anta att den smittade inte kommer följa de råd som läkaren skall ge enligt 7 §, eller om läkaren kunnat konstatera att den smittade inte har följt givna råd.

Enligt förbundets mening måste det i lagtexten framgå att anmälan till smittskyddsläkaren om att en smittad person inte följt eller antas komma att följa givna råd, bara får göras om det är smittskyddsläkarens bindande föreskrifter han eller hon inte följt. Enligt förbundets uppfattning är det oacceptabelt att den smittade anmäls för ohörsamhet om det inte förelegat någon laglig skyldighet att följa råd och anvisningar (tex sådana råd som den behandlande läkaren själv har bestämt sig för).

Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet

Utredarna förordar att den personliga informationen om sjukdomen och ev smittskyddsföreskrifter skall ges av varje läkare i samband med den vanliga anamnestagningen. Därvid föreslår utredarna att föreskrifter om hygien m m kan lämnas i form av färdigtryckt information från t ex SoS. Kontakt med övriga myndighetspersoner skall därvid elimineras. Vi anser att detta är att grovt underskatta det värde det ligger i att i lugn och ro, kanske i den smittförandes hem, diskutera igenom situationen, ge information och hygienföreskrifter samt ta reda på förlopp och eventuella spridningsvägar. Att på detta sätt minska den smittades möjligheter att få information och så tidigt som möjligt ge information om smittspridningsvägar etc förefaller synnerligen ogenomtänkt och ologiskt. Speciellt som man i utredningen vidgår att den läkare som föreslås bli den smittades enda

myndighetskontakt har begränsat kunnande inom ämnesområdet. Dessutom måste sannolikt MHN ändå kontakta vederbörande för att vidta åtgärder enligt annan lagstiftning vilket då blir ett påhäng i efterhand och kommer därmed sannolikt att uppfattas extra negativt av den berörde.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Tillsyn m. m.

Försvarets sjukvårdsstyrelse

Enligt 31 § i gällande smittskyddslag kan regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer beträffande försvarsmakten meddela föreskrifter som avviker från denna lag. 31 § har sin motsvarighet i 22 § i förslag till ny smittskyddslag. I tjänstemeddelanden för försvarsmakten (TKG 443:730111) har regeringen meddelat att SjuS har tillsynen över bekämpandet av smittsamma sjukdomar inom försvarsmakten och att SjuS i samråd med socialstyrelsen skall meddela råd och anvisningar till ledning för försvarsmakten. Med de speciella förhållanden som råder inom försvarsmakten är det av vikt att tillsynen, liksom sker enligt hälsoskyddslagen, livsmedelslagen m. fl. författningar, även fortsättningsvis utövas av SjuS. För att SjuS funktion som tillsynsmyndighet skall klargöras samtidigt som smittskyddslagen träder i kraft finner SjuS det lämpligt att tillsynsansvaret meddelas direkt i smittskyddslagen (jfr hälsoskyddslagen 15 §). Efter 20 § förslag till smittskyddslag föreslås en ny rubrik "Försvarmakten" med efterföljande text: "Inom försvarmakten svarar försvarets sjukvårdsstyrelse för smittskyddet och tillsynen över smittskyddet". Till följd av denna paragraf föreslår en ny paragraf efter 9 § i förslag till smittskyddsförordning: SjuS skall meddela allmänna råd och i samråd med socialstyrelsen utfärda föreskrifter till ledning för försvarsmakten.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen får enligt utredarens förslag till smittskyddslag den centrala tillsynen över smittskyddet (§ 20) och regeringen får enligt 22 § rätt att utfärda föreskrifter bl. a. till skydd för enskilda. Denna senare rätt kan också enligt lagen överlätas på annan myndighet. Socialstyrelsen förutsätter att styrelsen ges behörighet att meddela sådana föreskrifter.

Socialstyrelsen vill i detta sammanhang understryka angelägenheten av att en central myndighet – i detta fall socialstyrelsen – ges ett samlat ledningsansvar vid utbrott av landsomfattande epidemier. Detta är enligt styrelsens bedömning till gagn för det samlade smittskyddet i riket. Det är likaså lämpligt att socialstyrelsen åläggs inte bara att utöva tillsynen över smittskyddet i riket utan också ges skyldighet att leda och samordna smittskyddet. Detta bör enligt socialstyrelsens uppfattning tydligare avspeglas i lagtexten.

Under vissa förhållanden måste föreskrifter och allmänna råd från socialstyrelsen kunna utfärdas med mycket kort varsel. I sådana situationer föreligger med hänsyn till folkhälsan inte den tid för samråd med och godkännande från olika intressenter, i första hand kommuner och lands-

ting, som nuvarande bestämmelser förutsätter. Vid epidemier och risk för epidemier med ett snabbt förlopp bör därför socialstyrelsen vara undantaget från reglerna i kungörelsen (1970:641) om begränsning av myndighets rätt att meddela föreskrifter, anvisningar eller råd.

När det gäller möjligheterna att meddela föreskrifter skall observeras att socialstyrelsen med stöd av 3 § tillsynslagen (SFS 1980:11) kan meddela de föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonal som behövs till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt. Enligt 19 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) får socialstyrelsen inom hälso- och sjukvården dessutom meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Det borde närmare ha analyserats vilket behov det därutöver finns att jämväl med stöd av smittskyddslagen meddela föreskrifter. Nu har i specialmotiveringen inte närmare beskrivits förhållandet mellan bemyndiganden i de nu nämnda lagarna och den föreslagna regeln i 22 § första stycket 4 punkten.

Statens bakteriologiska laboratorium

För att säkra samordningen av den centrala ledningen av smittskyddsarbetet i landet har initiativ tagits på verksamhetsnivå. Socialstyrelsen kan i ökad omfattning utnyttja SBL:s medicinska expertis som föredragande och deltagande i ärenden rörande smittskydd. I samråd mellan socialstyrelsen och SBL bör en kontinuerlig översyn göras av behovet att revidera listorna över "allmänfarliga" resp. anmälningspliktiga sjukdomar. Vikten av samarbete borde markeras i smittskyddslagen.

Statens naturvårdsverk

För att åtgärder mot smittspridning skall kunna sättas in snabbt är det viktigt med bl. a. väl inarbetade rutiner för samarbete mellan miljö- och hälsoskyddsnämnd och smittskyddsläkare. Det är därför angeläget som utredningen föreslår att socialstyrelsen utfärdar föreskrifter om innehållet i anmälan om andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga på sådant sätt att inga tveksamheter uppstår.

Kalmar läns landsting

All utredningsverksamhet, som startas av Statens bakteriologiska laboratorium (SBL), som får anmälan om allmänfarlig eller anmälningspliktig sjukdom från behandlande läkare samtidigt som smittskyddsläkaren, skall ske i intimt samarbete med respektive landsting genom dess smittskyddsläkare. Detsamma bör gälla informationsverksamhet initierad av SBL. Detta är nödvändigt för att undvika dubbelarbete och samordna riks- och landstingsåtgärder så att de får så stor effekt som möjligt.

Det bör övervägas om inte statsepidemiologen (SBL) bör nämnas i lagtexten. Behovet av en central smittskyddsledning är stort och måste betonas.

Svenska Läkaresällskapet

Socialstyrelsen utövar tillsynen över smittskyddet (§ 20) medan Statens bakteriologiska laboratorium skall ha rollen som expert och rådgivare inom smittskyddet. Laboratoriet har möjligheter att följa och analysera det nationella och internationella epidemiläget på ett sätt som andra laboratorier saknar. Dess uppgifter läggs fast i en instruktion och inte i smittskyddslagen.

Sällskapet har inget att invända mot föreslagen konstruktion men önskar understryka behovet av en samordnad central smittskyddsledning. Särskilt måste härvid framhållas att Socialstyrelsen i sin fasta organisation saknar medicinsk kompetens som motsvarar uppdragets betydelse. Det är därför av största betydelse att Socialstyrelsen och SBL samverkar effektivt.

Samverkan mellan landsting och andra myndigheter har bedömts så viktig att den lagfästs. En liknande lösning eller annan formalisering bör prövas även för samverkan mellan Socialstyrelsen och SBL.

Informationsfrågor

Socialstyrelsen

Utredaren framhåller att det utöver upplysningar till enskilda även behövs en mer generell information till allmänheten om allmänfarliga och andra smittsamma sjukdomar. Socialstyrelsen instämmer i detta. Styrelsen vill också påpeka att utöver landstingen har även andra myndigheter och samhällsinstitutioner ansvar för informationsinsatser. Det gäller t. ex. skolan, socialtjänsten, den kommunala fritidsverksamheten, föreningar och andra organisationer. Samarbete och samordning är enligt socialstyrelsen nödvändigt för att dessa insatser skall ge största möjliga effekt.

Skolöverstyrelsen

Information om allmänfarliga sjukdomar och smittskydd är en del av skolans hälsofostran. Skolhälsovården är här skolans medicinska sakkunskap, som kan bibringa lärarna nödvändig ny kunskap och även ta del i den direkta upplysningen och fostran av eleverna. Ibland krävs dock en djupare kunskap. Det är därför önskvärt att i smittskyddsläkarens skyldigheter ingår att bistå skolan vid behov.

Statens veterinärmedicinska anstalt

SVA instämmer i utredarens förslag att smittskyddsläkaren får huvudansvaret för informationen vid fall av allmänfarliga sjukdomar. Då i många

fall objektrinriktade åtgärder är nödvändiga torde emellertid samverkan mellan olika myndigheter även vad gäller information vara av största vikt.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Länsstyrelsen i Stockholms län

För ett framgångsrikt personinriktat smittskyddsarbete erfordras i de flesta fall en avsevärd informationsverksamhet t. ex. vid smitta på daghem och andra institutioner. Såväl sakkunskap som närhet och lokalkännedom men framför allt praktisk erfarenhet krävs för att sådan information skall nå avsedd effekt. I utredningen har förutsatts att smittskyddsläkaren skall ha ett ansvar för informationen för samtliga kommuner i länet vid förekommande fall av allmänfarlig sjukdom. Länsstyrelsen anser i motsats härtill att det ligger närmast till hands att primärvården, var och en inom sitt primärvårdsområde, bör vara beredd att överta denna arbetsuppgift och svara för den sakkunskap och den kontinuitet som krävs härför. Om informationsansvaret i stället skulle läggas på smittskyddsläkaren erfordras att betydande resurser ställs till dennes förfogande. Även ur denna synpunkt är den nuvarande ordningen med en för smittskyddsarbetet särskilt utsedd distriktsläkare inom varje primärvårdsområde/primärkommun synnerligen lämplig.

För ett fullständigt fungerande smittskydd är det viktigt att det också ges information om det objektrinriktade smittskyddet. Här bör såväl länsstyrelsen som miljö- och hälsoskyddsnämnden ha ansvar för erforderlig information och att detta bör tydligare framgå i anvisningarna till nya smittskyddslagen.

Svenska Läkaresällskapet

Informations- och upplysningsverksamhet är enligt utredaren en mycket väsentlig del av smittskyddet och stort ansvar har lagts på Socialstyrelsen och Smittskyddsläkare. Svenska Läkaresällskapet vill upprepa sin oro över att Socialstyrelsen saknar tillräcklig medicinsk kompetens för detta ansvar och att inga behörighetskrav fastställts för smittskyddsläkare.

RFSU

RFSU har tidigare påpekat vikten av att ideella organisationer som informerar om t. ex. STD ges tillräckligt stöd för att kunna tillgodose de krav som ställs på organisationen.

RFSU har genom sin verksamhet på olika sätt bred erfarenhet av direkt kommunikation med människor. Vår erfarenhet är den, att RFSUs oberoende ställning ger oss goda möjligheter att utan moraliserande bitoner lämna upplysning om STD och hur man skyddar sig mot sådana sjukdomar.

RFSU är berett att inom ramen för de resurser som ställs till förbundets förfogande åta sig ett stort ansvar i detta hänseende.

Det bör i sammanhanget påpekas att det senaste årets AIDS-debatt synes ha trängt tillbaka informationen om övriga STD. RFSU menar att

det är olyckligt. Klamydiainfektioner kommer inom överskådlig tid att vålla skador med allvarliga följder. Således beräknas antalet klamydiafall 1984 till 120 000. Flertalet äggledarinflammationer beror på klamydia. Ca 2 000 kvinnor bli varje år infertila, flertalet på grund av STD. Antalet utomkvadshavandeskap har ökat. Till helt övervägande del beror detta på klamydiainfektioner.

Även andra STD ökar oroväckande. Det gäller exempelvis kondylom. I ett intensifierat upplysningsarbete om de STD som omfattas av smittskyddslagen kan upplysning också lämnas om andra allvarliga STD.

RFSU har därför uppfattningen att det fortsatta smittskyddsarbetet när det gäller STD inte bör koncentreras till HTLV-III, utan syftet måste vara att ge en bred upplysning om de olika sjukdomar som hänförs under begreppet STD.

Anmälningförfarandet

Domstolsverket

Som ett skäl för att begränsa anmälningsskyldigheten till att omfatta endast läkare anför kommittén (s 84) att de flesta människor som blir sjuka numera självmant söker läkare för undersökning och vård. Att det förhåller sig så kan enligt DVs mening inte tas för givet när det gäller dem som ådragit sig infektion av HTLV-III-virus. Sådan infektion har numera hänförs till de veneriska sjukdomarna (SFS 1985:742) och måste antas komma att anses som en allmänfarlig sjukdom i enlighet med 1 § förslaget till smittskyddsförordning. Det är naturligtvis av utomordentlig betydelse att befogade misstankar om att någon har en allmänfarlig sjukdom snabbt kan vidarebefordras till vederbörande smittskyddsläkare. DV anser att anmälningsskyldighet även skall åvila t. ex. socialnämnd, miljö- och hälso- skyddsnämnd, polismyndighet och föreståndare för vårdanstalt eller annan liknande inrättning. I vart fall bör sekretesslagstiftningen utformas så att nämnda organ kan göra anmälan till smittskyddsläkaren i de fall det är särskilt påkallat.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen instämmer i utredarens förslag att det är orealistiskt att var och en skall anmäla misstänkt allmänfarlig sjukdom hos andra. Däremot är en skyldighet motiverad för den enskilde att söka läkare, om han misstänker sådan sjukdom hos sig själv. Ytterligare synpunkter på detta förs fram nedan.

En omorganisation av smittskyddet tillsammans med att anmälningssplikten begränsas till att gälla enbart för läkare innebär att fall av allmänfarlig sjukdom som upptäcks genom att livsmedelslagstiftningen tillämpas, inte nödvändigtvis kommer till smittskyddsläkarens kännedom. Vid provtagning på viss livsmedelspersonal i samband med vistelse utanför Norden mer än fem dagar behöver inte nödvändigtvis läkare vara inkopplad. Vanligtvis sköts detta genom kontakt mellan arbetsgivare och miljö- och hälso-

skyddsnämnden. För närvarande har miljö- och hälsoskyddsnämnden ansvaret även för det personinriktade smittskyddet och kan genom den distriktsläkare som har skyldigheter enligt smittskyddslagen också anmäla till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium (SBL). I och med att denna nära kontakt mellan miljö- och hälsoskyddsnämnd och distriktsläkaren nu försvinner kan dessa sjukdomsfall komma att undgå anmälan.

I övrigt tillstyrker socialstyrelsen att all anmärkningsvärd anhopning av fall av andra misstänkta smittsamma sjukdomar blir föremål för anmälningsplikt liksom att riktade undersökningar kan genomföras. Resultaten av redan genomförda sådana har varit mycket goda.

Socialstyrelsen tillstyrker vidare att anmälan av samtliga anmälningspliktiga sjukdomar skall ske direkt till statens bakteriologiska laboratorium. Härigenom ges möjlighet till en helhetsövervakning av smittskyddsläget i riket.

I specialmotiveringen till 8 § anges att anmälan skall göras till smittskyddsläkaren i det landsting, där patienten vistas. Detta framgår emellertid inte av lagtexten. Det är också osäkerhet vad utredaren avser med "vistas". Är det där den smittade faktiskt befinner sig eller är det där handstadigvarande har sin vistelse? En undersökningsplikt i något av dessa avseenden lägger en onödigt stor börda på läkaren. Det är enligt socialstyrelsens uppfattning rimligt att anmälan alltid görs till smittskyddsläkaren i det landsting där läkaren har sin praktik/arbetsplats. Det bör sedan ankomma på smittskyddsläkaren att föra över ärendet till sin kollega i annat landsting, om ärendet lämpligare handläggs där.

Det är inte rimligt att den enskildes skyldighet att söka läkare begränsas till det fall, då denne anmodas av smittskyddsläkaren (eller annan myndighet) att göra så. Var och en som har anledning anta att han lider av en allmänfarlig sjukdom eller för smitta av sådan sjukdom måste själv ha en lagfäst skyldighet att söka läkare. I annat fall missar man själva poängen med lagstiftningen. Om skyldigheter inträder först efter ett myndighetsingripande får lagen en klar tvångskaraktär. Det är nödvändigt att man från början lägger vikten vid den enskildes eget ansvar också för sin omgivning. Först om detta ansvar inte tas, finns anledning till myndighetsingripande.

Det är rimligt att ur 6 § föra bort de skyldigheter den enskilde har att följa meddelade förelägganden och föra över dessa till en särskild paragraf kopplad till smittskyddsläkarens befogenheter. 6 § bör endast handla om de skyldigheter den enskilde har att vidta olika åtgärder. Dessa bör i första hand innefatta skyldighet att söka läkare och underkasta sig undersökning samt skyldighet att följa meddelade råd. Det är också rimligt att i 6 § föreskriva en skyldighet för den smittade att lämna upplysningar om olika tänkbara smittvägar. Socialstyrelsen anser att en sådan skyldighet bör vara förenad med en möjlighet att förelägga vid vite.

Det är positivt att uppgift om landstingskommuns skyldighet att samverka med andra myndigheter finns inskriven i lagtexten. Enligt socialstyrelsens uppfattning bör denna skyldighet utvidgas. För miljö- och hälsoskyddsnämnden, som i de flesta fall blir handläggande myndighet för åtgärder som behöver vidtas enligt annan lagstiftning, torde det vara av

stort värde att snabbt få kännedom om misstänkta smittkällor i kommunen. Därför bör en skyldighet för varje läkare att i sådana fall rapportera direkt till denna nämnd även finnas inskriven i lagtexten.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Statens livsmedelsverk

Enligt förslaget till smittskyddsförordning skall anmälan göras senast dagen efter sjukdomen har konstaterats. Statens bakteriologiska laboratorium skall sammanställa anmälningarna och sedan sända dessa till berörda myndigheter. Då det gäller matförgiftningar som faller inom livsmedelsverkets ansvarsområde är den föreslagna rutinen ej till fyllest.

Utredaren har konstaterat att det finns sjukdomar som inte är allmänfarliga men för vilka det föreligger behov av ingripande med stöd av annan lagstiftning. I lagförslaget § 4 står det att landstingskommunen skall samverka med andra myndigheter i frågor som rör smittskyddet och i 10 § att smittskyddsläkaren skall underrätta berörd tillsynsmyndighet om objektinriktade åtgärder kan komma ifråga vid anmälan om allmänfarlig sjukdom. Ur livsmedelslagstiftningens synpunkt är det otillfredsställande att detta således inte avses gälla de anmälningspliktiga sjukdomarna. Överhuvudtaget borde kontaktytan mellan smittskyddsläkaren och andra myndigheter – särskilt miljö- och hälsoskyddsnämnden – ha diskuterats. Det är framförallt genom sjukvården som misstankar om livsmedelsburna infektioner och intoxicationer kan registreras. Det är därför nödvändigt att sådan information snarast överförs till berörd myndighet oavsett om den är allmänfarlig eller inte.

Arbetskyddsstyrelsen

Enligt 7 § i förslaget till smittskyddslag skall varje läkare försöka utröna smittkälla och smittvägar och enligt 8 § göra anmälan till smittskyddsläkaren. I förslag till smittskyddsförordning 3 § finns angivet vilka uppgifter en sådan anmälan skall innehålla, bl. a. namn och adress på personer som smittämnet kan ha kommit ifrån och förts vidare till.

Det finns skäl att förmoda att smittsamma sjukdomar ådragna genom arbetet, t. ex. hos sjukvårdspersonal, är underrapporterade i informations-systemet för arbetsskador (ISA). Detta kan leda till att smittriskerna inom vissa yrken och på vissa arbetsplatser inte upptäcks. Genom att i den nya lagen ålägga den anmälande läkaren att rapportera den smittades arbetsplats och yrke samt ange om smittan sannolikt förorsakats genom arbetet skulle en identifiering av smittrisker i arbetsmiljön underlättas. Sistnämnda behov kan förhoppningsvis tillgodoses i den utformning av blankett som skall göras av socialstyrelsen.

Statens veterinärmedicinska anstalt

De nya former för anmälan som utredaren föreslår synes avsevärt förenkla anmälningsrutinerna jämfört med nuvarande förhållanden. Då inga anmälningar kommer att göras till miljö- och hälsoskyddsnämnder anser SVA

det vara mycket viktigt med regelbundna möten mellan smittskyddsläkare och fr a hälso- och miljöskyddsnämnd, där anmälningar av speciellt intresse kan dryftas och objektinriktade åtgärder kan diskuteras. SVA hälsar därför med tillfredsställelse att utredaren så starkt betonar vikten av samverkan mellan smittskyddsläkare och övriga myndigheter.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Försvarets sjukvårdsstyrelse

Utredaren anser att också anmärkningsvärda anhopningar av fall av smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar bör anmälas enligt smittskyddslagen. Sivs delar denna uppfattning och vill betona vikten av en noggrann epidemiologisk kartläggning av smittsamma sjukdomar under fredstid. En sådan kartläggning med avseende på agens, frekvens, säsongvariation och geografisk utbredning är en förutsättning för att på ett tidigt stadium uppdaga och vidta åtgärder mot förtäckt B-krigföring.

Kammarrätten i Göteborg

Med smittskydd avses åtgärder för att hindra spridning av smittämnen som kan orsaka allmänfarliga sjukdomar (jfr 3 § i förslaget). Det är därför viktigt att läkaren anmäler fall inte bara av konstaterad eller skäligen misstänkt allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom, vilket föreslagits, utan även en infektion av smittämnen som kan orsaka sådan sjukdom, t. ex. infektion av HTLV-III-virus, som kan utveckla sjukdomstillståndet AIDS.

Länsrätten i Stockholms län

Det personinriktade smittskyddet bör enligt länsrättens uppfattning liksom för närvarande utgå från en skyldighet för envar som har anledning antaga att han eller hon lider av allmänfarlig smittsjukdom att söka läkare och underkasta sig den undersökning och behandling som behövs.

Kommitténs förslag att skyldigheter för den enskilde skulle inträda först efter anmodan från smittskyddsläkaren framstår som mindre välbetänkt. Redan osanktionerade lagens bud torde för flertalet medborgare ha karaktär av ett tungt rättesnöre. En lagfäst skyldighet skulle också ha stor betydelse för läkarna i deras vårdarbete.

Det måste i lag anges åtminstone i huvudsak under vilka omständigheter den enskildes skyldighet inträder, d. v. s. under vilka omständigheter den enskilde har anledning misstänka att han drabbats av allmänfarlig smittsjukdom. Ofta torde detta inte inträffa förrän efter påpekande av vårdläkare eller smittskyddsläkare.

Den enskilde bör också vara skyldig att lämna upplysningar om varifrån han kan ha blivit smittad och till vilka han kan antas ha överfört smittämnet.

I 8 § måste med hänsyn till avgränsningen mot integritetsaspekter anges åtminstone i huvuddrag vad som skall anmälas eller inte anmälas. I vart fall till SBL borde inte behöva sändas personidentifierbara uppgifter.

Anmälningsskyldighet

Utredaren föreslår att varje läkare skall anmäla fall av konstaterad eller skäligen misstänkt allmänfarlig sjukdom. Länsrätten anser att det är lämpligt att en sådan skyldighet införs även för andra myndigheter som kommer i kontakt med dessa grupper av människor. Samhällsintresset av att begränsa spridningen av allmänfarliga sjukdomar bör få ta över den enskildes integritetsskydd i dessa fall. De myndigheter som har uppgifter på smittskyddsområdet bör också uttryckligen åläggas att samarbeta och att ge varandra de uppgifter som behövs för en effektiv bekämpning av allmänfarliga sjukdomar. Några sekretesshinder bör inte få finnas för ett sådant informationsutbyte. Länsrätten anser också att var och en som vet eller som har skälig anledning att misstänka att han är smittad bör vara skyldig att söka läkare. Någon allmän anmälningsskyldighet för alla medborgare bör däremot inte komma ifråga.

Upplysningsskyldighet

Den som är smittad bör vara skyldig att upplysa om var han kan antas ha fått smittan och om han kan ha fört smittan vidare. Han bör vara skyldig att lämna sådana uppgifter att smittospridare och de som kan ha fått smittan genom honom kan nås. Smittskyddsläkaren bör ges en befogenhet att förelägga den smittade att lämna upplysningar av denna art. Vite är en tänkbar sanktion om den smittade inte rättar sig efter föreläggandet. Länsrätten har svårt att bedöma behovet av samma skyldighet för den som skäligen kan misstänkas vara smittad. Rent principiellt bör tvångsåtgärder inte sträcka sig längre än vad som är absolut nödvändigt. Å andra sidan är samhällsintresset av att begränsa smittoriskerna mycket starkt. Länsrätten anser därför att det allvarligt bör övervägas att införa en sådan skyldighet även för misstänkt smittade. Det är möjligt att det finns behov av olika regler för konstaterat smittade personer och personer som skäligen kan misstänkas ha en allmänfarlig sjukdom även i andra sammanhang. Utredarens förslag i 5 § att med smittade jämställa sistnämnda grupper av personer, kan därför behöva modifieras.

Länsstyrelsen i Stockholms län

Det är angeläget att ett samarbete mellan berörda tjänstemän och myndigheter är välorganiserat och kontinuerligt. Därför bör smittskyddslagen och dess följdbestämmelser ha tydligare anvisningar om att smittskyddsläkare skall anmäla såväl allmänfarliga som anmälningspliktiga sjukdomar till såväl länsstyrelse som berörd miljö- och hälsoskyddsnämnd.

Smittskyddsläkarens geografiska ansvarsområde är en region som motsvarar ett län. Enbart det är skäl nog för att anmälan skall gå över till länsstyrelsen som enligt sin instruktion har regionalt ansvar för hälsoskydd, livsmedelskontroll, epizootibekämpning etc. För objektsmittskyddet är det angeläget att enstaka fall i olika kommuner uppmärksammas av

en samordnande myndighet och att åtgärderna också samordnas inom en hel berörd region.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Enligt 10 § i nya smittskyddslagen skall smittskyddsläkaren vidta vissa åtgärder vid allmänfarlig sjukdom. Men paragrafen har brister på två punkter. Bl. a. omnämns inte hur en anmälningsskyldig sjukdom skall anmälas vidare till berörd tillsynsmyndighet för eventuella objektinriktade åtgärder. Det framgår inte vem som skall bedöma "om objektinriktade åtgärder kan komma ifråga". Förmodligen avses att smittskyddsläkaren skall avgöra detta. Men det är att lägga ett onödigt stort ansvar på smittskyddsläkaren att bl. a. ha så detaljerade kunskaper om djursjukdomar att han kan avgöra om åtgärder skall vidtas mot djuren som objekt. Därför bör enligt länsstyrelsens mening 10 § formuleras så att smittskyddsläkaren alltid skall underrätta tillsynsmyndigheten om såväl allmänfarliga som anmälningsskyldiga sjukdomar. Eftersom dessa fall enligt utredningen inte torde bli alltför ofta förekommande kan inte underrättelseskyldigheten bli särskilt betungande. Det är lämpligt att i anvisningar precisera vilka tillsynsmyndigheter som avses och därvid se till att länsstyrelsen som regional tillsynsmyndighet tas med.

Svenska kommunförbundet

För att uppfylla detta krav anser kommunförbundet det vara rimligt att miljö- och hälsoskyddsnämnderna direkt och på ett så tidigt stadium som möjligt får vetskap om vilka allmänfarliga och andra anmälningsskyldiga sjukdomar som inträffar i kommunen. Nämnden kan då snabbt sätta in sina resurser för att spåra smittkällan. Detta är särskilt betydelsefullt vid sjukdomsfall, där smittkällan antas vara infekterade livsmedel, infekterat dricksvatten eller badvatten. Nuvarande anmälningssystem, där anmälningsskyldiga smittsamma sjukdomar, utom de sexuellt överförda smittsamma sjukdomarna, anmäls till miljö- och hälsoskyddsnämnden bör därför behållas.

Kronobergs läns landsting

I 1 § och 2 § smittskyddsförordningen föreskrives vilka sjukdomar som skall vara anmälningsskyldiga enligt 8 § smittskyddslagen. Även om det inte klart utsäges torde avsikten vara att såväl sjukdomsfall som *symptomfria smittbärare* skall anmälas. Detta bör dock ej gälla meningokockinfektion, eftersom 5–10 procent av befolkningen är bärare av meningokocker i svalget. Givetvis gäller det ej heller "mikrobiell matförgiftning", eftersom de smittämnen som orsakar matförgiftning i andra sammanhang ofta är harmlösa.

Kalmar läns landsting

Förslaget lägger ansvaret för smittskyddsbekämpningen på landstinget och dess smittskyddsläkare utan att samtidigt ge landstinget och/eller smittskyddsläkaren de möjligheter som krävs om man skall kunna bedriva ett

snabbt och effektivt smittskyddsarbete. Ett sådant kan äventyras genom den föreslagna uppdelningen av åtgärder i personinriktade, som landstinget svarar för, och objektrinriktade, som kommuner och länsstyrelser ansvarar för. I många fall torde man genom samråd gemensamt kunna nå målet men ibland kan hänsyn andra än smittskyddsintressen, t. ex. ekonomiska, som de objektrinriktade myndigheterna är skyldiga att beakta, bidra till att åtgärder insätts för sent eller blir otillräckliga.

Därför måste smittskyddslagen och/eller andra tillämpliga lagar innehålla skyldighet för myndigheter med ansvar för objektrinriktade åtgärder att omgående rapportera till smittskyddsläkaren om förhållanden eller tillbud som innebär risk för smittspridning till människa. Dessa myndigheter bör också åläggas att omgående anmäla patienter med riskyrken, som misstänks vara smittade med allmänfarlig sjukdom, till smittskyddsläkaren så att sådana personer inte börjar arbeta innan diagnosen ställts.

Smittskyddsläkaren måste också ges möjlighet att vid behov kunna initiera objektrinriktade åtgärder, t. ex. provtagning i olika produktionsled, av annan myndighet om det krävs för att förhindra smittspridning och undvika tidsförlust.

De myndigheter som ansvarar för objektrinriktade utredningar och åtgärder måste informeras om landstingets kompetens och ges möjlighet att utnyttja denna så att inte smittskyddsaspekterna lämnas därhän.

I förslaget har hänsyn till den enskilda patientens rättigheter och hans/hennes integritet gått ut över hans/hennes rimliga skyldigheter respektive sjukvårdens möjligheter att ge bästa och mest effektiva vård.

Därför bör den nya smittskyddslagen innehålla föreskrifter om att den enskilda personen, som vet eller på goda grunder misstänker sig vara smittad med en allmänfarlig sjukdom, har skyldighet att taga kontakt med sjukvården för utredning och undersökning. En sådan föreskrift bör utformas så att det klart framgår att huvudsyftet är att betona att såväl patienten som sjukvården har ett gemensamt ansvar för arbetet med att förebygga spridning av smittsamma sjukdomar.

Tjänsteläkarrapporten bör inte avskaffas med tanke på att nya vaccinationer nyss införts och ytterligare nya vaccinationer stundar. Med de riktade undersökningar som utredningen föreslår kan man nämligen inte förvänta sig att lokalisera lokala infektionsöar orsakade av bristande vaccinationsanslag. För att göra tjänsteläkarrapporten bättre bör istället sjukhusens akutmottagningar, barn- och infektionsklinikerna också åläggas rapporteringsskyldighet.

Malmöhus läns landsting

Upplyningsplikten enligt 3 § smittskyddsförordningen anser förvaltningsutskottet vara för vittgående. När det gäller sexuellt överförda sjukdomar och möjligen Hepatit B är det rimligt att begära uppgift om person som kan ha överfört smittan och om personer som smittan kan ha överförts till. Det går dock i allmänhet inte att lägga samma krav på övriga allmänfarliga sjukdomar. Lagtexten; § 3 mom 2 föreslås kompletteras med "... samt då det är väsentligt för smittskyddsutredningen, namn...".

- § 3 bör modifieras vad gäller punkt 2. Specifikation av fullständiga personuppgifter på de personer som smittämnet kan ha kommit ifrån eller förts vidare till, är endast av intresse för smittskyddsläkaren, i den mån han förväntas ingripa i smittskyddsarbetet. Om behandlande läkare själv gör smittutredningen och kallar och kontrollerar misstänkta smittkällor och smittkontakter är det inte rimligt med krav på att dessa anges i anmälan. Vad gäller t. ex. syfilis och, om HTLV-III inkluderas i smittskyddslagen, även denna sjukdom, är det till och med direkt olämpligt att dessa uppgifter medföljer anmälan om läkaren själv tagit hand om kontaktspårningen. Punkt 2 bör istället ha en sådan innebörd att anmälade läkare inlämnar sådana uppgifter som kan vara av betydelse för smittskyddsläkaren i smittskyddsarbetet.
- I § 4 angivet krav på anmälan senast dagen efter den dag sjukdomen konstaterats, är i praktiken svårt att efterleva, varför en modifiering bör ske.
- Enligt smittskyddslagen § 8 skall anmälan ske både till smittskyddsläkaren och till Statens Bakteriologiska Laboratorium. Det övergripande epidemiologiska övervakningsarbetet och eventuellt centralt betingade smittskyddsåtgärder från statsepidemiologens sida kan rimligen inte ha sådan brådska att det är nödvändigt. Anmälan enligt smittskyddslagen § 8 och §§ 3 och 4 i smittskyddsförordningen bör istället ske till smittskyddsläkaren, som efter eventuell komplettering av epidemiologiska data, omedelbart sänder anmälan vidare till statsepidemiologen. Denna anmälan skulle därvid kunna ske kodifierat, varvid sekretessen i handläggningen ytterligare skulle kunna skärpas.

Utredaren anser att andra myndigheter, t. ex. miljö- och hälsoskyddsnämnderna, ej behöver ha lagstadgad skyldighet att anmäla allmänfarlig sjukdom. Detta motiveras med att det absoluta flertalet av dessa sannolikt kommer till sjukvårdens kännedom, då de sjuka själva söker läkare. Miljö- och hälsoskyddsnämndernas tillsyn enligt Livsmedelslagen leder dock till ett anseeligt antal fynd av symptomlösa smittbärare av allmänfarlig tarm-sjukdom. Utskottet anser därför att anmälningsplikt bör övervägas och helst stadgas för miljö- och hälsoskyddsnämnderna.

Värmlands läns landsting

Det är olyckligt att man tagit bort den allmänna skyldigheten för den enskilde att underrätta smittskyddsansvarig läkare om han vet eller misstänker att han lider av allmänfarlig sjukdom. En smittsamt sjuk är naturligtvis mycket farligare för omgivningen om han inte har fått sakkunnig information om smittvägar och råd eller föreskrifter om hur smitta skall kunna undvikas. Det torde i stor utsträckning bero på slumpen om ett sådant fall kommer till smittskyddsläkarens kännedom så att han kan anmodas att söka läkare.

Norrhottens läns landsting

Förvaltningsutskottet delar däremot utredningens uppfattning att de obligatoriska tjänsteläkarrapporterna kan ersättas med riktade undersökningar.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden kommer i framtiden ej att automatiskt erhålla anmälan om fall av allmänfarlig sjukdom. Med tanke på att merparten av de allmänfarliga sjukdomarna sprids från människa till människa via verksamheter som ingår i miljö- och hälsoskyddsnämndens tillsynsområden, exempelvis livsmedelshygien (inkl dricksvatten), bostadshygien, renhållning, djurhållning, lokaler för vård och omhändertagande, så innebär detta ett avståndstagande av den lokala kunskap som finns för att snabbt avvärja fortsatt smittspridning.

Västerviks kommun

Den hittillsvarande anmälningsskyldigheten till miljö- och hälsoskyddsnämnden beträffande allmänfarliga sjukdomar bör också bestå men med inskränkning för vissa sexuellt överförda sjukdomar.

Ystads kommun

Det är bl. a. mot denna bakgrund som utredarens förslag att slopa den nuvarande rapporteringen till miljö- och hälsoskyddsnämnden ter sig något förvånande. Visserligen betonas det i utredningen på ett flertal ställen vikten av ett samarbete mellan den smittskyddsansvarige och övriga berörda instanser. Det kan dock inte anses uteslutet att detta samarbete vid vissa tillfällen inte kommer till stånd eller att det onödigt fördröjs. För miljö- och hälsoskyddsnämnden synes det därför synnerligen väsentligt att samarbetet säkerställs genom ändring i lagtexten så att den anmälningsplikt som föreskrivs i 8 § i lagförslaget utsträcks att inte enbart gälla gentemot smittskyddsläkaren och SBL utan även gentemot miljö- och hälsoskyddsnämnden. Smittskyddsläkarens åläggande enligt 10 § anser miljö- och hälsoskyddsnämnden i detta sammanhang inte tillräcklig, då detta medför en helt onödig fördröjning av de åtgärder miljö- och hälsoskyddsnämnden har att vidtaga.

Vad avser de sjukdomar där objektinriktade åtgärder inte kan bli aktuella kan den regelmässiga rapporteringen till miljö- och hälsoskyddsnämnden dock utgå utan hinder.

Beträffande utredarens förslag till smittskyddsförordning anser miljö- och hälsoskyddsnämnden att smittskyddsläkarens bedömning skulle kunna underlättas om den anmälan som anges i 3 § i lagförslaget även omfattade de smittades sysselsättning. Detta är speciellt viktigt då det rör sig om patienter som är sysselsatta inom s. k. riskyrken och då smittskyddsarbetet kan erfordra objektinriktade åtgärder. Detsamma gäller för anmälan enligt 5 § smittskyddsförordningen.

Härjedalens kommun

Miljö- och hälsoskyddsnämnden vill vidare trycka på att det är av största vikt att rapportering sker till nämnden så snart objekts- eller omgivningsinriktade åtgärder överhuvudtaget kan vara tänkbara.

En anmälan bör inte som idag bara innefatta etiologisk agens utan även sjukdomstillstånd.

Svenska Läkaresällskapet

I smittskyddsförordningen § 3 sägs vilka uppgifter anmälan om allmänfarlig sjukdom skall innehålla samt att Socialstyrelsen har befogenhet att fastställa blankett och utfärda ytterligare föreskrifter om uppgifter som skall ingå. Vissa är härvid av sådan betydelse att de borde nämnas i förordningen.

Kunskap om *insjukningsort* är t. ex. av central betydelse vid epidemiologiska utredningar, liksom kännedom om huruvida symtom föreligger eller ej, så att inträffade kliniska fall och *smittbärare* kan redovisas var för sig. Uppgift om den smittades yrke bör likaså ingå i anmälan och registreras vid Statens Bakteriologiska Laboratorium.

Det är inte sällan betydelsefullt att studera samband mellan vissa infektionssjukdomar och viss *yrkesverksamhet*, t. ex. hepatit B eller tuberkulos hos sjukvårdspersonal. Så länge den enskildes namn ej registreras i laboratoriers register synes yrkestillhörigheten kunna registreras utan att berättigade invändningar beträffande sekretesskyddet behöver resas.

Anmälan om inträffat fall av sjukdom bör innefatta *sjukdomstillstånd* och inte endast som nu etiologiskt agens. Exempelvis bör det anges på anmälan gonorröisk uretrit, gonorröisk salpingit eller gonorröisk ögonsjukdom.

Smittskyddsförordningen § 3 punkt 1 bör förtydligas så att det framgår om "*födelsestid*" innebär enbart sex födelsessiffror eller hela födelsenumret. Nuvarande kodregler för AIDS bygger på födelseår och de fyra sista siffrorna i födelsenumret.

Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet

Dessutom avser man att försvåra /omöjliggöra MHNs förutsättningar att ingripa så snart som möjligt då man föreslår att anmälningsförfarandet skall ändras så att anmälan skall gå till landstingets smittskyddsläkare (och SBL) som i sin tur skall granska anmälan och först därefter informeras eventuellt MHN. Den som tror att man har särskilt stor nytta av t. ex. livsmedelslagstiftningen kanske en vecka efter det att livsmedlen, som kan ha orsakat t. ex. salmonella, redan sålts/serverats har ingen större inblick i det epidemiologiska fältarbetet.

RFSU

RFSU har inget att erinra mot förslaget att endast läkare ska vara skyldiga att anmäla fall av allmänfarlig sjukdom. Det är en brist i utredningen att man inte närmare utsett vilken roll t. ex. socialarbetare och personal vid behandlingshem som kommer i kontakt med HTLV-III-smittade missbrukare kommer att få i samband med smittskyddslagstiftningens tillämpande.

Enligt utredarens förslag skall anmälan om allmänfarlig sjukdom och andra anmälningspliktiga sjukdomar gå både till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium (SBL). Vad beträffar smittskyddsläkaren ter det sig naturligt med tanke på dennes ansvar för att leda smittskyddsarbetet.

När det gäller SBL säger utredaren själv i betänkandet (sid 81) att man inte anser att laboratorier skall åläggas några myndighetsuppgifter inom smittskyddet. Istället skall SBL fungera som expertorgan och följa epidemiläget i landet och bidra med information och rådgivning.

De uppgifter som anmälningar om allmänfarliga och övriga anmälningspliktiga sjukdomar i många fall innehåller är av mycket personlig och känslig karaktär. De bör inte samlas i centrala register och kan inte heller anses nödvändiga för t. ex. SBLs verksamhet. Några snabba myndighetsingripanden i de enskilda fallen kan det knappast bli tal om enligt utredarens eget förslag.

Förbundet avvisar tanken på att SBL skulle ha tillgång till samtliga uppgifter som tillställs smittskyddsläkaren vid anmälan om allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar. 3 § i förslaget till ny smittskyddsförordning måste ändras så att innehållet i anmälan till smittskyddsläkaren respektive SBL skiljs åt.

RFSL har i skrivelse till datainspektionen framfört synpunkter av detta slag med anledning av att SBL ansökt om att ytterligare få utvidga sitt epidemiregister. I laboratoriets ansökan till datainspektionen framgår bl. a. att man saknar säkerhetsansvarig för registren. Detta ökar inte tilltron till möjligheterna att förhindra obehörigt användande av registren i fråga. Förbundet har däremot inget att invända mot en inrapportering till laboratoriet som är så upplagd att personidentifikation undviks.

Sekretessfrågor

Rikspolisstyrelsen

Kommittén framhåller att det inte finns skäl att lätta på nuvarande sekretesskydd. Styrelsen vill emellertid framhålla att det är av vikt att personer som i samhällets tjänst kommer i kontakt med eventuella smittbärare får erforderlig information då de har anledning misstänka att de utsatts för smitta. Detta gäller i synnerhet vid ifrågasatt hepatit B- och HTLV-III-smitta. Det finns bland polispersonalen en utbredd oro för att bli smittad av dessa sjukdomar och denna oro utnyttjas av personer som skall omhändertas i syfte att förhindra ett ingripande. Informationen bör kunna begränsas till ett meddelande huruvida det misstänkta smittotillfället medfört någon risk för smittoöverföring. Rätten att få klara och omedelbara besked är nödvändig även ur smittskyddssynpunkt.

Socialstyrelsen

Liksom utredaren anser socialstyrelsen att sekretesslagens bestämmelser ger ett gott skydd för den enskildes integritet. I vissa lägen kan det

uppfattas som om sekretessbestämmelserna lägger hinder i vägen för ett effektivt smittskyddsarbete. Smittskyddsläkaren kan någon gång behöva information från andra myndigheter. Dessa uppgifter kan ibland vara svåra att erhålla. Frågan om hur och från vem smittskyddsläkaren skall kunna få information för att kunna uppfylla sina skyldigheter behöver belysas i det fortsatta utredningsarbetet. Samtidigt vet vi att många människor anförtror sig åt personal inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Skulle dessa verksamheter tvingas till att lämna uppgifter till andra myndigheter är det risk att människors förtroende för t. ex. socialtjänsten kan urholkas. Med en sådan utveckling skulle det bli ännu svårare att klara ett effektivt smittskyddsarbete. Socialstyrelsen anser att denna fråga borde ha utretts betydligt noggrannare.

Arbetskyddsstyrelsen

De problem ur arbetsmiljösynpunkt som kan förutses sammanhänger huvudsakligen med frågan hur integritetsskyddet för den enskilde smittbäraren skall kunna sammanjämkas med kravet på skydd för arbetstagare i olika vårdverksamheter. Det finns ett behov av information till den personal som riskerar att utsättas för smitta vid vård, omhändertagande, sanering, hantering av provmaterial och odling. Även inom social serviceverksamhet och barnomsorg kan härvid motstridiga intressen uppstå. Sekretesslagstiftningens skydd för den enskildes integritet tar idag över arbetsmiljölagens krav på information till skyddsombud m m. Detta förhållande kan ifrågasättas.

Länsrätten i Stockholms län

Utredningen har mer i förbigående berört sekretessproblematiken och funnit att enskilda personers integritet i tillräcklig omfattning är skyddad med nuvarande ordning på smittskyddsområdet och att det inte heller finns skäl att lätta på nuvarande sekretesskydd. Utredningen har däremot inte tagit upp hur en eventuell intressemotsättning mellan smittskyddslagens krav på information och sekretesslagens krav på integritet för den enskilde skall kunna lösas. För smittskyddsarbetet ute på fältet är det utomordentligt angeläget att denna fråga blir löst i samband med att en ny smittskyddslag träder i tillämpning.

Länsrätten i Malmöhus län

Sekretessbestämmelserna bör överses i syfte att effektivisera smittskyddet mot HTLV-III-infektion. Utredaren har framhållit betydelsen av öppenhet i smittskyddsarbetet men ändå uttalat att bestämmelserna i sekretesslagen till skydd för den enskildes personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården inte bör ändras. Enligt länsrättens mening är det dock angeläget att sekretessfrågorna när det gäller AIDS-bekämpningen utreds så att sekretessbestämmelserna inte hindrar ett effektivt smittskyddsarbete och utredningen i de mål som kommer under domstolarnas prövning. Bl. a. bör

bestämmelserna om sekretess mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheter, sociala myndigheter, polismyndigheter och förvaltningsdomstolar grundligt genomgås.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Länsstyrelsen i Östergötlands län

Man bör vidare överväga att föra in en bestämmelse i smittskyddslagen av motsvarande innehåll som 30 § lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Om social-, polis- eller annan myndighet i sin verksamhet får kännedom om att t.ex. en narkoman eller en prostituerad sannolikt bär smitta men av någon orsak inte vill underkasta sig läkarundersökning, bör det föreligga en i lag inskriven skyldighet för myndigheten att anmäla förhållandet till smittskyddsläkaren. Vid avvägningen mellan hänsynen till den enskildes personliga integritet och intresset av att andra människor inte utsätts för smitta bör nämligen enligt länsstyrelsens mening hänsynen till den personliga integriteten få vika. Det måste finnas möjligheter att skydda t.ex. intagna och personal på ett LVM-hem mot smittfara. Om information om riskpersoner inte får lämnas kan dessa smitta personer, som inte vet att de måste skydda sig. Det är väl känt att narkomaner sällan tar någon hänsyn i umgänget med andra, då de i första hand tillgodoser sitt behov av narkotika. Den ömsesidiga ringaktning som i allmänhet råder mellan de prostituerade och deras kunder gör att man kan befara att reglerna för mänskliga hänsyn dem emellan sätts ur spel. Detta kan leda till att personer i kundernas närmaste omgivning, hustrur och barn blir utsatta för smitta. Det föreslagna kodsystelet och de förkortade personnummerna kan medföra svårigheter att spåra smittkällor. Det är osannolikt att prostituerade kan lämna uppgifter om sina kunder, så att dessa kan kontaktas för provtagning för att utröna om HTLV III-smitta har överförts. Det är ett önsketänkande att tro att narkotikaberoende prostituerade är så samarbetsvilliga att de slutar sin verksamhet när de får reda på att de är smittbärare. Möjlighet till ingripande utan deras samtycke måste därför finnas i smittskyddslagen eller i någon annan vårdlag så att smittspridning till utomstående grupper förhindras.

Landstingsförbundet

Det intensifierade arbetet med HTLV-III-infektion/AIDS och den omfattande debatten i anslutning till detta har aktualiserat flera nya aspekter på sekretessfrågorna. Sekretessen mellan exempelvis hälso- och sjukvården, socialtjänsten och polisen har redan tidigare visat sig innebära särskilda problem. På smittskyddsområdet accentueras svårigheterna att dra gränsen mellan den enskildes integritetssfär och myndigheternas intresse av att spåra smittspridare och förhindra smittspridning. I några avseenden har särskilt reglering av sekretessen skett i form av föreskrifter från socialstyrelsen. Ytterligare erfarenheter av svårigheter och möjligheter vinnas nu efterhand. Det är angeläget att de sekretessfrågor som berör förutsättningsarna för smittskyddsarbetet snarast ges en samlad behandling som förbättrar möjligheterna att få situationen under kontroll.

Smittskyddslagen förutsätter ett förtroendefullt samarbete mellan smittskyddsläkaren och patienten. Allmänfarliga sjukdomar drabbar inte bara människor med vanligt levnadssätt utan även narkomaner, prostituerade och andra mer eller mindre utslagna människor. Difterieepidemierna i Stockholm och Göteborg 1984–1985 och AIDS-HTLV-III bland narkomaner och prostituerade är exempel härpå. De föreskrifter som föreslås i 11 § om läkarundersökning är ofta verkningslösa mot dessa grupper. Hur skall smittskyddsläkaren kunna kontrollera att hans förhållningsregler i fråga om t. ex. levnadssätt efterföljs? För att göra smittskyddet effektivare fordras enligt styrelsen att sekretesslagen ses över och mjukas upp så att läkare, polis, primärvård och socialtjänst kan få upplysning om och ingripa mot en person som är smittad och därigenom utgör en fara för andra.

Stockholms läns landsting

Sekretessfrågan bör klargöras, med hänsyn till den risk för kollision mellan smittskyddslagen och sekretesslagen som lagförslaget innebär.

Värmlands läns landsting

Värmlands läns landsting vill fästa uppmärksamhet på sekretessfrågornas centrala betydelse. Just inom smittskyddsområdet framträder starka skillnader å ena sidan mellan den enskildes intresse vad gäller krav på integritet och å andra sidan samhällets intresse och krav på att förhindra vidare smittspridning. Det är angeläget att dessa motstridiga intressen ingående analyseras och bedöms med målsättningen att samhällets smittskyddsarbete inte försvåras.

Jämtlands läns landsting

Utredning har i någon mån berört sekretessproblematiken och funnit att med nuvarande lagstiftning på detta område torde enskilda personers integritet i tillräcklig grad vara skyddad. Detta är mycket viktigt, men ofta förekommer en kollision mellan smittskyddslagens krav på information och sekretesslagens krav på integritetsskydd. Den sittande smittskyddsutredningen bör överväga behovet av ett förtydligande i dessa frågor i kommande lagstiftning.

Svenska Läkaresällskapet

Utredaren anför att det kan finnas särskilda skäl att tillgodose integritetsbehovet vid sjukdomen AIDS. Sällskapet delar uppfattningen att Smittskyddsförordningens föreskrifter (§ 3) om att anmälan till smittskyddsläkaren och SBL skall innehålla fullständiga uppgifter om den smittade liksom om smittkällans identitet inte är acceptabla även om det formellt sett föreligger fullt sekretessskydd. Å andra sidan tillgodoser inte önskan om

full anonymitet samhällets krav att kunna spåra smittkällor och kontakter. Informationsutbyte måste kunna ske mellan olika myndigheter. Skyddet för patientens identitet får heller inte drivas så långt att vård- och laboratoriepersonal därför undanhålles nödvändig information för sitt eget smittskydd. Vidare vill sällskapet påpeka att information om patientens diagnos ofta är nödvändig för att ett laboratorieprov skall undersökas och besvaras på ett för patientens sjukdom adekvat sätt. Anmälan om AIDS anmäls med kod enl SOSFS 1985:20. Vad som sagts om AIDS gäller i princip även andra sexuellt överförbara sjukdomar t. ex. syfilis.

Länsrätten i Stockholms län

Integritets- och sekretessfrågor

Den nuvarande smittskyddslagen är för närvarande inte ett effektivt hjälpmedel från smittskyddssynpunkt. Den i betänkandet föreslagna lagen blir det måhända än mindre till följd av den felsyn som den bygger på från integritets- och sekretessynpunkt. Länsrätten utvecklar detta närmare i det avslutande avsnittet i yttrandet.

Länsrätten vill emellertid redan här framhålla att vad det handlar om inte är att upphäva sekretessen på smittskyddsområdet utan att i lag eller förordning, inte ens nödvändigtvis genom ändringar i sekretesslagen, föreskriva att sekretessbelagd uppgift inte bara "får" utan under angivna förutsättningar "skall" lämnas mellan olika organ som har skilda uppgifter på smittskyddsområdet.

Det är en självklarhet att ju större hänsynstagande som görs till integritets- och sekretessynpunkter desto sämre blir förutsättningarna för ett effektivt smittskydd. I betänkandet hade en redovisning av angelägna behov från smittskyddssynpunkt bort ställas mot integritets- och sekretesshänsyn och hade en öppen avvägning bort göras mellan dessa intressen. En hänvisning till behov av irrationella metoder för inte saken framåt.

En av de väsentliga integritetsfrågorna är hur långt den enskildes önskemål om anonymitet vid läkarundersökning kan tillgodoses. Enligt länsrättens uppfattning kan ett sådant önskemål tillgodoses fullt ut beträffande alla som visar sig inte vara smittade, åtminstone så långt som det inte leder till svårigheter när det gäller hanteringen av dem som är smittade.

Den som är konstaterat smittad har enligt länsrättens uppfattning inte ett berättigat intresse att få vara anonym i förhållande till aktörer på smittskyddsområdet. En sådan person måste fortlöpande kunna följas upp och kontrolleras från smittskyddssynpunkt.

En mycket mera ömtålig fråga är hur man skall göra avvägningen mellan den smittades intresse eller önskemål att få behålla vetskapen om sin sjukdom för sig själv och de intressen, anspråk och behov som personer i vederbörandes omgivning kan ha för att undvika att själva bli smittade.

Länsrätten tänker här inte bara på den smittades familj, ev. sexualpartners och närmaste omgivning i övrigt. Människor som i sitt arbete kommer i kontakt med eller har att ta hand om smittade har från självskyddssynpunkt ett motsäende intresse av att få veta att de har att göra med en

smittad person. Detta gäller inte bara sjukvårds- och polispersonal utan också en lång rad andra grupper som i sitt arbete kommer i kontakt med smittade personer. En annan utsatt grupp är sådana som tillhör socialtjänstens eller sjukvårdens hemvårdande personal.

Frågan gäller inte exklusivt förhållandet mellan smittade och deras omgivning. Ett långtgående integritetsskydd för sådana som är smittade påverkar också relationer mellan sådana som inte är smittade och deras omgivning. Om t. ex. polis- och socialtjänstpersonalen inte vet vilka som är smittade eller inte smittade kommer det förmodligen att leda till konsekvenser för icke smittade av den anledningen att polis- och socialtjänstpersonalen måste behandla alla som om de vore smittade.

Det är högst sannolikt att sådana som är smittade med olika sjukdomar kan behandlas på olika sätt. Det är möjligt att sådana som är asociala eller typiskt sett farliga kan särbehandlas i förhållande till andra.

Särskilda problem uppkommer beträffande sådana som är omhändertagna för vård i en eller annan form. Det gäller t. ex. institutionsvård av skilda slag och är redan det illa nog. Med nuvarande lagstiftning har en institutionsläkare skyldighet att iaktta sekretess gentemot institutionschefen. Denne har alltså ansvaret för behandlingen av omgivningen, som riskerar att bli smittad, men anses uppenbarligen inte ha ett anspråk på att få veta vem eller vilka av de vårdade som lider av smittsam sjukdom.

Än värre blir situationen om någon är omhändertagen med placering i ett enskilt hem. Här framstår det som helt barockt om inte värdfamiljen har ett ovillkorligt anspråk att få vetskap om sjukdomen.

Om inte lagstiftaren av egen drift tar tag i dessa frågor kan lagstiftaren vara helt övertygad om att personalorganisationer och andra kommer att vakna, om inte förr när någon polisman eller annan i sitt arbete blivit smittad av HTLV-III. Staten kan också komma att bli utsatt för betydande ersättningsanspråk.

Sekretessregleringen har till syfte att tillgodose sådana integritetsanspråk som anses beaktansvärda. Länsrätten ifrågasätter om det ens i samband med sekretesslagens tillkomst har gjorts någon avvägning mellan sekretess och motstående intressen från smittskyddssynpunkt. I vart fall har det inte redovisats några sådana avvägningar i det remitterade betänkandet.

För en effektiv smittbekämpning är det nödvändigt att inblandade organ inte bara är oförhindrade av innehållet i sekretesslagen att lämna erforderlig information till varandra utan även att de är direkt ålagda att samverka i smittskyddsarbetet. Länsrätten återkommer till dessa frågor i det avslutande avsnittet i yttrandet.

Den idag rådande ordningen där vårdläkare med åberopande av sekretesshinder vägrar att ens till smittskyddsläkaren lämna erforderligt beslutsunderlag framstår som rent löjeväckande.

I jämförelse med regleringen på andra områden framstår sekretessregleringen på smittskyddsområdet som närmast rabiät restriktiv. Uppgifter som läkarna t. ex. är skyldiga att lämna i ett LVM-mål anser de sig förhindrade att lämna i ett smittskyddsmål där allmänintressena är vida större.

Konsekvensen i sekretessregleringen är heller inte särskilt påfallande. Om inte annat för att kringgå sekretessen i ett smittskyddsmål är det fullt möjligt att initiera ett LVM-mål, att skaffa fram erforderligt beslutsunderlag i LVM-målet och att låta smittskyddsläkaren den vägen få del av uppgifter som han inte kan få direkt från socialtjänsten eller vårdläkare.

Socialtjänstpersonal och läkare kan höras som vittnen i ett smittskyddsmål och därigenom bli skyldiga att lämna uppgifter i större utsträckning än t.ex. till smittskyddsläkaren som har ett förstahandsansvar på smittskyddsområdet och som har att föra det allmännas talan i processen. Uppgiften att någon lider av venerisk sjukdom har ett närmast obegränsat sekretesskydd i ett smittskyddsförfarande. Samma uppgifter kan emellertid tas in i en dom i ett LVM-mål och blir därmed offentliga och tillgängliga för envar.

Rikspolisstyrelsen

Uppgiftsskyldighet till polisen i handräckningsärenden

Polisen har som nämnts att biträda en smittskyddsläkare, en länsstyrelse eller en överläkare med handräckning för att föra en person till undersökning eller behandling eller till sjukhus.

Ett handräckningsärende anhängiggörs givetvis i regel genom att smittskyddsläkaren, länsstyrelsen eller överläkaren till polismyndigheten ger in en skriftlig begäran om handräckning. Denna begäran om handräckning måste givetvis innehålla de uppgifter som polisen behöver för att kunna utföra uppdraget, t.ex. namn och om möjligt adress till den som handräckningen avser. Att sådana uppgifter kan lämnas till polisen följer redan av 1 kap 5 § sekretesslagen (1980:100). I detta lagrum stadgas att sekretess inte utgör hinder mot att uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att utlämnande myndighet skall kunna fullgöra sin verksamhet.

Olika meningar har i praktiken yppats angående frågan om handräckningsbegäran bör innehålla uppgift att den som avses med handräckningen är eller misstänks vara bärare av HTLV-III-virus. Uppgiften är onekligen ytterst integritetskänslig. För polisen är uppgiften emellertid av stort värde, ja rentav nödvändig, och detta av två skäl.

Det ena skälet har att göra med den grad av tvång eller våld, som polisen har befogenhet att använda för att genomföra handräckningsuppdraget. Vid all utövning av polisiär tvångsmakt gäller de s.k. behovs- och proportionalitetsprinciperna. Dessa har kommit till uttryck bl.a. i 8 § polislagen (1984:387). Där stadgas att polisingripandet skall ske på ett sätt som är försvarligt med hänsyn till åtgärdens syfte och övriga omständigheter. Måste tvång tillgripas skall detta ske endast i den form och i den utsträckning som behövs för att det avsedda resultatet skall uppnås. Den sistnämnda regeln – proportionalitetsprincipen – kan även uttryckas så att arten och varaktigheten av ingripandet skall stå i rimlig proportion till det mål man avser att uppnå (prop 1983/84:111, s 73). Även i 10 § polislagen, som behandlar polisens användning av våld, erinras om behovs- och proportionalitetsprincipen. I detta lagrum stadgas bl.a. att våld får tillgripas för att

genomföra en tjänsteåtgärd i den mån andra medel är otillräckliga och det med hänsyn till omständigheterna är försvarligt.

Det anförda innebär att polisens användning av våld eller annat tvång alltid måste sättas i relation till tjänsteåtgärdens vikt. När det gäller handräckning som avser en person som är eller misstänks vara bärare av HTLV-III-virus torde det, med hänsyn till smittans livshotande karaktär, ofta finnas skäl att tillmäta tjänsteåtgärden en stor vikt. Särskilt tordé det gälla fall där en person vid test visat sig vara smittbärare men ändå genom sin livsföring fortsätter att föra smittan vidare. För att rätt kunna bedöma tjänsteåtgärdens vikt är det uppenbarligen nödvändigt att polisen får kännedom om vilken sjukdom som den som avses med handräckningen bär på.

Om polisen bedriver förundersökning angående t. ex. ett brottsligt spridande av smittsam sjukdom kan dessa sekretessregler vara att tillämpa. Däremot har de inte avseende på polisens handräckningsärenden enligt smittskyddslagen.

I 7 kap 19 § sekretesslagen finns en sekretessregel för vissa angivna slag av handräckningsärenden hos polismyndighet. De ärenden som upptas i lagrummet avser handräckning enligt lagstiftningen om viss psykiatrisk vård, vård av missbrukare utan samtycke inom socialtjänsten, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda samt vård av unga utan samtycke inom socialtjänsten. Även ärenden enligt 21 kap föräldrabalken omfattas av lagrummet. Däremot nämns inte ärenden som handräckning enligt smittskyddslagen. Lagrummet avser också verksamhet som enbart innefattar hjälp eller annat bistånd åt enskild. Därmed avses emellertid verksamhet som har ren hjälp- eller biståndskaraktär (Corell, s 203), således ej åtgärder av tvångskaraktär såsom handräckning.

Inte heller i övrigt förefaller sekretesslagen innehålla någon bestämmelse som kan ge sekretesskydd åt uppgifter om enskilds personliga förhållanden i polismyndighetsärenden om handräckning enligt smittskyddslagen. Detta får anses som en brist med hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga karaktär. Bristen framstår som särskilt olycklig mot bakgrund av att uppgifter av detta slag har ansetts förtjäna ett mycket starkt sekretesskydd så länge de finns hos myndigheter inom hälso- och sjukvården.

Med hänsyn till det anförda förefaller det att finnas starka skäl att införa ett sekretesskydd som omfattar uppgifter om enskilds personliga förhållanden i polismyndighetsärenden om handräckning enligt smittskyddslagen. En regel om detta skulle kunna tas in i 7 kap 19 § sekretesslagen.

Slutligen kan påpekas att ärenden enligt smittskyddslagen handläggs även hos länsstyrelse. Möjligen omfattas dessa ärenden av sekretess enligt 7 kap 1 § sekretesslagen (jfr Corell, s 145). Om så inte skulle vara fallet bör det finnas skäl att införa en tillämplig sekretessregel.

Uppgiftslämnande från polisen till läkare

HTLV-III-virus sprids bl. a. vid sexuella kontakter mellan prostituerade och deras kunder. Då polisen är verksam i t. ex. miljöer där prostituerade finns torde man kunna räkna med att polisen snappar upp olika uppgifter

om misstänkta smittbärare och annat som kan vara av intresse för sjukvården. Det kunde t. ex. tänkas vara av värde för behandlande läkare att få information om patienter som underlåter att följa föreskrifter om livsföring enligt 12 § smittskyddslagen. Det kunde kanske också vara av intresse för en smittskyddsläkare att få information om smittbärare som underlåter att följa anmaning enligt 13 §. I sammanhanget kan erinras om att departementschefen i förarbetena till smittskyddslagen har förutsatt en viss medverkan från polisen med att efterforska smittkällor (prop 1968:36, s 72).

De uppgifter om smittbärare som polisen snappar upp i sin brottsekämpande verksamhet torde ofta omfattas av sekretess enligt 5 kap 1 § och 9 kap 17 § sekretesslagen. Uppgifterna torde ofta kunna lämnas ut till sjukvårdsmyndigheter med stöd av den s. k. generalklausulen i 14 kap 3 § sekretesslagen. Enligt generalklausulen får sekretessbelagd uppgift lämnas till myndighet, om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen skall skydda.

Det andra skälet varför polisen bör få kännedom om vilken sjukdom som avses är att denna kunskap är nödvändig för att de polismän, som utför uppdraget, skall kunna skydda sig själva mot smitta. Enligt vad läkarvetenskapen funnit smittar HTLV-III-virus visserligen inte vid vanliga sociala kontakter. Däremot finns risk för smitta vid blodöverföring. Om handgemäng med blodvite uppstår vid uppdragets genomförande torde polismännen därför löpa en viss risk att själva smittas av viruset. De måste då ha möjligheter att skydda sig, t. ex. genom att använda skyddsutrustning. Det kan också bli nödvändigt för polismännen att använda nödvärn i enlighet med bestämmelserna i 24 kap 1 § brottsbalken. Om polismännen saknar kännedom om vilken sjukdom den som avses med handräckningen bär på kan finnas risk att de inte vidtar behövliga skyddsåtgärder, med följd att smittan kan komma att överföras till dem själva.

Kanske kan det sägas ligga i sakens natur att den som begär handräckning är skyldig att lämna uppgift om sjukdomen, så att polisen kan utföra uppdraget på ett adekvat sätt. Uppgiften skulle då kunna lämnas ut med stöd av den tidigare nämnda bestämmelsen i 1 kap 5 § sekretesslagen. Saken är emellertid inte självklar. Med hänsyn till sakens vikt kan det finnas skäl att överväga om en uttrycklig uppgiftsskyldighet bör införas. Detta skulle lämpligen kunna ske genom en särskild bestämmelse i smittskyddskungörelsen. Det kan diskuteras om bestämmelsen bör innefatta en generell skyldighet att ange vilken slags sjukdom som avses i ärende om handräckning enligt smittskyddslagen. Med hänsyn till att HTLV-III-virus nu är mest aktuell för åtgärder enligt smittskyddslagen torde man dock för närvarande kunna nöja sig med en uppgiftsskyldighet som avser endast detta virus.

Med en sådan bestämmelse om uppgiftsskyldighet skulle uppgift om sjukdomen kunna lämnas ut med stöd av 14 kap 1 § sekretesslagen, vari stadgas bl. a. att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till annan myndighet om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning.

I ett handräckningsärende hos polisen enligt smittskyddslagen kan finnas uppgifter som är mycket integritetskänsliga för den enskilde. Inte minst gäller det om dessa ärenden, i enlighet med vad som förordats i föregående avsnitt, innehåller uppgift om att den som avses med handräckningen är eller misstänks vara bärare av HTLV-III-virus. Frågan är då om sekretesslagen innehåller någon regel om sekretess för sådana uppgifter.

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess enligt 7 kap 1 § sekretesslagen. Med uttrycket hälso- och sjukvård förstås såväl den öppna som den slutna sjukvården. Hit hör även t. ex. företagshälsovård samt hälso- och sjukvård som utgör inslag i annan förvaltning, såsom skolhälsovård (Corell m. fl. Sekretesslagen, 1985, s 144 ff). Under denna sekretessregel faller uppenbarligen ärenden enligt smittskyddslagen hos en smittskyddsläkare. Däremot torde lagrummet inte täcka uppgifter hos polisen, eftersom en polismyndighet inte är en myndighet inom hälso- och sjukvården.

För polisens verksamhet gäller bl. a. bestämmelser i 5 kap 1 § och 9 kap 17 § sekretesslagen. Dessa bestämmelser avser bl. a. uppgifter som hänförs sig till förundersökning i brottmål och vissa andra angelägenheter som har samband med polisens brottsbekämpande verksamhet.

Generalklausulen avser alltså uppgifter som lämnas till en myndighet. Inom smittskyddet förekommer emellertid även behandlande läkare i enskild tjänst. Dessa kan visserligen sägas utföra en form av myndighetsutövning då de utövar en offentligrättslig befogenhet enligt smittskyddslagen. Kanske kan de därmed anses som myndighet i sekretesslagens mening, med följd att polisen kan lämna uppgifter med stöd av generalklausulen även till dem. Saken torde dock kunna vålla tvekan i praktiken. Ett klarläggande vore därför av värde. Om lagstiftaren skulle finna att en behandlande läkare i enskild tjänst inte kan anses som myndighet i detta hänseende kunde det kanske finnas skäl att överväga att införa en uppgiftsskyldighet för polisen. Detta skulle kunna ske genom en bestämmelse i smittskyddskungörelsen. Uppgifterna skulle då kunna lämnas ut med stöd av den tidigare nämnda bestämmelsen i 14 kap 1 § sekretesslagen.

RFSU

Utredaren anser att nuvarande regler i sekretesslagen ger erforderligt skydd för den enskildes integritet i smittskyddsarbetet. RFSU delar inte den uppfattningen.

RFSU anser, i likhet med många läkare på veneriska kliniker, att det är nödvändigt att garantera patienter som lämnar prov för fastställande av HTLV-III-smitta total anonymitet. Utredaren har över huvud taget inte berört de svårigheter som den nya patientjournalagen innebär härvidlag. Det är en brist.

Erfarenheten sedan regeringen hösten 1985 förklarade AIDS utgöra en venerisk sjukdom är, att många av rädsla för att bli avslöjade numera avstår från att lämna prov. Det är en mycket allvarlig konsekvens av den nya lagstiftningen. Människors föreställningar om sekretesskyddet och hur

dessa påverkar smittskyddsarbetet är avgörande. Det gäller därför att handla praktiskt om största möjliga effektivitet ska kunna uppnås.

Om det är nödvändigt att göra ändringar i patientjournallagen för att åstadkomma att de som tror sig smittade lämnar prov, måste sådana ändringar skyndsamt göras.

Mot kravet på fullt anonymitetsskydd kan visserligen sjukhuspersonalens arbetsmiljökrav med fog ställas. Det är självfallet av intresse att de inom sjukvården som kommer i kontakt med HTLV-III-smittade patienter känner till de risker de utsätts för.

Mycket talar dock för att det helt övervägande flertalet människor är hänsynsfulla och omtänksamma. Om någon endast själv känner till att han/hon är smittbärare, kan man utgå från att han/hon upplyser sjukvårdspersonalen om detta i de fall han/hon blir föremål för undersökning eller behandling. Det gäller också hur smittade hanterar sin sexualitet. Några kommer dock inte att lämna sådana upplysningar eller inte alls uppträda försiktigt. Det vore emellertid ännu allvarigare om det funnes ett stort antal patienter som inte ens själva känner till att de är smittbärare och på grund av gällande lagstiftning underlåtit att ta reda på hur det verkliga förhåller sig.

Arbetsmiljöriskerna kan också med fog sägas vara mera begränsade, även om de självfallet inte ska nonchaleras. Inom sjukvården har i många länder, särskilt i USA, många behandlats utan att någon haft en aning om att det över huvud taget existerat något som HTLV-III-virus. Trots detta har smitta inte överförts till sjukvårdare annat än i ett mycket litet antal fall.

Vid en samlad bedömning talar därför övervägande skäl för kravet på total anonymitet

Utredaren betonar (sidan 101) att det är önskvärt med öppenhet i smittskyddsarbetet även om sekretessskäl i och för sig föreligger. Utredaren förmodar att den som smittats blir villigare att delta i smittskyddsarbetet om han får kännedom om vem som smittat honom. Det synes vara ett vågat antagande. Det troliga är väl att den smittade blir tvärförbannad på den som har smittat honom med en allmänfarlig sjukdom. Hur sådana situationer ska hanteras kan diskuteras. I varje fall är det inte just öppenhet man först kommer att tänka på.

Vad som är allvarigare är att utredaren skriver följande (alltjämt sidan 101).

”I många fall kan också en öppenhet om rådande situation vara en förutsättning för att mer ingripande åtgärder skall kunna undvikas. Om en person som har smittats av en allmänfarlig sjukdom inte behöver isoleras i de fall hygieniska åtgärder vidtas, är det ofta nödvändigt att familjen, skolan, daghemmet eller arbetsgivaren får veta vilken sjukdom det gäller och vilka hygienföreskrifter som är aktuella.”

Det kan uppfattas som att utredarens ståndpunkt är den att den smittade

ställs inför valet att "frivilligt" bryta sekretessen eller bli föremål för tvångsåtgärder. Att utsätta någon för sådan utpressning är helt främmande för svenskt rättsväsende. I propositionen är det nödvändigt att regeringen med skärpa tar avstånd från sådana tankegångar.

RFSL

Den nuvarande sekretesslagens 7 kap 2 § 3 föranstaltar om sekretesskydd för beslut om frihetsberövande pga. venerisk sjukdom. Utredaren påpekar att sekretesslagen måste ändras på denna punkt om lagstiftaren antar förslaget till ny smittskyddslag där ju begreppet venerisk sjukdom inte längre finns med.

Utredaren menar också att flera av de sjukdomar som man föreslår skall omfattas av smittskyddslagens regler även i fortsättningen, kan överföras både sexuellt och på annat sätt. Detta tillsammans med att man föreslår frihetsberövande bara som en yttersta åtgärd samt det önskvärda i att smittskyddsarbetet bedrivs i stor öppenhet tar utredaren till intäkt för att det inte skulle finnas behov av sekretessregler av det här slaget.

Enligt förbundets uppfattning är det viktigt att domstolsförhandlingar i allmänhet och där det fattas beslut om frihetsberövanden i synnerhet bör omgärdas av så lite sekretessbestämmelser som det är möjligt. Det finns ett värde ur rättssäkerhetssynpunkt att sådana beslut inte fattas utom räckhåll för allmänhetens insyn. Det är därför, enligt förbundets uppfattning, inte lämpligt att låta sekretesslagen omfatta samtliga beslut om frihetsberövande enligt smittskyddslagen.

Däremot finns det när det gäller t. ex. HTLV III-infektion ett intresse av att inte uppgifter om en enskild persons HTLV III-positivitet skall kunna komma till allmänhetens kännedom. Visserligen tar inte utredaren ställning till om HTLV III-infektion bör omfattas av förslaget till ny smittskyddslag eller ej men man konstaterar att det inte i sig finns något som hindrar att så blir fallet. Redan idag finns det exempel på personer som blivit utsatta för allvarliga integritetskränkningar på grund av misstänkt eller fastslagen HTLV III-positivitet. Fler och fler fall har kommit till förbundets kännedom där människor på orättfärdiga grunder blivit omplacerade, avskedade, utsatta för missgynnande behandling inom hälso- och sjukvården eller utsatta för andra typer av trakasserier. Det kan alltså finnas goda anledningar att låta sekretesslagen omfatta t. ex. länsrätts beslut om tvångsintagning på sjukhus pga. HTLV III-infektion. Förbundet föreslår därför att 7 kap 2 § 3 samt 7 kap 2 § a ges följande utformning:

Sekretess enligt 1 § gäller inte

(-----)

3. beslut enligt lagstiftningen om smittskydd, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd. (1986:00)

(-----)

2 a. Regeringen eller den myndighet regeringen utser får dock förordna om att sekretess enligt 1 § skall gälla för beslut om frihetsberövande på grund av viss sjukdom enligt smittskyddskungörelsen.

Länsstyrelsen i Östergötlands län

I debatten rörande åtgärder mot AIDS-smittade missbrukare har LVM nämnts som ett instrument. Länsstyrelsen vill i den delen anföra följande. LVM är en skyddslag bara i det fall då det föreligger allvarlig fara för missbrukarens egen hälsa eller risk för allvarlig skada på närstående. Andra personer kan inte skyddas mot missbrukarens beteende i lagens nuvarande utformning. Om LVM skall komma till användning i dessa sammanhang måste lagen i väsentliga delar omarbetas. Härtill kommer att det råder brist på platser inom LVM-vården. Detta gäller särskilt s. k. 18 §-hem som skall vara anpassade för dem som kräver särskilt vård och tillsyn. Med nuvarande institutionsstruktur kan det bli svårt att verkställa länsrättsdomar om LVM-vård beträffande AIDS-smittade missbrukare. Hemmen för vård eller boende saknar i allmänhet förutsättningar att ge en så kvalificerad behandling som fordras. Det föreligger inte någon skyldighet för ett LVM-hem att ta emot den som är i behov av vård. Det är därför stor risk att hemmen kommer att vägra att ta emot AIDS-smittade. Då man har minskat platsantalet på mentalsjukhus, som tidigare vårdade svåra missbrukare och dessutom genom omstruktureringsbidrag har stimulerat till att minska platsantalet på LVM-hemmen, står vi redan idag – AIDS-smittade missbrukare förutan – inför en kris där vård inte kan meddelas den som är särskilt vårdkrävande pga. platsbrist. Det är därför nödvändigt att initiativ tas till att vårdplatser inrättas osm svarar mot detta behov.

Stockholms kommun

Socialförvaltningen är av naturliga skäl mest berörd av den nya smittskyddslagens tillämpning på narkomaner med HTLV III-smitta. Hos de flesta narkomaner med ett aktivt missbruk saknas den självbevarandedrift som får andra människor att sköta sin hälsa osv. Ett heroinmissbruk innebär t. ex. i realiteten en daglig tillvaro i närheten av döden. I den subkultur som råder saknas också i stor utsträckning normala hedersbegrepp och solidaritet. En narkotikamissbrukare nås inte av olika typer av information och det är osannolikt att en person med ett aktivt missbruk skall kunna följa föreskrifter som ges av läkare, annat än undantagsvis. Förvaltningen anser det därför vara oundvikligt att samhället i vissa fall måste kunna isolera en HTLV III-smittad narkotikamissbrukare.

Förvaltningen vill samtidigt understryka att bestämmelserna i nya smittskyddslagen ger socialtjänstens personal och narkomanvårdsläkarna svårigheter i behandlingsarbetet. Behandlingsbyrån (narkomanvård) exemplifierar svårigheterna för narkomanvårdens del på följande sätt: "En konfliktsituation kan uppstå för behandlaren och den till enheten knutna narkomanvårdsläkaren. Ska dessa i första hand se till smittskyddet eller ska de med vetskap om hur viktigt relationen är för rehabiliteringen och dennas inverkan på smittskyddet, sätta in provtagningen i ett behandlande sammanhang?"

Behandlingsbyrån påpekar också att vissa sekretessproblem uppstått mellan kommunen och landstinget. Ett klagörande av sekretessen mellan personal med olika huvudmän vore därför önskvärt.

Förvaltningen anser att isolering av smittbärare bör omprövas med bestämda tidsintervaller, förslagsvis en gång per månad. Nuvarande förslag om en fortgående omprövning är för vagt formulerat.

Även om en del regler i förslaget till ny smittskyddslag innebär komplikationer för socialtjänstens arbete med att motivera narkotikamissbrukare för vård, så är problemen inte nya. Redan nu arbetar narkomanvårdspersonal med möjligheter att använda ett tvångsinstrument, nämligen lagen om vård av missbrukare i vissa fall. De nya förhållanden som sjukdomen AIDS medför tvingar alla att diskutera problemen och söka sig fram till användbara samarbetsmodeller.

Avslutningsvis anser förvaltningen att det för socialtjänstens del är bättre att tvingande bestämmelser som sammanhänger med AIDS finns i smittskyddslagen och inte i LVM, lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Denna lag kan givetvis ändå i många fall vara tillämplig med hänsyn till en injektionsmissbrukares dåliga allmäntillstånd. Men det är värdefullt att den isolering m. m. som kan bli en direkt följd av sjukdomen AIDS är reglerad i en sjukvårdslag och inte i en social vårdlag.

Tvångsåtgärder m. m.

Domstolsverket

I likhet med nu gällande smittskyddslag är den föreslagna lagen en tvångslagstiftning. DV delar kommitténs uppfattning att tvångsåtgärder i vissa situationer är ofrånkomliga för att hindra spridning av allmänfarliga sjukdomar. Enligt DVs mening har adekvata kriterier ställts upp för att en sjukdom skall anses allmänfarlig och tvånget för smittade har i möjlig mån begränsats.

DV avstyrker att smittskyddsläkarens beslut om isolering på sjukhus skall gälla utan krav på överprövning i domstol inom viss tid. I sitt remissyttrande över betänkandet Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64) hävdade DV att ett tvångsomhändertagande av den som påstås vara psykiskt störd bör ske under lika säkra former som t. ex. ett frihetsberövande på grund av brott eller missbruk och att kvalificerad rättslig prövning utgör ett värn för den enskilde. Verket anser att motsvarande överväganden väl kan göras vad gäller isolering på sjukhus på grund av smittorisken vid en allmänfarlig sjukdom. DV föreslår därför att beslut om att den smittade skall isoleras på sjukhus måste underställas länsrätten. En judiciell bedömning har naturligtvis inte i första hand sin betydelse i frågor om förekomst av allmänfarlig sjukdom. Vad domstolen främst har att bedöma är risken för smittspridning, om isolering framstår som enda tänkbara åtgärd för att hindra smittspridning och om den smittade kan eller vill medverka till andra åtgärder.

Kommittén föreslår att smittskyddsläkaren skall kunna fatta beslut om isolering på sjukhus oberoende av den smittades samtycke. Beslutet får överklagas hos länsrätten. Rikspolisstyrelsen vill emellertid framhålla att även om regeringsformens krav på domstolsprövning vid tvångsomhändertaganden därmed skulle vara uppfyllt, har det inom andra rättsområden varit en strävan i lagstiftningsarbetet att domstol från början skall besluta om frihetsberövandet och inte endast finnas som besvärinstans. Så är t. ex. fallet i vårdlagarna LVM och LVU. Samma tankegångar redovisas vidare i betänkandet Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64).

Kommittén föreslår en utvidgning av möjligheterna att anlita polishand-räckning. Biträde skall kunna begäras "för att hålla kvar en isolerad på sjukhuset" (s 97). Rikspolisstyrelsen kan acceptera att sådant biträde lämnas om det rör sig om momentana ingripanden. En mera kontinuerlig bevakning för att förhindra att den smittade lämnar sjukhuset får dock lösas på annat sätt. 16 § p 3 kan lämpligen få lydelsen "--- eller tillfälligt kvarhålla honom där".

I detta sammanhang vill styrelsen erinra om vad som uttalats i prop 1980/81:13 (sid 40) om polisens uppgifter, utbildning och organisation m. m. där bl. a. följande sägs:

"Ängeläget är emellertid att man vid lagstiftning och i samband med annat författningsarbete uppmärksammar vikten av att inte slentrianmässigt lägga på polisen uppgifter, exempelvis genom att ålägga polisen att för andra myndigheters räkning utföra uppgifter som skulle ha kunnat utan olägenhet fullgöras genom den berörda myndighetens egen personal. I samband med översyn och utredningar som berör de rättsområden där polisen i dag har uppgifter bör också regelmässigt polisens medverkan diskuteras och frågan ställs i vad mån de aktuella ärendena kan handläggas på annat sätt."

Rikspolisstyrelsen anser det inte vara rimligt att ianspråkta polisiära resurser för att anordna vakthållning under kanske mycket långa tider vid epidemisjukhusen. Sjukhusen bör själva ansvara för att de isolerade inte kan avvika. "Vakthållning" på sjukhusen, kan anförtros exempelvis bevakningsbolag.

I övrigt har styrelsen inget att erinra mot den föreslagna utformningen av regeln om polismyndighets skyldighet att lämna biträde. Lagtexten får tillsammans med kommentarerna anses tillräckligt väl avgränsa de fall som avses.

För att man utom kontorstid och under helger ska kunna få en eventuell smittad person undersökt även om denne inte vill medverka till detta anser rikspolisstyrelsen att också annan läkare än smittskyddsläkare skall kunna besluta att den smittade skall inställa sig för undersökning och i förekommande fall begära handräckning.

Även andra skäl talar enligt styrelsens mening för en sådan lösning. I debatten om immunsjukdomen AIDS har förekommit krav på radikala åtgärder mot persongrupper som av olika skäl råkar vara mera utsatta för smittorisker än andra och som kan antas föra smittan vidare. Det är ett

exempel på hur en farlig smittsam sjukdom under utbredning skulle kunna sätta en smittskyddsläkare under stark press att besluta om tvångsisolering i ett stort antal fall, kanske med polishjälp. Det borde då vara en styrka om ansvaret för denna prövning låg på domstol.

Socialstyrelsen

Det enda syftet med isolering på sjukhus föreslås vara för att hindra att smitta sprids. Behandling av den smittade sägs inte få äga rum mot dennes vilja. Detta leder dock enligt socialstyrelsen till orimliga konsekvenser. Under isoleringstiden bör den smittade kunna tvingas att underkasta sig sådan behandling, som inte utsätter den smittade för större hälsorisker i övrigt, om man därigenom minskar risken för spridning av smitta. Detta anser socialstyrelsen bör framgå av lagtexten liksom att behandlingen endast direkt får avse den allmänfarliga sjukdomen. Det måste också klarläggas vilken av två lagar, smittskyddslagen – LVU/LVM/ LSPV-, som skall tillämpas i det enskilda fallet. Specialmotiveringen till 12 § är oklar på den punkten.

I 12 § föreslås att smittskyddsläkaren interimistiskt skall kunna besluta om isolering på sjukhus. Beslut av administrativ myndighet som innebär en frihetsberövande åtgärd bör emellertid automatiskt underställas domstols prövning.

I specialmotiveringen till 12 § berörs också utskrivningsförfarandet. Några regler därom har emellertid inte föreslagits i lagen. Sådana bör dock finnas. I 14 § måste därför särskilt anges att smittskyddsläkarens beslut får överklagas till länsrätten.

Begreppet "sjukhus" är enligt socialstyrelsens uppfattning för snävt att använda i förevarande sammanhang. Det bör ankomma på den ansvarige sjukvårdshuvudmannen att ställa sjukhus- eller andra isoleringsplatser till förfogande. Sjukvårdshuvudmannen bör inte vara förhindrad att ta in isoleringsfall också på andra inrättningar än sjukhus. I lagtexten bör därför i stället för "isolering på sjukhus" skrivas "isolering på sjukhus eller annan lämplig inrättning".

Enligt 13 § får den som är isolerad hindras att lämna sjukhuset. Detta är, anser socialstyrelsen, inte tillräckligt. Det måste åligga den som förestår den inrättning, där den smittade vistas, att hindra denne från att lämna inrättningen utan att smittskyddsläkaren eller domstol beslutat härom. Om hälso- och sjukvården inte kan hindra den smittade från att rymma, kan den med stöd av 16 § första stycket punkt 3 påkalla polishandräckning för att kvarhålla honom eller henne på inrättningen. Det är i för sig rimligt att polismyndighet skall kunna få användas i svåra situationer där hälso- och sjukvården inte har de resurser som erfordras. Det måste dock poängteras att vårdorganisationen själv i första hand, liksom vad gäller vissa farliga psykiska sjuka personer, måste ta ansvar för de rymningsförhindrande åtgärder som är nödvändiga. Att använda ständig polisbevakning på sjukhus eller annan vårdinrättning bör bara få ske undantagsvis och då främst när det gäller personer som begått allvarliga brott.

14 § är enligt socialstyrelsens uppfattning onödig i föreslagen utform-

ning. I de fall smittskyddsläkaren fattar beslut, som går att överklaga, gäller motsvarande regler enligt förvaltningslagen, som i dessa fall kommer att gälla för handläggningen hos smittskyddsläkaren. Skulle smittskyddsläkaren ges rätt att fatta interimistiska beslut om isolering kan dock övervägas att göra 14–19 §§ förvaltningslagen (FvL) tillämpliga på förfarandet. Det förutsätts då att det är domstol (länsrätt) som normalt skall fatta sådana beslut och som dessutom alltid skall pröva smittskyddsläkarens interimistiska beslut härom. Enligt 3 § andra stycket punkt 1 gäller nämligen inte 14–19 §§ FvL ärende i första instans när ärendet avser hälso- och sjukvård och myndighetens beslut inte kan överklagas genom (förvaltnings-)besvär.

Hovrätten över Skåne och Blekinge

I betänkandet betonas syftet att genom olika personinriktade åtgärder förhindra spridning av vissa särskilt allvarliga smittsamma sjukdomar bland befolkningen. Från smittskyddssynpunkt är det väsentligt att en smittad kan underkastas läkarundersökning. Likaså att en smittad, som yttersta smittskyddsåtgärd, kan bli föremål för isolering på sjukhus. Hovrätten ansluter sig till utredarens uppfattning att dessa åtgärder får genomföras med tvång under de i lagförslaget angivna förutsättningarna. Enligt förslaget kan en smittad som genom beslut är isolerad på sjukhus också med tvång hindras att lämna sjukhuset. Bestämmelsen härom, 13 §, är oklart formulerad och verkar inte riktigt genomtänkt. Hovrätten ifrågasätter hur den skall kunna tillämpas i praktiken. Lagtexten täcker inte det i motivet gjorda uttalandet att den smittade skall kunna hindras att lämna sjukrummet. Det framgår inte heller hur långt sjukvårdspersonalens befogenheter sträcker sig exempelvis för det fall en smittad som vill lämna sjukhuset uppträder våldsamt.

I detta sammanhang vill hovrätten också framhålla att ett beslut av smittskyddsläkaren om isolering på sjukhus innebär ett omfattande intrång i den smittades personliga rörelsefrihet och kroppsliga integritet. Hovrätten ifrågasätter om det inte vid denna typ av beslut, innebärande en vidsträckt myndighetsutövning, borde finnas en möjlighet att bevilja rätts hjälp genom offentligt biträde, såsom fallet är vid beredande av vård enligt lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller enligt lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall.

Av förslaget framgår att smittskyddsarbetet till stor del kommer att åvila en särskilt utsedd smittskyddsläkare. Det är också denne som enligt förslaget beslutar om tvångsåtgärder. Dessa beslut kan överklagas hos länsrätten genom besvär. Kommittén uttalar att samtliga beslut av smittskyddsläkaren skall kunna överklagas till länsrätten. Enligt hovrättens bedömning framgår inte med tillräcklig tydlighet av den föreslagna lagtexten att detta gäller även när en smittad, som genom beslut av smittskyddsläkaren är isolerad på sjukhus, förvägras att lämna sjukhuset. Hovrätten föreslår att 15 § i lagförslaget kompletteras med en bestämmelse härom.

Kammarrätten i Göteborg

Enligt kommittén skall smittskyddsläkaren få besluta om tvångsåtgärder mot den smittade, bl. a. om isolering på sjukhus. Genom möjligheten till

besvär hos länsrätt uppfylls visserligen rättssäkerhetskravet i 2 kap 9 § regeringsformen på att medborgare, som har omhändertagits tvångsvis av annan myndighet än domstol, skall kunna få saken prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål. En isolering ingriper emellertid starkt i den enskildes personliga förhållanden. I annan modern lagstiftning som gäller jämförbara ingripanden – se t. ex. lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1981:243) om vård av missbrukare i vissa fall och förslaget till lag om akut psykiatrisk tvångsvård (SOU 1984:64) – ställs skärpta krav på den rättsliga prövningen. Kammarrätten tänker här på krav av typen att länsrätten skall besluta i första instans, utom i brådskande fall då ett interimistiskt beslut inte kan avvaktas, att nämndemän skall ingå i kammarrätten och att den enligt "huvudregeln skriftliga förvaltningsprocessen skall få ökat inslag av muntlighet. Kommittén har inte närmare övervägt om inte också ingripanden mot smittbärare borde handläggas med motsvarande rättssäkerhetsgarantier. Kammarrätten har själv inte tillräckligt underlag för att kunna ta ställning i frågan.

Förslaget innehåller inga bestämmelser om skyldighet att besluta om att en vidtagen tvångsvård skall upphöra när den inte längre behövs och om rätt för den smittade att få överklaga avslag på framställning om att tvångsvård skall upphöra (jfr 21 § gällande smittskyddslag). Kompletteringar i dessa hänseenden synes böra övervägas.

Förslaget bör vidare kompletteras med en bestämmelse om att delgivning med den smittade inte skall få ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen.

Länsrätten i Stockholms län

Som än mindre välbetänkt framstår för länsrätten att en person som smittats av allmänfarlig smittsjukdom själv skulle få förfoga över om han vill låta sig behandlas eller ej. Att den inom hälso- och sjukvården står den enskilde fritt om han vill låta sig vårdas och behandlas är en sak (under förutsättning att vederbörande åtminstone är vid sina sinnens bruk). Samhällets behov av smittskydd är något annat som rimligen i vart fall i de flesta situationer bör väga över den enskildes vilja att låta sig vårdas.

De frågor som i första hand inställer sig när det gäller tvånget och hanteringen av tvånget är vilka tvångsformer som skall finnas, när de skall få tillgripas och vem eller vilka som skall utöva tvångsbefogenheterna.

Tvångsmöjligheterna torde i åtskilliga fall behövas för att få smittade eller misstänkt smittade till läkarundersökning, vård och behandling. Tvångsmöjligheter torde vidare behövas för att få konstaterat smittade isolerade på sjukhus eller liknande inrättning. I en del fall torde också finnas ett behov av att kunna isolera även misstänkt smittade. Det är långt ifrån säkert att alla tvångsbefogenheter i olika situationer bör vara samlade på en hand. Självklart skall polisen vid behov utnyttjas för att verkställa beslutade tvångsåtgärder.

Systemet bör byggas upp så att den enskilde helst kan förmås till frivillig medverkan. Isolering på sjukhus bör vara det yttersta remediet som till-

grips bara när alla andra möjligheter är uttömda eller otillräckliga och en isoleringsåtgärd sålunda inte kan undvaras.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

När det gäller sådana som är misstänkt men inte konstaterat sjuka bör samhällets åtgärder i princip vara inriktade på att konstatera huruvida de är smittade och om så är fallet att vårda och behandla patienten samt att vidta vad som i övrigt erfordras för att hindra smittspridning. Endast i yttersta nödfall borde tvångsintagning kunna komma i fråga beträffande den som är misstänkt men inte konstaterat sjuk och i så fall endast under den tid som är oundgängligen erforderlig för konstaterande av eventuell smittsamhet.

När väl smittsam allmänfarlig sjukdom konstaterats bör förstahandsmålet alltså vara att genom ökat tryck på den smittade förmå denne till frivillig medverkan. Endast när sådana möjligheter är uttömda, om erforderlig vård och behandling inte kan ges i andra former eller om alla andra åtgärder är otillräckliga från smittskyddssynpunkt bör isolering få tillgripas.

Inte sällan torde mot den enskildes rättskyddsintresse stå ett snabbhetsintresse. För sådana fall kan man emellanåt ha behov av "sneddningsvägar" fram till verkställighet. I första hand borde man emellertid söka sig fram till ett förfarande där man genom snabb handläggning och korta frister hinner genomföra hela proceduren.

Beslutskompetensen när det gäller att ta ställning till om mot den enskildes vilja intrång skall få göras i dennes kroppsliga integritet eller om den enskilde skall berövas sin frihet är enligt länsrättens uppfattning klara domstolsfrågor. Av olika skäl framstår det dessutom som olämpligt att ha beslutskompetensen uppdelad mellan länsstyrelsen och länsrätten. Det som kan diskuteras är vad som skall ha skett innan man kommer till ett domstolsförfarande och vilka ventiler som kan behövas för särskilt brådskande fall.

För sådana fall som inte klaras upp genom vårdläkarnas försorg bör det normala vara att smittskyddsläkaren utfärdar ett föreläggande för den enskilde. Detta borde kunna avse såväl inställelse för undersökning, vård och behandling som smittförebyggande åtgärder eller isolering på sjukhus.

Ett föreläggande bör vara skriftligt och tydligt ange vad den enskilde har att ställa sig till efterrättelse, t. ex. tid och plats för läkarundersökning, eventuellt läkarens namn och åtminstone i huvudsak vilka undersökningar som skall få utföras. De förelägganden som smittskyddsläkaren utfärdar måste vara parerade med en skyldighet även för vårdläkare att ställa sig förelägganden till efterrättelse. Kopia av föreläggandena bör därför tillställas vederbörande läkare.

De förelägganden som smittskyddsläkaren utfärdar måste, för att bli verksamma, kunna vara förenade med något äventyr. En bötest sanktion framstår för länsrätten som föga verkningsfull. I vissa situationer synes smittskyddsläkarens föreläggande däremot kunna vara förenat med vite som döms ut av länsrätten på talan av smittskyddsläkaren enligt den nya viteslagen. I andra fall framstår det som ett äventyr av att länsrätten kan besluta om viss angiven tvångsvård borde kunna vara tillräckligt verksamt.

Det måste anges i lag vilka sanktioner som kan komma i fråga i olika

situationer. På smittskyddsläkaren bör ankomma att i det enskilda fallet avgöra vilken sanktionsform som bör väljas. I vissa situationer kanske det t. o. m. räcker med ett naket föreläggande.

Det sistnämnda kanske skulle kunna vara fallet om smittskyddsläkaren vänder sig mot en misstänkt smittad av en mindre allvarlig eller mindre smittsam sjukdom i en situation där vederbörande inte kunnat anträffas av vårdläkaren. Har den misstänkt smittade däremot underlåtit att efter kallelse inställa sig hos vårdläkare bör smittskyddsläkarens föreläggande vara förenat med vite.

Om smittskyddsläkaren inte genom ett föreläggande kan förmå den enskilde till "frivillig" medverkan borde i normalfallet inte återstå annat för smittskyddsläkaren än att göra ansökan hos länsrätten om tvångsvård.

Det kan diskuteras i vilken utsträckning det finns behov av och utrymme för verkställbara tvångsbeslut av smittskyddsläkaren t. ex. i brådskande fall.

När det gäller inställelse hos läkare för undersökning, vård och behandling kan å ena sidan hävdas att det i långt ifrån alla fall torde vara fråga om särskilt ingripande undersökningar. Å andra sidan finns ingen appell mot redan genomförda undersökningar. Detta jämte den vikt som regeringsformen tillerkänner den kroppsliga integriteten talar för att domstolsprövning alltid bör ske.

Till förmån för en ventil för smittskyddsläkaren skulle kunna åberopas att verkställigheten ibland är mycket brådskande. Detta skäl framstår dock som mindre tungt. Inte sällan ställs numera mycket stora krav på skyndsam handläggning i domstolarna. Åtminstone när det gäller större kroppsliga ingrepp borde man också kunna överväga en interimistisk isolering för att undgå efterhandskonstaterande att ett redan företaget kroppsligt ingrepp varit obefogat. Där är möjligt att smittskyddsläkaren skulle kunna anförtros att fatta beslut om tvångsundersökning när det gäller vissa sjukdomar eller vissa typer av undersökningar.

När det gäller tvångsomhändertaganden talar det mesta för att detta borde vara en exklusiv domstolssuppgift. Det undandrar sig för närvarande länsrättens bedömande om det föreligger behov av möjlighet för smittskyddsläkaren att i nödfallsituationer kunna fatta ett interimistiskt beslut. Länsrätten har heller inte undersökt vilka möjligheter som polisen har med stöd av annan lagstiftning att ingripa mot akut smittspridning eller risk för sådan.

I tvångsbilden ingår vidare att reglera när omhändertagande skall kunna komma i fråga för att någon brutit mot föreläggande om åtgärder till undvikande av smittspridning.

Klara regler måste också ges för den vård och behandling som kan komma i fråga under isolering. I detta innefattar länsrätten också var och hur isolering får ske. Detsamma gäller formerna för verkställigheten av ett isoleringsbeslut och dess upphörande.

Enligt länsrättens uppfattning bör det åvila landstinget att ställa platser till förfogande för verkställighet. Smittskyddsläkaren bör ha uppgiften att bestämma var en enskild patient skall isoleras. Något utrymme för ett visst sjukhus att vägra ta emot viss patient bör inte föreligga.

Ett beslut om isolering skall självklart medföra inte bara en rättighet utan en skyldighet att kvarhålla och låta återhämta den isolerade till dess beslut föreligger om att isoleringen skall upphöra.

Det mesta talar enligt länsrättens uppfattning för att det är smittskyddsläkaren som bör besluta om isoleringens upphörande. Det är smittskyddsläkaren som förfogar över vilka som skall tas in åtminstone i den formen att han äger besluta om ansökan eller inte ansökan. Om den isolerade släpps mot smittskyddsläkarens vilja kan denne göra en ny ansökan. Att tilldela denne besvärsmot utskrivningsbeslut framstår som byråkratiskt. Länsrätten ser det också som en fördel för vårdläkarna i deras relationer till patienten att slippa utöva det tvång som vägrad utskrivning innebär.

Länsrätten vill understryka vikten av att det i smittskyddslagen görs fullständigt klart vilket tvång som får utövas i olika situationer. Med nuvarande smittskyddslag krävs en mindre rättsvetenskaplig avhandling för ett ändå osäkert konstaterande huruvida den som är misstänkt men inte konstaterat sjuk i venerisk sjukdom eller som underlåtit att efterkomma smittskyddsläkarens föreskrifter kan bli föremål för tvångsintagning på sjukhus.

Enligt den av kommittén föreslagna smittskyddslagen är misstänkt smittad och konstaterat smittad helt parallellställda. Detta är av andra skäl en otänkbar lösning.

Självklart måste också åtminstone alla grundläggande föreskrifter när det gäller tvånget och tvångshanteringen beslutas av riksdagen i lag.

Länsrätten i Östergötlands län

Kommittén anför s 96 helt aningslöst följande: "Beslut om läkarundersökning resp isolering på sjukhus fordrar ofta snabbhet. Det skulle innebära för stor tidsutdräkt om en särskild nämnd eller domstol skulle besluta om dessa åtgärder. Därför har i avsnitten 1.6.1 och 1.6.5 föreslagits att smittskyddsläkaren skall kunna fatta dessa beslut. Någon fara i rättssäkerhetskänscende torde detta inte innebära". Och detta anför kommittén trots att beslut om läkarundersökning och om intagning på sjukhus, vilka båda är förenade med frihetsberövande, enligt gällande smittskyddslag inte får fattas av smittskyddsläkaren utan skall fattas av länsstyrelsen resp länsrätten. Och kommittén tycks helt ovetande om att rätten att besluta om intagning på sjukhus, i samband med att nya grundlagen kom till, överflyttades från hälsovårdsnämnden och länsstyrelsen till länsrätten. Enligt länsrättens mening är det inte minst mot bakgrund av utvecklingen på sociallagstiftningens område och mot bakgrund av 1974 års regeringsform självklart att sådana beslut som beslut om läkarundersökning och isolering på sjukhus inte rimligen bör fattas av en sådan myndighet som smittskyddsläkaren. Uppgiften att besluta i frågor som har med frihetsberövande att göra måste läggas på en domstol, i detta fall länsrätten. Men alldeles som i LVU och LVM kan behovet av snabba ingripanden tillgodoses genom att smittskyddsläkaren ges befogenhet att fatta ett interimistiskt beslut om isolering på sjukhus vilket omedelbart skall underställas länsrätten för prövning.

Och länsrättens prövning bör ske inom fyra dagar (jfr 9 § LVM). Det kan t. o. m. diskuteras om inte också uppgiften att fatta interimistiska beslut bör ligga på länsrätten. Det kan nämnas att det inte är ovanligt att länsrätten beslutar om ett omedelbart omhändertagande av en alkoholmissbrukare samma dag som länsstyrelsen gjort framställning om det. När det gäller beslut om läkarundersökning bör smittskyddsläkaren också kanske ha befogenhet att fatta ett omedelbart beslut i brådskande fall men en underställning tjänar då inte något förnuftigt ändamål, eftersom länsrätten som regel inte lär hinna göra någon prövning innan läkarundersökningen genomförs. Inte heller en besvärmöjlighet har här någon uppgift att fylla.

Även om smittskyddsläkaren i brådskande fall tillåts fatta interimistiska beslut om läkarundersökning eller isolering på sjukhus, måste ändå enligt länsrättens mening som huvudregel gälla att sådana beslut skall fattas av länsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren. Regler om vad ansökan skall innehålla m. m. krävs då av samma typ som reglerina i 2 § LVU och 4 och 5 §§ LVM. Jämföras kan också med 13 § socialberedningens förslag till lag om akut psykiatrisk tvångsvård.

Utmärkande för lagar som ger det allmänna befogenhet att tillgripa frihetsberövande åtgärder är att mycken omsorg läggs ner på utformningen av rekvisit, indikationer och andra förutsättningar som skall vara uppfyllda för att en enskild skall kunna berövas sin frihet. Att så sker är givetvis av allra största betydelse från rättssäkerhetssynpunkt. Förutsättningarna i 11 § lagförslaget för beslut om tvångsvis läkarundersökning och i 12 § lagförslaget om tvångsvis isolering på sjukhus utmärks inte av att vara genomtänkta på detta sätt. Sakligt sett finns väl inte så mycket att anmärka mot kommitténs sätt att resonera men lagtekniskt krävs en helt annan precision för att rekvisiten skall bli godtagbara. Länsrätten vill särskilt peka på att i såväl 11 som 12 § används uttrycket "den smittade" medan det i 5 § förklaras att med smittad jämföras den som skäligen kan misstänkas ha en allmänfarlig sjukdom eller bära smittämne som kan orsaka en sådan sjukdom. Ett förtydligande krävs då av hur rekvisitet i 12 § "om det finns risk för smittspridning" skall läsas i relation till någon "som skäligen kan misstänkas" vara smittad. Det är huvud taget dålig lagteknik att låta en så viktig paragraf som 12 § vara beroende av definitioner som gjorts på andra ställen i lagen.

I 13 § LVM finns föreskrifter om utskrivning från LVM-hem. Några motsvarande föreskrifter finns inte i lagförslaget om utskrivning från isolering på sjukhus men kommittén anför s 94 att det bör ankomma på smittskyddsläkaren att förordna att den enskilde inte längre skall vara isolerad. Om det bör vara smittskyddsläkaren eller överläkaren på sjukhuset som skall besluta om utskrivning kan diskuteras. Vad som däremot borde vara höjt över all diskussion är att den enskilde som fått avslag på en begäran om utskrivning skall kunna överklaga detta beslut. Och eftersom det är länsrätten som beslutar om isolering så bör det vara länsrätten som skall pröva sådana besvär. Länsrätten anser alltså dels att utskrivningsförfarandet måste bli föremål för särskild reglering och dels att rätt måste införas för den enskilde att överklaga ett avslagsbeslut. Som enskilds motpart i ett sådant besvärmål bör då fungera smittskyddsläkaren om det är denne som

meddelat avslagsbeslutet och smittskyddsläkaren bör ha rätt att överklaga ett beslut av länsrätten att ändra avslagsbeslutet. Är det en överläkare som avslagit enskilds framställan om utskrivning bör denne uppträda som den enskildes motpart om det inte särskilt föreskrivs att smittskyddsläkaren skall fullgöra den uppgiften. Enligt länsrättens mening talar goda skäl för att smittskyddsläkaren får gå in som den enskildes motpart i ett sådant fall med rätt att överklaga länsrättens beslut om det går honom emot. En sådan rätt till överklagande bör smittskyddsläkaren enligt länsrättens mening för övrigt ha även om det är överläkaren som varit motpart i länsrätten.

I LVM finns under rubriken Särskilda befogenheter föreskrifter bl. a. om förbud att inneha injektionssprutor och kanyler, om kroppsvisitation och begränsning av rörelsefriheten och om kontroll av försändelser. Det bör övervägas om inte motsvarande bestämmelser behövs också beträffande vissa av dem som isoleras på sjukhus av smittspridningsskäl.

Länsrätten i Malmöhus län

Smittskyddsläkaren får besluta att den smittade skall isoleras på sjukhus. Enligt länsrättens mening bör även andra former av institutionsvård kunna ifrågakomma. Enligt vad som upplysts i pressen överväger man inom kriminalvården att inrätta särskilda fängelser för AIDS-smittade. Smittskyddsläkarens kompetens bör inrymma befogenhet att besluta om isolering på sådan anstalt. Vård enligt LVU kan numera ges den som är upp till 21 år. Narkomaner och prostituerade kan i följd härav komma att i större omfattning än tidigare falla inom ramen för LVU:s tillämpning. Smittskyddsläkarens kompetens bör omfatta även personer som är omhändertagna med stöd av LVU. Isolering på sjukhus kan emellertid vara olämplig i sådana fall. Möjlighet bör finnas att besluta om isolering på annat sätt. Liknande synpunkter kan anläggas beträffande personer som är omhändertagna med stöd av LVM.

Mot bakgrund av det anförda anser länsrätten att smittskyddsläkaren bör ha befogenhet att besluta om isolering även på annat sätt än på sjukhus. Inledningsvis har länsrätten berört frågan om ökade krav på vårdresurser. Länsrätten vill i detta sammanhang framhålla vikten av god handlingsberedskap med hänsyn till eventuellt uppkommande behov av isolering av smittade personer, som uppfyller kraven för isolering men som inte bör eller behöver ges sjukhusvård. Detta innefattar överväganden av såväl frågan om isolering på sjukhus bör vara den enda isoleringsformen som frågan om landstingen bör bära kostnaderna för isolering som inte sker på sjukhus.

Enligt förslaget kan beslut om isolering meddelas bl. a. om den smittade inte vill medverka till åtgärder mot smittspridning. Det skall alltså i sådant fall föreligga tredska för att beslut om isolering skall fattas. Hur skall emellertid en domstol bedöma den situationen att den smittade samtycker till föreslagna åtgärder eller vård efter det att målet har anhängiggjorts hos domstol?

13 §

Liksom i nuvarande 16 § smittskyddslagen, bör i lagtexten anges under vilka förutsättningar som beslut skall fattas om att isolering skall upphöra.

I bestämmelsen anges inte när utskrivning skall ske och vem som skall besluta därom. Enligt förslaget, sid 94, bör det ankomma på smittskyddsläkaren att förordna att vederbörande inte längre skall vara isolerad. Det kan enligt länsrättens mening emellertid ifrågasättas om smittskyddsläkaren ensam skall ha denna befogenhet när domstol har beslutat om isolering. Vid prövningen av om isolering pga. HTLV-III-infektion kan upphöra är det inte enbart fråga om en medicinsk bedömning.

I LVU finns en bestämmelse om omprövning efter viss tid av beslut om omhändertagande. Förslaget till smittskyddslag saknar liknande stadgande. Länsrätten anser att bestämmelse bör finnas om omprövning efter viss tid av beslut om isolering och om att den isolerade har rätt att begära sådan omprövning. Vidare bör den som får avslag på framställning om upphävande av isolering ha möjlighet att besvära sig häröver hos förvaltningsdomstolarna.

15 §

Det bör övervägas om inte förvaltningsdomstolarna bör ha möjlighet att meddela interimistiska beslut om isolering i dessa mål. Om det stadgas att interimistiskt beslut kan meddelas i dessa mål, bör det anges i lagtexten att slutligt beslut skall meddelas inom viss tid. Vidare bör det i 41 § rätts-hjälpslagen anges att enskild part har rätt att få offentligt biträde i mål om isolering enligt smittskyddslagen hos förvaltningsdomstol. Dessutom bör det anges i särskild paragraf att länsrätten och kammarrätten skall hålla muntlig förhandling i dessa mål, om sådan förhandling inte är uppenbart obehövlig och att muntlig förhandling skall hållas om någon part begär det.

Länsrätten i Göteborgs och Bohus län

Enligt förslaget får smittskyddsläkaren anmoda en smittad att söka läkare för undersökning. Han får också besluta om att den smittade skall inställa sig för undersökning hos en viss angiven läkare. Dessa befogenheter bör i första hand avse personer som skäligen kan antas vara smittade. En framtvingad läkarundersökning bör vara till för att konstatera om en person är smittad eller ej.

I fråga om smittade personer bör smittskyddsläkaren ges en rätt att meddela förhållningsregler av olika slag, jfr 10 § andra stycket i lagförslaget. Sådana regler måste nog också finnas när det gäller de som skäligen kan antas vara smittade. Det bör i så fall uttryckligen framgå av lagen att förhållningsreglerna omedelbart skall upphävas, om det visar sig att personen i fråga inte är smittad. Detta är i och för sig självklart.

Den mest ingripande åtgärden, isolering på sjukhus, bör i första hand få tillgripas mot personer som är konstaterat smittade. Enligt länsrättens uppfattning är det inte uteslutet att en sådan åtgärd kan bli aktuell även mot personer som misstänks ha en allmänfarlig sjukdom. Länsrätten tänker närmast på den situationen att analysen av ett blodprov eller liknande kan ta en viss tid i anspråk och att man för att hindra att smittan sprids måste isolera en person i avvaktan på analysresultatet. Även andra akuta

situationer kan tänkas uppstå. Innan länsrätten går in på förfarandet med ett beslut om isolering, vill länsrätten framhålla att utredaren i motiven utvidgar det i lagtexten använda begreppet sjukhus till att omfatta även andra vårdinrättningar. För att detta skall vara möjligt bör lagtexten justeras.

Beslut om isolering är en så ingripande åtgärd att det bör vara förbehållet domstol. Befogenheten att besluta om isolering bör läggas på länsrätt. Smittskyddsläkarna bör hos länsrätt ansöka om ett beslut om isolering. Det kan förutsättas att situationen ofta är sådan att omedelbara åtgärder är nödvändiga. Detta kan lösas antingen så att smittskyddsläkaren får en rätt att meddela ett interimistiskt beslut om isolering, som direkt är verkställbart, eller så att länsrätten får rätt att besluta om omedelbara åtgärder sedan en ansökan om isolering har lämnats in till länsrätten. Förebilden till sistnämnda alternativ finns i lagen om vård av missbrukare (LVM). Denna lag kan även i övrigt tas som utgångspunkt för den lagreglering som behövs när det gäller förfarandet om isolering på sjukhus. Länsrätten tänker på sådana saker som vad en ansökan skall innehålla, tidsfrister, beslut av ensamdomare eller med nämnd, möjligheterna till rättshjälp, sätt för beslut om att isolering skall upphöra osv. Länsrätten anser det inte meningsfullt att i detalj gå in på den lagreglering som behövs.

Skyldigheten att underkasta sig vård

Länsrätten anser att personer som har smittats av allmänfarliga sjukdomar bör kunna åläggas att underkasta sig den vård som finns att tillgå för att de skall bli botade och för att de skall hindras från att sprida smittan vidare. Samhällsintresset väger här så tungt att den enskilde normalt bör få finna sig i att ta emot den vård som samhället kan erbjuda.

Försäkringsrätten för södra Sverige

Beslut om tvångsvård föreslås skola fattas av smittskyddsläkaren med länsrätten som överinstans. Eftersom dessa beslut måste fattas utan tidsutdräkt bedömer försäkringsrätten det icke vara möjligt att kräva att beslut skall fattas av t. ex. en domstol. Rättssäkerheten får anses vara tillgodosedd i erforderlig grad genom de särskilda förutsättningarna för ingripande och genom att besluten kan omprövas i högre instans.

Länsstyrelsen i Östergötlands län

Enligt länsstyrelsen mening är rättssäkerhetsaspekterna inte tillräckligt väl tillgodosedda i den utformning av tvångsåtgärderna som utredningen har föreslagit. Smittskyddsläkaren skall ensam kunna besluta om hämtning till undersökning och om isolering och kvarhållande på sjukhus. Åtgärderna utgör inte oväsentliga ingrepp i den enskildes personliga frihet. Grundlagen innehåller ju bl. a. det kravet att en tvångsvis omhändertagen person skall kunna få sin sak prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål. Enbart den i 15 § föreslagna möjligheten att få smittskyddsläkarens beslut prövat i

länsrätten genom besvär kan inte uppfylla det kravet. Det bör därför enligt länsstyrelsens mening vara länsrätten som på ansökan av smittskyddsläkaren beslutar om tvångsmässig läkarundersökning och om tvångsmässig intagning på sjukhus. Smittskyddsläkaren bör dock få rätt att interimistiskt besluta om tvångsåtgärder, men sådana beslut bör underställas länsrättens prövning på samma sätt som anges i 14 § i den nuvarande smittskyddslagen.

Kommittén föreslår i 16 § att polismyndigheten skall lämna det biträde som behövs för att bl. a. kvarhålla en smittad på ett sjukhus. Enligt länsstyrelsens mening är det en polisiär uppgift att lämna handräckning för att återföra en smittad som har avvikit från ett sjukhus medan uppgiften att kvarhålla honom där ankommer på sjukhuset. Biträde att kvarhålla i akuta situationer kan lämnas med stöd av polislagstiftningen och smittskyddslagen bör inte innehålla några särskilda bestämmelser i den delen.

Södermanlands läns landsting

Föreslagen skrivning i § 12 och § 16 om att den smittade skall isoleras på sjukhus efter beslut av smittskyddsläkaren innebär att ingen annan isoleringsmöjlighet skall kunna ifrågakomma. För många sjukdomar, även där sträng isolering måste föreskrivas, är det emellertid inte nödvändigt att patienterna just isoleras på ett sjukhus och isoleringsrummen på en modern infektionsklinik innebär i sådana fall ofta onödigt brutala ingrepp i den smittades rörelsefrihet. Dagkostnaden för en sådan isolering blir också orimligt hög. Utskottet föreslår därför annan formulering av § 12 och § 16 så att isolering av en smittad inte undantagslöst kommer att föreskrivas ske på ett isoleringsrum vid en infektionsklinik.

Kalmar läns landsting

Lagen bör också ge möjlighet att behandla patienten mot hans/hennes vilja om man därigenom snabbare kan få patienten smittfri varigenom isoleringsåtgärder förkortas eller blir onödiga.

Skaraborgs läns landsting

Smittskyddslagstiftningens bestämmelser om veneriska sjukdomar har som bekant numera blivit fullt ut tillämpliga på infektion av HTLV-III. Det är därför av vikt att möjligheten till provtagning mot patientens vilja, för att avgöra om hon eller han är smittad med veneriska sjukdomar, klart kommer till uttryck i den nya smittskyddslagen.

TCO

Vad gäller föreslagna åtgärder utan den enskildes samtycke vill TCO liksom utredningen understryka att dessa bör begränsas till de absolut nödvändigaste. Isolering är en mycket ingripande åtgärd. Här bör övervägas bestämmelser om regelbunden omprövning.

RFSU delar uppfattningen att medicinsk behandling inte ska kunna ske med tvång inom smittskyddsarbetet.

Isolering på sjukhus

RFSU har inledningsvis förklarat sin inställning till tvångsåtgärder. I förslaget till ny smittskyddslag utgör isolering på sjukhus det allvarligaste ingreppet för den enskilde. I praktiken innebär förslaget att smittskyddsläkaren ges möjligheter att beröva den enskilde friheten. Mot bakgrund av de restriktioner som normalt kringgärdar samhällets möjligheter till sådana ingripanden är utredarens förslag på den här punkten otillständigt kort motiverat.

Det överläts nästan helt på socialstyrelsen att utforma de omständigheter som krävs för att en smittad ska kunna tvångsisoleras på sjukhus. Om HTLV-III-smitta förklaras vara en allmänfarlig sjukdom i den nya lagstiftningen är det nödvändigt att departementschefen på ett helt annat sätt utförligt motiverar förslaget i en kommande proposition.

Det måste därvid klargöras att tvångsisolering på sjukhus inte får förekomma annat än om den smittade uppträder uppenbart hänsynslöst mot omgivningen och efter upprepad uppmaning från smittskyddsläkare ej följer dennes förhållningsregler. Det måste ställas utom allt tvivel, att den som uppträder ansvarsfullt över huvud taget inte riskerar isolering på sjukhus.

Utredaren skriver i och för sig att åtgärden ska tillgripas endast när inget annat återstår. Men samtidigt talas i specialmotiveringen om att tvångsisolering kan förekomma vid t. ex. trångboddhet m. m. Det tyder närmast på att en i och för sig skötsam person, men som lever under små omständigheter, lättare skulle kunna tvångsisoleras på sjukhus än bättre lottade medmänniskor. Det vore alldeles absurt om lagstiftningen skulle tillämpas så. Varje oklarhet på den här punkten måste undanröjas i propositionen.

Om HTLV-III-smitta hänförs till de allmänfarliga sjukdomarna, kommer isolering på sjukhus att kunna tillgripas mot dem som bär sådan smitta. Eftersom smittspridning varit särskilt stor bland sprutnarkomaner, kommer smittskyddslagens tvångsåtgärder att kunna tillämpas parallellt med annan tvångslagstiftning som gäller narkotikaberoende personer. Det måste klargöras hur dessa lagar förhåller sig till varandra och konsekvenserna i detta hänseende för narkomanvården.

I den nu gällande lagstiftningen ska läkarens beslut om tvångsisolering på sjukhus omedelbart underställas länsrätten för prövning. Det är från rättssäkerhetssynpunkt önskvärt att den ordningen inte ändras. Länsrätten är bättre skickad att besluta om frihetsberövande än en enskild smittskyddsläkare.

Det behöver knappast påpekas, att besvär över sådana beslut måste handläggas med största skyndsamhet. Det är ur rättssäkerhetssynpunkt viktigt. Utskrivningsbeslut bör – förutom av smittskyddsläkare och läns-

RFSL

Utredaren anför: "Att vara skyldig att låta sig isoleras på sjukhus innebär ett stort ingrepp i den enskildes personliga förhållanden och integritet. Därför är det ur rättssäkerhetssynpunkt viktigt att förutsättningarna för när isolering skall kunna komma ifråga preciseras nog."

Från förbundets sida instämmer vi med utredaren i den bedömningen men kan inte se att det är tillräckligt för att trygga rättssäkerheten för den enskilde. Det förefaller också mycket märkligt att man, mot bakgrund av det stora ingrepp i den enskildes integritet man anser ett frihetsberövande vara, inte anser sig föranledd att föranstalta om skyldighet för smittskyddsläkaren att inom en viss tid ompröva isoleringsbeslutet.

Enligt vår mening är det ett oavvisligt krav att beslut om frihetsberövande med stöd av smittskyddslagen skall fattas genom domslut i länsrätten. Kammarrätten bör vara sista instans. I de fall beslut om isolering måste fattas omedelbart eller länsrättens dom inte kan inväntas måste, enligt förbundets uppfattning, smittskyddsläkarens beslut underställas länsrättens prövning snarast möjligt. Det faktum att den smittade själv kan överklaga smittskyddsläkarens beslut om isolering är inte tillräckligt. För många människor måste en sådan process te sig som ett oöverstigligt hinder.

Det är också viktigt att komma ihåg att tidsaspekten vid tvångsintagning på sjukhus kan komma att få stor betydelse, t. ex. om regeringen beslutar sig för att hänföra HTLV III-infektion till de allmänfarliga sjukdomarna. Vad man i dag vet om HTLV III-infektioner innebär det faktum att man en gång blivit smittad ett livslångt bäraryskap. Detta bör i sin tur medföra att man i en ny smittskyddslag även skriver in en längsta tillåten tid som ett frihetsberövande enligt smittskyddslagen får omfatta. På så vis garanteras den enskilde rätten till en ny domstolsförhandling om läkarna inte anser sig kunna skriva ut den smittade vid frihetsberövandets slut. Ett beslut om frihetsberövande enligt smittskyddslagen bör enligt förbundets mening begränsas till att gälla högst 6 månader.

I detta sammanhang är det särskilt viktigt att påpeka att den som berövs friheten eller i övrigt blivit föremål för tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen inte har rätt till t. ex. offentligt biträde enligt rättshjälpslagen (1972:429). En sådan rätt tillkommer nu personer som bl. a. berövs friheten med stöd av t. ex. lagen (1966:293) om beredande av slutn psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

En person som utsätts för ingripanden med stöd av smittskyddslagen måste få samma rätt till samhällligt stöd som nu tillkommer i andra situationer då samhället ingriper med tvång mot en enskild medborgare.

Riksåklagaren

När det gäller den föreslagna ansvarsbestämmelsen i 19 § ställer jag mig ytterst tveksam. Det är upplyst att under den senaste tioårsperioden inte något fall av ohörsamhet har föranlett lagföring. Antalet patienter som inte lojalt följer läkarens föreskrifter har varit och kan förväntas förbli mycket litet. Ohörsamheten kan visserligen någon gång bero på en nonchalans eller motvilja mot myndighets beslut men med säkerhet lika ofta på oförmåga eller rädsla. Ansvarsbestämmelsens avskräckande effekt torde vara obefintlig. I stället kan det verka försvårande på samarbetet mellan läkare och patient. Läkarens möjlighet att begära biträde av polismyndighet får anses fullt tillräcklig för att åstadkomma det nödvändiga praktiska resultatet av ett beslut om läkarundersökning eller isolering. Som överåklagaren i Stockholm även påpekar skulle varje polisingripande leda till en anmälan om brott och en åtalsprövning. Mot bakgrund av vad jag nu anfört vill jag avstyrka den föreslagna kriminaliseringen.

Domstolsverket

Kommitténs förslag att den nu gällande bestämmelsen i smittskyddslagen om straff vid sexuellt umgänge skall avskaffas har redan genomförts. DV tillstyrker att skyldigheten för vissa läkare att anmäla koppleribrott upphävs. Verket anser att straffbestämmelsen om förseelse mot smittskyddsläkarens förhållningsregler är en sådan bestämmelse som med fördel kan undvaras. Vidare bör enligt verkets mening övervägas om beslut enligt 10 och 11 §§ förslaget till smittskyddslag bör förenas med vite.

Länsrätten i Stockholms län

Länsrätten har tidigare uttalat att den finner bötesstraff för överträdelse av smittskyddsläkarens beslut som föga verkningsfull.

Det framstår för länsrätten som mindre välbetänkt av kommittén att straffbelägga vissa ordningsförseelser samtidigt som man förordar avskaffande av det särskilda straffansvaret för uppsåtligt eller oaktsamt spridande av smitta utan att ens ha gjort klart för sig själva eller läsaren i vilken utsträckning brottsbalken träder in som supplerande.

Oavsett om kriminaliseringen sker i brottsbalken eller i speciallag finner länsrätten det i vart fall oansvarigt att avskaffa straffansvaret för uppsåtligt eller oaktsamt spridande av smitta av allmänfarlig sjukdom.

Det framstår för länsrätten som närmast upprörande att den som vet sig vara smittad av t. ex. HTLV-III skall kunna straffritt t. ex. genom sexuellt umgänge föra eller riskera att föra denna smitta vidare till annan som inte ens känner till att vederbörande är smittad.

Det kan väl sägas att sexualitet inte kan avlägsnas eller att sexuallivet inte kan kontrolleras. Däremot kan i vart fall hävdas att sexualitet är förenligt med att utövas under frivillig medverkan av någon som känner till att han eller hon utsätter sig för smittrisker. Kontrollmöjligheten är heller

ingen hållbar invändning med tanke på de mörkertal som man arbetar med inom kriminalpolitiken. Ännu har ingen kommit på tanken att avkriminalisera ens sommarstugcinbrott av det skälet att sommarstugor är svårbevakade. I stället har det inom kriminalpolitiken ansetts särskilt grovt att ge sig på sådant som är svårkontrollerat eller försvarslost.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

RFSU

När smittskyddslagen under hösten 1985 behandlades av riksdagen upphävdes 26 § i den gamla smittskyddslagen. Bestämmelserna innebär straffbarhet för den som med vetskap eller misstanke om STD hade könsligt umgänge med annan. Detsamma gällde den som med uppsåt eller av grov vårdslöshet utsatte annan för fara att bli smittad. Beslutet att upphäva bestämmelsen motiverades med att om HTLV-III-smitta förklarades vara en venerisk sjukdom enligt smittskyddskungörelsen, skulle bestämmelsen försvåra smittskyddsarbetet. Det kunde nämligen inte krävas av den som drabbades av en obotlig smitta att denne för all framtid skulle avhålla sig från sexuellt umgänge.

Det får antas att införandet av en ny smittskyddslagstiftning innebär att HTLV-III-virus hänförs till allmänfarliga sjukdomar. Om smittskyddsläkaren meddelar förhållningsregler som innebär förbud för personen att ha sexuellt umgänge är brott mot en sådan förhållningsregel straffbar. Vad riksdagen funnit olämpligt hösten 1985 kan därför smittskyddsläkaren senare finna lämpligt. Något reellt upphävande av straffbestämmelsen har därför inte skett, låt vara att påföljden i utredarens förslag inskränks till böter. Utredaren har över huvud taget inte berört denna motsättning. Det är en brist i förslaget.

RFSU välkomnade för sin del beslutet att upphäva 26 § i den nu gällande smittskyddslagen. Förslaget om förhållningsregler får inte innebära att smittskyddsläkaren kan införa en motsvarande bestämmelse genom att meddela patienten förhållningsregler.

RFSU ser med tillfredsställelse att påföljderna i smittskyddslagen inskränks till böter. Det hade emellertid i sammanhanget varit önskvärt med en närmare redovisning av när de av utredaren nämnda brottsbalksbestämmelserna kan komma i fråga vid STD. Dessa bestämmelser får inte användas som en ersättning till den upphävda 26 § i smittskyddslagen.

RFSL

Utredaren föreslår att 26 § i nuvarande smittskyddslagen, vilken föranstaltar om straff för den som trots att han eller hon lider av en venerisk sjukdom har sexuellt umgänge, avskaffas. Eftersom den paragrafen i smittskyddslagen avskaffades redan hösten 1985 av riksdagen är förslaget inte längre aktuellt.

En märklig inkonsekvens utgör, enligt förbundets mening, utredarens förslag att däremot behålla straffparagrafen som föranstaltar om böter för den som inte följer smittskyddsläkarens bindande förhållningsorder (19 § i förslaget till ny smittskyddslag). Även denna paragraf bör avskaffas med

samma motivering som vad gäller förutvarande 26 §, nämligen att straffhotet kan avskräcka från att söka vård för sjukdomen. Utredaren påpekar ju dessutom själv mycket riktigt att det finns möjlighet att tillämpa redan brottsbalkens olika straffbestämmelser för brott mot liv och hälsa även på den som sprider smitta (BrB 3:5–9). Detta torde enligt vår uppfattning vara fullt tillräckligt.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Handläggningen av mål och ärenden

Länsrätten i Stockholms län

Domstolsförfarandet kräver en långt mera ingående lagreglering än kommittén föreslagit.

Det bör till en början i lagen slås fast att undersökning, vård, behandling, isolering eller vad det nu kan vara sker oberoende av den enskildes samtycke. Rättsverkningarna av samtycke i olika stadier till olika åtgärder måste klarläggas. Detsamma gäller förhållandet till andra vårdlagar och effekterna av att någon är anhållen, häktad eller föremål för kriminalvård i anstalt, att någon fullgör obligatorisk militärtjänstgöring eller dylikt.

I lagen måste anges vilken smittskyddsläkare och vilken länsrätt det är som har ansvaret för att åtgärder kommer till stånd. Det går t. ex. inte an att som i betänkandet hålla öppet vem av flera smittskyddsläkare som har behörighet och ansvar.

Av lagen måste framgå vad en ansökan skall innehålla och vilka handlingar som skall vara åtföljda en ansökan. Huvudreglerna för förfarandet i domstolen måste vara klarlagda.

Det gäller till en början vilka som är parter i olika sorters mål och vilka delgivningsformer som skall vara tillåtna. Här kommer man bland annat in på frågor om de underårigas situation och sådana som av andra skäl inte själva kan utföra sin talan. Man kommer också in på frågor om faktiska och rättsliga vårdnadshavares ställning i processen.

Av betydelse är vidare i vilka situationer som rätten skall kunna fatta interimistiska beslut eller förordna om inhibition.

Frågan om inslaget av muntlighet i processen är av största vikt. Detsamma gäller frågan om eventuella tidsfrister i handläggningen. En rättssäkerhetsfråga av stor vikt är i vilken utsträckning rättshjälp skall kunna komma i fråga och i vilka former. Åtminstone i de mål som gäller frihetsberövande synes den enskilde böra ha tillgång till offentligt biträde. Sekretessfrågorna i domstolsförfarandet synes behöva övervägas och lösas.

En annan viktig fråga är i vilken utsträckning länsrätt skall vara domför med en lagfaren domare respektive när lekmän skall ingå i rätten.

Andra väsentliga frågor är vilka beslut av länsrätt som skall vara överklagbara respektive vilka som skall ha besvärsmålsrätt i olika situationer.

Länsrätten i Östergötlands län

I LVM finns också i 21–24 §§ särskilda bestämmelser om målens handläggning hos länsrätt. Det bör också övervägas om och i vad mån motsvarande bestämmelser behövs för smittskyddsmålens del.

Socialstyrelsen

Läkarundersökning föreslås vara kostnadsfri, då smittskyddsläkaren anmodat någon att inställa sig härför om undersökningen sker på landstingskommunal inrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg (17 §). Annan läkarundersökning föreslås inte vara kostnadsfri förrän efter första läkarbesöket och då om den sker genom landstingets försorg (18 §). Detta förslag förefaller vara förenat med betydande nackdelar och kan knappast vara förenligt med ett gott smittförebyggande arbete. Enligt socialstyrelsens uppfattning bör alla som låter undersöka sig för allmänfarlig sjukdom, oberoende av var undersökningen äger rum, ha rätt till kostnadsfri sådan.

Behandling på sjukhus (isolering enligt 12 § eller annan behandling) föreslås vara "kostnadsfri". Detta är emellertid inte ett korrekt påstående, eftersom patienten tydligen måste vidkännas det avdrag på sjukpenningen som görs för alla som behandlas på sjukhus. Någon annan kostnad behöver inte heller andra som får sjukhusvård vidkännas, i den mån de omfattas av den allmänna försäkringen. Sådan vård är därför lika "kostnadsfri" som den som ges med stöd av nämnda bestämmelser. Det är rimligt att också lagfästa rätten till fria läkemedel vid behandling av allmänfarlig sjukdom. Nu föreslås enbart att varje landsting själv skall få besluta härom.

Östergötlands läns landsting

Den nya lagen föreslår förändring vad gäller debiteringsförfarandet. All behandling av en allmänfarlig sjukdom skall vara avgiftsfri. Om patienten söker på egen hand för sådan sjukdom skall det första besöket vara avgiftsbelagt såsom allmän sjukvård. Om allmänfarlig sjukdom därvid konstateras är sålunda de följande besöken avgiftsfria.

Det föreslagna förfaringssättet verkar logiskt. En patient som spontant söker för vård behöver med det nya förfaringssättet ej uppge i patientkassan varför han söker. De svårigheter som idag finns i detta stadium att identifiera en eventuell "smittskyddslagspatient" bortfaller. För efterföljande besök bör någon form av "identifiering" av patienten kunna ske antingen i form av särskilt behandlingskort eller genom anteckningar i patientkassans besökslista.

Kalmar läns landsting

Utredningens förslag att patienten själv skall svara för sjukvårdskostnaden vid första besöket om han/hon på eget initiativ tar kontakt med sjukvården är onödigt och krångligt. Det kan i värsta fall uppmuntra patienter med allmänfarlig sjukdom att vänta med sjukvårdskontakt tills de kallas av smittskyddsläkare. I stället bör sådana egna initiativ värdesättas eftersom de underlättar landstingets arbete med att förebygga smittspridning. Alla sjukvårdsbesök för undersökning och utredning angående allmänfarliga och anmälningspliktiga sjukdomar inklusive HTLV-3-infektion skall därför

vara kostnadsfria för patienten oavsett om han/hon själv, läkare eller annan myndighet föranstaltar om besöket.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Gävleborgs läns landsting

Bestämmelsen i 17 § om avgiftsfrihet när smittskyddsläkaren har anmodat den smittade att söka läkare, men avgift enligt 18 § samma lag vid första besöket om den smittade själv söker läkare, kommer sannolikt att vålla administrativa svårigheter. Det kan även misstänkas att denna avgift enligt 18 § kommer att avhålla personer med dålig ekonomi att söka läkare, vilket är speciellt betänkligt då det just är i denna grupp som riskerna för sjukdom är speciellt stor. Avgiftsfrihet bör därför tillämpas i dessa fall.

Kronobergs läns landsting

I 17 § smittskyddslagen föreslås att undersökning samt isolering på sjukhus skall vara kostnadsfri för den enskilde under förutsättning att åtgärden sker på anmaning av smittskyddsläkaren. Såvitt utskottet kan bedöma innebär detta att t.ex. en distriktsläkare ej kostnadsfritt kan kontrollera symptomfria kontakter till en salmonellasjuk patient utan ett formellt beslut av smittskyddsläkaren. Detta är en alltför byråkratisk ordning. Enligt utskottets mening bör kostnadsfriheten utsträckas till undersökning som utförs på landstingsanställd läkares initiativ. Det stora flertalet sådana undersökningar kommer att avse odling på faeces från symptomfria kontakter till patienter med salmonellos eller shigellos.

SACO/SR – Sveriges läkarförbund

Kostnadsfrihet bör gälla för den som kallas till smittskyddsutredningen oavsett om sjukdomen som orsakat kallelsen klassas som allmänfarlig eller ej. I vart fall är det önskvärt att kostnaden för behandlingen av en sjukdom är lika inom de olika landstingen.

Svenska Läkaresällskapet

Liksom i nuvarande lagstiftning skall läkarundersökning föranledd av bestämmelser i smittskyddslagen vara kostnadsfri för den enskilde. Här bör även fria läkemedel inkluderas.

Sällskapet finner det angeläget att denna kostnadsfrihet omfattar även sexuellt överförbara sjukdomar om dessa skall kunna bekämpas aggressivt. Fritt läkarval även utanför landstingskommunal vårdinrättning utgör en viktig förutsättning för provtagning.

Stockholms kommun

Förvaltningen delar självfallet dessa ståndpunkter men anser att även det första besöket för att diagnostisera eventuell smittsam sjukdom kunde vara kostnadsfritt i akt och mening att uppmuntra sådana undersökningar.

Utredaren anser att det finns starka skäl att avgiftsbefria undersökning och behandling av sjukdomarna gonorré och klamydiainfektion, men att landstingen själva skall avgöra detta. Förvaltningen vill framhålla att dessa båda sjukdomar framför allt är en fara för ungdomsgrupperna och anser det ytterst angeläget att man tar ställning för generell avgiftsbefrielse.

RFSU

RFSUs ståndpunkt är att smittskyddsarbetet bäst främjas av att provtagning, undersökning, behandling m. m. är kostnadsfri för patienten.

När det gäller de allmänfarliga sjukdomarna kan utredarens förslag möjligen accepteras. Förslaget innebär ju att alla åtgärder utom frivillig provtagning ska vara kostnadsfri. Enligt RFSU talar övervägande skäl för att även provtagning bör vara kostnadsfri.

RFSU kan emellertid inte dela utredarens ståndpunkt när det gäller gonorré- och klamydiainfektioner. Det sägs visserligen att starka skäl talar för att sådana undersökningar och behandlingar ska vara kostnadsfria, men utredaren stannar vid att överlåta på de olika landstingen att avgöra frågan. Med kännedom om landstingens ekonomiskt pressade situation kan man inte utgå från att landstingen beslutar om kostnadsfrihet även om de säkert instämmer i att det vore önskvärt. Det bör därför föreskrivas att provtagning, undersökning och behandling av gonorré- och klamydiainfektioner *ska* vara gratis.

Västernorrlands läns landsting

Förvaltningsutskottet har inget att erinra om förslagen om kostnader för patienten. Undersökning och behandling samt isolering bör vara kostnadsfritt för den smittade. Vad gäller gonorré och chlamydia ställer sig utskottet mera tveksamt till kostnadsfrihet. Utskottet bedömer risken för att någon skulle avstå ifrån vård på grund av kostnaderna som försumbar.

TCO

TCO ifrågasätter att den enskilde som på eget initiativ vid misstänkt smitta söker läkare själv ska betala avgiften och då från smittskyddssynpunkt. Vikten av att människor verkligen söker vård vid misstänkt smitta är så stor att kostnadsaspekten inte kan få vara avgörande. Utredningens farhågor om kostnadsdrivande effekter verkar dessutom enligt TCOs mening överdrivna.

Sveriges socionomers, personal- & förvaltningstjänstemäns riksförbund

Beträffande den enskildes kostnader för läkarundersökning så kan antingen § 17 och 18 gälla eller också kan det ankomma på landstingen själva att besluta om ev kostnadsfrihet såsom utredaren anför beträffande gonorré och klamydiainfektioner på sid 103 och 104 i betänkandet.

Genom utredarens förslag att slopa särregleringen av de veneriska sjukdomarna får den enskilde betala vanlig sjukvårdsavgift vid besök pga. gonorre, klamydia eller HTLV III-infektion. Utredaren föreslår emellertid att undersökning, vård och behandling av även gonorre och klamydiainfektion skall vara kostnadsfria trots att de inte förklaras allmänfarliga. Enligt förbundets uppfattning bör samma förhållande gälla även för HTLV III-infektion.

Kostnader för lagens genomförande

Domstolsverket

I förvaltningsdomstolarna förekommer smittskyddsmål för närvarande endast i ytterst begränsad omfattning. Smittskyddskommitténs förslag, som innebär att besluts- och besvärordningen förenklats avsevärt, kan förväntas medföra en viss ökning av antalet mål. För en ökning av målantalet talar också att infektion av HTLV-III-virus måste antas komma att anses som allmänfarlig sjukdom. Antalet mål kommer sannolikt likväl att bli så begränsat att länsrätterna, vilka kan beräknas få en minskad arbetsbelastning framöver, väl kan ta hand om denna målgrupp utan nya resurser.

Landstingsförbundet

Utredningen har sökt beräkna landstingens kostnader för smittskyddet med utgångspunkt i den föreslagna lagstiftningens krav. Enligt Landstingsförbundets mening grundar sig antagandena även i detta avseende på förhållandena vid en gynnsam epidemisituation. Tillkomsten av HTLV-III-infektionen har på ett dramatiskt sätt förändrat förutsättningarna.

Landstingsförbundet har, efter samråd med socialstyrelsen, gjort vissa beräkningar av de kostnader som vid olika utvecklingsalternativ kan komma att belasta hälso- och sjukvårdshuvudmännen som en följd av HTLV-III-situationen. Dessa beräkningar innefattar såväl vissa åtgärder för att förhindra smittspridning som vård och behandling av patienter. Kostnaderna är av en storleksordning som kommer att allvarligt påverka huvudmännens resursbehov redan under de allra närmaste åren.

Landstingsförbundet förutsätter att kostnadskonsekvenserna såväl till följd av smittskyddskommitténs förslag som till följd av HTLV-III-infektionen beaktas vid de kommande överläggningarna om samhällets ekonomiska stöd till hälso- och sjukvården. Därutöver anser Landstingsförbundet att medel bör reserveras inom ramen för det s. k. smittskyddsanslaget för att göra det möjligt för socialstyrelsen att bekosta väsentliga delar av de stora informationsinsatser på bl. a. AIDS-området som alltjämt återstår.

Stockholms läns landsting

Hela kostnaden för den föreslagna smittskyddsorganisationen inom landstinget bör täckas med statsbidrag.

Utredningens analys av kostnaderna för landstinget, om utredningens förslag genomförs, är inte fullständig eftersom den inte innehåller någon redovisning av de personalresurser som krävs i primärvården, när landstinget övertager ansvaret från kommunerna när det gäller smittskyddsarbets personinriktade insatser.

Det är orimligt att smittskyddsläkaren skall övertaga både ansvaret för de bindande förhållningsreglerna och den lokala smittskyddsutredningen, när kunskaperna om patientens personliga förhållanden finns lokalt hos primärvården. Om dessa lokala kunskaper inte utnyttjas i smittskyddsarbetet kan man risker att felaktiga eller överdrivna åtgärder vidtages. Som ovan angivits anser därför Kalmar läns landsting att primärvården skall utföra det lokala smittskyddsarbetet och avrapportera detta till smittskyddsläkaren på sätt som beskrivits.

Det lokala smittskyddsarbetet inom primärvården innebär behov av personalförstärkning i form av kurator alt sjuksköterska. Detta arbetes omfattning kan inte grundas bara på de slutgiltigt verifierade sjukdomsfallen av allmänfarliga sjukdomar, som gjorts i utredningsförslaget, eftersom det också inbegriper åtgärder och utredning vid misstänkta fall av allmänfarlig sjukdom, antalsmässigt 2–4 gånger fler.

Detta betyder, även om arbetet med nödvändighet är intermittent, ett genomsnittligt resursbehov av minst 1 dag/vecka och primärvårdsområde. Detta betyder att landstingens kostnader för den nya smittskyddslagens genomförande blir högre än vad utredningen beräknat.

En anledning till att utredningen inte uppmärksammat detta ytterligare resursbehov kan vara att man sneplat på förhållanden i större tätorter, där ofta betydande resurser för smittskyddsutredningar redan finns på olika specialistkliniker respektive på stora vårdcentraler, vilket ger en missvisande bild av tillgängliga resurser på mindre orter i ett normallandsting.

Kristianstads läns landsting

Utredarens redovisade uppfattning att landstingets ökade kostnader i stort kommer att bestå av administrativa insatser biträdes. Likaså torde ingen invändning kunna anföras mot utredarens uppfattning att de minskade patientavgifterna torde vara av marginell natur. Möjligen kan vissa kostnadsminskningar uppstå genom att landstingen genom sin smittskyddsläkare för viss kontroll över hur omfattande blodtagning skall äga rum på människor enl smittskyddslagen.

Även om utredningens förslag till ny smittskyddslag tillstyrkes av den medicinske företrädaren vill jag härmed påpeka de ekonomiska konsekvenserna av förslagen. Därest riksdagen godkänner förslaget till ny smittskyddslag enl av utredaren redovisade grunder bör resursförstärkning ske till den samhällsmedicinska enheten för ytterligare läkartimmar samt sekreterarinsatser fr. o. m. lagens ikraftträdande vilket förutsatt ske fr. o. m. 1987.

Kostnaderna för förslaget beräknas bli tillsammans 8 miljoner kronor för landstingskommunerna. De ökade kostnaderna förutsättes beaktas vid framräknande av statliga bidrag till hälso- och sjukvården. Kostnaderna kan dock bli större i anledning av AIDS-epidemin.

Örebro läns landsting

Förslaget om dimensionering av resurserna för smittskyddsarbetet (som i utredningen exkluderar HTLV-III-problematiken) till att i ett ordinärt län fordras 0,5 överläkartjänst och 1,0 kanslistjänst synes någorlunda adekvat. Utskottet menar dock att som alternativ bör övervägas en epidemi-sjuksköterska eller motsvarande i stället för kanslist.

Västmanlands läns landsting

De organisatoriska, men framför allt de ekonomiska konsekvenser, som förslaget utmynnar i, är inte helt klarlagda. Enligt landstingets mening måste en samlad bedömning av de med smittskyddet förenade kostnaderna finnas. De förhållanden som reglerar ersättningen till personer som på olika sätt drabbas av samhällsåtgärder måste vara klarlagda innan förslaget till ny lag tages. Landstinget stöder här reservanten Karl-Henrik Ströms uppfattning. Landstinget ställer sig vidare något tveksam till den bedömning utredaren gör angående behovet av arbetsinsatser och övriga ekonomiska resurskrav som ställs på verksamheten i ett normallandsting. Med det förslag och de ansvarsåligganden landstinget åläggs enligt utredaren genom smittskyddslagen och med det ansvar som redan åvilar landstinget jämligt HSL kommer det totala smittskyddsarbetet att kräva en större insats än utredaren angivit.

Kopparbergs läns landsting

När det slutligen gäller utredningens förslag till compensation för sjukvårdshuvudmännens ökade kostnader för smittskyddsuppgifterna är resonemanget oklart. Förslaget skulle kunna tydas så att verksamheten skulle finansieras av det särskilda bidraget om för närvarande 48 kr/invånare som utgår från staten som ersättning för förebyggande åtgärder. Förvaltningsutskottet vill understryka, att en sådan tolkning inte accepteras. Förvaltningsutskottet förutsätter, att i så fall den särskilda ersättningen uppräknas med ett belopp motsvarande minst den nivå som utredningen antyder, nämligen 1 krona 60 öre/invånare och år. En sådan ersättning motsvarar för Kopparbergs läns landsting drygt 450 000 kronor. En sådan ersättning täcker nätt och jämt kostnaderna för en enda läkartjänst, varför förvaltningsutskottet förutsätter att ersättningen höjs i förhållande till vad utredningen föreslagit.

Förvaltningsutskottet anser att resurserna för smittskyddet behöver förstärkas. Den föreslagna resursen om en halvtid smittskyddsläkare och en heltid verkar rimligt.

Västerbottens läns landsting

I utredningen förs vissa diskussioner om vilka ekonomiska konsekvenser förslaget till ny smittskyddslag har för landstingen och siffran 8 milj kr nämns. Även om denna siffra är minimisiffra förefaller den vara alltför låg. Utskottet vill dock särskilt framhålla angelägenheten av att landstingen ekonomiskt kompenseras för de kostnader som t. ex. ny lagstiftning medför. Detta inte minst mot bakgrund av att förslag i varje enskild statlig utredning ej behöver få några större kostnadskonsekvenser för landstingen men med hänsyn till det stora antalet utredningar kan de sammantagna kostnadsökningarna för landstingen bli avsevärda. Beträffande ekonomiska konsekvenser av ny smittskyddslag kan landstingen med fördel kompenseras genom påslag på schablonen för förebyggande verksamhet. Inom Västerbotten har kostnaderna för sjukdomen AIDS hitintills varit tämligen begränsade. Vilken utveckling denna sjukdom får i framtiden går för närvarande ej att uttala sig om. Utskottet förutsätter dock att om kostnaderna för att hindra smittspridning m. m. av AIDS kraftigt skulle öka, bör landstingsförbundet under löpande år kunna uppta överläggningar med staten om kompensation till landstingen.

Norrbottens läns landsting

Smittskyddskommittén beräknar att ett landsting med 250 000 invånare har ett personalbehov av 0,5 smittskyddsläkare och 1,0 kanslist under normala förhållanden. Kommittén uppskattar utifrån detta kostnadsökningen till 400 000 kronor per år. Denna kostnad anser man bör kunna inrymmas inom den ersättning från allmänna försäkringen som redan utgår för förebyggande åtgärder.

Förvaltningsutskottet anser det principiellt felaktigt att nya uppgifter åläggs landstingen samtidigt som hänvisning sker till tidigare träffade ekonomiska överenskommelser. Satsningen på förebyggande hälsovård är redan nu av den omfattningen att den mer än väl bör uppfylla förutsättningarna vid avtalets träffande. Det är därför utskottets uppfattning att den nya smittskyddslagen och dess konsekvenser för landstingen bör tas med i kommande förhandlingar mellan staten och landstingsförbundet.

Som utskottet tidigare framhållit i olika avsnitt kommer det nya smittskyddet att innebära ett väsentligt merarbete, speciellt gäller detta i län av Norrbottens omfattning. Förvaltningsutskottet anser därför inte kommitténs kostnadsberäkning svara mot de verkliga förhållandena.

Avslutningsvis vill förvaltningsutskottet framhålla att landstingen redan idag orsakas stora kostnader för aktiviteterna kring sjukdomen AIDS. Det

är därför viktigt att landstingen erhåller rimlig ekonomisk ersättning för sina insatser inom smittskyddet.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Västerviks kommun

Någon besparing för kommunerna om landstinget får hela ansvaret för personinriktade åtgärderna i smittskyddet uppstår i realiteten ej. Arbetsinsatserna är ej av den storleksordning att några personella besparingar kan göras. Utredningen har angivit att cirka 3 % av miljö- och hälsoskyddsinspektörernas arbetstid tas i anspråk för smittskydd i dagsläget. Landstinget torde däremot få väsentligt högre kostnader än vad utredaren angivit för att bistå smittskyddsläkaren i det praktiska smittskyddsarbetet.

Krigs- och beredskapstillstånd

Försvarets sjukvårdsstyrelse

SjvS grundinställning är att gällande fredsbestämmelser bör om möjligt vara så utformade att övergång till beredskaps- och krigsläge kräver minsta möjliga ändring av fredsrutinerna.

Under krigsförhållanden föreligger speciella epidemiologiska omständigheter orsakade bland annat av ändrade sanitära förhållanden. Infektionsjukdomar som är sällsynta i vårt land i fredstid kan ge upphov till svåra epidemier. SjvS vill även betona möjligheterna av att B-stridsmedel kan komma till användning. Situationen regleras genom vad som sägs i 22 § i förslaget till ny smittskyddslag. SjvS kan emellertid tänka sig ett läge där liknande förhållanden råder utan att de särskilda föreskrifterna enligt 22 § punkt 3 hunnit sättas i kraft. Möjligheten av att Sverige i ett "skymningsläge" utsätts för överraskande B-angrepp, förtäckt eller öppet, gör det nödvändigt att snabbt kunna vidta adekvata smittskyddsåtgärder utan att särskilda beslut behöver fattas på regeringsnivå. Avvaktan på sådant beslut kan innebära allvarlig fördröjning av smittskyddsarbetet. SjvS föreslår att man särskilt beaktar detta förhållande i lagstiftningen.

Som konkreta åtgärder föreslår SjvS att smittkoppor, som är ett tänkbart B-stridsmedel, fläckfeber och återfallsfeber upptas som allmänfarliga sjukdomar.

Vidare bör Lassafeber, Ebolasjukdom och Marburgsjukdom sammanföras under begreppet "virala hemorragiska febrar" för att förenkla handläggningen vid eventuell B-krigföring med andra agens tillhörande denna grupp.

Enligt gällande lag kan vid allmänfarlig sjukdom regering eller länsstyrelsen efter bemyndigande, förordna om isolering av befolkningen inom ett visst område eller jämförbar åtgärd. Utredaren anser att en sådan åtgärd förutsätter att det förekommer ett stort antal sjuka eller smittbärare som inte har kunnat identifieras och därför inte har kommit under läkarvård. Det framförs vidare att det är osannolikt att en sådan situation kan uppkomma vid allmänfarliga sjukdomar och man föreslår därför att bestämmelsen upphör att gälla.

SjvS instämmer i utredarens synpunkt vad gäller förhållandena under fredstid. I ett "skymningsläge" med hårt ansträngda hälso- och sjukvårdsresurser skulle emellertid en sådan situation kunna uppstå till följd av en epidemi, antingen denna har naturliga orsaker eller uppstått genom B-krigföring. Civilbefälhavarens möjlighet, att efter egen bedömning av läget i en krissituation, vidtaga särskilda åtgärder bör betonas och stärkas. SjvS anser i övrigt att bestämmelserna bör kvarstå i sin nuvarande utformning.

Utredaren föreslår att en ny paragraf införes i smittskyddslagen där det fastställs, att landstingskommunerna under fredstid skall vidta förberedelser för smittskyddet under krigs- och beredskapstillstånd. SjvS understryker behovet av en sådan föreskrift.

Civilbefälhavaren

CB finner det angeläget att redan här slå fast betydelsen av att den fredstida organisationen blir så utformad att den med bibehållen funktionsnivå kan övergå i krigsorganisation.

Mot den bakgrund som anförts ovan anser CB att det är nödvändigt att smittskyddsläkaren får en sådan organisatorisk knytning till länsstyrelsen såväl i fred som krig att man inte får en "konstgjord" delning mellan person- och objektsinriktat smittskydd. Formerna för en sådan samverkan kan givetvis vara flera, men CB har redan pekat på det förhållande som rådde mellan länsläkare och länsstyrelse.

I ett beredskaps- eller krigsläge kommer länsstyrelsen att ha vidgade ledande uppgifter för bl. a. hälsoskyddet. Smittskyddsläkaren bör då samgrupperas i en inom krigslänsstyrelsen gemensamt organiserad sektion (B) som innehåller ansvariga representanter för bl. a. regionalt hälsoskydd, miljöskydd och veterinärverksamhet. Samgruppering sker med militär myndighet (fo) och landstingets sjukvårdsledning.

En fungerande krigsorganisation förutsätter förberedelser i fred. Det är allmänt omvittnat att förhållandena i krig skall avvika så litet som möjligt från förhållandena i fred. Därför bör länsstyrelsen redan i fred medverka i den sammantagna smittskyddsverksamheten vilket ytterligare styrker vad som ovan anförts om samverkan mellan objekt- och personinriktade smittskyddsåtgärder.

Länsstyrelsen i Stockholms län

I ett beredskaps- eller krigsläge kommer länsstyrelsen att ha vidgade ledande uppgifter för bl. a. hälsoskyddet. Smittskyddsläkaren bör då samgrupperas i en inom krigslänsstyrelsen tillsammans med militära myndigheter gemensamt organiserad sektion som innehåller ansvariga representanter för bl. a. regionalt hälsoskydd, miljöskydd, veterinärverksamhet.

En fungerande krigsorganisation förutsätter förberedelser i fred. Det är allmänt omvittnat att förhållandena i krig skall avvika så litet som möjligt från förhållandena i fred. Därför bör länsstyrelsen redan i fred medverka i smittskyddsverksamheten särskilt i vad avser det objektsinriktade smittskyddet.

Vad gäller ansvarsfördelningen mellan landstinget och primärvården anser länsstyrelsen att det i ett beredskaps- eller krigsläge inte torde vara möjligt att från regional ledningsinsatsen i detalj dirigera lokala epidemier eller enskilda fall. I detta läge är det en uppenbar risk för ökad frekvens av lokala epidemier. Detta talar för att det från beredskapssynpunkt är bättre med en decentralisering av det personinriktade smittskyddet till primärvården.

Västerviks kommun

Vid ofred torde ännu större problem uppstå med de då ansträngda sjukvårdsförhållandena och besvärliga kommunikationsproblem. En regel är nämligen att samma uppgift en verksamhet har i fred också skall fullgöras i beredskap och krig.

Karantänsbestämmelser

Socialstyrelsen

Med tanke på vilka sjukdomar som i dag regleras av International Health Regulations (IHR) instämmer socialstyrelsen i att en förenkling av förfarandet bör eftersträvas.

Statens bakteriologiska laboratorium

Karantänsreglerna behöver ses över i samband med beredningen av proposition om smittskyddslagen. Det är därvid angeläget att reglerna ses i sitt internationella sammanhang.

Generaltullstyrelsen

Utredaren lämnar inga förslag till vad dessa föreskrifter skall innehålla men föreslår att karantänväsendet bör förenklas och anpassas till bl. a. den föreslagna smittskyddslagen och hälsoskyddslagen (1982:1080). Utredaren anser bl. a. att i den omfattning en hälsodeklaration från fartygs- och luftfartygsbefälhavare bedöms behövlig också i framtiden den istället bör kunna lämnas per radio i den förhandsanmälan som skall göras till tullverket. Enligt 8 § tullordningen (TFS 1973:159) skall befälhavare på inkommande fartyg på förhand meddela när fartyget beräknas komma till tullklaringsområde och lämna uppgift om fartyget och dess last (förhandsanmälan). Detta gäller ej om fartyget går i regelbunden trafik enligt tidtabell som delgivits tullanstalten i förväg.

Förhandsanmälan, som får vara muntlig, skall göras hos någon av tullverkets sambandscentraler samt göras senast 24 timmar innan fartyget beräknas komma till tullplatsen.

Förhandsanmälan skall innehålla uppgift om fartygets namn, slag, nationalitet och storlek, ort eller orter som senast besökts, last och antal passagerare, tullklaringsområde dit fartyget skall föras och den beräkna-

de tiden för ankomsten. Lasten behöver endast anmälas summariskt. Medföres oemballerade smittfarliga varor eller hälso- och miljöfarliga varor skall detta alltid uppges särskilt.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

Motsvarande system finns för lufttrafiken. Förhandsanmälan skall göras för alla luftfartyg, linjefart undantagen, som ankommer till andra flygplatser än de som ständigt är bemannade med tullpersonal. Den skall göras senast två timmar före beräknad ankomst till flygplatsen.

För tullverkets del kan hälsodeklaration mycket väl lämnas samtidigt som förhandsanmälan görs. Tullmyndigheten bör sedan enligt utredaren kunna åläggas skyldighet att till smittskyddsläkaren vidarebefordra anmälan om misstänkt karantänjukdom ombord, vilket inte innebär någon större skillnad mot nuläget.

Rättbekämpning som nu sker med stöd av bestämmelser i karantänsförordningen anser utredaren bör kunna ske med stöd av hälsoskyddslagen. Det bör även fortsättningsvis ankomma på tullmyndigheten att underrätta miljö- och hälsoskyddsnämnden enligt vad som ovan sagts.

Enligt generaltullstyrelsens mening bör fortsättningsvis också gälla att socialstyrelsen skall samråda med tullverket när föreskrifter som berör tullverkets verksamhetsområde skall utfärdas.

Svenska kommunförbundet

Utredarens förslag att karantänsväsendet förenklas och anpassas till den nya smittskyddslagen, tillstyrks av styrelsen. Förenklingen av karantänsväsendet får dock inte drivas så långt att Sverige går ifrån det av WHO antagna International Health Regulations (IHR) som Sverige åtagit sig att följa och det samarbetsavtal som tecknats med de övriga nordiska länderna. De uppgifter miljö- och hälsoskyddsnämnden har enligt karantänsförordningen bygger i grunden på samhällets intresse att skydda sig mot smittsamma, utifrån kommande sjukdomar. En internationell samstämmighet i lagstiftning och tillämpning bör eftersträvas.

Göteborgs kommun

Det är beklagligt att utredningen ej lägger förslag om ändringar av karantänsregler m m. Det förutsätts att dessa ses över i samband med propositionsarbetet. De internationella reglerna torde dock försvåra snabba förändringar.

Svenska Läkaresällskapet

Det är beklagligt att utredningen ej lägger förslag om ändringar av karantänsregler m m. Det förutsätts att dessa ses över i samband med propositionsarbetet. De internationella reglerna torde dock försvåra snabba förändringar.

Skolöverstyrelsen

Skolhälsovården har genom sin närhet i elevernas vardagliga arbetsmiljö stora möjligheter att bedriva ett aktivt förebyggande och uppspårande smittskyddsarbete och att därvid underlätta anpassningen i skolmiljön för elever med allmänfarliga sjukdomar. På individnivå kan denna verksamhet förbättras genom att skolhälsovården får kännedom om inträffade fall. Det blir då möjligt att snabbt reagera vid t. ex. tendens till panikreaktion då skolan eller föräldrar trots sekretess får kännedom om allmänfarlig sjukdom hos elev. Sådana tendenser till panikreaktion som t. ex. uppstått kring elever med HTLV-3-smitta har framgångsrikt kunnat mötas med hjälp av snabbt insatt riktad information. Anmälningsskyldighet till skolhälsovården (och även barnhälsovården) bör därför enligt SÖ:s mening införas för allmänfarliga sjukdomar hos skolbarn.

Skolhälsovården bör även underrättas när skolbarn ingår i miljöundersökning av allmänfarliga sjukdomar, framför allt de med lång inkubationstid, t. ex. tuberkulos, hepatit B, typhoid, amöbadysenteri, paratyphoid. Meddelandet bör omfatta vem som haft sjukdomen och tidpunkten för exposition och ges även om undersökningen varit normal. Härigenom får skolhälsovården ökade möjligheter att vara observant och reagera snabbt om en elev senare får symtom, som kan vara diffusa och svårtolkade. Förutom smittskyddsläkaren bör även skolläkaren ges möjlighet att remittera till undersökning på misstanken allmänfarlig sjukdom, dvs utan kostnad för patienten. Somliga föräldrar, såväl svenska som invandrare, finner det idag från praktisk och ekonomisk synpunkt oacceptabelt att hänvisas till ytterligare en läkare enbart för att få en remiss till undersökning, t. ex. lungröntgen, hepatitprover och salmonellaprover. Det visar sig ibland omöjligt att motivera dem härtill, trots att de inte motsätter sig själva undersökningen.

Skolhälsovårdens smittskyddsstatistik över vissa årskursers vaccinationsstatus är ett viktigt led i smittskyddsarbetet. Denna statistik har förts sedan 1982 av SÖ, i samarbete med SBL:s epidemiologiska avdelning. Medel bör tillställas SÖ för detta arbete. Det är enligt SÖ önskvärt att ett centralt vaccinationsregister upprättas, t. ex. i socialstyrelsen, så att uppgifter om varje patients vaccinationsstatus finns tillgängligt för de olika sjukvårdsinrättningarna. Erfarenhetsmässigt glömmar man i stor omfattning vilka vaccinationer man fått, och skriftliga besked tappas ofta bort. På detta sätt skulle man kunna undvika att "överbaccinera", så som nu ofta sker med t. ex. stelkrampsvaccinering i akutvården.

Vårdutbildningarnas praktikperioder kan innebära smittrisk för eleverna vid vård av patienter med allmänfarlig sjukdom. Det bör klarläggas vem som i detta läge har ansvaret för information till eleverna, sjukhuset eller skolan. Det är också angeläget att frågan om ersättning till smittad elev utreds. Problem kring denna fråga har förelegat vid hepatitsmitta hos elever.

Sjukdomar som inträffar vid bad är som regel varken allmänfarliga eller anmälningspliktiga. Ibland drabbas dock ett större antal badande av infektioner som kräver snabba åtgärder och kvalificerad specialisthjälp. Åtgärderna mot dem är i huvudsak objektrelaterade och måste vidtagas med annan lagstiftning än smittskyddslagen. Symptomen på dessa infektioner är dock ofta ospecifika och allmänpraktiserande läkare har svårigheter att ställa rätt diagnos och lokalisera smittkällan.

De smittproblem som uppkommer vid bad är oftast en följd av brister i tekniskt avseende. Enligt lagstiftningen är naturvårdsverket och länsstyrelsen tillsynsmyndighet vad gäller badvattenfrågor. I samband med att länsläkarorganisationen avskaffades överfördes länshälsovårdskonsulenter till länsstyrelserna 1981. Därefter har i flera län dessa tjänster förändrats och helt annan kompetens satts in. Tidigare har miljö- och hälso- skyddsnämnderna kunnat få råd och hjälp på regional nivå. Kompetensbristen belastar naturvårdsverket som tvingas ge service i detaljfrågor till kommunerna i stället för att arbeta med viktiga centrala tillsynsfrågor som allmänna råd, information och utbildning.

Hovrätten över Skåne och Blekinge

När det gäller den lagtekniska utformningen vill hovrätten anföra följande. Hovrätten är principiellt tveksam till att i lagtexten införa sådana allmänna programförklaringar som anges i 1 §. Denna paragraf saknar varje betydelse från juridisk synpunkt och kan lämpligen utmönstras ur förslaget. Hovrätten vill i detta sammanhang också peka på att ordningsföljden i 2 § bör kastas om så att kriterierna nämns först. Vidare bör det i 19 § konkret anges att, i stället för "den som", det är den smittade som straffas. Hovrätten finner också att 22 § 4. är alltför lösligt formulerad. Varken lagtexten eller motiven ger svar på om "till skydd för enskilda" avser att skydda den smittade eller övriga medborgare. Överhuvudtaget är lagtextens utformning sådan att den bör bli föremål för en språklig uppstramning och bearbetning, varvid man bör byta ut exempelvis sådana uttryck som "objektinriktade åtgärder" och "explosiv", som mera hör hemma i politiker- och journalistjargong än i en seriös lagtext.

Länsrätten i Stockholms län

Länsrätten saknar i betänkandet en redogörelse för regeringsformens bestämmelser om fri- och rättigheter, i den utsträckning de berörs av behövliga inskränkningar från smittskyddssynpunkt, och en analys av de avvägningar som måste göras mellan fri- och rättigheter, på den ena, och smittskyddsaspekter på den andra sidan.

På samma sätt saknas i betänkandet en redovisning av regeringsformens föreskrifter om fördelningen av lagstiftningskompetensen mellan riksdagen, regeringen och regeringen underställda myndigheter och betydelsen därav för smittskyddsområdet.

Förslagen i betänkandet synes på ett antal punkter oförenliga med föreskrifterna i regeringsformen. I andra hänseenden kan förslagen starkt ifrågasättas.

De verkningfulla medel och åtgärder som behövs för ett effektivt smittskydd kommer i hög grad i konflikt med de regler och principer som gäller i fråga om integritet och sekretess. Länsrätten saknar i betänkandet en analys och en avvägning även av dessa intressekonflikter.

En sådan analys hade också bort omfatta frågan om lämpligheten av att dela upp lagstoffet i två lagar en som innehåller de direkta smittskyddsreglerna och en annan med bestämmelserna om tvånget (jfr lösningarna i de sociala vårdlagarna). Behovet av särbestämmelser eller särlagstiftning för viss eller vissa sjukdomar, t. ex. HTLV-III-infektion hade också bort övervägas.

Länsrätten saknar i betänkandet en samordning mellan smittskyddslagen och övrig smittskyddslagstiftning. Länsrätten saknar också en samordning med vårdlagarna. Samordningen brister vidare mellan allmänfarliga och övriga smittsjukdomar liksom med karantänslagstiftningen och hälso- och sjukvårdslagen.

Den föreslagna smittskyddslagen saknar en godtagbar disposition. Den brister därför i överskådlighet. Härtill kommer att den har en rad häpnadsväckande luckor. Den har vidare en terminologi som avviker från närliggande områden och från vad som är vedertaget. Språket är rättsligt oprecist.

Länsrätten saknar i lagförslaget en heltäckande redovisning av erforderliga åtgärder från smittskyddssynpunkt och av uppgiftsfördelningen mellan olika inblandade organ. Tvångsåtgärderna är i betydande omfattning ofullständigt reglerade.

Man hade i betänkandet mera bort utgå från faktiska behov och vad som är möjligt enligt regeringsformen än från nuvarande ordning.

Behandlingen av HTLV-III är närmast upprörande. Kommittén lägger fram ett förslag till en ny smittskyddslag i en tid då man vet eller borde veta att infektion av HTLV-III är en stor farsot utan bot med starkt stigande spridning utan att ta ställning ens till om sådan infektion bör hänföras till allmänfarlig smittsjukdom, än mindre fråga sig vilka krav som HTLV-III ställer på smittskyddslagstiftningen.

Länsrätten delar inte ett antal värderingar eller uppfattningar som kommer till uttryck i betänkandet och i förslaget till smittskyddslag. Vissa av de uppfattningar som redovisas i betänkandet bygger enligt länsrättens uppfattning på rena "flumresonemang".

Även en ny smittskyddslag bör enligt länsrättens uppfattning utgå från att envar som vet eller har anledning anta att han eller hon är smittad av (allmänfarlig) smittsjukdom skall vara skyldig att söka läkare och underkasta sig erforderlig undersökning och behandling.

Talet om att all smittskyddsvård och smittskyddsbehandling skall vara frivillig därför att vård enligt hälso- och sjukvårdslagen är frivillig är häpnadsväckande. Det innebär inte annat än en ren kapitulation för smittskyddet samtidigt som den enskilde kan isoleras på obestämd tid (enligt lagförslaget även den som bara är misstänkt smittad).

Länsrätten finner det vara resursslöseri och uttryck för grav byråkrati att smittskyddsläkaren i stället för vårdläkarna primärt skall meddela förehållningsregler för behandling av vårdläkarnas patienter.

På anförda skäl finner länsrätten att betänkandet inte är ägnat att läggas till grund för lagstiftning. Bristerna är så stora att det krävs en genomgripande omarbetning som inte kan ske inom ramen för arbetet på en lagrådsremiss. Länsrätten tar sig friheten framhålla att det lämpligen borde ske under ledning av en juridiskt skolad person med erfarenhet av lagstiftningsarbete.

Länsrätten tillåter sig framhålla att samhället inte är betjänt av något lapptäcke eller någon ad hoc-lagstiftning vare sig på smittskydds- eller missbruksområdet. De behov som föreligger att kraftfullt motverka spridning av HTLV-III får inte föranleda att man tappar koncepterna och glömmer bort att HTLV-III är ett, låt vara, mycket allvarligt specialproblem både på smittskyddssidan och inom missbruksområdet. Grundregleringen både i fråga om smittskydd och missbruksvård måste ha en helt annan och mycket bredare träffyta. De krafttag som krävs för att hindra spridning av HTLV-III krävs av allt att döma långt ifrån över hela smittskydds- eller missbrukslinjen.

Genom betänkandet och av vad som kommer fram vid remissbehandlingen av detta kommer man emellertid sannolikt att få fram underlag för erforderliga beslut för att snabbt komma till rätta med de värsta bristerna i den nuvarande lagstiftningen.

Vad som för närvarande enligt länsrättens uppfattning framstår som mest angeläget är att undanröja de värsta hindren för en effektiv bekämpning av spridningen av HTLV-III. För övriga smittsjukdomar kan vi utan vidare leva med nuvarande lagstiftning under den tid som det tar att ersätta denna med en ny som uppfyller de krav som från olika utgångspunkter bör ställas.

Frågor med anknytning till regeringsformen

Varje medborgare är enligt 2 kap. 8 § regeringsformen gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövande och även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket. Medborgarna är vidare enligt 2 kap. 6 § regeringsformen skyddade mot bl. a. kroppsligt ingrepp. Dessa fri- och rättigheter kan, förutom i några här inte aktuella undantagssituationer, enligt 2 kap. 12 § regeringsformen begränsas endast genom lag.

Enligt 8 kap. 3 § regeringsformen skall föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller åligganden för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden meddelas genom lag.

Efter bemyndigande i lag kan regeringen utan hinder av 8 kap. 3 § regeringsformen genom förordning meddela föreskrifter som avser skydd för bl. a. liv eller hälsa. Då ställs i gengäld upp krav på bemyndigandets innehåll och utformning.

Flera av föreskrifterna i den föreslagna nya smittskyddslagen är ofören-

liga med eller betänkliga med hänsyn till innehållet i de angivna paragraferna i regeringsformen.

Skyldigheten att låta sig tvångsisoleras utgör en klar frihetsinskränkning. Huvudregeln måste därför vara att det skall anges i lag för vilka sjukdomar som tvångsisolering får tillgripas. Kommittén har inte anfört tillräckliga skäl för att detta skall bestämmas av regeringen. Därtill kommer att formuleringarna i den föreslagna 2 § är vaga och oprecisa. Länsrätten kan inte dela kommitténs ståndpunkter när det gäller vilka sjukdomar som täcks respektive inte täcks av rekvisiten. Till yttermera visso skall det ankomma på regeringens fria skön huruvida en sjukdom som uppfyller rekvisiten skall förklaras som allmänfarlig eller ej.

Karantänsfrågorna föreslås i sin helhet falla in under bemyndigandet i 22 § p. 1 i den föreslagna smittskyddslagen. Länsrätten kan inte finna annat än att karantänsbestämmelserna måste innehålla såväl frihets- som egendomsinskränkningar. Frihetsinskränkningarna kräver villkorslöst lagform. För egendomsinskränkningar framstår det som helt otillräckligt att de skall härledas ur en delegationsbestämmelse av helt allmänt innehåll.

Den nuvarande smittskyddslagen upptar i 11 § en bestämmelse enligt vilken regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, länsstyrelsen under vissa angivna förutsättningar kan förordna bl. a. om isolering av befolkningen inom visst område. En sådan föreskrift kräver lagform. Det är så dags att börja fundera på ett riksdagsbeslut när en epidemi har brutit ut. Till skillnad från kommittén anser länsrätten att en sådan föreskrift inte kan undvaras.

Den nuvarande smittskyddslagen innehåller i 10 § föreskrifter om smittrening eller förstörande av egendom samt om intrång i enskilda utrymmen. Kommittén har funnit att dessa föreskrifter i sin helhet kan ersättas av hälsoskyddslagen i gällande lydelse. Länsrätten finner att så inte är fallet men har inte gått in på någon närmare granskning av vare sig lagstiftnings-tekniken eller av vad som faller bort.

Allmänt anser länsrätten att det i den föreslagna lagen saknas en stor mängd föreskrifter som bör ges i lagform. Redan en ytlig jämförelse med LVU eller LVM bestyrker detta påstående. I stället har de föreslagna delegationsbestämmelserna gjorts betänkligt vidlyftiga.

Kommittén har inte bara gjort ett stort antal motivuttalanden som bör tas in i lagtexten. I något fall har kommittén t. o. m. gjort undantag från lagtexten i motivuttalanden.

Länsrätten i Östergötlands län

Länsrätten vill då helt allmänt om lagförslaget anföra att det tyvärr måste anses mindre väl tillgodose de krav som måste ställas på en lag av detta slag. Kommittén har inte förmått att frigöra sig från den nu gällande smittskyddslagen som i sin tur bygger på ålderstigna förlagor. Man skriver helt enkelt i våra dagar inte en lag så som kommittén gjort och man gör det så mycket mindre som socialberedningen lagt ner ett stort arbete på att få till stånd moderna lagar på det sociala fältet och det därför finns goda förebilder att följa. Länsrätten vill därför starkt understryka att lagförsla-

get är i behov av en genomgripande omarbetning för att kunna läggas till grund för en ny lag som fyller de krav som måste ställas och att LVU och LVM därvid bör tjäna som förebilder i lagtekniskt hänseende.

Prop. 1988/89:5

Bilaga 3

Länsrätten i Malmöhus län

Landstingen har ålagts huvudansvaret för smittskyddet. Frågorna om långsiktig planläggning och om kostnaderna för vård som uppkommer på grund av en allmän farsot eller en beredskap mot en sådan är emellertid inte lösta. Enligt länsrättens uppfattning bör dessa frågor nu utredas. Det bör också ges centrala föreskrifter om planläggning för nuvarande vård av kända riskgrupper, t. ex. injektionsnarkomaner, eftersom narkomanvården är långt ifrån tillräckligt utbyggd.

Karantänväsendet, tullen och andra offentliga organ kan komma att få viktiga uppgifter när det gäller att öka skyddet mot att smitta införes i landet. Också dessa frågor bör snarast ägnas uppmärksamhet.

5 §

Enligt socialstyrelsens anvisningar om tillämpningen av nuvarande smittskyddslag vid HTLV-III-infektion bör var och en som har haft sexuellt umgänge med en person ur en riskgrupp eller som har använt någon annans injektionsspruta söka läkare för att kontrollera om han är smittad.

Enligt 5 § andra stycket utredningsförslaget jämföras den som skäligen kan misstänkas ha en allmänfarlig sjukdom eller bära ett smittämne som kan orsaka en sådan sjukdom. I specialmotiveringen sägs på sid 153 att det inte räcker med ett obestämt antagande om smitta utan att det skall föreligga en medicinskt välgrundad misstanke.

Utredarens förslag är mindre preciserat än socialstyrelsens anvisningar. Länsrätten anser att det i specialmotiveringen till 5 § bör göras förtydliganden så att de grupper som omfattas av nämnda anvisningar faller in under begreppet smittad i smittskyddslagen.

10 §

Bestämmelser saknas om smittskyddsläkarens kontroll av att givna förhållningsregler följs. Enligt länsrättens mening bör det övervägas om det inte är lämpligt att utöka den kontroll som medicinalpersonal helt allmänt har att göra enligt 6 § smittskyddsförordningen.

11 §

Enligt 14 § nu gällande smittskyddslag kan länsstyrelse besluta att den skall inställas hos läkare för undersökning eller behandling som underlåter att följa anmaning om sådan inställelse. Vidare kan länsrätt besluta om intagning på sjukhus, om det finns grundad anledning befara att vederbörande skall sprida smitta. Kan det skäligen befaras att anmaning icke skulle efterföljas, får beslut som nu sagts meddelas utan att anmaning har skett.

Utredningsförslaget saknar motsvarighet till sistnämnda bestämmelse. Länsrätten anser att en liknande regel bör inarbetas i den kommande smittskyddslagen.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

22 §

Innebörden och omfattningen av regeringens befogenheter bör förtydligas. Kan t. ex. i befogenheterna inrymmas rätt att förordna om tvångsvaccinering eller om avspärrning av ett område, där ett stort antal smittade befinner sig?

Länsstyrelsen i Stockholms län

Utredningen har nämnt att miljö- och hälsoskyddsnämnd är lokal tillsynsmyndighet för bl. a. miljöskyddslag och livsmedelslag. Dock har inte nämnts att de lokala nämnderna inte är tillsynsmyndighet för epizootilagen, köttbesiktningsslagen och vissa delar av miljö- och hälsoskyddslagstiftningen. Ej heller skall anmälan om och åtgärder vid anmälningspliktiga sjukdomar hos djur gå via miljö- och hälsoskyddsnämnd. I stället är det länsstyrelsen och länsveterinären som enligt epizootilagen har såväl tillsynsansvar som visst verkställighetsansvar beträffande smittskyddsåtgärder.

Landstingsförbundet

Landstingsförbundet konstaterar att kommittén i sitt arbete utgått från det förhållandevis gynnsamma epidemiläge som rådde under 1980-talets första år. Därigenom har förslagen kommit att till stor del styras av intresset av att förenkla och rationalisera. Under utredningsarbetets gång har dock flera påtagliga förändringar inträffat när det gäller epidemiläget som belyser riskerna med att anpassa smittskyddet till ett alltför gynnsamt läge. Värt att särskilt nämnas är difteriepidemin 1984 och det förhållandet att HTLV-III-infektion/AIDS kommit att alltmer uppmärksammas som ett allvarligt smittskydds- och vårdproblem. Det begränsade antal telefonintervjuer med vissa personalkategorier verksamma inom smittskyddet som utredningen vidtagit 1982 är därför av begränsat värde som en av utgångspunkterna för reformering av smittskyddet.

Till stora delar kan emellertid Landstingsförbundet likväl tillstyrka de av smittskyddskommittén redovisade förslagen inom ramen för ett vidgat landstingsansvar.

Landstinget i Uppsala län

Vi finner det olyckligt att anmälningarna till smittskyddsläkaren skall betraktas som allmänna handlingar enligt tryckfrihetsförordningen.

I betänkandet förs diskussioner kring ett antal frågeställningar (t. ex. patientavgifter, dispensärsverksamheten) och vilka utmynnar i förslag att varje landsting själv ska besluta över vad som ska gälla. Utskottet instämmer i att dessa frågeställningar inte är av den karaktären att den behöver regleras i särskild lagstiftning. Det är dock inte heller acceptabelt att alltför olika praxis utvecklar sig inom olika landsting. Detta inte minst mot bakgrund av att målet för hälso- och sjukvården bland annat är vård på lika villkor för hela befolkningen. Förvaltningsutskottet vill därför påtala angelägenheten av att dessa frågeställningar kanaliseras till landstingsförbundet för ytterligare diskussion och eventuella rekommendationer, som landstingen får ta ställning till.

Stockholms kommun

I 5 § definieras de smittade. I nu gällande smittskyddslag anges att lagen endast gäller sjukdom i smittsamt skede. Denna begränsning kommenteras i utredningen men återfinnes ej i lagförslaget. En sådan begränsning är emellertid angelägen bl. a. av rättssäkerhetssynpunkt men även med hänsyn till att arbetsinsatser eljest blir utförda i onödan. Exempel på sjukdomar aktuella i detta sammanhang är tuberkulos och hepatit B. Förvaltningen anser att lagen endast bör tillämpas på sjukdom i smittsamt skede.

Göteborgs kommun

Det bör anges mer specifikt hur smittad kan hindras att lämna sjukhuset, t. ex. genom polishandräckning (jfr § 16).

Nuvarande ordning – att smittskyddsläkarens beslut kan överklagas hos miljö- och hälsoskyddsnämnd är smidigare än förslaget att överklaga hos länsrätt. En ytterligare bearbetning av denna fråga bör ske, bl. a. för att belysa rättssäkerhetsaspekter.

Bör kompletteras med regler om att kostnader för provtagning (t. ex. expressporto) och desinfektionsåtgärder skall täckas av den myndighet som har ansvar för smittskyddet.

LO

LO vill i detta sammanhang understryka de stora behoven av att allmänhet och personal som i sina anställningar kommer i beröring med smittrisken ges fullständig, korrekt och relevant information och meddelat på ett sådant sätt att den kan förstås och tillämpas av alla. Här innefattas även tillfälligt anställd, deltidsanställd personal och anställda vilka på grund av språksvårigheter har särskilda informationsbehov.

LO vill i anslutning till detta remissvar även peka på det särskilda problem som ligger i att LO-medlemmar i sina arbeten kan drabbas av infektioner som orsakas av arbetet. Det kan t. ex. gälla infektioner som

överförs från djur till människa i slakteriarbete eller i annat arbete där kontakter med smittbärande djur förekommer.

Enligt de föreskrifter som getts ut av regeringen i förordning (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd (FASP) § 5, har angetts vilka sjukdomar som räknas som arbetsorsakade enligt lagen om arbetsskadeförsäkring.

I FASP regleras sålunda att som arbetsskada anses

- sjukdom som har framkallats genom smitta och som har ådragits i sysselsättning vid laboratorium där arbete med smittämnet bedrivs
- allmänfarliga sjukdomar som anges i smittskyddskungörelsen (1968:234) och några andra närmare angivna sjukdomar under förutsättning att sjukdomen i fråga ådragits i arbete vid sjukvårdsinrättning eller i annat arbete som medför kontakt med smittförande djur eller material.

Denna regel är restriktiv såtillvida att t. ex. smitta med klampylobakterier i arbete i djurstallar inte kan godkännas som arbetsskada. LO vill nämna klampylobactersmitta som exempel på sjukdomar som kan drabba arbetstagare, något som uppmärksammas och diagnostiseras i ökande utsträckning. En sådan restriktivitet är inte förenlig med de intentioner som ligger till grund för lagen om arbetsskadeförsäkring och denna koppling mellan smittskyddskungörelse och arbetsskadeförsäkringens tillämpning är något som enligt LOs uppfattning bör rättas till i en översyn av lagstiftningen.

LO erinrar om det förebyggande syfte som ligger till grund för lagen om arbetsskadeförsäkring och som rimligen bör vara vägledande även när det gäller många smittsamma sjukdomar.

SACO/SR – Sveriges Tandläkarförbund

Det är klarlagt att hepatit non A/non B/non AB kan överföras från en patient till tandvårdspersonal. Det har även sagts att AIDS eventuellt kan smitta på samma sätt. Det kan ej heller helt uteslutas att dessa båda sjukdomar kan överföras från en patient inom tandvården till en annan, även om hittillsvarande information ej ger vid handen att något sådant skett. Med anledning härav är tandläkarförbundet starkt kritiskt till att det ej åligger patient med konstaterad hepatit (och framdeles även HTLV-III-bärare) att meddela sin tandläkare detta.

Den nuvarande sekretesslagen omöjliggör ett relevant informationsutbyte mellan olika vårdgivare, vilket är betänkligt ur smittskyddssynpunkt. Den av utredningen föreslagna ändringen av sekretesslagen har en helt annan innebörd och innebär inga förändringar i detta avseende. Lagen måste i smittskyddets intresse ändras.

Svenska Läkaresällskapet

Det förvånar att utredningen ej belyst frågan om dokumentation av enskilda personers vaccinationsstatus. Erfarenheter från difterifallen 1984 visar att en stor del av svenska folket saknar kunskap om sitt vaccinations-skydd. Frågan har aktualiserats i Socialstyrelsens rådgivande vaccinationsnämnd utan att konkreta åtgärder vidtagits. Vaccinationsdokument

som varje medborgare bär med sig skulle kunna utfärdas, alternativt ett dataregister knutet till folkbokföring eller sjukvårdsregister. Vaccinationsstatistik är nödvändig för kunskap om befolkningens immunitetsläge och för planering.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 3

1 Förslag till

Smittskyddslag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Med smittskydd avses i denna lag verksamhet till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

2 § Utöver föreskrifterna i denna lag gäller om smittskydd vad som är föreskrivet i annan författning.

Sjukdomarna

3 § Smittsamma sjukdomar indelas i *samhällsfarliga sjukdomar* och *övriga smittsamma sjukdomar*.

De samhällsfarliga sjukdomarna och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna skall anmälas enligt föreskrifterna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns *anmälningspliktiga sjukdomar*.

De samhällsfarliga sjukdomarna och de övriga smittsamma sjukdomar som skall anmälas anges i en *bilaga* till denna lag.

4 § Regeringen får föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i denna lag skall tillämpas på en viss smittsam sjukdom som uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet, om sjukdomen bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade.

Regeringen får föreskriva att en viss smittsam sjukdom som annars inte är anmälningspliktig skall anmälas enligt föreskrifterna i denna lag.

Landstingskommunens ansvar

5 § Varje landstingskommun svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Av 9–11 §§ framgår att kommuner och läkare har vissa smittskyddsuppgifter.

Vad som sägs i denna lag om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

6 § I varje landstingskommun skall det finnas en *smittskyddsläkare*, som utses av hälso- och sjukvårdsnämnden. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne verka under hälso- och sjukvårdsnämnden.

Smittskyddsläkarens uppgifter

7 § Smittskyddsläkaren skall, utöver vad som är särskilt föreskrivet i denna lag,

1. planera, organisera och leda smittskyddet,

2. verka för samordning och likformighet av smittskyddet,
3. verka för att förebyggande åtgärder vidtas,
4. fortlöpande följa smittskyddsläget i landstingskommunen,
5. biträda miljö- och hälsoskyddsnämnderna, läkare och andra som är verksamma inom smittskyddet i deras smittskyddsarbete,
6. undervisa berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt hälsoskyddspersonal i smittskyddsfrågor,
7. lämna allmänheten råd och upplysningar i smittskyddsfrågor, samt
8. även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd.

8 § Smittskyddsläkaren skall få upplysningar från och ta del av uppgifter i handlingar hos miljö- och hälsoskyddsnämnder samt hos läkare och andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, om han i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

Kommunens uppgifter

9 § Kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd skall vidta smittskyddsåtgärder mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och liknande som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar, om inte någon annan eller nämnden själv skall vidta åtgärder enligt särskilda föreskrifter.

Nämnden skall informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom inför beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet.

Läkarnas uppgifter

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

Varje läkare som har kompetens för uppgiften är skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom.

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

Om behandlande läkares uppgifter enligt denna lag finns föreskrifter i 10, 15–23, 25–27, 29, 32 och 36 §§.

Samverkan

12 § Smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall samverka med varandra och med myndigheter, behandlande läkare och andra som bedriver verksamhet av betydelse för smittskyddet.

Smittskyddsläkarna skall samarbeta i smittskyddsfrågor och vid behov utbyta uppgifter som är nödvändiga för verksamheten.

Skyldighet att söka läkare

13 § Den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare samt att låta läkaren göra

de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om han har smittats av en sådan sjukdom. Han är också skyldig att följa de förhållningsregler som läkaren har meddelat honom.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 4

14 § Den som har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att lämna den behandlande läkaren uppgift om den eller de personer som smittan kan ha kommit från och förts vidare till samt att lämna upplysningar i övrigt om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare.

Läkarundersökning, meddelande av förhållningsregler, m. m.

15 § Vid undersökning av den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall den behandlande läkaren ta de prov som behövs för att fastställa om den undersökte smittats av en sådan sjukdom. Läkaren skall informera den undersökte om den misstänkta sjukdomens art och smittsamhet.

16 § Den behandlande läkaren skall meddela den som undersöks för en samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs i fråga om kontakterna med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt för att hindra smittspridning. Förhållningsreglerna skall tas in i den undersöktes patientjournal.

Läkaren skall så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

17 § Om den undersökte begär det, skall smittskyddsläkaren pröva förhållningsreglerna. Smittskyddsläkaren får ändra förhållningsreglerna på det sätt han finner mest ändamålsenligt.

18 § Om den undersökte har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, skall den behandlande läkaren genom att fråga den smittade söka få veta av vad eller vem han kan ha blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade av samma smittkälla. Han skall också söka få reda på till vem den smittade kan ha fört smittan vidare.

19 § Om den som smittats av en samhällsfarlig sjukdom byter behandlande läkare, skall den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren om detta.

Anmälan om samhällsfarlig och annan anmälningspliktig sjukdom

20 § En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium.

Vid fall av samhällsfarlig sjukdom som avses i 1.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Anmälan till nämnden behöver dock inte göras om omständigheterna klart visar att smittkällan finns utanför landets gränser.

21 § En anmälan som avses i 20 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, personnummer och adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de förhållningsregler som läkaren har meddelat samt de behandlingsåtgärder och andra åtgärder som han har vidtagit för att hindra smittsprid-

ning.

5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Om anmälan gäller en sjukdom som avses i 1.3 bilagan till denna lag, skall uppgifter som avses i första stycket 1 och 2 inte lämnas i anmälan.

Prop. 1988/89:5

Bilaga 4

22 § En läkare som i sin verksamhet konstaterar att någon har smittats av en annan anmälningspliktig sjukdom än en samhällsfarlig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Anmälan skall göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Vid fall av sjukdom som avses i 2.2 bilagan till denna lag skall anmälan göras även till miljö- och hälsoskyddsnämnden.

23 § En anmälan enligt 22 § skall innehålla de uppgifter som behövs för att kunna följa sjukdomens utbredning. Den skall inte innehålla uppgift om den smittades identitet. På begäran av smittskyddsläkaren eller miljö- och hälsoskyddsnämnden är dock den läkare som gjort anmälan skyldig att lämna smittskyddsläkaren eller nämnden uppgift om identiteten samt andra uppgifter av betydelse för deras smittskyddsarbete.

24 § Om smittskyddsläkaren efter att ha fått en anmälan enligt 20 eller 22 § finner att ytterligare åtgärder behövs för att hindra smittspridning, skall han se till att sådana åtgärder vidtas.

Särskilda åtgärder vid vissa fall av befarad smittspridning

25 § Om en behandlande läkare har anledning anta att en patient som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler, skall han skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren. Detta gäller också då en sådan patient avbryter pågående behandling utan att den behandlande läkaren är införstådd med det.

26 § Om den behandlande läkaren i sitt arbete med smittspårning enligt 18 § finner att någon har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom och han inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkaren själv eller av en annan läkare, skall den behandlande läkaren underrätta smittskyddsläkaren om detta.

27 § I en underrättelse enligt 25 eller 26 § skall den behandlande läkaren ange den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer och adress samt andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En underrättelse enligt 26 § skall alltid innehålla uppgift om de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om smitta.

28 § Efter att ha fått en underrättelse enligt 25 eller 26 § skall smittskyddsläkaren vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning respektive för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad. Innan smittskyddsläkaren tillgriper en tvångsåtgärd bör han söka nå rättelse på frivillig väg, om det kan ske utan risk för smittspridning.

29 § Beträffande den som för smitta av infektion av HIV är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom de uppgifter som han behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt denna lag:

1. myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet och

2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av socialstyrelsen.

30 § Om smittskyddsläkaren har fått en underrättelse från en behandlande läkare om att en patient som för smitta av infektion av HIV inte har följt eller misstänks inte ha följt meddelade förhållningsregler, skall smittskyddsläkaren underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent. Därvid skall han lämna uppgift om vem förhållningsreglerna gäller och innebörden av dessa. Underrättelse behöver inte lämnas om smittskyddsläkaren bedömer att en sådan inte behövs för att tillse att förhållningsreglerna följs.

31 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsulenten, efter att ha fått underrättelse enligt 30 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att förhållningsreglerna inte följs, skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som har lämnat underrättelsen. Om denne har överlämnat ärendet till en smittskyddsläkare i en annan landstingskommun, skall anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

När smittskyddsläkaren anser att socialnämndens, polismyndighetens eller skyddskonsulentens medverkan inte längre behövs, skall han meddela myndigheten detta.

32 § Om någon som för smitta av infektion av HIV tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en annan vårdinrättning, skall den läkare som där ansvarar för hälso- och sjukvården underrättas av den behandlande läkaren om smittan och om de förhållningsregler som gäller för den intagne.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt på anstalten eller inrättningen att smittspridning kan förhindras, skall den där ansvarige läkaren underrätta den behandlande läkaren om detta.

Tvångsåtgärder m.m.

Förelägganden m.m.

33 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden får meddela de förelägganden och förbud som behövs i enskilda fall för att hindra spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Om någon inte följer ett föreläggande eller förbud, får miljö- och hälsoskyddsnämnden förordna om rättelse på hans bekostnad. Ett sådant beslut får också meddelas utan föregående föreläggande eller förbud, om nämnden med hänsyn till risken för smittspridning finner att rättelse bör ske utan dröjsmål.

34 § Miljö- och hälsoskyddsnämnden får låta förstöra husgeråd, möbler och andra liknande föremål samt låta avliva sällskapsdjur, om det är

nödvändigt för att hindra spridning av smitta. Nämnden skall betala skälig ersättning till den som har drabbats av ett beslut om förstörelse.

Prop. 1988/89:5
Bilaga 4

35 § För att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag har miljö- och hälsoskyddsnämnden rätt till tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen varifrån smitta kan spridas och får där göra undersökningar och ta prov. För uttaget prov betalas inte ersättning.

Tvångsundersökning

36 § Om någon som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom inte utan dröjsmål söker läkare för undersökning, får smittskyddsläkaren besluta att han skall undersökas av en läkare som smittskyddsläkaren bestämmer. Vid undersökningen får inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Läkaren skall underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av undersökningen.

Tillfälligt omhändertagande

37 § Om det av särskilda skäl behövs för att förhindra befarad smittspridning, får smittskyddsläkaren besluta att den som har anledning anta att han har smittats av sjukdom som avses i 1.1 och 1.2 bilagan till denna lag skall tillfälligt tas om hand på sjukhus. Omhändertagandet skall bestå till dess det klarlagts huruvida denne har smittats, dock högst sju dagar, den dag då omhändertagandet verkställdes medräknad.

Den omhändertagne får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

Beslut om tvångsisolering

38 § Länsrätten skall, på ansökan av smittskyddsläkaren, besluta om tvångsisolering av den som för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, om den smittade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. Ett sådant beslut skall också fattas om det finns grundad anledning anta att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler och underlåtenheten innebär en uppenbar risk för smittspridning.

Tvångsisolering skall ske på sjukhus som drivs av en landstingskommun.

39 § Om länsrättens beslut om tvångsisolering inte kan avvaktas utan fara, skall smittskyddsläkaren meddela ett sådant beslut som avses i 38 § första stycket. Smittskyddsläkarens beslut skall omedelbart underställas länsrättens prövning.

Tvångsisoleringens varaktighet

40 § Tvångsisolering får pågå under högst tre månader från den dag den smittade på grund av beslutet om isolering togs in på sjukhus.

41 § Efter ansökan av smittskyddsläkaren får länsrätten besluta att tvångsisoleringen skall fortsätta utöver den längsta tiden enligt 40 §. Ett sådant beslut får avse högst sex månader åt gången.

En ansökan om fortsatt tvångsisolering skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsisolering har löpt ut. Tvångsisoleringen skall fortgå i avvaktan på att länsrätten beslutar med anledning av ansökan.

Omhändertagandet under tvångsisoleringen

42 § Den som är tvångsisolerad skall tas väl om hand. Han skall få det stöd och den hjälp som behövs och motiveras att ändra sin inställning och livsföring så, att tvångsisoleringen kan upphöra.

Särskilda befogenheter vid tvångsisoleringen

43 § Den som är tvångsisolerad får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas.

44 § Den som är tvångsisolerad får inte inneha

1. alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel,
2. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,
3. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika, eller
4. annan egendom som kan skada honom eller vara till men för ordningen på sjukhuset.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, får den omhändertas.

45 § Om det anses påkallat, får den tvångsisolerade kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till sjukhuset, för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 44 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på sjukhuset uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos den tvångsisolerade.

Överläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

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

46 § Överläkaren får besluta att försändelser till den tvångsisolerade får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 44 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom, får den omhändertas.

47 § Har alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 44 eller 46 § eller har sådan egendom påträffats där någon är tvångsisolerad utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall överläkaren låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m. m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Vistelse utanför sjukhuset vid tvångsisolering

48 § Den som är tvångsisolerad får ges tillstånd att under viss tid vistas utanför sjukhusets område. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

Ett tillstånd får avse återstoden av den bestämda tiden för tvångsisolering, om det finns skäl anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsisoleringen upphör.

49 § Tillstånd att vistas utanför sjukhusets område meddelas av smittskyddsläkaren efter samråd med överläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

50 § Om den tvångsisolerade för smitta av infektion av HIV och är missbrukare av narkotika får han, om han medger det, föras över till en institution där han kan beredas lämplig vård och behandling för missbruket. Beslut om överföring fattas av smittskyddsläkaren efter samråd med överläkaren. Vid vistelsen på institutionen skall beslutet om tvångsisolering bestå. Bestämmelserna i 43–49 §§ gäller inte under sådan vistelse.

Tvångsisoleringens upphörande

51 § När det inte längre finns skäl för tvångsisolering skall smittskyddsläkaren omedelbart besluta att tvångsisoleringen skall upphöra.

Överklagande

52 § Miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut enligt denna lag får överklagas hos länsrätten.

53 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos länsrätten om beslutet gäller

1. tillfälligt omhändertagande enligt 37 §,
2. avslag på en begäran att tvångsisoleringen skall upphöra,
3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukhusets område enligt 48 §,
4. återkallelse av tillstånd att vistas utanför sjukhusets område enligt 49 §.

Överläkarens beslut enligt 47 § får överklagas hos länsrätten.

Andra beslut enligt denna lag av smittskyddsläkaren eller annan läkare får inte överklagas.

54 § Socialstyrelsens beslut om föreläggande eller förbud enligt 68 § får överklagas hos kammarrätten.

Handläggningen av mål och ärenden

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

56 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av länsrätten i det län där den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

57 § Länsrätten skall ta upp mål om tvångsisolering enligt 39 eller 41 § till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan kom in eller underställ-

ning skedde. Om beslutet om tvångsisolering inte är verkställt när det underställs, skall målet tas upp till avgörande inom en vecka från den dag beslutet verkställs. Länsrätten får dock förlänga dessa tider om det behövs ytterligare utredning eller om det på grund av någon annan särskild omständighet är nödvändigt.

I mål om tvångsisolering enligt 38, 39 eller 41 § får länsrätten förordna rörande saken i avvaktan på målets avgörande.

58 § I mål om tvångsisolering som prövas av länsrätten efter ansökan eller underställning skall rätten hålla muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövt. Sådan förhandling skall alltid hållas, om den som saken gäller begär det. Denne skall av rätten upplysas om sin rätt till muntlig förhandling.

Om den som saken gäller har kallats vid vite att infinna sig personligen vid en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

59 § Vid handläggning i kammarrätt av mål enligt denna lag skall nämndemän ingå i rätten.

60 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

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

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

Biträde av polismyndighet

63 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av

1. smittskyddsläkaren för att genomföra läkarundersökning enligt 36 §.
2. smittskyddsläkaren för att föra den som tillfälligt skall tas om hand enligt 37 § eller som skall tvångsisoleras enligt 38 eller 39 § till sjukhus,
3. smittskyddsläkaren eller överläkaren för att återföra den som har avvikit från ett sjukhus, där han enligt beslut skall vara tillfälligt omhändertagen eller tvångsisolerad, eller den som inte har återvänt till sjukhuset sedan hans tillstånd att vistas utanför sjukhusets område har gått ut eller återkallats,
4. smittskyddsläkaren om någon som enligt 50 § har överförs till en institution skall återföras till sjukhuset,
5. miljö- och hälsoskyddsnämnden för att bereda nämnden tillträde till områden, lokaler och andra utrymmen som avses i 35 §,
6. socialstyrelsen vid styrelsens tillsyn.

Kostnader

64 § All undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

En undersökning som utförs av en privat verksam läkare för att utreda om någon har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är gratis för patienten, om läkaren är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om

allmän försäkring.

De läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en samhällsfarlig sjukdom skall vara gratis för patienten.

Bestämmelserna i denna paragraf om gratis förmåner för patienter gäller den som är sjukförsäkrad enligt lagen om allmän försäkring.

65 § Landstingskommunen svarar för kostnader för åtgärder som avses i 64 § första stycket samt för kostnader för läkemedel som avses i 64 § tredje stycket och som förordnas inom den egna verksamheten.

Staten svarar för övriga kostnader som följer av 64 §.

Tillsyn

66 § Socialstyrelsen har tillsynen över smittskyddet i landet.

67 § Socialstyrelsen har rätt att på begäran få de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

68 § Socialstyrelsen får meddela de förelägganden och förbud som behövs i enskilda fall för att denna lag eller föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen skall efterlevas.

Ett föreläggande eller förbud får förenas med vite.

69 § Socialstyrelsen har rätt att inspektera smittskyddsverksamhet som bedrivs av smittskyddsläkare, miljö- och hälsoskyddsnämnder och hälso- och sjukvårdspersonal. Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna det biträde som behövs vid inspektionen.

Ytterligare föreskrifter

70 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter

1. om åtgärder för att förhindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet,

2. om andra frågor inom smittskyddet som inte gäller vaccination.

Regeringen får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Regeringen får överlåta åt myndighet att meddela föreskrifter som avses i denna paragraf.

Smittskyddet i krig m. m.

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

Anmälningsspliktiga sjukdomar

- 1 *Samhällsfarliga sjukdomar*
 - 1.1 difteri
fläckfeber
gula febern
hepatit B
hepatit non A non B
meningokockinfektion
polio
tuberkulos
virala hemorragiska febrar exkl. hemorragisk nefrosonefrit
återfallsfeber
 - 1.2 hepatit A
kolera
mjältbrand
paratyfoidfeber
pest
rabies
salmonellainfektion
shigellos
tyfoidfeber
 - 1.3 gonorré
infektion av HIV (humant immunbristvirus)
klamydiainfektion
syfilis
- 2 *Andra anmälningsspliktiga sjukdomar än samhällsfarliga*
 - 2.1 amöbainfektion
hemorragisk nefrosonefrit
infektioner orsakade av atypiska mykobakterier
malaria
stelkramp
trikinos
tularemi
 - 2.2 botulism
campylobacter
giardia lamblia
legionärssjuka
listerios
papegojsjuka
toxoplasmainfektion

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 juli 1989, då smittskyddslagen (1968:231) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.

2. Föreskrifter som har meddelats enligt 7 § gamla lagen om isolering och om inskränkning i någons verksamhet och enligt 12 § gamla lagen om åtgärder för att hindra spridning av smitta skall anses ha meddelats enligt 16 § nya lagen.

3. Den som vid ikraftträdandet är intagen på sjukhus enligt 7 eller 14 § gamla lagen skall anses intagen enligt 38 § eller, efter ett beslut om omedelbar tvångsisolering av en läkare som avses i 2 § andra stycket gamla lagen.

39 § nya lagen. Vid tillämpning av den nya lagen skall beslutet om intagning anses ha fattats vid ikraftträdandet.

4. Om ett mål hos länsrätten om intagning på sjukhus inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för tvångs-isolering enligt nya lagen.

5. Beslut som miljö- och hälsoskyddsnämnden har meddelat enligt den gamla lagen skall anses meddelade enligt den nya lagen, i den mån det enligt den nya lagen ankommer på nämnden att meddela sådana beslut.

6. Ärenden hos länsstyrelsen enligt 7, 10, 14 eller 15 § gamla lagen som inte har avgjorts före ikraftträdandet och ärenden enligt nämnda lagrum i vilka beslut enligt meddelad fullföljdshänvisning därefter överklagas hos länsstyrelsen skall efter ikraftträdandet prövas av länsrätten i länet.

7. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till den gamla lagen, skall hänvisningen i stället avse den nya lagen. Hänvisas det till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i den nya lagen, tillämpas i stället den nya föreskriften.

Härigenom föreskrivs följande.

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

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

2 § I fråga om förfarandet vid beslut om undersökning samt om utförandet av undersökningen gäller bestämmelserna i rättegångsbalken om kroppsbesiktning. Beslut om undersökning skall dock fattas av åklagaren eller rätten.

Målsäganden och åklagaren skall underrättas om resultatet av undersökningen.

3 § Staten skall svara för kostnaderna för undersökningen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989. Lagen gäller ej i fråga om brott som begåtts före ikraftträdandet.

Häri genom föreskrivs att 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100)¹ skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

7 kap.

1 §

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastring och åtgärder mot smittsamma sjukdomar, samt i verksamhet som avser särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och därmed likställda.

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

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

Utan hinder av första stycket får uppgifter om insemination i vissa fall lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination.

Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:1140) om insemination och lagen (1988:00) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

¹ Lagen omtryckt 1988:9.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1988-06-13

Närvarande: f. d. regeringsrådet Nordlund, regeringsrådet Bouvin, justitierådet Lind.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 5 maj 1988 har regeringen på hemställan av statsrådet Sigurdsen beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. smittskyddslag,
2. lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål,
3. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100).

Förslagen har inför lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Christer Lindau och hovrättsassessorn Ingegerd Thuresson.

Förslagen föranleder följande yttranden.

Smittskyddslagen

4 §

Lagrådet

I lagförslaget görs en indelning i samhällsfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. De mera ingripande bestämmelserna i lagförslaget är tillämpliga endast i fråga om de samhällsfarliga sjukdomarna.

När det gäller de samhällsfarliga sjukdomarna har lagens tillämplighet bestämts genom en uppräknings av de åsyftade sjukdomarna, vilken har tagits in i en bilaga i lagen. Den valda lagstiftningstekniken fyller högt ställda krav på precision och innebär att riksdagen får ta ställning till varje sjukdom som skall klassificeras som en samhällsfarlig sjukdom.

4 § i lagförslaget innehåller emellertid en bestämmelse, som innebär att regeringen under vissa i lagrummet angivna förutsättningar kan föreskriva, att en viss sjukdom, som inte nämns i bilagan, skall omfattas av bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar. Bakgrunden till bestämmelsen är att det har bedömts nödvändigt att kunna snabbt ingripa med långtgående åtgärder, om en verkligt allvarlig smittsam sjukdom oväntat och plötsligt uppträder i landet och riksdagens beslut inte kan avvaktas.

Lagrådet ifrågasätter på intet sätt det sakligt befogade i den gjorda bedömningen. Den valda lagstiftningstekniken kan emellertid uppfattas så att tvångsåtgärder av långtgående slag kan utlösas på grund av ett beslut av regeringen som fattats med stöd av en i lag given delegation från riksdagen. Fråga uppkommer därmed om en sådan ordning är förenlig med bestämmelserna i regeringsformen om riksdagens och regeringens normgivningsmakt.

Det remitterade lagförslaget innehåller regler om tvångsåtgärder, som innebär att ingrepp kan komma att göras i enskildas personliga och ekonomiska förhållanden. Lagförslaget innebär också att privat verksam läkare åläggs att vidta vissa åtgärder. Det är alltså fråga om sådana föreskrifter

som enligt 8 kap. 3 § regeringsformen skall meddelas genom lag. I förslaget finns vidare bestämmelser om åligganden för landstingskommuner och kommuner. Av 8 kap. 5 § regeringsformen följer att sådana bestämmelser skall meddelas genom lag.

Enligt 8 kap. 7 § första stycket regeringsformen kan regeringen efter bemyndigande i lag genom förordning meddela föreskrifter om bl. a. skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Den möjlighet till delegation av normgivningskompetensen från riksdagen till regeringen som lagrummet ger får emellertid princip inte utnyttjas, om det rör sig om en föreskrift som enligt 2 kap. regeringsformen endast får meddelas genom lag (8 kap. 1 §). Eftersom det remitterade lagförslaget innehåller bestämmelser om tvångsundersökning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering blir det i detta sammanhang aktuellt att uppmärksamma bestämmelserna i 2 kap. 6 § regeringsformen om skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp och i 2 kap. 8 § om skydd mot frihetsberövande och skydd för friheten att förflytta sig.

De nyss angivna fri- och rättigheterna får enligt 2 kap. 12 § första stycket regeringsformen begränsas genom lag. Efter delegation från riksdagen enligt 8 kap. 10 § regeringsformen får emellertid begränsning av grundlags-skyddade fri- och rättigheter göras även genom annan författning än lag. Fråga uppkommer därmed om denna särskilda delegationsbestämmelse kan tillämpas i detta fall.

8 kap. 10 § innebär bl. a. att regeringen, efter bemyndigande i lag, i ämne som avses i 8 kap. 7 § första stycket kan genom förordning bestämma, att föreskrift i lagen skall börja att tillämpas. 8 kap. 7 § första stycket punkten 1 handlar om skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. I förarbetena till den punkten nämns som exempel på föreskrifter, som avses i punkten, hälsovårdsstadgan (SOU 1972:15 s. 161, prop. 1973:90 s. 311 jfr prop. 1975/76:209 s. 161–162). I doktrinen har påpekats att beskrivningen i punkten har ganska stor räckvidd (Strömberg, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform s. 86).

I det remitterade lagförslagets 4 § har utförligt angetts under vilka förutsättningar regeringen skall kunna föreskriva, att reglerna om samhällsfarliga sjukdomar skall kunna tillämpas på en sjukdom som inte upptagits som en samhällsfarlig sjukdom i bilagan till lagen. Det skall enligt motiven vara fråga om en "ny" sjukdom. Detta kan uppfattas så att regeringen med stöd av ett i lag givet bemyndigande förordnar, att de rättighetsbegränsande lagreglerna om samhällsfarliga sjukdomar skall börja att tillämpas i fråga om den "nya" sjukdomen i den mening som avses i 8 kap. 10 § regeringsformen. Det kan inskjutas att om det från grundlagssynpunkt är möjligt att utforma en lagstiftning som en beredskapslagstiftning, vars tillämpning fordrar beslut av regeringen, det även bör finnas möjlighet att utforma en lag i viss del som en beredskapslagstiftning (jfr Petreñ-Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 190 samt Strömberg, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform s. 94).

De omständigheter som 4 § första stycket avser att täcka får anses vara så speciella att det är fullt försvarbart att uppfatta bestämmelsen som ett slags beredskapslagstiftning. För att bestämmelsens särskilda karaktär skall framgå tydligt och för att få en bättre anknytning till ordalagen i 8 kap.

10 § regeringsformen bör särskilt föreskrivas att bestämmelsen tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer. Lagrådet föreslår vidare att det i lagtexten särskilt markeras att 4 § skall tillämpas bara i brådskande situationer när riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas och det är fråga om en sjukdom som inte var känd såsom samhällsfarlig när förteckningen i bilagan över samhällsfarliga sjukdomar kom till.

Lagrådet föreslår att 4 § första stycket ges följande lydelse: "Om riksdagens beslut om ändring av bilagan inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet, om sjukdomen bedöms dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade. Sådan föreskrift får meddelas endast om nämnda verkningar av sjukdomen inte var kända vid tillkomsten av bilagan." Om regeringen har meddelat en föreskrift av det angivna slaget, bör bilagan i lagen snarast kompletteras med uppgift om den "nya" sjukdomen. Eftersom detta fordrar beslut av riksdagen, synes det böra övervägas om föreskrifter som regeringen meddelat enligt 4 § första stycket lagförslaget skall underställas riksdagen för prövning, se 8 kap. 12 § regeringsformen.

När det gäller anmälningspliktiga sjukdomar innefattar lagförslaget inte så ingripande regler att det kan bli fråga om någon begränsning av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna. Förslaget innebär emellertid i den delen bl. a. att privatpraktiserande läkare åläggs vissa skyldigheter. Genom det bemyndigande som innefattas i 4 § andra stycket ges regeringen rätt att med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen utvidga tillämpningsområdet för lagen genom att föreskriva att sjukdomar som inte upptagits i bilagan skall vara anmälningspliktiga. Lagrådet har ingen erinran mot förslaget i den delen.

5, 9, 11 och 12 §§ samt rubrikerna närmast före 5 §, 7 §, 9 § och 10 §

Lagrådet

Enligt den nya smittskyddslagen skall ansvaret för smittskyddet övergå från kommunerna till landstingskommunerna. Smittskyddsåtgärder som avser djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt skall dock fortfarande ankomma på kommunerna. I allmänhet regleras kommunernas åligganden i dessa hänseenden av särskilda lagar såsom livsmedelslagen, hälsoskyddslagen, renhållningslagen och miljöskyddslagen. I den mån skyldighet och befogenhet för kommunerna att vidta objektinriktade smittskyddsåtgärder inte kan grundas på andra föreskrifter ger 9 § i den föreslagna nya smittskyddslagen sådan grund.

Förhållandet mellan landstingskommunen och kommunerna i fråga om ansvaret för smittskyddet anges i specialmotiveringen till 5 § vara, att kommunernas lagstadgade ansvar för smittskyddet upphör och att landstingskommunen skall ha det odelade ansvaret. Det tilläggs att kommunerna dock kommer att ha uppgifter inom smittskyddet även med den nya

smittskyddslagen. Detta synsätt kommer också till uttryck i lagförslaget 5 §, där det heter att varje landstingskommun svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet samt att av 9–11 §§ framgår att kommuner och läkare har vissa smittskyddsuppgifter. Bilden av landstingskommunen som ett överordnat organ med ansvar också för uppgifter som utförs av kommuner och läkare återspeglas även i rubrikerna i denna del av lagen.

Enligt lagrådets mening är det angivna synsättet inte förenligt med intentionerna i förslaget. Landstingskommunen och kommunerna skall enligt detta dela på ansvaret för smittskyddet på det sättet att landstinget svarar för de personinriktade åtgärderna medan kommunerna svarar för de objektrinriktade åtgärderna. Kommunerna skall även i fortsättningen ha ett fullt och självständigt ansvar för sin del av smittskyddet och landstingskommunen får inte någon befogenhet att befatta sig med denna del. De problem som kan uppkomma på grund av det delade ansvaret skall enligt förslaget lösas genom samverkan mellan de landstingskommunala och primärkommunala organen.

Enligt 8 kap. 5 § regeringsformen skall föreskrifter om kommunernas (varmed i detta fall inbegrips landstingskommunernas) befogenheter och åligganden meddelas i lag. Det är också för tillämpningen av 4 § kommunallagen angeläget att föreskrifter avseende kompetensfördelningen mellan landstingskommunerna och kommunerna inte lämnar rum för tvekan.

Även de smittskyddsåtgärder som ankommer på de behandlande läkarna fullgörs av dessa på eget ansvar utan möjlighet för landstingskommunen att meddela föreskrifter för eller utöva tillsyn över denna verksamhet.

På grund av det anförda förordar lagrådet följande ändringar i lagförslaget.

Rubriken "Landstingskommunens ansvar" byts ut mot "Allmänna bestämmelser om ansvar och åligganden".

Rubrikerna "Smittskyddsläkarens uppgifter", "Kommunens uppgifter" och "Läkarnas uppgifter" utgår.

5 § första stycket ges följande lydelse: "Varje *landstingskommun* svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av 9–11 §§.

9 § första stycket ges följande lydelse: "*Miljö- och hälsoskyddsnämnden* i en kommun svarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot sådana djur, livsmedel, vattentäkter, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och andra objekt som sprider eller misstänks sprida smittsamma sjukdomar."

Andra stycket i 9 § hör innehållsmässigt samman med bestämmelserna i 12 §. Det kan lämpligen bilda en andra mening i 12 § första stycket och ges följande lydelse: "Särskilt skall miljö- och hälsoskyddsnämnderna informera smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för hans verksamhet och samråda med honom om beslut och andra viktigare åtgärder som berör smittskyddet."

11 § andra stycket ges följande lydelse: "Om behandlande läkares åligganden enligt denna lag finns närmare föreskrifter i 15–23, 25–27, 29, 32 och 36 §§."

Lagrådet

Enligt andra stycket är varje läkare som har kompetens att undersöka och behandla samhällsfarliga sjukdomar skyldig att ta sig an var och en som vänder sig till läkaren och som har anledning att anta att han har smittats av en sådan sjukdom. Bestämmelsen gäller både offentligt och privat verksam läkare och oavsett om läkaren är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller ej.

En läkare som sålunda undersöker eller behandlar en patient blir enligt 11 § att betrakta som behandlande läkare. Som sådan har han en rad olika åligganden. Han skall bl. a. ta prov på patienten, informera honom om sjukdomen, meddela honom förhållningsregler och se till att förhållningsreglerna följs. Han skall vidare bedriva smittspårning och göra anmälningar till smittskyddsläkaren i olika situationer.

Enligt 64 § är all undersökning, vård och behandling som behövs från smittskyddssynpunkt vid en samhällsfarlig sjukdom gratis för patienten om den utförs inom den landstingskommunala sjukvården. Likaså är en undersökning som utförs av en privat verksam läkare för att utreda om patienten har smittats av en samhällsfarlig sjukdom gratis för patienten, om läkaren är ansluten till sjukförsäkringen.

Den sammantagna effekten av bestämmelserna är att en på området kompetent privatläkare som inte är ansluten till sjukförsäkringen är skyldig att undersöka och behandla en patient även om det är uppenbart att denne inte kan betala läkaren för arbetet och kostnaderna. Läkaren synes till och med vara skyldig att i sådana fall själv svara för kostnaderna för analys av prov som han tagit från patienten. Behandlingen kan pågå under lång tid men läkaren får inte avvisa patienten eller hänvisa honom till annan läkare, trots att patienten underlåtit att betala vad han är skyldig. En till sjukförsäkringen ansluten läkare är däremot i regel garanterad att få ut den del av läkarersättningen som inte skall betalas av patienten.

Det synes inte rimligt och inte heller förenligt med allmänna rättsgrundsatser att ålägga en privat näringsidkare omfattande arbetsuppgifter för det allmännas bästa utan att denne är garanterad någon ersättning för sitt arbete och sina kostnader. En privat verksam läkare som inte är ansluten till sjukförsäkringen bör därför undantas från undersöknings- och behandlingsskyldigheten enligt 10 § andra stycket. Det torde inte medföra att smittskyddet berövas nödvändig kapacitet. Däremot bör även en sådan läkare vara skyldig att vidta de föga betungande åtgärder som avses i 10 § första stycket, främst att hänvisa misstänkta smittade till en lämplig läkare för undersökning och behandling.

Det är vidare att märka, att inte heller en privat verksam läkare som är ansluten till sjukförsäkringen är garanterad att alltid få ersättning för sitt arbete och sina kostnader i samband med fullgörandet av undersöknings- och behandlingsskyldigheten enligt 10 § andra stycket. Gratisförmånerna för patienterna gäller nämligen enligt 64 § sista stycket inte den som inte är inskriven i försäkringskassa. Även om läkaren mera sällan får att göra med en sådan patient, bör han dock av principiella skäl tillförsäkras ersättning för arbete och kostnader för undersökning och behandling i sådana fall.

Enligt vad som upplysts i samband med föredragningen av lagrådsremissen är det inte avsett att undersöknings- och behandlingsskyldigheten skall hindra en läkare att ta semester eller annan ledighet på planerad tid. Skyldigheten bör alltså inte gälla om läkaren är förhindrad att fullgöra den. Det bör i tydlighetens intresse sägas ut i paragrafen.

Paragrafen skulle också vinna i tydlighet om den redigerades om till ett enda stycke. Den kunde då förslagsvis få följande lydelse:

”Varje *läkare* skall i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet vara uppmärksam på förekomsten av samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. Om läkaren har kompetens för uppgiften och inte är förhindrad att utföra den, är läkaren skyldig att undersöka den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom samt att behandla den som för smitta av en sådan sjukdom. Undersöknings- och behandlingsskyldigheten gäller dock inte en privat verksam läkare som inte är ansluten till sjukförsäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.”

13, 15, 26, 36 och 37 §§

Lagrådet

Enligt ordalagen i 13 § är det den egna uppfattningen hos den berörda personen som är avgörande för skyldigheten att söka läkare och låta denne göra de undersökningar och ta de prov som behövs. Enligt motiven kan emellertid även andra omständigheter än den egna uppfattningen vara av betydelse för bedömningen av om en sådan skyldighet föreligger. Sålunda uttalas att ett trovärdigt påstående av någon som för smitta av en sexuell överförbar sjukdom, att han eller hon haft samlag med en viss person bör liksom för närvarande ge möjlighet till tvångsundersökning, även om den utpekade förnekar den påstådda händelsen. Uttalandet tyder på att en bedömning ibland får göras mot bakgrund av samtliga omständigheter i fallet.

Den föreslagna 13 § har sin förebild i 12 § i den nuvarande smittskyddslagen. Enligt den paragrafen är den som har anledning antaga att han lider av venerisk sjukdom skyldig att söka läkare och underkasta sig den undersökning och behandling som behövs. 12 § kompletteras emellertid av en bestämmelse i 15 § samma lag av innebörd att, om en veneriskt sjuk person uppgivit sig ha varit i förbindelse med annan person på sådant sätt att smitta kunnat överföras, läkaren skall anmana personen ifråga att genomgå läkarundersökning. För att få bättre överensstämmelse mellan lagtexten i förslagets 13 § och motiven till denna bör paragrafen kompletteras med ett andra stycke motsvarande 15 § i nuvarande lag. Det nya stycket bör avse inte endast sexuell överförbara sjukdomar utan alla samhällsfarliga sjukdomar. Lagrådet föreslår att andra stycket får följande lydelse. ”Bestämmelserna i första stycket tillämpas också om en person som smittats av en samhällsfarlig sjukdom uppger att han varit i kontakt med annan person på sådant sätt att smitta kunnat överföras.”

Kompletteringen bör leda till att 15, 26, 36 och 37 §§ ändras på följande sätt.

26 § Den behandlande läkarens underrättelseskyldighet bör avse den person som läkaren finner anledning anta ha smittats av samhällsfarlig sjukdom och inte låter sig undersökas av läkare.

36 § Smittskyddsläkarens beslut om tvångsundersökning bör avse person som enligt 13 § är skyldig att söka läkare och inte utan dröjsmål gör det.

37 § Smittskyddsläkarens beslut om tillfälligt omhändertagande bör avse den person som kan antas ha blivit smittad av sjukdom som anges i 1.1 och 1.2 bilagan till lagen. Härigenom kommer paragrafen att närmare ansluta till gällande rätt.

17 §

Lagrådet

Vid 53 § berör lagrådet frågan om en smittskyddsläkares beslut om förhållningsregler skall kunna överklagas.

30 §

Lagrådet

Av paragrafen bör klarare framgå att smittskyddsläkarens skyldighet att underrätta socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent inte gäller beträffande sådana patienter som dessa myndigheter inte bedöms ha eller få någon kontakt med. Sista meningen kan förslagsvis ges följande lydelse: "Underrättelse skall inte lämnas om smittskyddsläkaren bedömer att den saknar betydelse för smittskyddet". Även första meningen i paragrafen kan förtydligas genom att orden "berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent" byts ut mot "socialnämnden, polismyndigheten och skyddskonsulenten".

Tvångsisoleringens varaktighet

(40—41 och 51 §§ och rubriken närmast före 51 §)

Lagrådet

I detta avsnitt finns bestämmelser om hur länge en tvångsisolering kan pågå. Huvudregeln är att tvångsisoleringen får pågå i högst tre månader. Det finns dock möjlighet att genom särskilda beslut av länsrätten förlänga tvångsisoleringen med högst sex månader åt gången. Begärs inte någon förlängning av tiden, upphör beslutet om tvångsisolering automatiskt att gälla vid utgången av maximitiden.

Ett sådant beslut kan emellertid upphöra att gälla genom att smittskyddsläkaren med stöd av 51 § i förslaget beslutar, att tvångsisoleringen skall upphöra. Förslaget skulle vinna i överskådlighet, om 51 § flyttas till avsnittet om tvångsisoleringens varaktighet och där sätts in närmast efter 41 §. (I så fall bör rubriken närmast före 51 § slopas.) Avsnittet kommer då

att innehålla en uttömmande reglering av de olika situationer i vilka beslut om tvångsisolering upphör att gälla (härvid bortses då från det särskilda fallet att högre rätt upphäver ett av länsrätten fattat beslut om tvångsisolering).

Förslaget innebär att länsrätten fattar beslutet om tvångsisolering på ansökan av smittskyddsläkaren under det att det är smittskyddsläkarens sak att bestämma när beslutet skall upphöra att gälla. Mot den bakgrunden synes lämpligt att det i lagtexten i förslaget 51 § särskilt anges att smittskyddsläkaren är skyldig att pröva frågan om tvångsisoleringens upphörande om den tvångsisolerede begär det. Lagrådet föreslår att förslaget 51 § tillförs ett andra stycke med följande lydelse: "Om den tvångsisolerede begär att tvångsisoleringen skall upphöra, är smittskyddsläkaren skyldig att ofördröjligen besluta i frågan." Med den omdisposition lagrådet nyss föreslog kommer den föreslagna bestämmelsen att ingå som ett andra stycke i 42 §. Förslaget 42–49 §§ får då beteckningen 43–50 §§. Vidare föranleder omdispositionen jämkning av vissa paragrafhänvisningar i lagförslaget.

42 §

Lagrådet

Paragrafen, som i första hand riktar sig till sjukvårdshuvudmannen, ställer krav på denne att ställa resurser till förfogande så att den som är tvångsisolerad kan få det stöd och den hjälp som han behöver. Men paragrafen får också anses innefatta åligganden för personalen. Underlåter någon att följa vad som föreskrivs i paragrafen kan detta leda till att disciplinansvar kan utkrävas enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.

43 §

Lagrådet

Det är uppenbart, att en tvångsisolerad måste kunna underkastas även andra tvångsåtgärder än att han hindras lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas. I 44 § ges befogenhet att omhänderta egendom som kan skada honom eller vara till men för ordningen på sjukhuset. Men även andra åtgärder för att skydda honom själv eller andra mot kroppsskada eller för att genomföra isoleringen kan vara nödvändiga att vidta med tvång. I viss utsträckning finns legalt stöd härför i 24 kap. 4 § brottsbalken. Det är dock inte tillfredsställande att personalen som har att verkställa ett beslut om tvångsisolering inte kan finna stöd för nödvändiga tvångsåtgärder i den lag som reglerar tvångsisoleringen.

Efter mönster av 34 § i den nyligen antagna lagen om vård av missbrukare i vissa fall förordrar lagrådet att förslaget 43 § får följande lydelse: "Den som är tvångsisolerad får hindras att lämna sjukhusets område eller den del av sjukhuset där han skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att genomföra tvångsisoleringen. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till hans egen eller andras säkerhet."

Lagrådet

Alla slag av narkotika är inte berusningsmedel. Punkten 1 bör därför kompletteras så att den lyder:

”1. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel.”

Till följd av vad lagrådet föreslagit vid 43 § bör punkten 4 ges lydelsen:

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

Som en konsekvensändring bör även ordet narkotika anges i remissförslagets 47 §.

Nordlund

Bestämmelserna i 44 § är skrivna med motsvarande bestämmelser i den nyligen antagna lagen om vård av missbrukare i vissa fall som förebild (se prop. 1987/88: 147). Den som är tvångsisolerad behöver emellertid inte vara missbrukare. Det saknas anledning att förbjuda en sådan tvångsisolerad att inneha exempelvis en flaska lättöl eller ett sömnmedel som är klassat såsom narkotika, allt under förutsättning att ordningen på sjukhuset tillåter innehavet. Samtidigt måste dock lagen innehålla befogenheter att omhänderta sådana medel och föremål och annan egendom som anges i 44 §, när det är nödvändigt av de skäl som angivits i den av lagrådet föreslagna lydelsen av förslagets 43 §.

Jag förordar därför, att paragrafen ändras på följande sätt.

De inledande orden ”Den som är tvångsisolerad får inte inneha” ersätts med orden ”Från den som är tvångsisolerad får omhändertas”.

Eftersom alla slag av narkotika inte är berusningsmedel bör vidare punkten 1 kompletteras så att den lyder: ”1. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel.”

Ytterligare bör punkten 4 ges lydelsen ”4. annan egendom som kan skada honom själv eller annan eller vara till men för ordningen på sjukhuset.”

Slutligen bör andra stycket utgå.

Med mitt förslag får sjukhusets personal alla de befogenheter som behövs, men tvingas inte behandla alla tvångsisolerede som missbrukare.

48 §

Lagrådet

Enligt paragrafens andra stycke får ett tillstånd att vistas utanför sjukhuset upphöra samtidigt som tiden för tvångsisoleringen löper ut. Bestämmelsen har tillkommit för att underlätta för den tvångsisolerede att anpassa sig till livet utanför sjukhuset.

Vad som åsyftas med bestämmelsen kan enligt lagrådets mening åstadkommas inom ramen för första stycket, som säger att den som är tvångsisolerad får ges tillstånd att under viss tid vistas utanför sjukhusets område. Mot bestämmelsen i andra stycket kan den kritiken riktas att bestämmelsen ger den felaktiga föreställningen att smittskyddsläkaren i vissa fall

skulle kunna underlåta att besluta att tvångsisoleringen skall upphöra trots att det inte längre finns skäl för tvångsisolering. Vidare är andra stycket behäftat med den felaktigheten att tillståndet får avse återstoden av den *bestämda* tiden. Visserligen kan länsrätten enligt 41 § meddela en bestämd tid när det gäller frågan om att isoleringen skall fortsätta, men det grundläggande beslutet enligt 40 § avser tvångsisolering under högst tre månader, dvs. under en icke bestämd tid. På grund av det nu anförda förordar lagrådet att andra stycket utgår

50 §

Lagrådet

Lagförslaget innebär att den som tvångsisoleras inte kan ges vård under isoleringen, om han motsätter sig det. Förevarande paragraf tar sikte på en situation då en HIV-smittad narkotikamissbrukare, som tvångsisoleras, visat sig beredd att underkasta sig vård. Paragrafen öppnar möjlighet att med den tvångsisoleras samtycke överföra honom till en institution för vård av narkotikamissbrukare.

I dessa situationer kan förhållandena vara sådana att man inte längre har anledning att hålla den smittade tvångsisolerad, eftersom det finns fog för att tro att den smittade ändrat inställning och är beredd att frivilligt medverka till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning. I så fall skall smittskyddsläkaren fatta beslut om att tvångsisoleringen skall upphöra (51 § lagförslaget). Det kan mycket väl vara så att det inte heller finns grund för att besluta om tvångsvård enligt den nyligen antagna lagen om vård av missbrukare i vissa fall (prop. 1987/88:147). Vad som inträffar i ett sådant läge är därför att den smittade tas in på en institution för frivillig vård av narkotikamissbrukare där den smittade får frivillig vård under samma förutsättningar som alla andra som vårdas på den institutionen.

Det kan säkert förekomma, att man har anledning att ställa sig tveksam till en uppgift från en tvångsisolerad narkotikamissbrukare, att han är beredd att underkasta sig vård för sitt missbruk. Då kan det vara befogat att föra över honom till en institution för narkotikamissbrukare under det att tvångsisoleringen består. Detta föreslås också i remissen.

Förslagets 50 § innebär att i ett sådant läge beslutet om tvångsisolering formellt består men utan några av de tvångsinslag som är det karaktäristiska för en tvångsisolering. Man kan sålunda inte hindra missbrukaren från att lämna institutionen, personalen kan inte ingripa om missbrukaren har sådan egendom som avses i 44 § etc.

Lagrådet anser att det är ägnat att undergräva respekten för lagstiftningen att på det sättet låta ett beslut om tvångsisolering bestå i formell mening trots att den tillämpande myndigheten saknar varje möjlighet att begränsa den intagnes rörelsefrihet. Då är det nämligen i realiteten inte fråga om någon tvångsisolering. Lagrådet avstyrker därför den föreslagna bestämmelsen. Om den utgår måste också bestämmelsen i 63 § punkten 4 slopas. Vidare får förslagets 52 – 71 §§ betecknas 51 – 70 §§.

Lagrådet har varit inne på tanken att förslagets 50 § skulle arbetas om så att den skulle ge möjlighet att med den tvångsisolerade narkotikamissbru-

karens samtycke överföra honom till ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn. Missbrukaren skulle då finnas på en institution vars personal är van vid att vårda narkotikamissbrukare samtidigt som tvångsingripanden mot de intagna kan bli nödvändiga. Mot det kan emellertid invändas att dessa LVM-hem är avsedda endast för personer som befinner sig i en fas då de motsätter sig vård i alla former. Lagrådet har mot den bakgrunden inte velat föreslå en lösning efter nu antydda riktlinjer.

Vad som i så fall återstår i de fall då en definitiv avslutning av tvångsisoleringen inte kommer i fråga är att efter den tvångsisoleras samtycke ge honom tillstånd att vistas utanför sjukhuset (förslagets 48 §) och förse tillståndet med det villkoret att han skall tas in på en institution där han kan beredas lämplig vård och behandling för sitt missbruk. Självklart förutsätter det att den som förestår institutionen är beredd att ta emot missbrukaren. Skulle missbrukaren inte fullfölja vården, kan tillståndet återkallas och missbrukaren återföras till sjukhuset (63 § punkten 3).

52 §

Lagrådet

I specialmotiveringen sägs att beslut som får överklagas enligt paragrafen är de beslut som miljö- och hälsoskyddsnämnden har meddelat med stöd av 33 eller 34 §. Nämnden kan emellertid meddela beslut också enligt 35 § om att utnyttja den rätt till tillträde som paragrafen ger. Även ett sådant beslut bör kunna överklagas enligt 52 §.

53 §

Lagrådet

Det remitterade förslaget innebär att det inte finns någon möjlighet att föra talan mot smittskyddsläkarens beslut enligt 17 § om förhållningsregler. Sådana regler kan vara mycket ingripande för den enskilde och innebära t. ex. att han inte får några praktiska möjligheter att utöva sitt yrke. Om i ett sådant fall den enskilde anser att förhållningsreglerna är alltför ingripande, har han enligt förslaget att välja mellan att trots detta acceptera smittskyddsläkarens beslut eller sätta sig över det i förhoppningen att länsrätten vid en eventuell prövning enligt 38 § skall göra den bedömningen att förhållningsreglerna är alltför långtgående. Enligt lagrådets mening inger det starka betänkligheter att på det sättet försätta enskilda personer i en valsituation där de kan riskera att ett beslut om tvångsisolering blir följden för den händelse rätten finner att ett tidigare meddelat icke överklagbart beslut om förhållningsregler var välgrundat. Från rättssäkerhetssynpunkt är tveklöst att föredra att den berörde enskilde ges möjlighet att hos länsrätten överklaga smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler.

Härtill kommer att det måhända kan ifrågasättas om den föreslagna ordningen är förenlig med europakonventionen om mänskliga rättigheter och grundläggande friheter, närmare bestämt artikel 6 i konventionen. Den europeiska domstolens tolkning av begreppet civila rättigheter i artikeln

har varit sådan (se prop. 1987/88:69 bil. 5) att man inte kan utesluta att domstolen skulle anse att konventionen ger rätt till domstolsprövning ifall ett beslut om förhållningsregler i praktiken förhindrar en person att utöva sitt yrke.

Lagrådet föreslår att som en första punkt i 53 § första stycket upptas följande:

”1. förhållningsregler enligt 17 §,”

Som en följd härav får efterföljande punkter i stycket numreras om.

56 §

Lagrådet

Lagförslaget innehåller inte någon uttrycklig regel om vilken smittskyddsläkare som skall fatta de beslut som enligt 53 § kan överklagas till länsrätten. Det finns inte heller någon regel om vilken smittskyddsläkare som är behörig att ansöka om tvångsisolering.

Av de allmänna bestämmelserna om ansvar och åligganden, särskilt 7 §, får anses följa att en smittskyddsläkare är behörig att ingripa mot var och en som vistas inom landstingskommunen och som antas vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom. En smittskyddsläkare kan sålunda besluta t. ex. om tillfälligt omhändertagande av en person som tillfälligt vistas i landstingskommunen. Av 56 § i förslaget följer att beslutet blir avgörande för vilken länsrätt som skall överpröva ett sådant beslut.

58 §

Lagrådet

Den föreslagna paragrafen ansluter ganska nära till vad som föreskrivs i 39 § i den nyligen antagna lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Vissa skillnader finns emellertid.

Enligt lagrådets mening saknas anledning att göra något avsteg från vad som föreskrivs i sistnämnda lagrum där det anges bl. a. att länsrätten och kammarrätten skall hålla muntlig förhandling i mål om beredande av tvångsvård, om detta inte är uppenbart obehövligt. Den nyssnämnda situationen motsvarar närmast det fallet att smittskyddsläkaren ansöker om tvångsisolering eller om fortsatt tvångsisolering.

Den nya lagen om vård av missbrukare i vissa fall innebär att underställningsmål i anledning av ett omedelbart omhändertagande inte omfattas av den ovan angivna regeln om skyldighet att hålla muntlig förhandling (prop. 1987/88:147 s. 109 jämförd med prop. 1981/82:8 s. 99). I överensstämmelse med vad lagrådet nyss anförde bör motsvarande gälla vid tillämpningen av den nu aktuella lagen.

Lagrådet föreslår att lagförslagets 58 § får följande lydelse:

”I mål om tvångsisolering, som väckts vid länsrätten genom ansökan av smittskyddsläkaren, skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

Om någon part begär muntlig förhandling, skall sådan hållas. Parterna skall upplysas om sin rätt till muntlig förhandling.

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

59 §

Lagrådet

När det gäller mål som rör tvångsisolering synes det väl motiverat att nämndemän deltar vid målets prövning i kammarrätten. Däremot är sådan medverkan knappast erforderlig när målet gäller beslut, som fattats av en miljö- och hälsoskyddsnämnd, eller beslut rörande tillfälligt omhändertagande.

Lagrådet föreslår att lagförslagets 59 § ges följande lydelse: ”Vid handläggning i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än som avser 33–35 eller 37 § skall nämndemän ingå i rätten.”

63 §

Lagrådet

Som framhållits vid 50 § bör punkten 4 slopas. Det föranleder en omnumrering av efterföljande punkter.

70 §

Lagrådet

I specialmotiveringen sägs att avsikten är att se över och anpassa karantänsförordningen till den nya smittskyddslagen. Lagrådet finner i anslutning härtill anledning att påpeka, att förevarande paragraf självfallet inte innebär bemyndigande för regeringen att meddela sådana föreskrifter som enligt 2 kap. regeringsformen endast får meddelas genom lag.

Lagen om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål

Förslaget innehåller inte några regler om straff eller annan brottspåföljd. Förslaget kan närmast ses som ett slags processuell lagstiftning. På processrättens område gäller som en allmän regel att ny processlag tillämpas på varje processuell företeelse som inträffar efter lagens ikraftträdande. Mot bakgrund härav föreslår lagrådet att man slopar den särskilda övergångsbestämmelsen om att lagen inte skall gälla i fråga om brott som begåtts före ikraftträdandet.

Lagen om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Lagrådet lämnar förslaget utan erinran.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 augusti 1988

Närvarande: statsrådet Feldt, ordförande, och statsråden Sigurdson Gustafsson, Hjelm-Wallén, Peterson, Bodström, Göransson, Gradin, R. Carlsson, Johansson, Hulterström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Proposition med förslag om ny smittskyddslag m. m.

1 Anmälan av lagrådsyttrande

Föredraganden anmäler lagrådets yttrande (beslut om lagrådsremiss fattat vid regeringssammanträde den 5 maj 1988) över förslag till

1. smittskyddslag,
2. lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål,
3. lag om ändring i sekretesslagen (1980: 100).

Föredraganden redogör för lagrådets yttrande och anför.

Förslaget till smittskyddslag

När det gäller förslaget till smittskyddslag konstaterar jag att lagrådet inte har anfört några invändningar mot lagförslagets grunder eller allmänna uppläggning. Med avseende på den närmare utformningen av förslaget har lagrådet i några avseenden, som jag tar upp i det följande, funnit anledning till synpunkter samt förslag till jämkningar, förtydliganden och redaktionella ändringar.

Beträffande lagrådets yttrande i anledning av 4 § lagförslaget vill jag framhålla följande. Lagförslaget innehåller bestämmelser som gör det möjligt att under vissa förutsättningar tvångsvis läkarundersöka och tillfälligt omhänderta enskilda på sjukhus. Som ett yttersta medel för att förhindra smittspridning ges möjlighet att på sjukhus tvångsisolera den som för smitta. Dessa tvångsåtgärder föreslås dock vara begränsade till de smittsamma sjukdomar som benämns samhällsfarliga. De sjukdomar som skall betraktas som samhällsfarliga anges i en bilaga till smittskyddslagen. Om den situationen skulle uppkomma att en "ny" smittsam sjukdom uppträder eller inom kort kan uppträda här i landet och ett riksdagsbeslut beträffande lagens tillämplighet på sjukdomen inte kan avvaktas, öppnas i 4 § första stycket en möjlighet för regeringen att föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på sjukdomen. En sådan föreskrift av regeringen får beslutas endast om sjukdomen bedöms dels ha

hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade. Med dessa kriterier på sjukdomarna blir enligt min mening en föreskrift av regeringen att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skall tillämpas på en sjukdom som tidigare inte upptagits bland de samhällsfarliga i bilagan att betrakta som en verkställighetsföreskrift. Den sjukdom som avses med en sådan föreskrift bör dock föras upp på förteckningen i bilagan till lagen så snart det är möjligt. I specialmotiveringen till bestämmelsen framhåller jag därför att det kan vara "lämpligt att smittskyddslagens tillämpning på sjukdomen blir föremål för riksdagens prövning. Detta kan ske genom att regeringen förelägger riksdagen en proposition med förslag till ändring i smittskyddslagen, genom vilken den aktuella sjukdomen förs upp på förteckningen över samhällsfarliga sjukdomar i bilagan till lagen."

Lagrådet har inte uttalat någon kritik mot den föreslagna rätten för regeringen att under angivna förutsättningar föreskriva att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skall tillämpas på en "ny" allvarlig smittsam sjukdom som dyker upp. Lagrådet pekar dock på att de omständigheter som bestämmelsen i 4 § första stycket avser att täcka är så speciella att det är fullt försvarbart att uppfatta bestämmelsen som ett slags beredskapslagstiftning. I denna situation kan 8 kap. 10 § regeringsformen (RF) uppmärksammas. Enligt nämnda paragraf kan regeringen efter bemyndigande i lag genom förordning bestämma att föreskrift i lagen skall börja eller upphöra att tillämpas, om lagen avser bl. a. ämne som gäller skyddet för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Detta betyder att bestämmelser i en förordning kan innebära begränsning av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna i 2 kap. RF. Bestämmelsen i 4 § första stycket lagförslaget kan mot denna bakgrund, framhåller lagrådet, uppfattas så att regeringen med stöd av ett i lag givet bemyndigande förordnar, att de rättighetsbegränsande lagreglerna om samhällsfarliga sjukdomar skall börja att tillämpas i fråga om den "nya" sjukdomen i den mening som avses i 8 kap. 10 § RF. Om bestämmelsen i 4 § första stycket uppfattas på detta sätt bör, för att bestämmelsens särskilda karaktär av beredskapslagstiftning skall framgå tydligt och för att få en bättre anknytning till ordalagen i 8 kap. 10 § RF, särskilt föreskrivas att bestämmelsen tillämpas från tidpunkt som regeringen bestämmer. Lagrådet föreslår vidare att det i lagtexten särskilt markeras att 4 § skall tillämpas bara i brådskande situationer när riksdagens beslut om ändring i bilagan inte kan avvaktas och det är fråga om en sjukdom som inte var känd såsom samhällsfarlig när förteckningen i bilagan över samhällsfarliga sjukdomar kom till, dvs. när bilagan upprättades eller senast ändrades.

Som jag nyss redovisat innebär den i lagrådsremissen valda lösningen på förevarande problem att kriterierna på de sjukdomar som kan omfattas av ett beslut av regeringen enligt 4 § första stycket anges så detaljerat i paragrafen att regeringsbeslutet blir att betrakta som en verkställighetsföreskrift. Lagrådet har föreslagit en annan grund för regeringens beslut i dessa fall, nämligen delegation enligt 8 kap. 10 § RF. Enligt min bedömning kan båda vägarna vara framkomliga. Oavsett vilken lösning som väljs blir det faktiska resultatet av ett regeringsbeslut detsamma. Ett jämförbart

problem har i epizootilagen (1980:369) lösts på samma principiella sätt som nu föreslagits i lagrådsremissen, vilket kan tala för att man också i smittskyddslagen bör välja denna lösning. Den av lagrådet anvisade lösningen har emellertid bl. a. den fördelen att det i smittskyddslagen kan föreskrivas att regeringens föreskrift skall underställas riksdagen för prövning (8 kap. 12 § RF), något som inte är möjligt om regeringens beslut är en verkställighetsföreskrift. Vid detta förhållande kan jag godta den av lagrådet föreslagna lösningen som har tillämpning för särskilda undantagssituationer och lagrådets förslag till ändrad lydelse av 4 § första stycket, med en mindre, språklig justering.

Med den valda lösningen bör 4 § tillföras ett tredje stycke av följande lydelse. "Föreskrifter som meddelas med stöd av första eller andra stycket skall snarast underställas riksdagens prövning."

När det gäller ansvarsfördelningen inom smittskyddet mellan främst landstingskommuner och kommuner framhåller lagrådet, att vissa bestämmelser i lagförslaget och motiven till dessa inte är förenliga med intentionerna i förslaget. Avsikten med förslaget är att landstingskommunen och kommunerna skall dela på ansvaret för smittskyddet på det sättet att landstingskommunen svarar för de personinriktade åtgärderna medan kommunen svarar för de objektinriktade åtgärderna. Kommunerna skall, framhåller lagrådet, även i fortsättningen ha ett fullt och självständigt ansvar för sin del av smittskyddet och landstingskommunen får inte någon befogenhet att befatta sig med denna del. De problem som kan uppkomma på grund av det delade ansvaret skall enligt förslaget lösas genom samverkan mellan de landstingskommunala och primärkommunala organen.

För egen del kan jag medge att förslaget i denna del kan ge intryck av att landstingskommunen skall ses som ett överordnat organ med ansvar också för uppgifter som utförs av kommuner och läkare. Som lagrådet också påpekar är detta dock inte avsikten med förslaget. Någon rätt för landstingskommunen att ge direktiv till kommuner eller enskilt verksamma läkare är inte avsedd. Inte heller skall landstingskommunen vara skyldig att vidta sådana objektinriktade åtgärder som kommunen skall svara för, om åtgärderna inte kommer till stånd genom kommunens försorg. En annan sak är att tyngdpunkten i smittskyddsverksamheten kommer att ligga hos landstingskommunen, bl. a. genom de uppgifter av övergripande natur som landstingskommunen – i kraft av sin reella kompetens på området och överblick över ett tillräckligt stort befolkningsunderlag – skall svara för och genom de vidgade uppgifterna för smittskyddsläkaren som är knuten till och utses av hälso- och sjukvårdsnämnden i landstingskommunen. Med det sagda kan jag godta de av lagrådet föreslagna ändringarna av 5, 9, 11 och 12 §§. Jag kan också ansluta mig till lagrådets förslag till ändrad rubrik närmast före 5 § och till att rubrikerna närmast före 7, 9 och 10 §§ utgår.

Lagrrådet anser att undersöknings- och behandlingsskyldigheten för läkare vid samhällsfarlig sjukdom inte bör omfatta läkare som inte är anslutna till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och att en bestämmelse med denna innebörd bör tas in i 10 §. Vidare föreslår lagrådet att det i tydlighetens intresse bör sägas ut i nämnda paragraf att

undersöknings- och behandlingsskyldigheten inte gäller om läkaren är förhindrad att fullgöra den. En redaktionell ändring bör också göras i paragrafen.

På de skäl som lagrådet anför anser också jag att 10 § bör ändras på det sätt som lagrådet föreslår.

I anslutning till 13 § påpekar lagrådet att det enligt ordalagen i paragrafen är den egna uppfattningen hos den berörda personen som är avgörande för skyldigheten att söka läkare och låta denne göra de undersökningar och ta de prov som behövs. Lagrådet framhåller att enligt motiven kan emellertid även andra omständigheter än den egna uppfattningen vara av betydelse för bedömningen av om en sådan skyldighet föreligger. Sålunda uttalas att ett trovärdigt påstående av någon, som för smitta av en sexuellt överförbar sjukdom, att han eller hon haft samlag med en viss person bör liksom för närvarande ge möjlighet till tvångsundersökning, även om den utpekade förnekar den påstådda händelsen. Uttalandet tyder på, framhåller lagrådet, att en bedömning ibland får göras mot bakgrund av samtliga omständigheter. För att få bättre överensstämmelse mellan lagtexten och motiven föreslår lagrådet att 13 § kompletteras med ett andra stycke motsvarande 15 § i gällande smittskyddslag.

För egen del vill jag framhålla följande. I 13 § föreskrivs bl. a. skyldighet att söka läkare för den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Som lagrådet påpekar framhålls i motiven till bestämmelsen att patientens egen uppfattning om huruvida han har anledning anta att han har smittats inte kan få vara avgörande för skyldigheten att söka läkare och låta sig läkarundersökas. Om en läkare på medicinska grunder anser att någon har anledning anta att han smittats av en samhällsfarlig sjukdom inträder skyldigheten för den berörde sedan läkaren underrättat honom om sin bedömning. Att bestämmelsen i 13 § omfattar också fall då läkaren gör en sådan bedömning och underrättar patienten om detta har inte satts i fråga av lagrådet. Däremot anser lagrådet att nämnda bestämmelse inte kan anses föranleda skyldighet för den utpekade att söka läkare i den situation då någon som för smitta av en sexuellt överförbar sjukdom trovärdigt påstår att han eller hon har haft samlag med en viss person. Jag kan ansluta mig till lagrådets bedömning vad gäller bestämmelsens räckvidd i sistnämnda situation och biträda att den av lagrådet föreslagna bestämmelsen, med en mindre, språklig justering, tas in som ett andra stycke i 13 §. Det förtjänar framhållas att den nya bestämmelsen gäller samtliga samhällsfarliga sjukdomar. Mitt ställningstagande innebär att jag också kan ansluta mig till de av lagrådet föreslagna konsekvensändringarna i 15, 26, 36 och 37 §§.

Jag godtar lagrådets förslag till ändring av 30 § med den justeringen att sista meningen bör ges följande lydelse: "Underrättelse skall inte lämnas om smittskyddsläkaren bedömer att den inte behövs för att tillse att förhållningsreglerna följs eller att den annars saknar betydelse för smittskyddet."

Jag godtar också lagrådets förslag att tillföra 51 § ett andra stycke i vilket det anges att smittskyddsläkaren är skyldig att pröva frågan om tvångsisoleringens upphörande om den tvångsisolerede begär det. Jag biträder för-

slaget att 51 § bör flyttas och placeras omedelbart efter 41 § samt betecknas 42 §. Detta innebär att 42–49 §§ i lagförslaget skall betecknas 43–50 §§. Även rubriken närmast före 51 § får utgå.

Vad lagrådet anför beträffande 42 § i remissförslaget föranleder inte några invändningar från min sida.

Jag ansluter mig till lagrådets förslag till komplettering av det remitterade förslagens 43, 44 och 47 §§.

I 48 § andra stycket i det remitterade förslaget finns en bestämmelse som gör det möjligt att låta ett tillstånd att vistas utanför sjukhuset upphöra samtidigt som tiden för tvångsisoleringen löper ut. Lagrådet påpekar att bestämmelsen i vissa avseenden är tveksam och att vad som åsyftas med bestämmelsen kan åstadkommas inom ramen för paragrafens första stycke. Lagrådet förordar därför att andra stycket utgår. Med hänsyn till vad lagrådet anför vad gäller tolkningen av bestämmelserna i första stycket har jag inte någon erinran mot att andra stycket utgår.

Lagrådet föreslår att 50 § lagförslaget – som öppnar möjlighet att överföra en tvångsisolerad HIV-smittad narkotikamissbrukare till en institution där han kan få vård för missbruket – utgår och framhåller bl. a. att vad som avses med paragrafen kan åstadkommas med tillämpning av förslagens 48 §. Med den tillämpning av 48 § som lagrådet redovisar har jag inte någon erinran mot att 50 § utgår. Detta leder till att 63 § 4 skall utgå och att 52–71 §§ skall betecknas 51–70 §§.

Jag har inga erinringar mot vad lagrådet anför beträffande 52 § i det remitterade förslaget.

Jag godtar lagrådets förslag att smittskyddsläkarens beslut enligt 17 § om förhållningsregler skall kunna överklagas till länsrätt. En bestämmelse härom kan lämpligen, som lagrådet förordar, tas in som en första punkt i 53 § första stycket. Detta innebär att efterföljande punkter i stycket numreras om.

I anslutning till 56 § har lagrådet gjort vissa förtydligande uttalanden beträffande behörig smittskyddsläkare. Jag har inte några erinringar mot lagrådets uttalanden i den delen.

Jag godtar lagrådets förslag till ändringar av 58 och 59 §§ för att få bättre överensstämmelse med motsvarande regler i den nya lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

I övrigt har vissa redaktionella ändringar gjorts i det remitterade förslagens 6, 7, 8, 14, 16, 19, 25, 28, 32, 34, 51, 63, 68 och 71 §§ samt i rubrikerna närmast före 3, 13, 15, 25 och 33 §§. Redaktionella ändringar har också gjorts i 3, 4 och 6 punkterna i övergångsbestämmelserna.

Övriga lagförslag

Vad gäller lagförslaget till lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål föreslår lagrådet att den särskilda övergångsbestämmelsen om att lagen inte skall gälla i fråga om brott som begåtts före ikraftträdandet utgår.

Lagrådets ståndpunkt får anses innebära att det inte finns något konstitutionellt hinder mot att ge den föreslagna möjligheten till tvångstestning

verkan även vid sådana brott som begåtts före ikraftträdandet. Mot denna bakgrund och med hänsyn till att det givetvis kan finnas ett behov av testning även vid sådana brott, anser jag att lagrådets förslag bör följas.

Vidare bör i nämnda lag en redaktionell ändring göras i 1 § andra stycket.

Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) har lagrådet lämnat utan erinran.

2 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att anta de av lagrådet granskade förslagen till

1. smittskyddslag,
 2. lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål,
 3. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)
- med vidtagna ändringar.

3 Beslut

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

	Sid.
Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	5
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 maj 1988	19
1 Inledning	19
2 Allmän motivering	19
2.1 Tidigare och gällande rättsliga reglering	19
2.2 Bakgrund till en ny smittskyddslag	23
2.3 Utgångspunkter för en ny smittskyddslag	25
2.4 Inriktningen av smittskyddet	28
2.5 Sjukdomarna i smittskyddslagen	30
Särregleringen av de veneriska sjukdomarna upphör	31
Benämningen samhällsfarliga sjukdomar	32
Sjukdomar – smittämnen	33
2.5.1 De samhällsfarliga sjukdomarna	34
2.6 Ansvaret för smittskyddet	37
2.7 Smittskyddsorganisationen i landstingskommunen	43
Smittskyddsläkarens ställning och uppgifter	44
Endast en smittskyddsläkare i landstingskommunen	45
Smittskyddsläkaren – en myndighet	46
Smittskyddsläkaren och tillsynslagen	46
Smittskyddsläkaren som behandlande läkare	47
Behörighetskrav för smittskyddsläkaren	47
Smittskyddsorganisationen i övrigt inom landstingskommunen	48
2.8 Skyldigheter för den som är eller misstänks vara smittad	50
Skyldighet att söka läkare	50
Skyldighet att låta sig undersökas	52
Förhållningsregler för den som är eller misstänks vara smittad	53
Skyldighet att låta sig behandlas	54
Skyldighet att låta sig tas in på sjukhus	55
Skyldighet att upplysa om kontakter m. m.	56
2.9 Den behandlande läkarens åtgärder	57
Läkarnas allmänna åligganden	57
Meddelande av förhållningsregler	58
Smittspårning	59
2.10 Anmälningförfarandet	61
Vem skall anmäla?	62
Sjukdomar som skall anmälas	63
Till vem skall anmälan göras?	64
Uppgifterna i en anmälan	65
2.11 Sekretessen och smittskyddet	69
Gällande sekretessregler	69
Sekretessen och den nya smittskyddslagen	72
2.12 Samordningen av smittskyddslagen med LVM och LSPV vid infektion av HIV	74
Smittskyddslagen – LVM	76
Smittskyddslagen – LSPV	76
2.13 Tvångsåtgärder m. m.	78
Tvångsundersökning	80
Tvångsbehandling	83

Tillfälligt omhändertagande	85
Tvångsisolering	86
Straffbestämmelser	90
2.14 Handläggningen av mål och ärenden	92
2.15 Den enskildes kostnader för undersökning, vård och behandling m. m.	95
2.16 Kostnadsberäkning	98
2.17 Fördelningen av kostnaderna	102
2.18 Undersökning om HIV-smitta i brottmål	104
2.19 Övriga frågor	107
3 Upprättade lagförslag	107
4 Specialmotivering	108
4.1 Förslaget till smittskyddslag	108
4.2 Förslaget till lag om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål	154
4.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	156
5 Hemställan	157
6 Beslut	157

<i>Bilaga 1</i> Den särskilde utredarens sammanfattning av förslaget till ny smittskyddslag i betänkandet (SOU 1985:37) Om smittskydd	158
---	-----

<i>Bilaga 2</i> Den särskilde utredarens förslag till smittskyddslag och smittskyddsförordning	164
--	-----

<i>Bilaga 3</i> Sammanställning av remissyttranden över den särskilde utredarens betänkande (SOU 1985:37) Om smittskydd	172
---	-----

<i>Bilaga 4</i> Lagrådsremissens lagförslag	313
---	-----

Utdrag ur lagrådets protokoll den 13 juni 1988	327
--	-----

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 18 augusti 1988 ..	340
---	-----

1 Anmälan av lagrådsyttrande	340
------------------------------------	-----

2 Hemställan	345
--------------------	-----

3 Beslut	345
----------------	-----

