Regeringens proposition 1986/87:2

med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III

Prop. 1986/87:2

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 18 juni 1986.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdsen

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag till ändringar i sekretessreglerna för att förbättra möjligheterna till effektiva insatser mot spridningen av det virus som förorsakar den veneriska sjukdomen infektion av LAV/HTLV-III. Ändringarna innefattar både lättnader och skärpningar i sekretessen.

Lättnader föreslås när det gäller smittskyddsläkarens verksamhet. Han föreslås få rätt att inhämta de uppgifter om enskilda personer från andra myndigheter och från dem som enskilt bedriver hälso- och sjukvård som han behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt smittskyddslagstiftningen. Smittskyddsläkaren skall också lämna ut uppgifter om enskilda till socialtjänsten och polisen samt i förekommande fall till skyddskonsulenten, om detta behövs för att se till att en patient följer de föreskrifter om sin livsföring som en läkare har meddelat honom för att hindra smittspridning. Om socialtjänsten, polisen eller skyddskonsulenten 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, skall de ha skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Lättnader i sekretessen föreslås också beträffande kriminalvårdens verksamhet. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid kriminalvårdsanstalter skall till styresmannen lämna ut uppgifter om att en intagen är smittad av en smittsam sjukdom som avses i smittskyddslagstiftningen, t.ex. infektion av LAV/HTLV- III. Styresmannen får i sin tur informera övrig berörd personal i den utsträckning det behövs för vården av den intagne.

1 *Riksdagen 1986/87. 1 saml. Nr 2*

En skärpning av sekretessen föreslås beträffande polisens verksamhet. Uppgifter om enskildas personliga förhållanden som polisen får del av när den bistår smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagstiftningen skall få ett skydd i sekretesslagen. Ett sådant skydd saknas i dag. Härigenom kommer bl.a. uppgiften att någon är smittad av LAV/HTLV-III att skyddas i handräcknings- och biståndsärenden hos polisen.

Vidare föreslås att en narkotikamissbrukare som med tvång har intagits på sjukhus enligt smittskyddslagen skall, om han medger det, kunna föras över till en institution inom missbrukarvården för att där få vård för sitt missbruk.

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 1987.

Lagförslagen i denna proposition har granskats av lagrådet. Propositionen innehåller därför flera huvuddelar: lagrådsremissen (s. 8), chefens för socialdepartementet anmälan till lagrådsremissen (s. 9), chefens för justitiedepartementet anmälan till lagrådsremissen (s. 39), lagrådets gemensamma yttrande (s. 44) och föredragande statsrådens anmälan av lagrådets yttrande (s. 45).
Den som vill ta del av samtliga skäl för lagförslagen måste därför läsa alla delarna.

1 Förslag till

Lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (1968:231)

dels att nuvarande 18 § skall betecknas 19 §,

dels att 16 och 25 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas två nya paragrafer, 18 och 28 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
16 §[1]	
Den som enligt 14 eller 15 § eller eljest för venerisk sjukdom intagits på sjukhus får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess grundad anledning befara att han skall sprida smitta icke längre föreligger.	
	Om den intagne är missbrukare av narkotika får han, om han medger det, överföras till en institution där han kan beredas lämplig vård och behandling för missbruket. Beslut om överföring fattas av den överläkare eller motsvarande läkare vid sjukhuset som ansvarar för den intagne. Vid vistelsen på institutionen anses intagningen på sjukhuset bestå. Första stycket gäller dock inte under sådan vistelse.
	Bestämmelserna i andra stycket tillämpas endast om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom.
	18 §
	Om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom, är varje myndighet skyldig att på begäran av den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket lämna denne de uppgifter om en enskild person som läkaren behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt denna lag. Samma skyldighet har inom enskild hälso- och sjukvård personal som i sin yrkesutövning står under tillsyn av socialstyrelsen.

[1] Senaste lydelse 1985:870.

25 §[2]

Polismyndighet skall lämna handräckning

på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd, om någon åsidosätter vad som åligger honom enligt 6 § eller 7 § första stycket,

på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd om den åt vilken nämnden uppdragit att verkställa smittrening vägras tillträde till utrymme där smittrening skall ske,

på begäran av länsstyrelse eller läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket för verkställande av beslut enligt 14 eller 15 §,

på begäran av läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket eller av överläkare eller motsvarande läkare vid sjukvårdsanstalt om någon som enligt 8 eller 16 § får kvarhållas på sjukvårdsanstalt avviker från denna,

på begäran av överläkaren eller motsvarande läkare vid sjukhuset om någon som enligt 16 § andra stycket har överförts för vård och behandling för narkotikamissbruk skall återföras till sjukhuset.

28 §

Om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom, skall den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent om en anmaning enligt 13 § att följa de föreskrifter som en annan läkare har meddelat. Underrättelsen skall innehålla uppgifter om vem anmaningen gäller och innebörden av meddelade föreskrifter.

Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsulenten i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den anmanade inte följer föreskrifterna, skall detta anmälas till den läkare som har lämnat underrättelsen. Om denne läkare har överlämnat ärendet till motsvarande läkare i en annan landstingskommun, skall anmälan i stället göras till den läkaren.

[2] Senaste lydelse 1985:870.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	En underrättelse enligt första stycket får underlåtas, om läkaren bedömer att den inte behövs för att tillse att meddelade föreskrifter efterlevs. När läkaren anser att socialnämndens, polismyndighetens eller skyddskonsulentens medverkan inte längre behövs, skall han meddela myndigheten detta.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1987.

Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 19 § sekretesslagen (1980:100)[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.	
19 §	
Sekretess gäller hos polismyndighet för sådan uppgift om enskilds personliga förhållanden som hänför sig till	
1. verksamhet som enbart innefattar hjälp eller annat bistånd åt enskild,	
2. ärende om omhändertagande eller handräckning enligt lagstiftningen om viss psykiatrisk vård eller om vård av missbrukare utan samtycke inom socialtjänsten,	
3. ärende om handräckning enligt lagstiftningen om omsorger om psykiskt utvecklingsstörda eller vård av unga utan samtycke inom socialtjänsten, *eller*	3. ärende om handräckning enligt lagstiftningen om omsorger om psykiskt utvecklingsstörda eller vård av unga utan samtycke inom socialtjänsten,
4. ärende som avses i 21 kap. föräldrabalken,	4. ärende som avses i 21 kap. föräldrabalken, *eller*
	5. verksamhet som innefattar handräckning enligt smittskyddslagstiftningen eller annat bistånd åt smittskyddsläkare,
om det kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs.	
I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1987.

[1] Lagen omtryckt 1985:1059.

Lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

Härigenom föreskrivs att 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
37 §[1]	
Om en intagen behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus.	Om en intagen behöver hälso- och sjukvård, skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. *Får hälso- och sjukvårdspersonal inom kriminalvården kännedom om att en intagen lider av sådan smittsam sjukdom som avses i smittskyddslagen (1968:231), skall styresmannen underrättas om detta, om det behövs med hänsyn till fara för att smittan skall spridas.*

Förlossning av intagen kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus. Om det behövs, skall kvinnan i god tid före förlossningen överföras dit eller till annan institution där hon kan erhålla lämplig vård.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt första eller andra stycket vistas utom anstalt stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1987.

[1] Senaste lydelse 1984:395.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 juni 1986

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Lundkvist, Sigurdsen, Gustafsson, Leijon, Peterson, Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, R. Carlsson, Holmberg, Wickbom, Johansson, Hulterström, Lindqvist

Föredragande: statsråden Sigurdsen och Wickbom

Lagrådsremiss med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III

Statsråden Sigurdsen och Wickbom anmäler sina förslag. Anförandena redovisas i underprotokollen för social- resp. justitiedepartementet.

Statsrådet Sigurdsen hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över de lagförslag som hon och statsrådet Wickbom har lagt fram.

Regeringen beslutar i enlighet med statsrådet Sigurdsens hemställan.

Regeringen beslutar att de anföranden och förslag som redovisas i underprotokollen skall bifogas lagrådsremissen som *bilagorna 1 och 2.*

Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 juni 1986

Föredragande: statsrådet Sigurdsen

Anmälan till lagrådsremiss med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III

1 Allmän motivering

1.1 Bakgrund

1.1.1 Vad är AIDS?

AIDS är numera en för många människor välkänd sjukdom (sjukdomstillstånd). Sjukdomen är en relativt sen företeelse. I västvärlden diagnostiserades det första sjukdomsfallet i USA så sent som år 1981. I Sverige upptäcktes det första fallet år 1982.

AIDS är en förkortning av Acquired Immune Deficiency Syndrome. På svenska kallas sjukdomstillståndet förvärvad immunbrist. Det förorsakas av ett smittsamt virus som brukar benämnas LAV/HTLV-III (Lymfadenopati-Associerat Virus/Humant T-Lymfotropt Virus typ III). I det följande använder jag den kortare beteckningen HTLV-III.

Smittämnet förekommer i blod och sädesvätska men också i andra kroppsvätskor såsom slidvätska, saliv och tårar. Vid vanliga sociala kontakter såsom kramar och handslag överförs inte smittämnet. För att kunna överföras från en människa till en annan fordras särskilda smittvägar. Nästan utan undantag sprids smittan på endast två sätt. Det ena är vid samlag och andra former av sexuellt umgänge där infekterad sädesvätska eller slidvätska kommer i direkt kontakt med en slemhinna. Det andra sättet är när infekterat blod eller infekterade blodprodukter kommer i kontakt med blod, såsom sker vid blodtransfusioner men också när t.ex. en injektionsspruta används av flera personer utan att steriliseras mellan användarna. Infektion av HTLV-III och hepatit B (en form av smittsam gulsot) sprids således på ungefär likartat sätt. Det bör dock understrykas att smittsamheten vid hepatit B är betydligt högre.

HTLV-III är ett s.k. kvardröjande virus, vilket innebär att den smittade själv märker mera påtagliga effekter av infektionen först efter en längre tid, ofta efter flera år. Redan några veckor efter smittotillfället kan dock vissa sjukdomssymptom uppträda hos den smittade. Dessa visar likheter med symptomen vid vissa vanliga luftvägsinfektioner, nämligen halsont, feber,

huvudvärk, muskel- och ledvärk, svullna lymfkörtlar, koncentrationssvårigheter samt ibland hudutslag. Symptomen brukar kvarstå ungefär en vecka, för att sedan avklinga. Därefter känner den smittade sig i de flesta fall helt frisk. Den smittades immunförsvar utvecklar antikroppar mot HTLV-III. Antikroppar kan i vissa fall påvisas redan ett par veckor efter smittotillfället, men i andra fall först efter sex månader eller senare. De antikroppar som bildas kan dock inte nedkämpa viruset. Förekomsten av antikroppar kan därför ses endast som ett tecken på att personen i fråga någon gång har blivit smittad. Man utgår från att den som en gång smittats med HTLV-III kommer att vara smittbärare, dvs. smittsam, under återstoden av sitt liv.

En del av de smittade kommer att utveckla sjukdomstillståndet AIDS. Man uppskattar att ca 20 % av de smittade utvecklar AIDS inom fem år efter smittotillfället. Det finns dock tecken som tyder på att andelen ökar i ett längre tidsperspektiv. Hur lång tid efter smittotillfället som sjukdomstillståndet AIDS inträder varierar kraftigt från individ till individ. Några når detta stadium redan efter ett par månader, andra först efter flera år. Andra tillstånd som orsakas av HTLV-III är LAS (Lymfadenopatisyndrom) och ARC (AIDS Related Complex eller tillstånd som har samband med AIDS). Symptomen vid dessa förstadier till AIDS är svullna lymfkörtlar, långvarig feber, kraftig nattsvettning, svår trötthet, depression, personlighetsförändring och minnesstörningar. När diagnosen AIDS kan ställas har det allvarliga och livshotande slutstadiet av HTLV-III-infektionen inträtt. Den sjukes immunförsvar har då nästan helt upphört att fungera. Diagnosen AIDS ställs vid två sjukdomstillstånd. Det ena är när den sjuke har drabbats av vad som brukar kallas opportunistiska infektioner, dvs. den typ av infektioner som inte angriper en människa med ett intakt immunförsvar. Infektionerna orsakas av smittämnen som kan vara en protozo (encelligt urdjur), en bakterie, ett virus eller en mikroskopisk svamp. Den vanligaste opportunistiska infektionen är lunginflammation orsakad av protozon Pneumocystis carinii. Det andra tillståndet föreligger när den sjuke drabbats av Kaposis sarkom, som är en kärltumör i hud, slemhinnor eller lymfkörtlar.

Dödligheten är mycket hög bland dem som har fått diagnosen AIDS. Såvitt man känner till har inte någon som fått diagnosen tillfrisknat.

1.1.2 Virusets spridning

Det har visat sig mycket svårt att finna något botemedel mot infektion av HTLV-III och något vaccin mot infektionen finns ännu inte. Ett mycket omfattande forskningsarbete bedrivs emellertid runt om i världen och vissa lovande framsteg har gjorts under senare tid. Bl.a. i USA och i vårt land prövas läkemedel som inte kan bota men väl hämma virusets spridning i kroppen.

Virusets spridningssätt har lett till att förekomsten av viruset ännu så länge är i huvudsak begränsad till de grupper i befolkningen i vars levnadssätt förekommer beteenden som är särskilt riskfyllda från smittspridningssynpunkt. Detta gäller emellertid situationen i västvärlden. I Afrika däremot är smittan mera allmänt spridd och således inte begränsad till vissa s.k.

riskutsatta grupper. Smittan är där också jämnt fördelad på kvinnor och män.

Sexualvanorna har visat sig ha en mycket stor betydelse för risken att bli smittad och att föra smittan vidare till andra. De som har sexuellt umgänge med många partner löper en betydligt större risk att bli smittade och att utveckla sjukdomstillståndet AIDS än de som lever i fasta förhållanden. Smittan och sjukdomstillståndet har hittills fått sin största utbredning bland de homo- och bisexuella män som har många sexuella kontakter med andra män. En annan grupp som har drabbats är de s.k. intravenösa narkotikamissbrukarna bland vilka det är vanligt att man använder gemensamma sprutor. Särskilt bland missbrukare i Stockholmsområdet har smittan fått en vid spridning och man uppskattar att hälften av heroinmissbrukarna är smittade. En grupp som tidigt drabbades av smittan är de blödarsjuka. De smittades främst av förorenade blodpreparat. Genom behandling av preparaten har risken för smittspridning på detta sätt numera i allt väsentligt undanröjts.

Man vet ännu inte med säkerhet varifrån viruset ursprungligen kommer, men mycket tyder på att det har sin uppkomst i de centrala delarna av Afrika. Det tidigaste belägget för smittan härrör från Zaire, där man funnit viruset i ett blodprov från år 1959. Från Afrika anser man att viruset har spritt sig till bl.a. USA och Europa. Spridningen av viruset har under de senaste åren skett epidemiskt. På grund av att de smittade ofta är symptomfria under mycket lång tid är det svårt att få en helt klar bild av smittans utbredning och omfattning. Antagandena om smittans utbredning tyder på att endast en del av dem som är smittade och symptomfria uppsöker hälso- och sjukvården för undersökning. Flertalet av de smittade förblir således okända för myndigheterna.

Förhållandet mellan antalet AIDS-fall och antalet smittade har uppskattats vara 1 till 100, dvs. för varje känt (manifest) AIDS- fall skulle det finnas 100 smittade. För varje AIDS-fall anser man att det finns tio fall av förstadier till AIDS. Detta innebär att det finns miljontals smittade människor utanför Afrika. Hur många som är smittade i Afrika är i dag omöjligt att veta med hänsyn till de särskilda förhållanden som råder där. Allmänt antas dock att vissa delar av Afrika är de hårdast drabbade i hela världen.

I USA där smittan har fått sin största utbredning utanför Afrika har drygt 21 000 människor insjuknat i AIDS. Antalet smittade torde uppgå till 1-2 miljoner. I vårt land har hittills 51 smittade fått diagnosen AIDS. Av dessa har 31 avlidit. Man uppskattar antalet smittade till ca 5 000. Av dessa har vi diagnostiserat drygt 1 000.

1.1.3 Utgångspunkter för arbetet med att begränsa spridningen

Inom Landstingsförbundet har man försökt att beräkna vilka kostnader som AIDS-epidemien kan komma att förorsaka sjukvårdshuvudmännen i vårt land. Kostnaderna, som beräknats i 1986 års penningvärde, avser både öppen och sluten vård. Kostnaden för ett besök i öppen vård har beräknats till 550 kr. och kostnaden per vårddag i sluten vård till 1 720 kr. Vidare har man utgått från att varje AIDS-fall vårdas i sluten vård ca 250 dagar och att anta-

let smittade fördubblas var åttonde månad. Med dessa förutsättningar beräknas de kumulativa kostnaderna för vården av dem som smittats med HTLV-III uppgå till drygt 61 miljoner kr. vid ingången av år 1988 och till ca 840 miljoner kr. den 1 juli 1990.

Regeringen var tidigt uppmärksam på det hot mot folkhälsan som spridningen av HTLV-III utgör och har noga följt situationen sedan de första fallen diagnostiserades är 1982. Socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium har fortlöpande hållit regeringen informerad om utvecklingen. Även om den uppkomna situationen är allvarlig, är det utomordentligt viktigt att vi inte grips av panik eller uppgivenhet, utan ser sakligt och sansat på situationen. Man måste ha klart för sig, att en framgångsrik kamp mot spridning av HTLV-III inte kommer att utmärkas av snabba och spektakulära insatser utan av ett systematiskt och tålmodigt vardagsslit. Endast på detta sätt kan verklig framgång i arbetet uppnås.

En av utgångspunkterna för regeringens handlande har varit att inte vidta några oöverlagda åtgärder, som i efterhand skulle kunna ha visat sig ha gjort mer skada än nytta. Historien kan nämligen uppvisa åtskilliga exempel på hur man vid epidemier vidtagit förhastade åtgärder, ofta till stor skada för smittskyddsarbetet. Det är därför viktigt att vi inte faller till föga för tillfälliga opinionsyttringar med krav på "hårdare" tag mot de smittade. Kampen mot smittan kan föras endast i en anda av förtroende och öppenhet, annars kommer vi inte att nå framgång i vårt arbete. Jag vill också erinra om att ännu har inte någon epidemi kunnat stoppas med endast lagstiftning. Med detta avser jag naturligtvis inte att vi skall avstå från att använda lagstiftning i smittskyddsarbetet, utan endast att vi inte får ha någon övertro på lagreglernas betydelse för smittskyddsarbetet. Lagreglerna behövs såsom ett komplement och stöd, men verkliga framsteg kan göras endast med väl utformade epidemiologiska insatser.

Med dessa utgångspunkter har regeringen bedrivit sitt arbete med att begränsa spridningen av HTLV-III.

1.1.4 Åtgärder hittills

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

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

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

Efter förslag från AIDS-delegationen beslöt regeringen den 5 september 1985 att hänföra infektion av HTLV-III till de veneriska sjukdomarna i smittskyddslagen (1968:231, ändrad senast 1985:870, SmL). Regeringens beslut hade formellt formen av en ändring i 6 § smittskyddskungörelsen (1968:234, ändrad senast 1985:786, SmK), i vilken uppräkningen av veneriska sjukdomar kompletterades med infektion av HTLV-III (SFS 1985:742). Regeringens beslut att hänföra infektion av HTLV-III till de veneriska sjukdomarna kompletterades samma dag med ett beslut att förclägga riksdagen en proposition med förslag till åtgärder för att stärka förtroendet för smittskyddsarbetet (prop. 1985/86:13, SoU 4, rskr. 15). Bl.a. upphävdes 26 § SmL, som innehöll bestämmelser om straff för den som lider av venerisk sjukdom och med vetskap eller misstanke om det har könsligt umgänge samt för den som eljest uppsåtligen eller av grov oaktsamhet utsätter annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom.

För att ytterligare värna den personliga integriteten beslutade regeringen den 10 oktober 1985 om ändringar i 8 § SmK (SFS 1985:786). Ändringarna innebar att de anmälningar om inträffade fall av venerisk sjukdom som regelmässigt skall göras till smittskyddsläkaren av den behandlande läkaren inte längre skall innehålla sådana uppgifter om patienten att denne kan identifieras. Enligt de ändrade bestämmelserna skall patienten anges med en kod, som består av de två första och de fyra sista siffrorna i hans personnummer. Vidare skall uppgift lämnas om hans hemortslän. Om patienten vid infektion av HTLV-III tillhör en riskutsatt grupp skall denna grupp anges i anmälan. Några andra uppgifter om patientens identitet får inte lämnas i anmälan.

I propositionen 1985/86:13 (s. 6-9) om ändring i smittskyddslagen (1968:231) m.m. redovisade jag de åtgärder som myndigheterna då vidtagit eller planerade. Sedan propositionen beslutades har ytterligare åtgärder vidtagits. Bl.a. har regeringen den 10 april 1986 fattat beslut om en proposition om särskilda medel för bekämpningen av AIDS (prop. 1985/86:171). I propositionen föreslås att ytterligare 75 miljoner kr. anvisas för bekämpningen av AIDS under budgetåret 1986/87 och ett lika stort belopp nästföljande budgetår. Härutöver föreslås att landstingskommunerna och kommunerna skall få 50 miljoner kr. för deras arbete med vård och behandling under år 1987. Vidare redovisas i propositionen ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS som omfattar insatser för information och psykosocialt stöd till berörda riskutsatta grupper m.fl., insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bisexuella män samt insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare. I propositionen anmäls också att en skyndsam utredning skall ske

om ökade insatser för att intensifiera forskningen om AIDS. Riksdagen har antagit propositionen.

Genom beslut den 18 februari 1982 tillkallades en särskild utredare (f.d. statsrådet Elisabet Holm) att göra en översyn av smittskyddsförfattningarna. Utredaren antog namnet smittskyddskommittén (S 1982:02). Smittskyddskommittén har den 30 augusti 1985 överlämnat betänkandet (SOU 1985:37) Om smittskydd. Betänkandet har remissbehandlats och ärendet bereds f.n. inom socialdepartementet.

1.1.5 Erfarenheterna av att tillämpa smittskyddslagstiftningen

Erfarenheterna av att tillämpa smittskyddslagstiftningen på infektion av HTLV-III är i allt väsentligt goda. Det epidemiologiska rapporteringssystem som regleras i denna lagstiftning utgör jämte de behandlande läkarnas spårning av smittkällor ryggraden i arbetet med att bekämpa utbredningen av smittan. Genom att samtliga nyupptäckta smittfall omedelbart rapporteras till smittskyddsläkarna och statens bakteriologiska laboratorium, kan vi fortlöpande följa epidemiens utbredning och smittvägar. Detta ger oss goda möjligheter att snabbt anpassa våra åtgärder till de förändringar i smittskyddssituation som kan uppkomma. Vidare innebär smittskyddslagens tillämpning på infektionen att ansvarsfördelningen mellan dem som har uppgifter inom smittskyddet klarlagts. I detta avseende har smittskyddslagen varit av stort värde för att samordna och effektivera insatserna mot smittans utbredning.

Smittskyddslagen innehåller också bestämmelser om de skyldigheter som åligger enskilda människor för att smittskyddet skall bli effektivt. När det gäller de veneriska sjukdomarna föreskrivs en skyldighet för var och en som har anledning anta att han lider av en venerisk sjukdom att söka läkare och underkasta sig den undersökning och behandling som behövs. Det förutsätts att människor lojalt uppfyller sina förpliktelser enligt lagen och visar sådan hänsyn i sin livsföring att andra människor så långt möjligt skyddas mot smitta. För det fall någon brister i detta avseende tillhandahåller lagen vissa tvångsmedel. Läkarundersökning och behandling kan genomföras mot den enskildes vilja. Om andra åtgärder visar sig otillräckliga, kan den enskilde med tvång intas på sjukhus som en sista utväg att hindra honom från att sprida smitta.

Den debatt som har förts om smittskyddslagens tillämpning på infektion av HTLV-III har gällt den inneboende motsättning som finns mellan kravet på ett effektivt smittskyddsarbete och värnet om den personliga integriteten. Åtgärder som vidtas för att stärka den personliga integriteten får ofta negativa följder för effektiviteten i verksamheten och omvänt. Den kritik som har riktats mot gällande regler har pekat på behovet av både ett effektivare smittskyddsarbete och ett förbättrat skydd för den personliga integriteten. Det kan tyckas paradoxalt, men inte sällan har samma förslagsställare yrkat på ändringar i båda dessa riktningar.

När det gäller värnet om den personliga integriteten har från flera håll gjorts gällande att patientjournallagen (1985:562, ändrad senast 1986:197), som trädde i kraft den 1 januari 1986, inneburit att många homo- och bisexu-

ella män drar sig för att uppsöka läkare för att låta undersöka huruvida de är smittade eller ej. Enligt 3 § andra stycket 1 lagen skall nämligen en patientjournal, om uppgiften föreligger, alltid innehålla uppgift om patientens identitet. Man har uppgivit att de särskilda mottagningar för homo- och bisexuella män som finns bl.a. i Stockholm, Göteborg och Malmö har haft en betydade nedgång i antalet patienter sedan det fr.o.m. den 1 januari 1986 inte längre är möjligt att undersöka patienterna anonymt. Efter motioner om att anonym provtagning bör kunna erbjudas i dessa fall även framdeles, har riksdagen den 4 april 1986 beslutat om en ändring i 14 § patientjournallagen som ger regeringen rätt att meddela föreskrifter om undantag från kravet på uppgift om patientens identitet vid undersökning för misstänkt infektion av HTLV-III (SoU 1985/86:15, rskr. 154, SFS 1986:197). Regeringen har den 17 april 1986 beslutat förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av LAV/HTLV-III. Bestämmelserna i förordningen innebär att läkaren inte skall föra in uppgift om patientens identitet i patientjournalen vid provtagning för infektion av HTLV-III om patienten begär att få vara anonym. Identitetsuppgiften skall dock föras in i journalen om provtagningen visar att patienten har antikroppar mot viruset.

I den kritik som har riktats mot effektiviteten i smittskyddsarbetet har framhållits att det starka sekretesskydd som gäller inom främst hälso- och sjukvården, smittskyddet och socialtjänsten har lett till att smittskyddet inte sällan har svårt att få tillgång till nödvändiga uppgifter om de smittade. Särskilt har uppmärksammats problemen med de s.k. intravenösa narkotikamissbrukarna, av vilka en del är prostituerade kvinnor. Denna fråga tar jag upp i det följande. En annan fråga som jag tar upp är den vård och behandling som ges efter ett beslut om tvångsintagning på sjukhus. Det har påpekats att t.ex. smittade narkomaner borde kunna få behandling för sitt missbruk vid en ändamålsenlig inrättning utanför sjukhus. Gällande bestämmelse i smittskyddslagen medger endast vård på sjukhus.

Chefen för justitiedepartementet kommer senare i dag att lämna en redogörelse för sekretesslagens (1980:100, omtryckt 1985:1059, SekrL) konsekvenser för polisens och kriminalvårdens verksamhet när det gäller infektion av HTLV-III samt lägga fram förslag till lagstiftningsåtgärder.

1.2 Gällande sekretessbestämmelser

1.2.1 Sekretesslagens principer

Innan jag tar upp frågan om vilka ändringar i sekretesshänseende som bör göras för att säkra en rimlig tillgång till behövliga uppgifter för smittskyddet, vill jag ge en redovisning av de närmast berörda sekretessbestämmelserna.

Sekretesslagen, som trädde i kraft den 1 januari 1981, innehåller bestämmelser om tystnadsplikt och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Den är tillämplig inom all verksamhet som bedrivs av statliga och kommunala myndigheter. Lagen präglas av att den skall ta till vara intressen som i viss utsträckning är motstridiga. Å ena sidan skall lagen tillgodose behovet av skydd mot obehörig insyn i förhållanden som bör vara skyddade av hänsyn till allmänna eller enskilda intressen. Å andra sidan skall lagen i minsta möj-

liga utsträckning inskränka på allmänhetens berättigade krav på insyn i och kontroll av den offentliga verksamheten.

Sekretesslagen föreskriver sekretess inte bara i förhållande till enskilda utan också mellan myndigheter. Med myndighet jämställer sekretesslagen olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (självständiga verksamhetsgrenar).

Smittskyddsverksamheten under ledning av smittskyddsläkaren måste ses som en självständig verksamhetsgren i förhållande till den övriga hälso- och sjukvårdsverksamheten inom landstingskommunen. Den verksamhet med undersökning och behandling av veneriskt smittade personer som bedrivs av läkare eller annan personal vid sjukhus och vårdcentraler får således anses utgöra självständiga verksamhetsgrenar i förhållande till smittskyddsläkarens verksamhet. Detta innebär att sekretess råder mellan smittskyddsläkaren och de läkare som är verksamma i hälso- och sjukvården. Det bör dock framhållas att smittskyddslagstiftningen innehåller bestämmelser om att läkare i vissa fall är skyldiga att lämna ut uppgifter om patienter till smittskyddsläkaren.

Intresset av skydd för den personliga integriteten kan ibland komma i strid med principen att myndigheterna är skyldiga att samarbeta och bistå varandra. Utbyte av information mellan myndigheterna är ett viktigt led i detta samarbete. Det är ofrånkomligt att ett visst utbyte måste kunna ske även av sådan information som annars är sekretessbelagd. Sekretesslagen innehåller flera föreskrifter om detta informationsutbyte. Enligt 1 kap. 5 § 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. Vidare gäller enligt 14 kap. 1 § att uppgifter utan hinder av sekretess får lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. En viktig regel finns i 14 kap. 3 §, den s.k. generalklausulen. Denna medger att uppgifter 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 hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten, men väl inom polisen och kriminalvården. Jag återkommer strax till dessa bestämmelser.

1.2.2 Sekretessen inom de berörda verksamheterna

Sekretessen i det allmännas hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras i första hand i 7 kap. 1 § SekrL. Sekretessen gäller också åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Utanför paragrafens tillämpningsområde faller verksamhet vid sjukhus och andra liknande inrättningar som drivs av enskilda, liksom privat drivna läkarmottagningar, tandläkarmottagningar, laboratorier m.m. Här gäller i stället föreskrifterna i lagen (1980:11, ändrad senast 1985:563) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. De viktigaste föreskrifterna om tystnadsplikt finns i lagens 6 §.

Bestämmelser om sekretess på socialtjänstens område finns främst i 7 kap. 4 § SekrL.

Sekretessen på hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänstområdet avgränsas med ett s.k. omvänt skaderekvisit. Detta innebär att en uppgift inte får lämnas ut, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller hans närstående lider men. Presumtionen är alltså för sekretess. Uttrycket "men" har en mycket vid innebörd. I första hand åsyftas sådana skador som att någon blir utsatt för andras missaktning, om hans personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer känner till en för någon enskild ömtålig uppgift kan i många fall anses vara tillräckligt för att medföra men. Utgångspunkten för en bedömning av om men föreligger är den berörda personens egen upplevelse, men bedömningen kan i viss utsträckning korrigeras på grundval av gängse värderingar i samhället.

Polisen kan i sin verksamhet få uppgifter om enskilda på många olika sätt. Uppgifterna hos polisen skyddas i sekretesshänseende genom ett flertal bestämmelser i SekrL. Allmänt kan sägas att skyddet för uppgifter om den enskildes personliga förhållanden inte är lika starkt inom polisverksamheten som inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Vidare kan i allmänhet uppgifterna lämnas ut med stöd av generalklausulen (14 kap. 3 §).

Sekretessen inom kriminalvården regleras främst i 7 kap. 21 § SekrL. Sekretessen omgärdas av ett s.k. rakt skaderekvisit, vilket innebär att en uppgift inte får lämnas ut om det kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men eller att fara uppkommer för att någon utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Också inom kriminalvården är generalklausulen tillämplig.

För skyddskonsulenter gäller sekretessen inom kriminalvården (7 kap. 21 § SekrL).

1.2.3 Förutsättningarna för utlämnande av uppgifter

De uppgifter som kan bli aktuella att lämna ut om enskilda i smittskyddsverksamheten kan naturligtvis vara av olika slag. Uppgifterna kan gälla vilken sjukdom den smittade är drabbad av, vilka förhållningsregler han har blivit ålagd att följa och andra integritetskänsliga förhållanden.

Det är svårt att se, att de upplysningar som kan komma att lämnas till eller från dessa myndigheter skulle vara av sådan natur att de inte omfattas av sekretess, dvs. inte uppfattas vara till men för den enskilde eller någon honom närstående. Snarare torde det vara så, att dessa uppgifter nästan utan undantag omfattas av sekretess. Den skadeprövning som skall göras innan en uppgift lämnas ut till en myndighet, kan således antas endast undantagsvis leda till att uppgiften kan lämnas ut.

Även om man vid en skadebedömning finner att uppgifterna är sekretessbelagda finns det som jag nyss nämnde möjligheter att lämna ut dem under vissa förutsättningar. De viktigaste förutsättningarna för utlämnande är att detta är nödvändigt för att myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet eller att det i lag eller förordning finns föreskrivet en skyldighet att lämna uppgiften till en annan myndighet. I det följande redovisar jag förutsättningarna för uppgifters utlämnande i dessa fall.

Den första förutsättningen har kommit till uttryck i 1 kap. 5 § SekrL. Enligt paragrafen hindrar sekretessen inte att en myndighet lämnar ut uppgifter, om det är nödvändigt för att myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet.

Paragrafen skall tillämpas 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.

Det andra fall då uppgifter får lämnas ut är att uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Bestämmelserna härom har tagits in i 14 kap. 1 § SekrL.

Om en uppgift som annars skyddas av sekretess skall få lämnas med stöd av nämnda lagrum, måste det finnas en skyldighet att lämna uppgiften. Det räcker inte med en regel utanför SekrL 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.

Inom hälso- och sjukvården har uppgiftsskyldighet ålagts främst läkare. Enligt 3 § allmänna läkarinstruktionen (1963:341, ändrad senast 1985:797) skall läkare i vissa fall underrätta polismyndighet om dödsfall som fordrar undersökning. Enligt 10 § samma instruktion skall berörd överläkare underrätta överförmyndaren när en intagen person behöver förmyndare eller god man, polismyndigheten när behov uppkommer av rättsmedicinsk undersökning och lämplig myndighet när en farlig patient lämnar sjukhuset. Om socialnämndens ingripande påkallas till skydd för en underårig är bl.a. läkare skyldiga att anmäla detta till socialnämnden enligt 71 § socialtjänstlagen (1980:620, ändrad senast 1985:395, SoL). I 30 § lagen (1981:1243, ändrad senast 1984:366, LVM) om vård av missbrukare i vissa fall föreskrivs en skyldighet för läkare att i vissa fall anmäla den som missbrukar alkohol eller narkotika till länsstyrelsen.

I smittskyddslagen och i smittskyddskungörelsen finns föreskrifter om uppgiftsskyldighet vid bl.a. veneriska sjukdomar. Enligt 8 § SmK skall varje läkare som konstaterar venerisk sjukdom anmäla detta till smittskyddsläkaren. I anmälan 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 HTLV-III tillhör en riskutsatt grupp skall denna grupp anges i anmälan. Några andra uppgifter om den sjukes identitet får inte lämnas. Om den sjuke har berättat att han varit i förbindelse med någon annan på ett sådant sätt att smitta har kunnat överföras, skall en särskild anmälan göras till smittskyddsläkaren med uppgift om namn och adress på denna person (kontaktperson). Den sistnämnda anmälan gäller både den som den sjuke kan ha blivit smittad av och den som han själv kan ha fört smittan vidare till. Den behandlande läkaren skall dock inte anmäla kontaktpersonen med namn och adress om denne har låtit undersöka sig av läkaren eller visat för läkaren att han har undersökts av någon annan läkare. I sistnämnda fall skall, om undersökningen visat att kontakten är smittad, läkaren i sin anmälan till smittskyddsläkaren lämna uppgift endast om de två första och fyra

sista siffrorna i kontaktens personnummer och om hans hemortslän. Om kontakten vid infektion av HTLV-III tillhör en riskutsatt grupp skall denna grupp anges i anmälan.

Om en läkare konstaterar eller misstänker venerisk sjukdom hos någon som han undersöker eller behandlar skall han bl.a. meddela honom föreskrifter om sjukdomens behandling och om åtgärder för att hindra spridning av smitta. Enligt 9 § SmK skall läkaren om den smittade underlåter att följa föreskrifterna skriftligen anmäla detta till smittskyddsläkaren. Anmälan skall också göras om den sjuke avbryter behandlingen hos läkaren utan att han styrker för denne att han får behandling av en annan läkare. Också i det fallet den sjuke inte låter sig tas in på sjukhus, fastän läkaren finner att han inte kan behandlas i öppen vård utan fara för att smitta sprids, skall en anmälan göras till smittskyddsläkaren. I 10 § SmK finns särskilda föreskrifter om underrättelse beträffande anmaning enligt 13 § SmL beträffande den som fullgör militärtjänstgöring eller är intagen på en vårdanstalt eller inrättning, som han inte får lämna efter eget bestämmande. Underrättelserna i samtliga dessa fall innehåller uppgift om den sjukes namn och adress.

Vidare finns i 29 § SmL en skyldighet för smittskyddsläkaren att till åklagare anmäla misstänkt fall av koppleri, om det behövs för att förhindra att brottsligheten fortsätter.

Också inom socialtjänstområdet finns en del föreskrifter om uppgiftsskyldighet. Bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i 14 kap. 1 § SekrL har dock inte föranlett någon översyn av reglerna om uppgiftslämnande inom socialtjänstområdet, vilket har skett på hälso- och sjukvårdsområdet (prop. 1980/81:28).

I socialtjänstlagen finns en del bestämmelser som ålägger socialnämnder uppgiftsskyldighet. Nämnas kan 63 § (uppgifter till SCB), 64 § (uppgifter till statliga myndigheter för forskningsändamål) och 65 § (uppgifter till andra myndigheter - även annan socialnämnd - om utgiven ekonomisk hjälp, om syftet är att undvika felaktiga utbetalningar). Här kan också hänvisas till 71 § SoL som innehåller regler om skyldighet för bl.a. myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdomar att i förekommande fall göra anmälan till en socialnämnd. Anmälningsskyldigheten gäller även en socialnämnd i förhållande till en annan socialnämnd, exempelvis om en familj med barn flyttar från en kommun till en annan.

I detta sammanhang kan även pekas på bestämmelserna i 23 kap. 6 § brottsbalken om skyldighet att avslöja brott, som är "å färde". Dessa bestämmelser, som föreskriver uppgiftsskyldighet, tar över sekretessen.

Utlämnande av annars sekretessbelagda uppgifter kan i vissa fall ske även om ett utlämnande inte är nödvändigt för att myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet eller inte följer av lag eller förordning.

Enligt 14 kap. 2 § SekrL hindrar inte sekretessen att uppgifter utlämnas i vissa fall vid misstanke om grova brott och om vissa brott mot underårig.

Bestämmelserna i 14 kap. 4 § SekrL innebär att sekretess till skydd för en enskild person inte gäller gentemot denne samt att den enskilde kan efterge sekretessen, helt eller delvis.

Generalklausulen i 14 kap. 3 § SekrL som under vissa förutsättningar medger uppgiftslämnande efter en intresseavvägning är, som jag tidigare

nämnde, inte tillämplig i fråga om sekretess inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Den är dock tillämplig i fråga om sekretess hos polisen och kriminalvården.

Till sist kan här nämnas att nödsituationer kan tvinga eller tillåta sjukhus och socialtjänstmyndigheter att lämna ut sekretessbelagda uppgifter. De vanliga nödreglerna i 24 kap. 4 § brottsbalken blir då tillämpliga.

1.3 Sekretess som berör smittskyddsläkarens verksamhet

Mitt förslag: Om smittskyddsläkaren behöver ingripa beträffande en viss person skall han ha rätt att få de uppgifter om personen som han behöver för sitt smittskyddsarbete från andra myndigheter och från dem som enskilt bedriver hälso- och sjukvård. Om smittskyddsläkaren har anmanat någon att i sin livsföring följa föreskrifter, skall han underrätta socialtjänsten och polisen samt i förekommande fall skyddskonsulenten om detta. Han skall dock kunna avstå från detta om han bedömer att en underrättelse inte behövs för att se till att den anmanade följer föreskrifterna. Om socialtjänsten, polisen eller skyddskonsulenten i sin verksamhet uppmärksammar förhållanden beträffande den anmanade som tyder på att denne inte följer föreskrifterna, skall de ha skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Skälen för mitt förslag:

Problemet

1937 års sekretesslag, som upphävdes genom den nu gällande sekretesslagen, innehöll med ett undantag inte några bestämmelser om sekretess mellan myndigheter. Emellertid ansågs att sekretessreglerna i princip skulle beaktas också när en handling begärdes utlämnad till en myndighet. Det förelåg dock en viss frihet att lämna ut en hemlig handling efter en intresseavvägning. De då gällande bestämmelserna om tystnadsplikt förbjöd i princip inte bara att uppgifter röjdes till enskilda utan också att de lämnades ut till s.k. offentliga funktionärer. Av de i bestämmelserna intagna sedvanliga obehörighetsrekvisiten följde emellertid att tystnadspliktig tjänsteman i viss omfattning kunde lämna "behöriga" meddelanden till annan tjänsteman eller myndighet.

För smittskyddsverksamheten innebar 1937 års sekretesslagstiftning inte några större svårigheter när det gällde att inhämta och lämna uppgifter om enskilda. I detta avseende har den gällande sekretesslagen inneburit påtagligt förändrade förutsättningar. Vad som tidigare betraktades vara ett legitimt utbyte av uppgifter mellan olika myndigheter har i många fall numera begränsats eller helt omintetgjorts.

I olika sammanhang har under den senaste tiden framhållits att den nu gällande sekretesslagstiftningen innebär betydande svårigheter för smittskyddsarbetet i kampen mot spridningen av HTLV-III. Det hävdas att sekretessbestämmelserna gör det i det närmaste omöjligt för myndigheterna att inhämta och utbyta nödvändig information och att på annat sätt biträda varandra i arbetet med att hindra vidare smittspridning.

Problemen med sekretessen har uppmärksammats bl.a. i samband med uppföljningen av de föreskrifter som de smittade har blivit ålagda att följa.

Enligt 12 § SmL är den som har anledning anta att han lider av infektion av HTLV-III skyldig att söka läkare och underkasta sig den undersökning och behandling som behövs. Den som visar sig vara smittad är skyldig att följa de föreskrifter som läkaren meddelar för att hindra vidare spridning av smitta. Erfarenheten visar att i flertalet fall är patienten angelägen att leva på ett sådant sätt att smittan inte förs vidare. I de fåtal fall där patienten inte tar sitt ansvar i detta hänseende, har läkaren dock små möjligheter att kontrollera om patienten följer föreskrifterna. I socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1985:20) sägs att läkaren i dessa fall så långt det är möjligt skall kontrollera att den smittade följer föreskrifterna. Det har ansetts att läkarens enda möjlighet att göra detta i praktiken är att sätta ut så täta återbesök som patientens situation kräver. Många läkare anser emellertid att det är en omöjlig uppgift för dem att kontrollera patientens förehavanden på ett meningsfullt sätt.

Svårigheten att kontrollera hur patienten efterlever meddelade föreskrifter har enligt de erfarenheter som hittills föreligger nästan utan undantag gällt s.k. intravenösa narkotikamissbrukare. Bland dessa finns en hel del kvinnliga prostituerade.

Det hävdas att den behandlande läkarens arbete skulle underlättas och smittskyddsarbetet bli betydligt effektivare om läkaren kunde samarbeta mera nära med socialnämnden, polisen och skyddskonsulenten, främst i de fall han misstänker att hans patient inte kommer att följa föreskrifterna och hans egna möjligheter att kontrollera efterlevnaden inte är tillräckliga.

Man påpekar att socialarbetarna och poliserna samt i förekommande fall personal inom skyddskonsulentorganisationen, som ju ofta befinner sig "ute på fältet", självklart har bättre möjligheter än läkaren att följa patientens dagliga förehavanden. Det understryks dock att ett sådant samarbete förutsätter för att bli effektivt att dessa myndigheter underrättar läkaren om sina iakttagelser beträffande patienten. Det framhålls att läkaren kan ha behov av att inhämta upplysningar om patienten från hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller polisen för att få kunskap om patientens bakgrund, t.ex. narkotikamissbruk, eller få andra uppgifter som kan vara av betydelse för läkarens åtgärder. Gällande sekretesslagstiftning torde, framhålls det, inte tillåta att sådana uppgifter utlämnas i dessa fall.

Om patienten bryter mot de föreskrifter som läkaren har meddelat, skall läkaren enligt 9 § SmK anmäla detta till smittskyddsläkaren, som då har att vidta de åtgärder som behövs för att hindra vidare smittspridning. Om det behövs skall smittskyddsläkaren anmana patienten att följa de föreskrifter som den behandlande läkaren kan ha meddelat honom (13 § SmL). Om det

föreligger grundad anledning befara att patienten skall sprida smitta skall han anmanas att låta inta sig på sjukhus.

Det framhålls att också smittskyddsläkaren har små möjligheter att utöva uppsikt över patientens förehavanden. Smittskyddsläkarens möjligheter att utöva kontroll är i praktiken inte större än den behandlande läkarens, trots att smittskyddsläkaren enligt smittskyddslagstiftningen har viktiga uppgifter som innefattar maktbefogenheter. Denna roll kan bli smittskyddsläkaren övermäktig, om han inte kan inhämta relevanta uppgifter om patienterna från främst andra myndigheter.

Överväganden

Enligt min mening är det uppenbart att åtskilligt skulle stå att vinna från smittskyddssynpunkt med ett friare uppgiftslämnande mellan i första hand hälso- och sjukvården, smittskyddet, socialtjänsten, polisen och skyddskonsulentorganisationen. Varje inskränkning i sekretessen kan emellertid leda till risker för skyddet av den personliga integriteten. Frågan blir då vilka former detta friare uppgiftslämnande skall ges för att minska riskerna för negativa konsekvenser i detta avseende. Konsekvenserna för t.ex. förhållandet mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt mellan klienterna och socialarbetarna måste här självklart väga tungt. Det blir således en fråga om avvägning mellan å ena sidan skyddet för den personliga integriteten och värnet av ett förtroendefullt samarbete inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt å andra sidan samhällets behov av ett effektivt smittskydd.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, ändrad senast 1985:1091, HSL) understryks vikten av att hälso- och sjukvården bygger på respekt för patienternas självbestämmande och integritet samt att vården främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Det är mot denna bakgrund man skall se det mycket starka sekretesskyddet för uppgifter om patienter inom hälso- och sjukvården. Endast i begränsad omfattning är det möjligt att mot patientens vilja lämna ut annat än harmlösa uppgifter om honom.

En av socialtjänstlagens viktigaste utgångspunkter är att socialtjänstens insatser i individuella ärenden skall präglas av frivillighet och självbestämmande. I lagen sägs att verksamheten skall bygga på respekt för människans självbestämmanderätt och integritet och att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom. I motiven till lagen sägs också att samråd med andra myndigheter i regel inte bör ske utan att den enskilde samtycker till det.

Mot dessa skäl för ett starkt integritetsskydd inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten skall man ställa samhällets intresse och behov av ett väl fungerande smittskydd. Det mycket allvarliga hot mot befolkningens hälsotillstånd som spridningen av HTLV-III utgör är välkänt. Utan tvekan är det så, att förutsättningarna för den avvägning som här måste göras mellan skilda intressen har förändrats till följd av den nya sjukdomen. De sjukdomar

som redan tidigare klassificerades som veneriska, främst gonorré och syfilis, kan numera botas genom en tämligen enkel behandling med läkemedel. Annorlunda förhåller det sig med infektion av HTLV-III. Mot denna sjukdom har vi ännu inte någon verksam behandling. Fortfarande står vi i medicinskt hänseende tämligen maktlösa inför sjukdomen. Detta förhållande innebär självklart att smittskyddsaspekten, dvs. insatserna för att hindra vidare smittspridning, måste väga tungt vid den nämnda avvägningen.

Enligt min uppfattning är det också så, att kravet på effektiva åtgärder för att hindra spridning av HTLV-III- smitta har en stark förankring i det allmänna rättsmedvetandet. Att döma av de reaktioner som kunnat märkas under senare tid, har människor i allmänhet inte förståelse för flera av de sekretesshinder för ett effektivare smittskyddsarbete som idag föreligger.

Genom ett friare informationsutbyte kan arbetet med att begränsa spridningen av HTLV-III-infektion göras effektivare. Min bedömning blir därför att skyddet för uppgifter som rör människors personliga integritet måste vika i en del situationer för att förbättra möjligheterna att skydda andra människors liv och hälsa. Svenska läkaresällskapet har genom sin delegation för medicinsk etik i en skrivelse den 13 februari 1986 till socialdepartementet gett uttryck åt samma uppfattning.

I vilka fall bör man då göra det möjligt med ett friare informationsutbyte? Först och främst anser jag att ändringarna i sekretesshänseende bör begränsas till sjukdomen infektion av HTLV-III. Något motsvarande behov beträffande de övriga veneriska sjukdomarna har inte påvisats. Vidare anser jag att det skulle föra för långt att öppna möjlighet för ett generellt uppgiftslämnande mellan hälso- och sjukvården, smittskyddsläkaren, socialtjänsten, polisen, skyddskonsulenten och andra berörda myndigheter. Enligt mitt förmenande skulle det inte vara lämpligt med en lösning där t.ex. en socialarbetare underrättar smittskyddsläkaren om att en utpekad människa i största allmänhet ägnar sig åt en livsföring som kan innebära risk för smittspridning, utan att han vet att den utpekade för smitta. En sådan ordning skulle på kort tid kunna leda till en förtroendekris i förhållandet mellan socialarbetarna och deras klienter. Det torde inte heller vara lämpligt att hälso- och sjukvården eller polisen i författning åläggs en sådan uppgift.

Jag har tidigare redogjort för att det från olika håll framhållits att den behandlande läkaren kan ha ett behov av att inhämta uppgifter om patienten från t.ex. socialtjänsten, polisen eller från någon annan del av hälso- och sjukvården när han tar ställning till vilka åtgärder som bör vidtas. Om han meddelar patienten föreskrifter som denne skall följa i sin livsföring skulle kontrollen av föreskrifternas efterlevnad naturligtvis påtagligt förbättras om läkaren hade möjlighet att underrätta socialtjänst och polis om innebörden av dessa.

För egen del känner jag mig dock tveksam till att ge varje läkare som undersöker någon för misstänkt HTLV-III-infektion rätt att inhämta sådana uppgifter och att själv lämna ut uppgifter om patienten. Förtroendet mellan läkaren och hans patient skulle under sådana omständigheter utsättas för betydande påfrestningar. Det skulle troligtvis också leda till att benägenheten att frivilligt uppsöka läkare för provtagning skulle minska. Vidare skulle läkaren inte sällan ha svårt att avgöra beträffande vilka patienter uppgifter

borde inhämtas. Att inhämta uppgifter beträffande samtliga som undersöks är ej nödvändigt eller ens lämpligt. Samma svåra avgöranden skulle läkaren ställas inför när det gällde behovet av att underrätta socialtjänst, polis och skyddskonsulent om vem som getts föreskrifter och innebörden av dessa.

Jag har därför funnit att övervägande skäl talar mot att ytterligare öppna möjligheter till informationsutbyte mellan de behandlande läkarna och de myndigheter och andra som kan göra insatser för att begränsa spridningen av HTLV-III-infektion.

Förutsättningarna för att göra lättnader i sekretessen är annorlunda när det gäller smittkyddsläkarens verksamhet. Smittskyddsläkaren har i lagstiftningen ålagts myndighetsuppgifter som innefattar maktbefogenheter. Hans åtgärder kan innebära långtgående ingrepp i den enskildes personliga integritet som förutsätter att han kan inhämta ett så fullständigt och korrekt beslutsunderlag som möjligt. Hans möjligheter i detta hänseende var väl tillgodosedda före den gällande sekretesslagens ikraftträdande, då i princip sekretess inte rådde mellan de olika myndigheterna.

Med hänsyn till vad jag nu har sagt anser jag att de lättnader i sekretessen som bör komma i fråga skall utgå från smittskyddsläkarens behov av uppgifter. En patient som anmäls med fullständig identitet till smittskyddsläkaren har ofta gjort sig skyldig till underlåtenhet i något avseende, t.ex. genom att inte ha följt de föreskrifter som den behandlande läkaren har meddelat eller genom att ha vägrat att låta undersöka sig. Redan vid en grundad misstanke om att patienten inte följer meddelade föreskrifter bör läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren. En förtydligande ändring med denna innebörd kan behöva göras i 9 § SmK.

Ärendet har således kommit till smittskyddsläkaren därför att den behandlande läkaren har bedömt att vidare smittskyddsåtgärder mot personen i fråga krävs eller därför att någon anses ha anledning anta att han är smittad med HTLV-III, men trots detta förhållande underlåtit att uppsöka en läkare. Det torde i sådana fall inte kunna resas några större invändningar mot att smittskyddsläkaren ges laglig möjlighet att inhämta nödvändiga uppgifter om personen från andra myndigheter och från enskilda yrkesutövare. De verksamheter som främst kommer i fråga är socialtjänsten, polisen samt hälso- och sjukvården. En författningsreglerad möjlighet bör således öppnas för smittskyddsläkaren att från andra myndigheter och från den enskilda hälso- och sjukvården inhämta de uppgifter om en person som han behöver för att kunna fullgöra sina uppgifter inom smittskyddet. Detta innebär att berörda myndigheter och enskilda får en motsvarande uppgiftsskyldighet. Smittskyddsläkaren bör dock göra en individuell bedömning av patienten och hans situation innan han inhämtar dessa uppgifter. Det kan ju t.ex. visa sig att ett missförstånd eller en felbedömning av den behandlande läkaren ligger bakom anmälan till smittskyddsläkaren. Ett rutinmässigt inhämtande av uppgifter bör därför undvikas.

Vidare bör smittskyddsläkaren lämna uppgifter till socialtjänsten och polisen samt i förekommande fall till skyddskonsulenten beträffande de patienter som har anmälts till honom, om detta behövs för att tillse att en patient följer meddelade föreskrifter. Han bör således i dessa fall utan hinder av sekretessen kunna lämna uppgifter om bl.a. patientens identitet och innebörden

av givna föreskrifter till socialtjänst, polis och skyddskonsulent. Om dessa myndigheter, sedan de delgetts uppgifterna, i sin verksamhet uppmärksammar förhållanden om patienten som tyder på att han inte följer föreskrifterna, skall de ha skyldighet att underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Bestämmelser om de föreslagna öppningarna i sekretessen kan lämpligen tas in i 18 och 28 §§ SmL.

De här föreslagna ändringarna kan förväntas medföra att smittskyddsläkarnas arbetsbelastning kommer att ytterligare öka. Detta måste beaktas vid fördelningen av de ökade resurser som nu tillförs smittskyddet.

Något behov av ytterligare ändringar av sekretessbestämmelserna i detta avseende kan jag f.n. inte se.

Jag anser att det är viktigt att understryka, att de ändringar i sekretessen som jag här har föreslagit får obetydliga konsekvenser av negativt slag för den enskildes personliga integritet medan vinsterna för smittskyddet blir högst påtagliga. Innebörden av de föreslagna ändringarna begränsas ju dels till att även smittskyddsläkaren får del av uppgifter som är sekretesskyddade hos andra myndigheter, dels till att socialtjänsten, polisen och i berörda fall skyddskonsulenten av smittskyddsläkaren får kännedom om begränsade uppgifter om vissa personer. Det är här viktigt att göra klart att de utlämnade uppgifterna inte blir allmänt tillgängliga i och med utlämnandet, utan kommer att omfattas av den sekretess som gäller för den myndighet som får del av uppgifterna. Detta innebär att uppgifterna kan komma att omfattas av ett starkare sekretesskydd hos den mottagande myndigheten än hos den utlämnande. Så t.ex. kommer uppgifter som lämnas till smittskyddsläkaren att hos honom omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL. Chefen för justitiedepartementet kommer senare att föreslå att de uppgifter som på detta sätt kommer till polisens kännedom skall skyddas av den sekretess som föreskrivs i 7 kap. 19 § SekrL.

1.4 Vård av narkotikamissbrukare som intagits på sjukhus med stöd av smittskyddslagen

Mitt förslag: En narkotikamissbrukare som är intagen på sjukhus med stöd av SmL skall, om han medger det, kunna överföras till en institution där han kan få adekvat vård och behandling för sitt missbruk. Vid vistelsen på institutionen anses intagningen på sjukhuset bestå.

Skälen för mitt förslag: Bestämmelserna om veneriska sjukdomar i SmL innebär bl.a. att den smittade som en sista smittskyddsåtgärd kan bli intagen på sjukhus mot sin vilja. Förutsättningen för detta är att det finns grundad anledning befara att den smittade skall sprida smitta. Det är länsrätten som beslutar om intagning. I brådskande fall får smittskyddsläkaren meddela ett sådant beslut. I detta fall skall beslutet dock omedelbart underställas länsrättens prövning (14 § SmL).

Den som intagits på sjukhus för en venerisk sjukdom får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess det inte längre finns någon grundad anledning

befara att han skall sprida smitta (16 § SmL). Det är överläkaren eller motsvarande läkare som beslutar om utskrivning av den intagne. Om den intagne begär att få lämna sjukhuset och överläkaren förvägrar honom detta, kan den intagne överklaga läkarens beslut hos länsrätten (21 § SmL). Smittskyddslagen innehåller i övrigt inte några bestämmelser som anger hur länge den intagne kan kvarhållas på sjukhuset.

Möjligheten att inta någon tvångsvis på sjukhus har tillgripits utomordentligt sällan. Innan smittskyddslagen blev tillämplig på infektion av HTLV-III har, såvitt jag känner till, detta tvångsmedel inte använts i något fall under de senaste årtiondena vid venerisk sjukdom. Detta förhållande är inte särskilt förvånande eftersom andra veneriska sjukdomar än infektion av HTLV-III numera kan botas genom enklare läkemedelsbehandling, varefter den behandlade inte längre är smittsam. - Det bör påpekas att syfilis kunde botas först sedan penicillinet kom i allmänt bruk efter andra världskriget -. Om den smittade skulle vägra behandling med läkemedel torde tvångsintagning på sjukhus kunna bli aktuell också vid dessa veneriska sjukdomar, åtminstone i de fall man inte väljer att mot den smittades vilja behandla honom med läkemedel.

Som jag tidigare har påpekat finns det ännu inte någon verksam behandling mot infektion av HTLV-III. Detta förhållande innebär att de smittades levnadssätt är av helt avgörande betydelse för möjligheterna att hindra vidare smittspridning. Den som inte följer de föreskrifter som den behandlande läkaren har meddelat honom måste inse att han riskerar att tvångsvis intas på sjukhus, om han inte omgående ändrar sitt levnadssätt. Eftersom samhället i ett sådant fall inte har något annat sätt att skydda medborgarna på, anser jag att tvångsingripanden i dessa situationer är nödvändiga och försvarbara. Självklart skall intagningen på sjukhus inte pågå under längre tid än vad som är absolut nödvändigt. Så länge botemedel saknas, kommer tidens längd att vara beroende av den intagnes inställning till och förmåga att iaktta restriktioner i sitt levnadssätt. När den intagnes inställning och situation är sådan, att man har grundad anledning anta att han inte längre skall sprida smitta, skall han omedelbart skrivas ut från sjukhuset.

De begränsade erfarenheter som vi hittills har av tillämpningen av smittskyddlagen på infektion av HTLV-III har visat att de smittade i stor utsträckning visar beredvillighet att anpassa sitt levnadssätt till vad som krävs från smittskyddssynpunkt. Ett tecken på detta kan vara nedgången av antalet nya sjukdomsfall i övriga veneriska sjukdomar.

Beträffande de s.k. intravenösa narkotikamissbrukarna är erfarenheterna dock mindre positiva. Att särskilda problem uppkommit beträffande denna grupp är inte särskilt överraskande. Mycket talar för att smittspridningen i vårt land liksom i andra länder har gått mycket fort inom denna redan tidigare hårt utsatta grupp. Eftersom själva narkotikamissbruket utgör det riskbeteende som innebär att smittan sprids vidare, kan det från smittskyddssynpunkt inte accepteras att den smittade fortsätter sitt missbruk. För att hindra smittspridning från de intravenösa narkotikamissbrukarna krävs således att de kommer bort från sitt missbruk.

Narkotikamissbruket bekämpas i vårt land med olika medel. Under senare år har betydande resurser använts för att genom förebyggande insatser

förhindra alla former av drogmissbruk. Arbetet är svårt och mödosamt. I första hand satsar man på förebyggande och frivilliga insatser. I LVM finns bestämmelser om tvångsvård av bl.a. narkotikamissbrukare. För att vård skall kunna ges med stöd av LVM krävs dels att missbrukarens vårdbehov inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller annan lag, dels att han till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

För att förhindra smittspridning inom och från gruppen intravenösa narkotikamissbrukare har en rad åtgärder vidtagits under senare tid. Vid sitt sammanträde den 9 oktober 1985 beslöt regeringens AIDS-delegation att målet för insatserna mot narkotikamissbruket borde vara att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling. Vidare beslöt delegationen att uppdra åt presidiet att skyndsamt inleda överläggningar med företrädare för socialtjänsten samt hälso- och sjukvården i de tre storstadskommunerna. Bl.a. som en följd av dessa överläggningar har åtgärder vidtagits inom i första hand storstadsregionerna för att bygga ut kapaciteten inom missbrukarvården, främst den frivilliga narkomanvården. I Stockholm har därutöver inrättats ett särskilt hem med 20 platser för vård enligt LVM av sådana missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn.

Hittills har tvångsintagning på sjukhus enligt smittskyddslagen av någon som för smitta av HTLV-III beslutats i endast ett fall. Beslutet som fattades av länsrätten i Stockholms län avsåg en manlig sprutnarkoman i trettioårsåldern. Enligt vad bl.a. smittskyddsläkaren i Stockholms län har uppgivit, kan det bli aktuellt med ytterligare ansökningar om tvångsintagning hos länsrätten. Man kan anta att det i dessa fall torde röra sig om smittade narkomaner.

Smittskyddslagen ger inte någon anvisning om vid vilken typ av sjukhus eller inom vilken enhet vid sjukhuset den tvångsintagne skall omhändertas. Med hänsyn till de begränsade möjligheter som i dag finns att behandla infektion av HTLV-III har man ansett att det inte alltid är givet att omhändertagandet skall ske på en infektionsklinik. Minst lika viktigt är att den smittades behov av ett psykologiskt väl anpassat omhändertagande kan tillgodoses. När det gäller narkotikamissbrukare har behovet av adekvat vård för missbruket framhållits särskilt.

Jag delar självklart uppfattningen att de som tvångsvis tas in på sjukhus för infektion av HTLV-III skall ges den vård och behandling som är bäst lämpad i det enskilda fallet. Den intagne bör givetvis erbjudas de läkemedel som kan förhindra eller nedsätta virusets möjligheter att föröka sig i hans kropp. Han bör också erbjudas relevant kringbehandling som skyddar kroppen mot olika slags infektioner eller som på annat sätt förbättrar kroppens möjligheter att stå emot infektionen.

Med hänsyn till infektionens utbredning inom de riskutsatta grupperna och dess spridningssätt måste vi räkna med att många intravenösa narkotikamissbrukare kommer att vara smittade inom en snar framtid. Vi måste också räkna med att denna grupp blir särskilt svår att förmå att omgående ändra sin livsföring på ett sådant sätt att vidare smittspridning kan förhindras. Det enda realistiska sättet detta kan ske på är att de kan erbjudas en kompetent och ändamålsenlig vård och behandling för sitt missbruk. Detta torde knap-

past kunna ske inom smittskyddslagens ram, eftersom denna lag inte har ett sådant syfte.

Jag anser således att det bästa sättet att minska riskerna för smittspridning från de intravenösa narkotikamissbrukarna är att ge dem vård och behandling för sitt missbruk. Trots de resursförstärkningar som har vidtagits och som fortlöpande vidtas inom missbrukarvården är det inte troligt att alla smittade missbrukare kommer att genomgå sådan vård. Detta innebär att vi måste räkna med att missbrukare även framdeles kan komma att med tvång intas på sjukhus enligt smittskyddslagen.

Tvångsintagning på sjukhus av HTLV-III- smittade kommer att inrymma ett betydande inslag av isolering i syfte att förhindra smittspridning. I ytterlighetsfall kan man inte bortse från att isoleringen kan komma att pågå under lång tid, eftersom den smittade anses föra smitta under återstoden av sitt liv. När det gäller narkotikamissbrukare framstår, som jag nyss framhöll, en adekvat vård för missbruket som det främsta sättet att motivera missbrukarna för en livsföring som minskar riskerna för smittspridning. På de sjukhus där missbrukarna kan komma att intas torde emellertid endast undantagsvis sådan vård kunna ges. Det har därför ansetts att intagningen enligt smittskyddslagen inte borde vara begränsad till sjukhus utan kunna ske också på institutioner för missbrukarvård.

Möjligheten att överföra en tvångsintagen patient eller motsvarande till en annan vårdform än den han intagits för tillämpas redan enligt annan lagstiftning.

Enligt 34 § lagen (1974:203, ändrad senast 1986:11, KvaL) om kriminalvård i anstalt kan medgivande lämnas en intagen att under lämplig tid vistas utanför anstalten - t.ex. på behandlingshem eller inom familjevård - om särskilda skäl föreligger och han därigenom blir föremål för särskilda åtgärder som kan antas underlätta hans anpassning i samhället. I LVM och i lagen (1966:293, omtryckt 1982:782, LSPV) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall finns liknande bestämmelser. I 15 § LVM finns en bestämmelse som innebär att den som vårdas med stöd av den lagen bör, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, beredas tillfälle att lämna vårdhemmet för att på försök vårdas i annan form eller vistas i eget hem. Enligt 19 § LSPV får en patient utskrivas på försök om särskilda skäl föreligger och utskrivningen inte medför fara för någon annans personliga säkerhet eller den utskrivnes eget liv. Den sistnämnda bestämmelsen har dock utsatts för kritik och i socialberedningens betänkande (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten föreslås att den inte får någon motsvarighet i en ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård.

Med hänsyn till vad jag här har sagt, anser jag att det är angeläget att en möjlighet öppnas att i varje enskilt fall vårda och behandla den som omhändertagits med stöd av smittskyddslagen inom den institution där den mest adekvata behandlingen kan ges. Särskilt när det gäller narkotikamissbrukare kan jag förutse ett behov av att utnyttja vårdresurser utanför sjukhusen. I första hand bör i dessa fall behandlingshemmen för narkotikamissbrukare komma i fråga. Jag anser dock att intagning på en annan institution än sjukhus inte kan ersätta behovet av sjukhusvård, utan måste ses som ett komplement till denna. Enligt min mening bör därför även framgent länsrättens beslut avse intagning på sjukhus. Intagningen bör således regelmässigt inledas

på sjukhus under vilken tid den intagne bör undersökas och behandlas bl.a. från infektionssynpunkt. Om den ansvarige läkaren därefter bedömer att den intagne bör beredas annan lämplig vård och behandling inom t.ex. en institution för missbrukarvård, skall han ha möjlighet att besluta att den intagne skall överföras till denna institution. Självklart måste det krävas att läkaren diskuterar lämpligheten av en överföring till behandlingshem med huvudmannen för hemmet och att denne förklarar sig beredd att ta emot den intagne innan ett beslut om överflyttning kan fattas.

Som jag nyss anförde, bör den intagne skrivas ut från sjukhuset när den ansvarige läkaren bedömer att den intagne är beredd att ändra sin livsföring på ett för smittskyddet godtagbart sätt och att omständigheterna i övrigt är sådana att det inte längre finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta. I en sådan situation kan det inte komma ifråga att överföra den intagne till en institution för missbrukarvård. I detta fall skall han skrivas ut från sjukhuset och en eventuell missbrukarvård får komma till stånd utanför smittskyddslagens ram.

Om däremot den ansvarige läkaren bedömer att situationen är sådan, att det inte finns förutsättningar att skriva ut den intagne från sjukhuset bör en överföring till en institution för missbrukarvård komma ifråga. Skälet till bristande förutsättningar kan vara bl.a. att den intagnes föresats att förändra sin livsföring bedöms vara ytlig eller övergående.

Innan den intagne kan överföras från sjukhuset till ett behandlingshem måste med hänsyn till smittskyddet rimliga garantier ställas för att den planerade narkomanvården kommer till stånd och att vården utformas så att den kan leda till att den intagne avhåller sig från det riskbeteende som föranledde beslutet om intagning enligt smittskyddslagen.

En viktig förutsättning för att missbrukarvården skall nå ett gott resultat, är att den kan genomföras i en positiv anda. Jag anser det därför vara självklart, att en överföring till ett behandlingshem för narkotikamissbrukare förutsätter att den intagne har givit sitt samtycke till detta.

Vid vistelsen på behandlingshemmet är den intagne fortfarande formellt omhändertagen enligt smittskyddslagen och intagen på sjukhuset. Detta innebär att han kan återföras till sjukhuset om han inte tar del av vården, utsätter annan för smittrisk eller ensidigt avbryter vården. Den som förestår behandlingshemmet förutsätts därför underrätta den ansvarige läkaren på sjukhuset när en sådan händelse inträffar.

Under den tid som missbrukaren vistas på behandlingshemmet bör självklart den ansvarige läkaren vid sjukhuset och den som förestår behandlingshemmet samarbeta och ha så täta kontakter med varandra som fallet kräver. När ändamålet med vistelsen på behandlingshemmet har uppfyllts, skall den ansvarige läkaren skriva ut den intagne enligt 21 § SmL, såvitt omständigheterna inte är sådana att det fortfarande finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta.

Mot bakgrund av vad jag här har sagt anser jag att det bör införas en möjlighet att överföra de narkotikamissbrukare som intagits på sjukhus enligt smittskyddslagen till vård och behandling för sitt missbruk inom annan institution. Bestämmelser härom kan lämpligen tas in i 16 § SmL.

Som jag nyss nämnde bör behandlingshemmen för narkotikamissbrukare och de LVM-hem som även tar emot klienter som genomgår frivillig vård i första hand komma i fråga i dessa fall. Många av de här nämnda behandlingshemmen har lång erfarenhet av behandling av klienter från tvångsvård enligt LVM och LSPV samt av intagna från fängelse som har beretts möjlighet att avtjäna en del av verkställighetstiden enligt 34 § KvaL. Det finns således skäl att anta att behandlingshemmen är väl rustade för att ta emot även de missbrukare som intagits på sjukhus enligt smittskyddslagen. Jag vill dock bestämt understryka att smittskyddslagen under inga omständigheter får användas som ett intagningsinstrument för t.ex. missbrukarvård enligt LVM. Vård enligt LVM skall beslutas i enlighet med de i den lagen angivna förutsättningarna. Detta gäller självklart också i de fall missbrukaren är smittad med HTLV-III. Detta hindrar naturligtvis inte att smittade missbrukare kan intas på sjukhus med stöd av smittskyddslagen.

2 Upprättat lagförslag

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

Förslaget bör fogas till protokollet som *underbilaga 1.1.*

3 Specialmotivering

Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231)

16 § Den som enligt 14 eller 15 § eller eljest för venerisk sjukdom intagits på sjukhus får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess grundad anledning befara att han skall sprida smitta icke längre föreligger.

Om den intagne är missbrukare av narkotika får han, om han medger det, överföras till en institution för vård och behandling för sitt missbruk. Beslut om överföring fattas av den överläkare eller motsvarande läkare vid sjukhuset som ansvarar för den intagne. Vid vistelsen på institutionen anses intagningen på sjukhuset bestå. Första stycket gäller dock inte under sådan vistelse.

Bestämmelserna i andra stycket tillämpas endast om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom.

I de nya andra och tredje styckena ges bestämmelser som gör det möjligt att ge en narkotikamissbrukare vård och behandling för sitt missbruk på en institution inom missbrukarvården under den tid missbrukaren är tvångsvis intagen på sjukhus enligt SmL. Principen att de som har tvångsomhändertagits enligt vissa lagar kan beredas vård och behandling på en annan institution än den där omhändertagandet har skett är inte ny. I 34 § Kval finns bestämmelser om att den som har intagits i kriminalvårdsanstalt under vissa förutsättningar kan få vistas på t.ex. behandlingshem eller inom familjevård. I 15 § LVM och i 19 § LSPV finns bestämmelser av liknande innebörd.

Andra stycket. Bestämmelserna i detta stycke gäller endast de som missbrukar narkotika, i första hand s.k. intravenösa narkotikamissbrukare. Något behov av att låta bestämmelserna omfatta även alkoholmissbrukare har inte bedömts föreligga, främst med hänsyn till att alkoholmissbruket i sig inte innebär risk för smittspridning av HTLV-III.

De vårdinstitutioner som i första hand bör komma i fråga är dels de hem för vård eller boende som avses i 6 § socialtjänstförordningen (1981:750, förordningen omtryckt 1981:1226, ändrad senast 1985:901) och som är inriktade på vård och behandling av narkotikamissbrukare (behandlingshem för narkotikamissbrukare), dels de hem för missbrukarvård som avses i 11 § LVM.

Som har framhållits i den allmänna motiveringen får den intagne överföras till en institution för missbrukarvård endast om han själv accepterar det. Skälet till detta är självklart det förhållandet, att missbrukarvårdens möjligheter att nå framgång är större i de fall den behandlade är positiv till vården och behandlingen samt inriktad på att bryta sitt missbruk.

Eftersom vården och behandlingen vid institutionen sker frivilligt har det inte satts någon gräns för hur länge behandlingen får pågå. Det förutsätts att vistelsen pågår så länge att syftet med behandlingen kan uppnås. Innan beslut fattas om överföring av den intagne till missbrukarvård bör han därför upplysas om hur lång tid man bedömer att behandlingen kan behöva pågå.

Det formella beslutet om överföring skall fattas av den överläkare eller motsvarande läkare vid sjukhuset som ansvarar för den intagne. Att uppgiften lagts på denne läkare är naturligt eftersom det är han som enligt 21 § SmL beslutar om utskrivning från sjukhuset av den intagne. Givetvis måste huvudmannen för institutionen för missbrukarvård förklara sig beredd att ta emot den intagne innan ett beslut om överföring kan fattas.

Ett beslut om överföring till en behandlingsinstitution innebär inte att den intagne skrivs ut enligt 21 § SmL. I formellt hänseende innebär beslutet endast att den intagne under en del av den tid han är tvångsintagen enligt smittskyddslagen skall behandlas för sitt missbruk på en institution för missbrukarvård. Syftet med överföringen till institutionen är att bereda den intagne adekvat vård för sitt missbruk i de fall han själv önskar sådan vård. Detta innebär att föreskrifterna i 16 § SmL om kvarhållande och tvångsvård inte skall tillämpas vid vistelsen vid institutionen. Tillämpningen av dessa föreskrifter bör som hittills vara begränsad till fall då tvångsingripande krävs för att få till stånd den sjukhusvård som krävs från smittskyddssynpunkt. Om däremot den intagne avviker från institutionen, bör dock föreskrifterna i 25 § SmL om handräckning tillämpas för att återföra honom till sjukhuset.

Tredje stycket. Behovet av att överföra någon som tvångsintagits på sjukhus enligt SmL har bedömts föreligga endast vid den veneriska sjukdomen infektion av HTLV-III. Eftersom det är regeringen som bestämmer på vilka sjukdomar som smittskyddslagen skall tillämpas, förutsätter bestämmelsen i detta stycke att regeringen fattar beslut om att bestämmelserna i andra stycket skall tillämpas på denna sjukdom.

18 § *Om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom, är varje myndighet skyldig att på begäran av den läkare som utsetts enligt*

2 § andra stycket lämna denne de uppgifter om en enskild person som läkaren behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt denna lag. Samma skyldighet har den som enskilt bedriver hälso- och sjukvård.

I paragrafen ges bestämmelser som syftar till att underlätta smittskyddsläkarens verksamhet vad gäller arbetet med att begränsa spridningen av HTLV-III. Gällande sekretessbestämmelser innebär att smittskyddsläkaren inte sällan har svårt att inhämta de uppgifter om enskilda som han behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt smittskyddslagen. De föreslagna bestämmelserna innebär en skyldighet för myndigheter och privat verksam hälso- och sjukvårdspersonal att på begäran lämna smittskyddsläkaren de uppgifter som han behöver. Uppgiftsskyldigheten bryter den sekretess som gäller för t.ex. uppgifter hos hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

I den allmänna motiveringen har framhållits att skyldigheten att i här aktuella fall lämna uppgifter till smittskyddsläkaren bör begränsas till de fall som gäller den veneriska sjukdomen infektion av HTLV-III. I smittskyddslagen anges emellertid endast de grupper av sjukdomar på vilka lagen är tillämplig. Det ankommer på regeringen att bestämma vilka sjukdomar som skall hänföras till grupperna (4 § SmL). I paragrafens första mening första led har därför intagits en bestämmelse som förutsätter att regeringen föreskriver att bestämmelserna i paragrafen skall tillämpas vid infektion av HTLV-III.

I paragrafen har inte gjorts någon begränsning i uppgiftsskyldigheten till en viss krets av myndigheter. Samtliga myndigheter som har uppgifter om enskilda som smittskyddsläkaren behöver i sin verksamhet omfattas således av uppgiftsskyldigheten. I praktiken torde skyldigheten komma att beröra uppgifter hos främst myndigheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Men även hos myndigheter inom polisen, kriminalvården och försvaret kan sådana uppgifter finnas. Med hänsyn till det särskilda förtroende som den kommunala familjerådgivningen bygger på, bör uppgifter inhämtas från denna verksamhet endast då det är absolut nödvändigt. Också alla de som enskilt bedriver hälso- och sjukvård omfattas av skyldigheten att lämna uppgift till smittskyddsläkaren. Till hälso- och sjukvård räknas även tandvård, företagshälsovård och studerandehälsovård.

Smittskyddsläkarens behov av uppgifter kan uppkomma i olika situationer. Om den som är smittad med HTLV-III inte följer de föreskrifter som den behandlande läkaren har meddelat honom för att hindra spridning av smitta, skall smittskyddsläkaren, om det behövs, anmana den smittade att följa föreskrifterna. Om det finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta, skall smittskyddsläkaren anmana honom att låta inta sig på sjukhus (13 § SmL). Den behandlande läkarens skyldighet att göra anmälan till smittskyddsläkaren i dessa situationer framgår av 9 § SmK. I de fall smittskyddsläkaren får en sådan anmälan, kan han behöva inhämta uppgifter om den smittade från olika håll. Han behöver t.ex. veta var den smittade befinner sig. När det gäller människor som inte följer meddelade föreskrifter, måste man räkna med att dessa ofta tillhör de mindre väl socialt anpassade i samhället. Inte sällan torde det här vara fråga om narkotikamissbrukare som kan vara svåra att nå. Självklart måste smittskyddsläkaren också få upp-

gift om vilka föreskrifter läkaren har meddelat den smittade och grunden för dessa. Han kan också behöva ta del av uppgifter i patientjournalen. För att kunna bedöma den smittades förutsättningar att följa meddelade föreskrifter, kan smittskyddsläkaren behöva tillgång till uppgifter om hans sociala situation. Det kan gälla uppgifter om missbruk, ekonomi, familjeförhållanden, bostad etc.

I de fall smittskyddsläkaren erhåller en anmälan enligt 9 § SmK får han uppgifter om den smittade av den anmälande läkaren. Det finns emellertid även situationer då ett ingripande av smittskyddsläkaren kan bli aktuellt, men som inte föregåtts av åtgärder av en behandlande läkare. Enligt 13 § SmL skall smittskyddsläkaren vidta åtgärder beträffande den som har anledning anta att han smittats av HTLV-III, men som underlåtit att uppsöka läkare för undersökning och behandling. Situationen kan t.ex. vara den, att polisen har underrättat smittskyddsläkaren om att man uppmärksammat att någon använt samma injektionsverktyg som en smittad narkotikamissbrukare. I denna situation torde smittskyddsläkaren ha anledning anmana denna person att söka läkare för undersökning. Polisens kännedom om personen kan emellertid vara begränsad. Man känner kanske inte ens till namnet på denne. I ett sådant läge är det nödvändigt för smittskyddsläkaren att, med ledning av de uppgifter han erhållit om personen, söka skaffa de ytterligare uppgifter han behöver för vidare åtgärder. Ofta torde situationen vara sådan, att den ger ledning för var sådana uppgifter kan inhämtas.

Av paragrafen framgår att skyldigheten att lämna uppgifter till smittskyddsläkaren föreligger endast då denne begär att uppgifterna skall lämnas ut. Vidare är smittskyddsläkarens rätt att begära uppgifter begränsad till en enskild person. Som framgått av vad som tidigare har sagts, innebär detta dock inte att smittskyddsläkaren är förhindrad att efterfråga uppgifter också i de fall han inte känner till personens identitet.

25 § Polismyndighet skall lämna handräckning

på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd, om någon åsidosätter vad som åligger honom enligt 6 § eller 7 § första stycket,

på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd om den åt vilken nämnden uppdragit att verkställa smittrening vägras tillträde till utrymme där smittrening skall ske,

på begäran av länsstyrelse eller läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket för verkställande av beslut enligt 14 eller 15 §,

på begäran av läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket eller av överläkare eller motsvarande läkare vid sjukvårdsanstalt om någon som enligt 8 eller 16 § får kvarhållas på sjukvårdsanstalt avviker från denna,

på begäran av överläkaren eller motsvarande läkare vid sjukhuset om någon som enligt 16 § andra stycket har överförts för vård och behandling för narkotikamissbruk skall återföras till sjukhuset.

Av bestämmelsen i 16 § andra stycket sista meningen framgår, att bestämmelserna i första stycket samma paragraf om kvarhållande och tvångsvård inte skall tillämpas då den intagne vistas på en institution för missbrukarvård. Den intagne skall dock kunna återföras till sjukhuset om han avviker

från institutionen. För detta ändamål kan handräckning behövas. En kompletterande bestämmelse om detta har tagits in i denna paragraf.

28 § *Om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom, skall den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent om en anmaning enligt 13 § att följa de föreskrifter som en annan läkare har meddelat. Underrättelsen skall innehålla uppgifter om vem anmaningen gäller och innebörden av meddelade föreskrifter.*

Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsulenten i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den anmanade inte följer föreskrifterna, skall de anmäla detta till den läkare som har underrättat dem. Om denne läkare har överlämnat ärendet till motsvarande läkare i en annan landstingskommun, skall anmälan i stället göras till den läkaren.

En underrättelse enligt första stycket får underlåtas om läkaren bedömer att den inte behövs för att tillse att meddelade föreskrifter efterlevs. När läkaren anser att socialnämndens, polismyndighetens eller skyddskonsulentens medverkan inte längre behövs, skall han meddela myndigheten detta.

Syftet med bestämmelserna i förevarande paragraf är att förbättra smittskyddsläkarens möjligheter att tillse att de föreskrifter som de smittade har meddelats om sin livsföring efterlevs. Enligt gällande bestämmelser är smittskyddsläkarens möjligheter i detta avseende starkt begränsade.

Första stycket. Bestämmelserna i paragrafen gäller endast beträffande den veneriska sjukdom som regeringen har föreskrivit. Beträffande skälen för denna lagtekniska lösning hänvisas till specialmotiveringen till 18 §.

Om smittskyddsläkaren underrättas av en behandlande läkare om att en smittad patient inte följer de föreskrifter om sin livsföring, som läkaren har meddelat honom för att hindra spridning av smitta skall smittskyddsläkaren, om det behövs, anmana patienten att följa föreskrifterna (13 § första stycket andra meningen SmL). Smittskyddsläkarens möjligheter att tillse att föreskrifterna följs är emellertid mycket små. Erfarenheten visar att underlåtenhet att följa meddelade föreskrifter oftast gäller människor som är kända hos de sociala myndigheterna, polisen och skyddskonsulenten. Dessa myndigheter torde således ha bättre förutsättningar än smittskyddsläkaren att i sin verksamhet göra iakttagelser beträffande den smittades livsföring. I detta stycke har därför tagits in en bestämmelse om att smittskyddsläkaren skall underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent när han anmanat någon enligt 13 § första stycket andra meningen att följa de föreskrifter som en behandlande läkare har meddelat honom. Det ställs inte upp något särskilt formkrav på underrättelsen. Det förutsätts dock att underrättelse normalt sker skriftligen. Även om det inte framgår av paragrafen förutsätts också, att smittskyddsläkaren upplyser den anmanade om att dessa myndigheter underrättats eller kommer att underrättas.

Det är den berörda socialnämnden, polismyndigheten och skyddskonsulenten som skall underrättas. Med berörd myndighet avses myndigheten där den anmanade vistas. Om han kan antas vistas på olika orter, skall myndigheterna på samtliga orter underrättas. Skyddskonsulenten skall givetvis un-

derrättas endast i de fall den anmanade står under övervakning under skyddskonsulentens ansvar. Av 11 § SmK framgår hur den anmanade smittskyddsläkaren skall underrätta smittskyddsläkaren inom annat landstingsområde i de fall den anmanade vistas inom detta landstingsområde.

Underrättelsen skall innehålla uppgifter om dels vem anmaningen gäller, dels innebörden av meddelade föreskrifter. Med ordet "vem" avses inte endast namnet på den anmanade utan även andra uppgifter av betydelse för hans identifiering, t.ex. bostadsort och vistelseort om denna inte är densamma som bostadsorten. Uppgift om innebörden av meddelade föreskrifter kan lämnas genom en kopia av den handling med föreskrifter som den anmanade har erhållit.

Andra stycket. Efter en underrättelse enligt första stycket åligger det socialnämnden, polismyndigheten och skyddskonsulenten att till den smittskyddsläkare som har underrättat dem anmäla om de i sin verksamhet upptäcker förhållanden som tyder på att den anmanade inte följer meddelade föreskrifter. Om den anmanade vistas inom ett annat landstingsområde, skall smittskyddsläkaren – bl.a. i det fallet då hans anmaning inte följs – överlämna ärendet till smittskyddsläkaren i den landstingskommunen. Av den anledningen har i detta stycke tagits in en bestämmelse om att myndigheternas anmälan i denna situation skall göras till den smittskyddsläkare som har övertagit ärendet. Den smittskyddsläkare som underrättat socialnämnden, polismyndigheten och i förekommande fall skyddskonsulenten måste således underrätta dem också om att han har överlämnat ärendet. En föreskrift härom bör tas in i SmK.

Av bestämmelserna framgår att det är socialnämnden, polismyndigheten respektive skyddskonsulenten som skall göra anmälan. Detta innebär dock inte något hinder mot att myndigheten uppdrar åt enskilda befattningshavare att fullgöra denna uppgift. När myndigheten beslutar till vilka anställda ett sådant uppdrag skall ges, bör den beakta dels att anmälan till smittskyddsläkaren ofta behöver göras skyndsamt, dels att en kvalificerad bedömning kan behöva föregå anmälan.

Tredje stycket. Enligt bestämmelserna i första stycket skall smittskyddsläkaren underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent i det fall han har anmanat någon att följa de föreskrifter som den behandlande läkaren har meddelat den anmanade. En rutinmässig anmälan bör dock undvikas eftersom förhållandena i de enskilda fallen kan vara olika. Om smittskyddsläkaren anser att det finns risk för att den anmanade kommer att bryta mot föreskrifterna och att de nämnda myndigheterna är de som sannolikt kommer att uppmärksamma detta, skall en underrättelse göras. Detta torde vara den vanliga situationen och oftast vara förhållandet beträffande t.ex. narkotikamissbrukare. I enstaka fall torde situationen dock kunna vara sådan, att smittskyddsläkaren bedömer att det inte finns skäl att lämna en underrättelse. För detta kan det finnas olika anledningar. Så t.ex. kan anmälan från den behandlande läkaren till smittskyddsläkaren bero på ett missförstånd mellan den smittade och den behandlande läkaren. Vidare kan den smittades situation ha förändrats på ett sådant sätt att en underrättelse framstår som obehövlig, vilket torde vara fallet t.ex. när han vistas i fängel-

se. Om en underrättelse i dessa fall skall ske när situationen åter förändras, får smittskyddsläkaren bedöma från fall till fall. I detta stycke har därför tagits in en bestämmelse om att smittskyddsläkaren får underlåta att underrätta socialtjänst, polis och skyddskonsulent om han bedömer att det inte behövs för att tillse att meddelade föreskrifter följs.

Vidare finns i detta stycke en bestämmelse om att smittskyddsläkaren skall meddela socialnämnden, polismyndigheten och skyddskonsulenten när han anser att en lämnad underrättelse inte längre behövs. Skälet till bestämmelsen är att det här rör sig om uppgifter som är mycket känsliga från integritetssynpunkt och att man därför så långt som möjligt bör undvika att uppgifterna hålls aktuella längre än nödvändigt hos socialtjänsten, polisen och skyddskonsulenten.

4 Hemställan

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231).

Förslag till

Lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (1968:231)

dels att nuvarande 18 § skall betecknas 19 §,

dels att 16 och 25 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas två nya paragrafer, 18 och 28 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	16 §[1]
Den som enligt 14 eller 15 § eller eljest för venerisk sjukdom intagits på sjukhus får kvarhållas och ges nödvändig vård till dess grundad anledning befara att han skall sprida smitta icke längre föreligger.	
	Om den intagne är missbrukare av narkotika får han, om han medger det, överföras till en institution för vård och behandling för sitt missbruk. Beslut om överföring fattas av den överläkare eller motsvarande läkare vid sjukhuset som ansvarar för den intagne. Vid vistelsen på institutionen anses intagningen på sjukhuset bestå. Första stycket gäller dock inte under sådan vistelse.
	Bestämmelserna i andra stycket tillämpas endast om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom.
	18 §
	Om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom, är varje myndighet skyldig att på begäran av den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket lämna denne de uppgifter om en enskild person som läkaren behöver för att kunna fullgöra sina åligganden enligt denna lag. Samma skyldighet har den som enskilt bedriver hälso- och sjukvård.

[1] Senaste lydelse 1985:870.

25 §[2]

Polismyndighet skall lämna handräckning

på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd, om någon åsidosätter vad som åligger honom enligt 6 § eller 7 § första stycket,

på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd om den åt vilken nämnden uppdragit att verkställa smittrening vägras tillträde till utrymme där smittrening skall ske,

på begäran av länsstyrelse eller läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket för verkställande av beslut enligt 14 eller 15 §,

på begäran av läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket eller av överläkare eller motsvarande läkare vid sjukvårdsanstalt om någon som enligt 8 eller 16 § får kvarhållas på sjukvårdsanstalt avviker från denna,

på begäran av överläkaren eller motsvarande läkare vid sjukhuset om någon som enligt 16 § andra stycket har överförts för vård och behandling för narkotikamissbruk skall återföras till sjukhuset.

28 §

Om regeringen har föreskrivit det beträffande en viss venerisk sjukdom, skall den läkare som utsetts enligt 2 § andra stycket underrätta berörd socialnämnd, polismyndighet och skyddskonsulent om en anmaning enligt 13 § att följa de föreskrifter som en annan läkare har meddelat. Underrättelsen skall innehålla uppgifter om vem anmaningen gäller och innebörden av meddelade föreskrifter.

Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller skyddskonsulenten i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den anmanade inte följer föreskrifterna, skall de anmäla detta till den läkare som har underrättat dem. Om denne läkare har överlämnat ärendet till motsvarande läkare i en annan landstingskommun, skall anmälan i stället göras till den läkaren.

En underrättelse enligt första stycket får underlåtas om läkaren bedömer att den inte behövs för att tillse att meddelade föreskrifter efterlevs. När läkaren anser att socialnämndens, polismyndighetens eller skyddskonsulentens medverka inte längre behövs, skall han meddela myndigheten detta.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1987.

[2] Senaste lydelse 1985:870.

Justitiedepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 juni 1986

Föredragande: statsrådet Wickbom

Anmälan till lagrådsremiss med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III

1 Inledning

Chefen för socialdepartementet har nyss lagt fram förslag till ändringar i smittskyddslagen (SmL). Förslagen syftar bl.a. till sådana ändringar i sekretessreglerna att främst smittskyddsläkaren skall kunna utföra sina åligganden enligt SmL på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Spridningen av infektion av HTLV-III har emellertid kommit att innebära vissa problem också för verksamheterna inom polisen och kriminalvården. I det följande tar jag upp dessa frågor och lägger fram förslag till lösningar på problemen.

2 Allmän motivering

2.1 Sekretess hos polisen för uppgifter som rör venerisk smitta

Mitt förslag: Sådana uppgifter om enskildas personliga förhållanden som polisen får del av i sin verksamhet med att bistå smittskyddsläkare enligt smittskyddslagstiftningen skall få ett bättre sekretesskydd än f.n. Härigenom kommer bl.a. uppgiften att någon är bärare av HTLV-III att skyddas av sekretess i handräcknings- och andra biståndsärenden hos polisen.

Skälen för mitt förslag: Bestämmelser om handräckning i smittskyddsärenden finns i 25 § SmL (paragrafen ändrad senast 1985:870). Enligt dessa bestämmelser skall polismyndighet lämna handräckning på begäran av bl.a. länsstyrelsen eller smittskyddsläkaren för att verkställa beslut om att någon skall inställas hos läkare för undersökning eller behandling eller att någon skall tas in på sjukhus. På begäran av smittskyddsläkaren eller en överläkare (eller motsvarande läkare) skall handräckning även lämnas om någon som får kvarhållas på sjukhus avviker från detta.

Ett handräckningsärende inleds i regel genom att smittskyddsläkaren, länsstyrelsen eller överläkaren till polismyndigheten ger in en skriftlig begäran om handräckning. Denna begäran om handräckning måste givetvis inne-

hålla de uppgifter som polisen behöver för att kunna utföra uppdraget, t.ex. namn och om möjligt adress till den som handräckningen avser.

Enligt min mening ligger det också i sakens natur att begäran om handräckning, förutom namn och adressuppgifter, även bör innehålla uppgift om att vederbörande är eller misstänks vara bärare av venerisk sjukdom i den mån så är fallet. Med hänsyn till bl.a. de s.k. behovs- och proportionalitetsprinciperna som enligt polislagen (1984:387) gäller för polisens verksamhet är det är det nämligen nödvändigt att polisen får kännedom om vilken sjukdom den som handräckningen avser har drabbats av för att man skall kunna bedöma hur åtgärden skall verkställas. Härtill kommer att de polismän som kommenderas att utföra handräckningsuppdraget behöver få kännedom om uppgiften för att de skall kunna skydda sig mot smitta.

Uppgiften att någon är bärare av venerisk sjukdom är givetvis mycket känslig. Den skyddas inom hälso- och sjukvården av den sekretess som är föreskriven i 7 kap. 1 § SekrL. En sådan uppgift kan i handräckningsärenden lämnas till polisen med stöd av 1 kap. 5 § SekrL. Där föreskrivs att sekretess inte utgör hinder mot att uppgift lämnas ut om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet. Som jag redan har framhållit anser jag att uppgiften, att den som handräckningsärendet avser är bärare av blodsmitta, är en nödvändig del av begäran om handräckning. Någon särskild föreskrift om uppgiftsskyldighet i t.ex. smittskyddslagstiftningen anser jag således inte att man behöver för att polisen skall kunna få del av uppgifter av detta slag.

I ett handräckningsärende hos polisen enligt smittskyddslagen kan alltså komma att finnas uppgift om att någon är bärare av blodsmitta. Någon sekretess för denna för den enskilde integritetskänsliga uppgift synes inte finnas f.n. Hälso- och sjukvårdssekretessen gäller inte i ett sådant ärende hos polisen. Sedan straffbestämmelserna i 26 § SmL numera avskaffats torde man också i detta fall praktiskt taget kunna bortse från sekretessen enligt 5 kap. 1 § och 9 kap. 17 § SekrL i polisens brottsbekämpande verksamhet.

I 7 kap. 19 § SekrL finns en sekretessregel för vissa slag av handräckningsärenden hos polismyndighet. De ärenden som anges 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 om handräckning enligt smittskyddslagen. Lagrummet avser också verksamhet som enbart innefattar hjälp eller annat bistånd åt enskild. Därmed torde emellertid avses verksamhet som har ren hjälp- eller biståndskaraktär, således ej åtgärder av tvångskaraktär såsom handräckning (prop. 1979/80:2 Del A s. 217). Frågan om sekretess i handräckningsärenden enligt smittskyddslagen synes inte ha blivit berörd i förarbetena till sekretesslagen.

Rikspolisstyrelsen har i en promemoria den 12 december 1985 bl.a. tagit upp frågan om att införa ett sekretesskydd för uppgifter i polisens handräckningsärenden enligt smittskyddslagstiftningen.

För egen del anser jag att skyddet för personliga uppgifter av sådan integritetskänslig natur som kan förekomma i smittskyddssammanhang inte är

tillfredsställande för fall när uppgifterna lämnas till eller på annat sätt kommer till polisens kännedom i ett handräckningsärende. Detta måste anses vara en brist, särskilt som uppgifter av detta slag åtnjuter ett mycket starkt skydd så länge de finns hos myndigheterna inom hälso- och sjukvården. Jag vill därför tillstyrka rikspolisstyrelsens framställning.

Jag anser emellertid att sekretesskyddet hos polisen bör ges en något vidare omfattning än att gälla enbart i handräckningsärenden. Som chefen för socialdepartementet tidigare anfört (bilaga 1 avsnitt 1.3) kommer nämligen polisen att i viss utsträckning vara verksam med att bistå smittskyddsläkaren med tillsynen av efterlevnaden av smittskyddsföreskrifter. Det är angeläget att uppgifter också i sådana situationer omfattas av sekretess hos polisen.

Jag förordar därför en föreskrift om sekretess för sådana uppgifter om enskilds personliga förhållanden som polisen får del av i sin verksamhet med att bistå smittskyddsläkare och andra enligt smittskyddslagstiftningen. Denna föreskrift bör tas in som en ny punkt i 7 kap. 19 § SekrL.

2.2 Sekretess inom kriminalvården för uppgifter som rör venerisk smitta

Mitt förslag: Hälso- och sjukvårdspersonalen vid en kriminalvårdsanstalt får – utan hinder av den sekretess som annars gäller inom hälso- och sjukvården – till styresmannen vid anstalten lämna ut uppgiften att en intagen där är bärare av en smittsam sjukdom, t.ex. infektion av HTLV-III. Styresmannen får i sin tur informera övrig berörd personal i den utsträckning det behövs för vården av den intagne.

Skälen för mitt förslag: För uppgifter rörande intagnas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som finns inom hälso- och sjukvården vid en kriminalvårdsanstalt råder hälso- och sjukvårdssekretess.

Denna sekretess gäller inte bara i hälso- och sjukvård som bedrivs i organisatoriskt självständiga former utan även när denna verksamhet ingår som ett inslag i annan förvaltning, t.ex. inom skolväsendet, socialtjänsten eller kriminalvården. Tanken är i dessa fall att den del av verksamheten som är att räkna till hälso- och sjukvård skall falla under den sekretessreglering som gäller för det området och inte under den reglering som gäller för värdmyndigheten – för kriminalvårdens del sekretessen i 7 kap. 21 § SekrL. I den mån uppgifterna kommer att hanteras i den senare myndighetens egentliga verksamhet blir emellertid den där gällande sekretessen tillämplig (prop. 1979/80:2 Del A s. 165 f.).

En konsekvens av gällande sekretessreglering synes vara att t.ex. en läkare eller en sjuksköterska vid en anstalt som får kännedom om att en intagen där är bärare t.ex. av HTLV-III normalt inte kan lämna denna uppgift vidare till övrig personal vid anstalten, med mindre den intagne själv samtycker till det. Generalklausulen är nämligen inte tillämplig på hälso- och sjukvårdsområdet (14 kap. 3 § andra stycket SekrL).

Uppenbarligen föreligger emellertid i vissa situationer ett starkt intresse för anstaltspersonalen att ha kännedom om vilka intagna som är smittbärare bl.a. för att personalen skall kunna vidta erforderliga skyddsåtgärder. I samband med visitation av de intagnas bostadsutrymmen eller övriga lokaler kan t.ex. blodiga injektionssprutor behöva omhändertas. Det kan inte gärna hävdas att personalen utan möjligheter att skydda sig skall behöva utsätta sig för de risker som kan vara förknippade med genomförandet av sådana och liknande tjänsteåtgärder.

Enligt den praxis som f.n. tillämpas av kriminalvårdsstyrelsen informeras enligt uppgift "berörd personal" om att en intagen är smittbärare. Enligt styrelsen ankommer det på styresmannen att göra avgränsningen när det gäller den personal som skall informeras. Enligt vad jag har inhämtat prövar JO f.n. ett flertal ärenden där riktigheten av en sådan tillämpning av sekretessreglerna ifrågasatts.

Som framgått av vad jag tidigare har anfört kan det emellertid vara tveksamt om gällande lagstiftning ger stöd för att hälso- och sjukvårdspersonalen på en anstalt informerar styresmannen om att en intagen är smittbärare.

För att det inte skall behöva råda något tvivel om att uppgifter om att en intagen är smittbärare skall kunna lämnas till anstaltsledningen i sådana fall som jag här har nämnt föreslår jag att det införs en uttrycklig regel som skall möjliggöra det önskade uppgiftslämnandet. Denna föreskrift bör ges formen av en särskild sekretessbrytande regel i kriminalvårdslagstiftningen. Regeln bör innebära en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen inom kriminalvården (de s.k. konsultläkarna inbegripna) att till styresmannen vid anstalten lämna ut uppgifter om att en intagen lider av en sådan smittsam sjukdom som avses i smittskyddslagen. Uppgiftslämnandet kan då ske utan hinder av den sekretess som annars gäller (14 kap. 1 § SekrL). Självfallet bör uppgifter få lämnas endast i den mån det behövs med hänsyn till smittorisken.

Som jag har framhållit tidigare är uppgiften att någon är bärare av HTLV-III naturligtvis ytterst integritetskänslig för den enskilde. Den omständigheten att en uppgift av detta slag i fortsättningen skall få lämnas ut till en styresman på en anstalt betyder inte att den skulle sakna skydd därefter. Uppgiften kommer inom kriminalvården att omfattas av den sekretess som gäller där enligt 7 kap. 21 § SekrL. Kriminalvårdssekretessen omgärdas visserligen av ett s.k. rakt skaderekvisit, vilket skulle kunna anses innebära ett något svagare sekretesskydd än det som gäller inom t.ex hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Skillnaden mellan de olika sekretessnivåerna torde emellertid i praktiken inte vara särskilt stor, eftersom det rör så känsliga uppgifter. Det kan vidare förutsättas att styresmannen iakttar en restriktiv inställning när han bedömer i vilken omfattning den övriga personalen behöver informeras. Vid t.ex. en större riksanstalt torde det många gånger vara tillräckligt att endast personalen på den avdelning där den intagne vistas blir informerad, medan personalen på andra avdelningar inom anstalten inte har något beaktansvärt intresse av att få del av uppgiften.

3 Upprättade lagförslag

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

1. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100),
2. lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

Förslagen bör fogas till protokollet som *underbilaga 2.1.*[1]

4 Specialmotivering

4.1 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

7 kap. 19 §

Bestämmelserna har behandlats i avsnitt 2.1 i den allmänna motiveringen.

4.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

37 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 2.2 i den allmänna motiveringen.

Den uppgiftsskyldighet som åläggs hälso- och sjukvårdspersonalen vid en anstalt avses inte enbart gälla sådana fall då en intagen drabbats av infektion av HTLV-III. Styresmannen skall också underrättas om det finns risk för spridning av någon annan smitta av sjukdom som är hänförlig till smittskyddslagstiftningens bestämmelser. Något sakligt skäl att göra någon åtskillnad mellan olika smittsamma sjukdomar har nämligen inte ansetts föreligga.

5 Hemställan

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslagen till

1. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100),
2. lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

[1] Lagförslagen, som har uteslutits här, överensstämmer med de i propositionen framlagda lagförslagen.

Lagrådet

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1986-06-11

Närvarande: f.d. justitieråd Hult, regeringsrådet Dahlman, justititerådet Gad.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 5 juni 1986 har regeringen beslutat inhämta lagrådets yttrande dels på hemställan av statsrådet Sigurdsen över förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231), dels på hemställan av statsrådet Wickbom över förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) och till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen har inför lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Christer Lindau och de övriga lagförslagen har föredragits av hovrättsassessorn Håkan Rustand.

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Utdrag ur protokollet vid regeringssammanträde den 18 juni 1986

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Lundkvist, Sigurdsen, Peterson, Bodström, Göransson, Dahl, Hellström, Johansson, Hulterström, Lindqvist

Föredragande: statsråden Sigurdsen och Göransson

Proposition med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III

1 Anmälan av lagrådsyttrande

Statsrådet Sigurdsen anmäler lagrådets yttrande (beslut om lagrådsremiss fattat vid regeringssammanträde 1986-06-05) över förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231) och anför att lagrådet har lämnat förslaget utan erinran. I förslaget bör vissa språkliga justeringar göras i 16 § andra stycket, 18 § och 28 § andra och tredje styckena.

Statsrådet Göransson anmäler att lagrådet har lämnat förslagen till

1. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) och
2. lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

utan erinran.

2 Hemställan

Statsrådet Sigurdsen hemställer att regeringen föreslår riksdagen att anta de av lagrådet granskade lagförslagen med vidtagna ändringar.

3 Beslut

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

Innehåll

Sid.

Proposition 1
Propositionens huvudsakliga innehåll 1
Propositionens lagförslag 3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 5 juni 1986 ... 8
Bilaga 1, Socialdepartementet, Anmälan till lagrådsremiss med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III 9
1 Allmän motivering 9
1.1 Bakgrund 9
1.1.1 Vad är AIDS? 9
1.1.2 Virusets spridning 10
1.1.3 Utgångspunkter för arbetet med att begränsa spridningen 11
1.1.4 Åtgärder hittills 12
1.1.5 Erfarenheterna av att tillämpa smittskyddslagstiftningen 14
1.2 Gällande sekretessbestämmelser 15
1.2.1 Sekretesslagens principer 15
1.2.2 Sekretessen inom de berörda verksamheterna.. 16
1.2.3 Förutsättningarna för utlämnande av uppgifter 17
1.3 Sekretess som berör smittskyddsläkarens verksamhet .. 20
1.4 Vård av narkotikamissbrukare som intagits på sjukhus med stöd av smittskyddslagen 25
2 Upprättat lagförslag 30
3 Specialmotivering 30
4 Hemställan 36
Bilaga 1.1 Förslag till Lag om ändring i smittskyddslagen (1968:231) 37
Bilaga 2, Justitiedepartementet, Anmälan till lagrådsremiss med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTLV-III 39
1 Inledning 39
2 Allmän motivering 39
2.1 Sekretess hos polisen för uppgifter som rör venerisk smitta 39
2.2 Sekretess inom kriminalvården för uppgifter som rör venerisk smitta 41
3 Upprättade lagförslag 43
4 Specialmotivering 43
4.1 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) 43
4.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt 43
5 Hemställan 43
Utdrag ur lagrådets protokoll 1986-06-11 44
Utdrag ur protokollet vid regeringssammanträde 1986-06-18..... 45