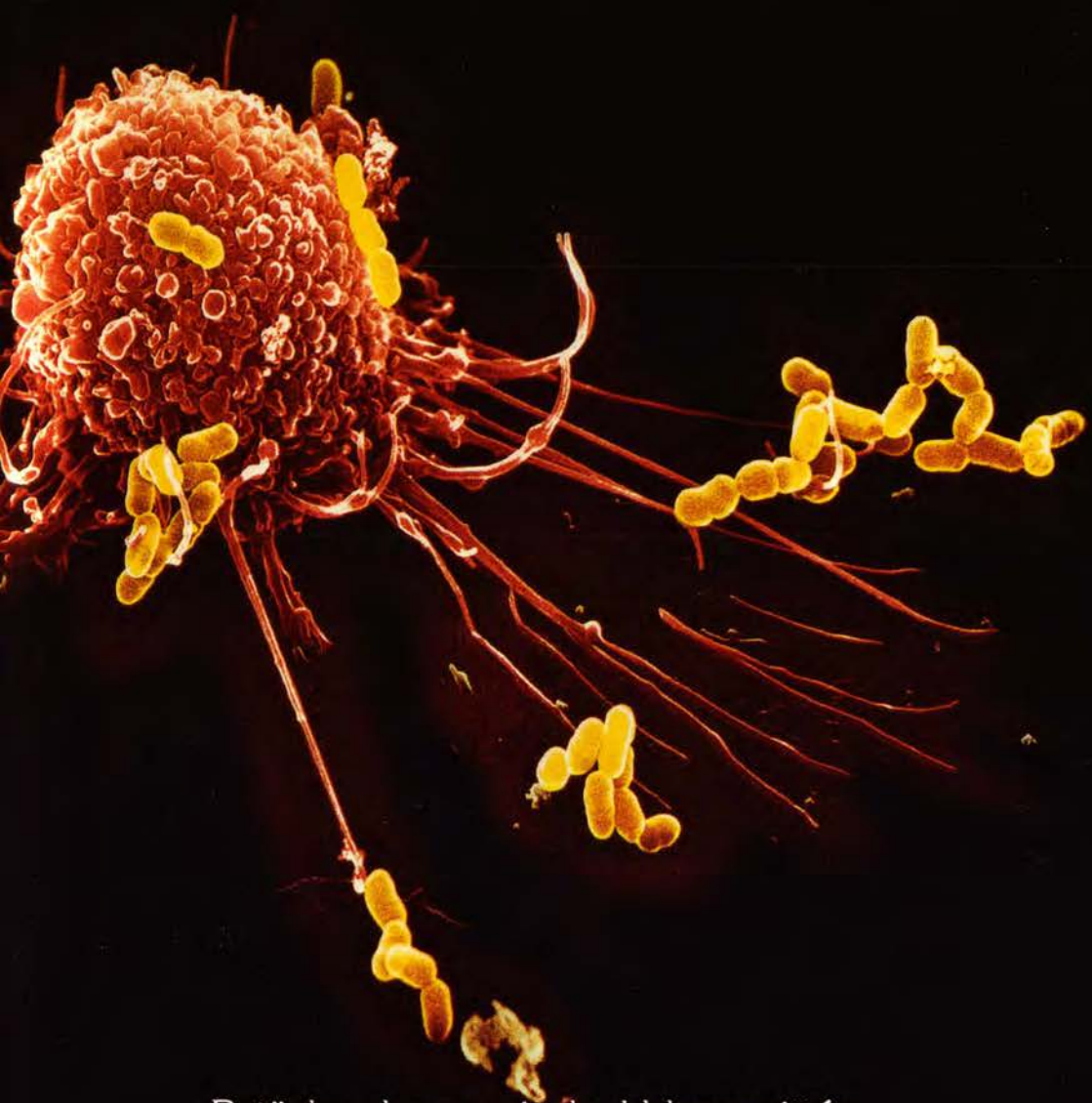
Om smittskydd



Betänkande av smittskyddskommittén

SOU 1985:37

152

Statens offentliga utredningar
1985:37
Socialdepartementet

Om smittskydd

Betänkande av
Smittskyddskommittén
Stockholm 1985

ISSN 0375-250X
ISBN 91-38-08388-4
Liber Tryck AB, Stockholm 1985 329789

Omslag

Vit blodkropp som äter bakterier
Foto: Lennart Nilsson, Karolinska institutet, Stockholm
Bilden fotograferad genom svepelektronmikroskop.
Laboratoriepreparaten framställda av docenten Lars Berghem,
FOA 4, Umeå
Copyright: Boehringer Ingelheim

Till regeringen

Statsrådet Gertrud Sigurdsen

Genom beslut den 18 februari 1982 bemyndigade regeringen statsrådet Karin Ahrland att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över smittskyddsförfattningarna.

Med stöd av bemyndigandet förordnades den 24 mars 1982 förutvarande statsrådet Elisabet Holm till särskild utredare.

Samma dag förordnades till sakkunniga kammarrättsassessorn Christer Lindau och byråchefen Lennart Rinder samt till experter professorn Margareta Böttiger, veterinärrådet Bengt Nordblom och hälsovårdschefen Knut Fredriksson. Den 9 september 1982 förordnades till expert sekreteraren Karl-Henrik Ström och den 26 februari 1985 kammarrådet Karin Dahnell.

Till sekreterare åt utredaren förordnades den 25 mars 1982 numera byrådirektören Håkan Wahren och den 1 juli 1983 numera försäkringsrättsassessorn Agneta Lagerroth Eberhardt.

Utredaren får härmed överlämna sitt betänkande Om smittskydd.

Rapporter avgivna i samband med utredarens arbete publiceras i den s.k. departementsserien, Ds S 1985:3.

Särskilda yttranden har avgivits av Lennart Rinder och Karl-Henrik Ström.

Stockholm i augusti 1985

Elisabet Holm

Christer Lindau

Lennart Rinder

/Håkan Wahren

Agneta Lagerroth Eberhardt

Innehåll

SAMMANFATTNING 9

SUMMARY 19

FÖRFATTNINGSFÖRSLAG 31
Förslag till smittskyddslag 31
Förslag till smittskyddsförordning 35
Förslag till lag om ersättning till smittbärare 37
Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) . . . 40

UTREDARENS UPPDRAG, ARBETETS BEDRIVANDE, M.M. 41

I ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG 45

1 *Smittskyddslagen* 45
1.1 Allmänna utgångspunkter 45
1.1.1 Smittsamma sjukdomar som hälsoproblem . . 45
1.1.2 De smittsamma sjukdomarna och smittvägarna har förändrats 46
1.1.3 Ökat kommunalt självbestämmande, m.m. ändrar villkoren för smittskyddets organisation . . . 48
1.2 Sjukdomarna i en ny smittskyddslag 49
1.2.1 Smittskyddslagens tillämpningsområde bör begränsas till de allmänfarliga sjukdomarna . . . 50
1.2.2 Särregleringen av de veneriska sjukdomarna bör upphöra 51
1.2.3 Tre kriterier ställs upp för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig 52
1.2.4 En prövning av vilka sjukdomar som uppfyller de tre kriterierna 56
1.2.4.1 Nya allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen 57
1.2.4.2 Sjukdomar som inte längre bör vara reglerade i smittskyddslagen 57
1.2.4.3 Överväganden om klamydiainfektion och AIDS 60

1.3 Ansvaret för smittskyddet och för andra åtgärder för att hindra smittspridning 68
1.3.1 Landstingen föreslås få ansvaret för smittskyddet 68
1.3.2 Smittskyddet i smittskyddslagen skall gälla enbart personinriktade åtgärder 71
1.3.3 Objektinriktade åtgärder för att hindra smittspridning kan vidtas med stöd av annan lagstiftning 72
1.3.4 Berörda myndigheter bör samarbeta för att effektivt hindra smittspridning 74
1.4 Organisationen för det personinriktade smittskyddet . 76
1.4.1 Smittskyddsläkaren i landstinget föreslås leda smittskyddet 76
1.4.2 Alla läkare skall ha en skyldighet att biträda i smittskyddsarbetet 78
1.4.3 Socialstyrelsen skall ha tillsyn över smittskyddet . 79
1.4.4 Statens bakteriologiska laboratorium skall biträda som expert och rådgivare 80
1.4.5 Normalreglementet för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande bör upphävas . . . 82
1.5 Anmälan om sjukdomar 84
1.5.1 Endast läkare skall ha skyldighet att anmäla fall av smittsamma sjukdomar 84
1.5.2 Obligatorisk anmälan vid allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar, m.m. 85
1.5.3 Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren samt till statens bakteriologiska laboratorium . . . 87
1.6 Olika personinriktade åtgärder för att hindra smittspridning, m.m. 89
1.6.1 Läkarundersökning 90
1.6.2 Information och rådgivning 91
1.6.3 Förhållningsregler 91
1.6.4 Medicinsk behandling 92
1.6.5 Isolering på sjukhus 93
1.6.6 Isolering av befolkningen inom ett visst område 95
1.6.7 Behovet av tvångsåtgärder i smittskyddslagen och rättssäkerhetsaspekter i samband med tvånget . 95
1.6.8 Överklagande av smittskyddsläkarens beslut . 97
1.6.9 Information och upplysning samt sekretess . . 97
1.6.10 Den enskildes kostnader för läkarundersökning m.m. 101
1.7 Ansvarsbestämmelser i en ny smittskyddslag 104
1.7.1 Den nu gällande bestämmelsen i smittskyddslagen om straff vid sexuellt umgänge avskaffas . . . 104
1.7.2 Skyldigheten för vissa läkare att anmäla koppleribrott upphävs 106
1.7.3 Förseelse mot smittskyddsläkarens förhållningsregler m.m. kan straffas med böter 107
1.8 Karantänsfrågor 107
1.8.1 Karantänsväsendet bör anpassas till det nya smittskyddet 107

1.8.2 Personinriktade karantänsåtgärder 109
1.8.3 Objektinriktade karantänsåtgärder 109

2 *Lagen om ersättning till smittbärare* 111
2.1 Allmänna utgångspunkter 111
2.1.1 Tidigare utredningar och bestämmelser på området 111
2.1.2 Utvecklingen av sjukförsäkringen 112
2.1.3 Omfattningen av ersättning till smittbärare . . 113
2.2 Lagens tillämpningsområde 114
2.2.1 Ersättning till smittbärare bör även i fortsättningen regleras i en särskild författning 114
2.2.2 Särbestämmelserna för de kroniska smittbärarna bör upphöra 115
2.3 Beräkning av smittbärarpenning 116
2.3.1 Smittbärarpenningen skall även i fortsättningen utgå med belopp som motsvarar sjukpenningen . 117
2.3.2 En minsta ersättning motsvarande "lägsta sjukpenningen" skall inte längre lämnas 117
2.3.3 Gällande föreskrift om inkomst av annat förvärvsarbete än anställning är obehövlig 118
2.4 Förutsättningar för smittbärarpenning 119
2.4.1 Direkt inkomstförlust skall inte längre krävas för smittbärarpenning 119
2.4.2 Hel och halv smittbärarpenning skall kunna lämnas 122
2.5 Några frågor i samband med ersättningen 123
2.5.1 Inga särregler för inkomständring bör införas i denna lag 123
2.5.2 Försäkringskassan skall ha ett rehabiliteringsansvar vid långvarigt smittbärarskap 123
2.5.3 Föräldrar till barn med en allmänfarlig sjukdom bör inte få ersättning utöver föräldrapenningen 124
2.5.4 Studiestöd bör lämnas till studerande som är smittbärare 125

3 *Kungörelsen om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse* 127
3.1 Allmänna utgångspunkter 127
3.1.1 Ersättningsfrågans bakgrund 127
3.1.2 Regler om ersättning vid myndighetsingripanden på grund av smittfara eller liknande finns i flera andra författningar 127
3.2 Ersättningsfrågans behandling beträffande salmonella hos djur 128
3.2.1 Någon laglig rätt till ersättning finns inte . . . 128
3.2.2 Ersättningsreglerna i salmonellaförordningen har inskränkts 129
3.3 Kammarkollegiets beslut om ersättning enligt ersättningskungörelsen 131

3.3.1 Utredaren har sammanställt besluten men inte närmare utvärderat praxis 131
3.3.2 Tabellariska sammanställningar av besluten med kommentarer 132
3.4 Utredarens bedömning 135
3.4.1 Det finns ett behov av en samlad översyn av ersättningssystemet vid ingripanden i hälsovårdens eller liknande intressen 135
3.4.2 Ersättningskungörelsen bör utredas i annat sammanhang 136
3.4.3 Vissa beloppsgränser i kungörelsen bör justeras omedelbart 138

II KOSTNADER OCH FINANSIERING 141

4 *Smittskyddslagen* 141
4.1 Inledning 141
4.2 Kommunernas administrativa kostnader för smittskyddet enligt gällande smittskyddslag 142
4.3 Landstingens beräknade kostnader för smittskyddet enligt den föreslagna smittskyddslagen 143
4.3.1 Administrativa kostnader 143
4.3.2 Kostnader för undersökning, vård och behandling m.m. 144
4.4 En del av den särskilda ersättningen från sjukförsäkringen för förebyggande hälsovård kan finansiera smittskyddet 145
4.5 Statens kostnader för smittskyddet 145

5 *Lagen om ersättning till smittbärare* 147

III SPECIALMOTIVERING 149

6 *Förslaget till smittskyddslag* 149

7 *Förslaget till lag om ersättning till smittbärare* 169

IV SÄRSKILDA YTTRANDEN 177

Bilagor

Bilaga 1 *Utredarens direktiv* 181
Bilaga 2 *Redogörelse för gällande lagstiftning m.m.* . . . 185
Bilaga 3 *Bedömning av vissa smittsamma sjukdomar med kortfattade motiveringar* 227

SAMMANFATTNING

Uppdraget till utredaren har bestått i att göra en översyn av smittskyddslagen (1968:231) och angränsande författningar. Till de angränsande författningarna hör bl.a. de båda ersättningsförfattningarna, lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare och kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse. Utredaren lämnar i sitt betänkande förslag till en ny smittskyddslag och en ny lag om ersättning till smittbärare. Kungörelsen anser utredaren bör ses över i annat sammanhang.

1 Smittskyddslagen

Allmänna utgångspunkter för en ny smittskyddslag

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser om bekämpandet av smittsamma sjukdomar i landet. Under de senaste decennierna har många förändringar skett beträffande de smittsamma sjukdomarnas omfattning och spridningssätt. Den sociala utvecklingen, som bl.a. har lett till bättre boendeförhållanden, hygien och kosthållning, har haft gynnsamma effekter på smittskyddssituationen. Övergången till en storskalig livsmedelsindustri liksom den fortsatta urbaniseringen har dock i viss mån haft en motsatt verkan. Det allt vanligare resandet till främst sydliga och tropiska länder har ändrat förutsättningarna för spridning av smittsamma sjukdomar. Också ändrade livsstilar och levnadsvanor har haft betydelse i sammanhanget. Kunskaperna om vissa smittämnen och sjukdomar har förbättrats, vilket har lett till förbättrade möjligheter att diagnostisera sjukdomarna. Även behandlings- och vårdmöjligheterna har härigenom förbättrats. Dessa omständigheter påverkar helt naturligt smittskyddets utformning.

Inom hälso- och sjukvården har landstingens uppgifter och ansvar successivt utvidgats. Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som trädde i kraft den 1 januari 1983, har landstingens ansvar härför ökat ytterligare. Ansvaret innefattar även skyldighet att vidta förebyggande åtgärder. I denna skyldighet ingår enligt utredarens uppfattning också åtgärder för att förebygga smittspridning. Detta vidgade ansvar för landstingen måste beaktas vid utarbetandet av en ny smittskyddslag.

I samband med socialstyrelsens omorganisation år 1981 avskaffades länsläkarväsendet. Även denna reform liksom den nya hälsoskyddslagen (1982:1080), som trädde i kraft den 1 juli 1983, påverkar förutsättningarna för smittskyddets organisation.

De sjukdomar som regleras i den nya lagen kallas allmänfarliga sjukdomar — särregleringen av de veneriska sjukdomarna upphör

Den nya smittskyddslagens tillämpningsområde begränsas till verkligt allvarliga smittsamma sjukdomar på samma sätt som i gällande lag. Dessa sjukdomar benämns allmänfarliga. I princip gäller den nuvarande lagen visserligen alla smittsamma sjukdomar, men huvudparten av de konkreta bestämmelserna avser enbart allmänfarliga eller veneriska sjukdomar.

Särregleringen av de veneriska sjukdomarna föreslås upphöra. En av de sjukdomar som idag är venerisk, nämligen syfilis, blir att betrakta som allmänfarlig i den nya lagen. Genom förslaget att slopa särregleringen av de veneriska sjukdomarna läggs större vikt vid sjukdomarnas hälsorisker än vid förhållandet att smittämnen kan överföras vid sexuell kontakt. Detta bör på sikt kunna leda till en öppnare attityd till de sexuellt överförbara sjukdomarna, vilket underlättar smittskyddsarbetet vid dessa sjukdomar.

Genom att de veneriska sjukdomarna inte längre särregleras upphör också den särskilda straffbestämmelsen som finns i nuvarande lag beträffande sexuellt umgänge vid venerisk sjukdom.

Även om den nya smittskyddslagen således gäller enbart allmänfarliga sjukdomar måste det betonas att bekämpandet av övriga smittsamma sjukdomar självfallet också är mycket viktigt och skall fortsätta. Det kan dock ske inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården — eventuellt med stöd av smittskyddsorganisationen — och i samråd med den enskilde. Liksom idag skall vissa sjukdomar utöver de allmänfarliga vara anmälningspliktiga enligt den nya smittskyddslagen, bl.a. gonorré och klamydiainfektion.

Tre kriterier ställs upp för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig

Liksom idag skall det ankomma på regeringen att bestämma vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga. Utredaren anser emellertid att det av rättssäkerhetsskäl skall anges i lagen under vilka förutsättningar en sjukdom skall få förklaras vara allmänfarlig. Med allmänfarliga sjukdomar avses sådana smittsamma sjukdomar

1. som har hög smittsamhet eller kan få explosiv utbredning,
2. som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och
3. mot vilka det finns lämpliga personinriktade åtgärder som kan vidtas för att hindra att sjukdomarna sprider sig.

Alla tre kriterierna måste föreligga samtidigt. De två första bildar tillsammans ett mått på den hälsorisk en sjukdom kan ha på individen och

indirekt på samhället, medan det tredje utgår från möjligheterna att bekämpa sjukdomen. Utifrån dessa kriterier skall prövas om en sjukdom kan vara allmänfarlig. Kriterierna innebär en begränsning i möjligheten att förklara sjukdomen för allmänfarlig. Däremot föreligger ingen skyldighet för regeringen att förklara sjukdomen allmänfarlig om kriterierna är uppfyllda. Om en sjukdom effektivare kan bekämpas utanför smittskyddslagens ram, finns det naturligtvis inte något skäl att förklara den allmänfarlig. Denna grundläggande princip för lagstiftningen har lett till att flera av de sjukdomar som f.n. är allmänfarliga, inte längre bör vara det, medan andra bör bli det.

AIDS

Enligt utredningens bedömning uppfyller AIDS kriterierna på allmänfarlighet. De formella förutsättningarna för att låta smittskyddslagens bestämmelser gälla även denna sjukdom föreligger således.

Flera olika faktorer medverkar dock till att det traditionella smittskyddsarbetet kan behöva ges en delvis ändrad inriktning för att man med framgång skall kunna bekämpa smittspridningen. Sjukdomens långa inkubationstid försvårar arbetet med smittspårning. Avsaknaden av botande och behandlande åtgärder kan inverka negativt på den enskildes benägenhet att själv söka läkare. De speciella riskgrupper det framför allt är fråga om, homo- och bisexuella män samt narkomaner som missbrukar narkotika intravenöst, innebär att okonventionella och tidigare oprövade åtgärder kan behöva tillgripas. Det kan bl.a. krävas att skyddet förstärks för den personliga integriteten beträffande dem som omfattas av lagen.

Utredaren är inte beredd att lämna något slutligt förslag till om AIDS bör ingå som en allmänfarlig sjukdom i den nya smittskyddslagen. Ett ställningstagande i denna fråga bör bygga på de kunskaper om sjukdomen och den epidemiologiska situation som råder när en ny smittskyddslag skall träda ikraft.

Landstingen får ansvaret för smittskyddet

Ansvaret för smittskyddet åvilar enligt gällande smittskyddslag främst kommunerna, genom sina miljö- och hälsoskyddsnämnder, och länsstyrelserna. Nämnderna och länsstyrelserna saknar emellertid numera i huvudsak den medicinska kompetens som krävs för att kunna ansvara för ett effektivt personinriktat smittskydd. Denna kompetens finns hos landstingen, som i dag har vissa uppgifter vid de veneriska sjukdomarna. Det är också oftast landstingen som genom hälso- och sjukvården först kommer i kontakt med sjuka och smittade och som behandlar och vårdar dem. Landstingen har dessutom i regel överblick över sjukligheten inom ett tillräckligt stort befolkningsområde för att man skall kunna dra slutsatser om spridningsmönster och smittkällor. Utredaren anser därför att landstingen skall ha ansvaret för smittskyddet. Detta innebär en förenkling för den enskilde som behöver ha kontakt med enbart en instans såväl för själva behandlingen av sjukdomarna som för de åtgär-

der som kan behövas ur smittskyddssynpunkt. Landstingens ansvar för smittskyddet sammanfaller vidare till viss del med dess skyldigheter att bedriva förebyggande verksamhet. Den högsta tillsynen över smittskyddet skall även i fortsättningen tillkomma socialstyrelsen. Styrelsen skall därvid biträdas av statens bakteriologiska laboratorium i dess egenskap av expertorgan.

Den nya lagen gäller enbart s.k. personinriktade åtgärder

Landstingens förutsättningar att bedriva smittskyddsarbete gäller självfallet främst med avseende på åtgärder som riktas mot människor. Smitthindrande åtgärder som kräver ingrepp mot objekt är andra myndigheter mer lämpade att handha, och sådana åtgärder kan redan i dag vidtas med stöd av annan lagstiftning. Miljö- och hälsoskyddsnämnden kan t.ex. med stöd av livsmedelslagen (1971:511) ingripa mot livsmedel som för smitta. Enligt hälsoskyddslagen (1982:1080) skall nämnden också bekämpa sanitära olägenheter inom framför allt byggnader och andra anläggningar samt i vatten. Till sanitära olägenheter bör enligt utredaren även smittämnen räknas. Andra exempel på lagstiftning som kan användas för att vidta åtgärder mot smittspridande objekt är renhållningslagen (1979:596), miljöskyddslagen (1969:387) och arbetsmiljölagen (1977:1160). Objektinriktade åtgärder för att hindra smittspridning kan således redan i dag ske med stöd av annan lagstiftning än smittskyddslagen. Utredaren anser därför att landstingens ansvar för smittskyddet enligt den nya smittskyddslagen skall begränsas till enbart sådana åtgärder som riktar sig mot människor. Därigenom blir ansvarsfördelningen klarare mellan landstingens personinriktade åtgärder enligt smittskyddslagen och andra myndigheters objektinriktade enligt annan lagstiftning. En sådan fördelning av arbetsuppgifterna inom smittskyddet kräver en omfattande och smidig samverkan mellan myndigheterna.

Smittskyddsläkaren leder smittskyddet

Utredaren föreslår att det inom varje landstingskommun skall finnas en smittskyddsläkare som utses av landstinget. Denne föreslås få fler arbetsuppgifter och en vidare befogenhet än vad nuvarande smittskyddsläkare har. Smittskyddsläkaren skall vara den i landstinget som under hälso- och sjukvårdsnämnden leder och planerar smittskyddet. Smittskyddsläkaren skall följa och övervaka de allmänfarliga sjukdomarna inom området och vara en kunskapskälla för övrig personal inom smittskyddet. Också i det enskilda fallet skall smittskyddsläkaren leda arbetet och besluta om lämpliga åtgärder. Smittskyddsläkaren skall tilläggas myndighetsuppgifter och kunna besluta om olika rättigheter och skyldigheter för enskilda. Läkarundersökning och isolering på sjukhus skall således, liksom bindande förhållningsregler för de smittade, beslutas av smittskyddsläkaren. Dessa beslut fattas enligt nuvarande lag av bl.a. distriktsläkaren, miljö- och hälsoskyddsnämnden, länsstyrelsen och länsrätten beroende på bl.a. vilken typ av sjukdom det gäller.

Varje läkare åläggs uppgifter inom smittskyddet

Även om smittskyddsläkaren skall ha ansvaret för smittskyddet också i det enskilda fallet anser utredaren att en stor del av smittskyddsarbetet bör kunna bedrivas "på fältet" där den enskilde söker vård. Till skillnad från den nuvarande lagen åläggs "varje läkare" uttryckligen en skyldighet att bedriva visst smittskyddsarbete och göra vissa epidemiologiska utredningar. Detta innebär emellertid inte någon direkt utvidgning av läkarnas nuvarande arbetsuppgifter utan bör kunna ske inom ramen för den ordinarie s.k. anamnesupptagningen. Vidare skall läkarna lämna information till patienten om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder patienten bör vidta för att hindra smittspridning. Detta stämmer väl överens med den informationsskyldighet läkarna har enligt hälso- och sjukvårdslagen. Denna skyldighet enligt den föreslagna smittskyddslagen gäller både privat verksamma läkare och andra offentligt anställda läkare än smittskyddsläkarna.

Endast läkare får skyldighet att anmäla fall av smittsamma sjukdomar

Varje läkare som uppmärksammar fall av allmänfarlig sjukdom skall även i fortsättningen vara skyldig att göra anmälan härom. Även vissa andra sjukdomar skall anmälas. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium. Utredaren har strävat efter att hålla nere antalet anmälningspliktiga sjukdomar. Detta bör öka tillförlitligheten i anmälningarna. Om det skulle föreligga ett behov av att följa utbredningen av någon annan smittsam sjukdom bör det kunna ske genom olika former av begränsade och riktade undersökningar.

Läkarundersökning och isolering på sjukhus får vidtas mot den enskildes vilja

En grundläggande förutsättning för ett effektivt smittskyddsarbete är att vissa åtgärder kan få vidtas utan den enskildes samtycke. Den enskildes intressen får här vika för samhällets. Utredaren har strävat efter att begränsa dessa åtgärder till de absolut nödvändigaste. Dessa är enligt utredarens mening läkarundersökning och isolering på sjukhus. Läkarundersökning är en förutsättning för att ytterligare åtgärder skall kunna vidtas. Isolering på sjukhus är den yttersta åtgärden som kan tillgripas för att hindra smittspridning. Dessa båda åtgärder får därför också enligt den nya lagen genomföras även mot den enskildes vilja. Däremot får ingen, till skillnad mot vad som föreskrivs i nuvarande lag, tvingas att genomgå behandling med läkemedel eller annan medicinsk behandling. Behandling till smittfrihet är ingen oundgänglig åtgärd för att hindra smittspridning. Utredarens förslag harmonierar så till vida bättre än den gällande lagen med hälso- och sjukvårdslagen där det stadgas att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten.

Information blir en viktig del i smittskyddsarbetet

Det är utredarens uppfattning att en stor del av smittskyddsarbetet bör bestå av information och upplysning. Varje läkare skall enligt lagen ha en skyldighet att informera den smittade om den aktuella sjukdomen. Dessa direkta upplysningar till den enskilde bör emellertid kompletteras med mer allmänt riktad information som utarbetas centralt av bl.a. socialstyrelsen. Den kan t.ex. gälla vissa sjukdomar och rikta sig till dem som drabbas härav och deras anhöriga. Informationen kan också riktas till en speciell grupp, exempelvis utlandsresenärer, eller till allmänheten och massmedia. Informationsutbytet mellan socialstyrelsen och hälso- och sjukvården är en viktig del av smittskyddet.

Undersökning, vård och behandling som behövs ur smittskyddssynpunkt föreslås bli kostnadsfria för den enskilde

Utredaren föreslår att läkarundersökningar och isolering på sjukhus som meddelas genom landstingens försorg efter anmodan eller beslut av smittskyddsläkaren skall vara kostnadsfria för den enskilde. Likaså skall fortsatt undersökning, vård och behandling som behövs ur smittskyddssynpunkt vara kostnadsfri såväl i sluten som i öppen vård. Det senare är en utvidgning av vad som gäller enligt nuvarande lag. Den som på egen misstanke om allmänfarlig sjukdom söker läkare skall erlägga patientavgift. Utredaren är inte beredd att föreslå kostnadsfrihet för läkemedel. Det högkostnadsskydd som gäller enligt andra författningar får anses tillräckligt. Genom utredarens förslag att inte särreglera de veneriska sjukdomarna betraktas dessa som vilka andra sjukdomar som helst. Syfilis föreslås dock bli allmänfarlig och därmed blir vården kostnadsfri för den enskilde. Starka skäl talar emellertid för att undersökning och behandling av de båda sexuellt överförbara sjukdomarna gonorré och klamydiainfektion också bör vara kostnadsfri. Enligt utredaren bör det emellertid ankomma på landstingen själva att besluta i denna fråga.

Karantänsväsendet bör anpassas till den nya smittskyddsorganisationen

Regeringen bör även i fortsättningen få möjlighet att meddela föreskrifter om karantänsväsendet. I och med att landstingen får ansvaret för smittskyddet och det begränsas till åtgärder mot personer bör också karantänsväsendet inrättas så att det passar dessa förändringar. Organisationen och regelsystemet bör kunna förenklas och i så hög utsträckning som möjligt inlemmas med övrig lagstiftning som reglerar smittspridning. Utredaren lägger emellertid inte något direkt förslag i dessa frågor.

2 Lagen om ersättning till smittbärare

Allmänna utgångspunkter för en ny lag om ersättning till smittbärare

Den som insjuknar i en allmänfarlig sjukdom har rätt till sjukpenning om arbetsförmågan blir nedsatt. En smittbärare, som inte är sjuk, har däremot inte rätt till sjukpenning. Han kan i stället få ersättning som smittbärare om han på grund av beslut enligt smittskyddslagen inte får arbeta för att hindra smittspridning. Bestämmelser härom finns i lagen om ersättning åt smittbärare. Dessa regler gäller även för den som inte får arbeta på grund av bestämmelser i livsmedelslagstiftningen.

De gällande bestämmelserna om ersättning åt smittbärare anknyter i hög utsträckning till sjukförsäkringens regelsystem. Sjukförsäkringen har emellertid utvecklats under den trettioårsperiod som bestämmelserna om ersättning åt smittbärare har varit ikraft.

Den obligatoriska sjukförsäkringen har utvidgats och den frivilliga försäkringen håller på att byggas ut. Sjukpenningklasserna har upphört och ersatts med en fastställd sjukpenninggrundande inkomst. En annan mycket viktig förändring i detta sammanhang är de utvidgade möjligheterna att behålla en tidigare fastställd sjukpenninggrundande inkomst vid t.ex. studier och arbetslöshet och vissa andra perioder då den försäkrade inte förvärvsarbetar.

Översynen av ersättningsbestämmelserna till smittbärarna har huvudsakligen skett mot bakgrund av dessa förändringar inom sjukförsäkringen. Någon genomgripande omarbetning av lagen har inte skett. Den nya lagen bygger fortfarande på samma grundläggande förutsättningar som den gällande lagen.

Även om det i olika sammanhang har rests önskemål om att smittbärarersättningen skall inlemmas i den allmänna försäkringen har utredaren stannat för att bibehålla regleringen i en särskild författning. Också förslaget att ersättningsreglerna skulle ingå i en ny smittskyddslag har tillbakavisats.

Huvuddragen i den nya lagen

Den nuvarande uppdelningen av smittbärare i tillfälliga och kroniska försvinner med utredarens förslag. Försäkringskassan föreslås i fortsättningen handlägga ersättningen åt alla smittbärare. Länsstyrelsens ansvar upphör. Kassan skall på samma sätt som för sjuka ha ett rehabiliteringsansvar för smittbärare som har uppburit ersättning längre än 90 dagar i följd.

Ersättning skall enligt förslaget utgå i form av dels smittbärarpenning, dels resekostnadsersättning. Smittbärarpenningen skall, liksom tidigare ersättning för inkomstbortfall, motsvara smittbärarens sjukpenning. För rätt till smittbärarpenning krävs inte längre inkomstförlust. Skälet härför är att numera har studerande, arbetslösa och andra som inte förvärvsarbetar rätt till sjukpenning vid sjukdom under vissa förutsättningar. Utredaren anser att dessa kategorier inte bör komma i sämre läge om de

är smittbärare än om de är sjuka. En ytterligare nyhet är att halv smittbärarpenning skall kunna lämnas.

Föräldrar har enligt den allmänna försäkringen rätt till föräldrapenning för vård av barn i samband med sjukdom eller smitta hos barnet. Ersättningen lämnas under 60 dagar per barn och år. Utredaren föreslår inte någon ytterligare ersättningsrätt vid allmänfarliga sjukdomar. De sjukdomar som främst är aktuella är hepatiter och salmonelloser och för barn med dessa sjukdomar kan oftast barntillsynen ordnas genom familjedaghem och liknande. Det finns därför enligt utredarens mening inte tillräckliga skäl att särbehandla barn med dessa sjukdomar i förhållande till barn med andra långvariga sjukdomstillstånd, t.ex. astma och allergi.

För studerande med vissa former av studiestöd gäller numera att de under vissa förhållanden får behålla sitt studiestöd under sjukdomsperioder. Återbetalningspliktiga studiemedel som belöper på en sådan period skall normalt inte medräknas vid beräkningen av återbetalningsskyldigheten av studiestödet. Utredaren anser att motsvarande regler bör gälla även för smittbärare som inte är sjuka. Regler härom bör dock lämpligast införas i lagstiftningen om studiestöd.

3 Kungörelsen om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse

Denna författning reglerar huvudsakligen företagares rätt till ersättning vid myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. Ingripandena skall ha skett med stöd av smittskyddsförfattningarna eller livsmedelsförfattningarna.

Även andra författningar innehåller regler om ersättning av statsmedel vid myndighetsingripanden för att hindra smittspridning. Vid en översyn av kungörelsen är det enligt utredarens mening väsentligt att ersättningsfrågan löses på ett sådant sätt att den passar väl in i förhållande till dessa andra ersättningsbestämmelser. Störst betydelse i detta sammanhang har epizootiförfattningarna och salmonellaförfattningarna vilka båda på olika sätt har anknytning till kungörelsen. I dessa författningar har emellertid ersättningsfrågorna lösts på skilda sätt.

I andra sammanhang har påtalats behovet av en samlad översyn av ersättningssystemet vid ingripanden i hälsovårdens och liknande intressen. Utredaren delar uppfattningen att kungörelsen bör utredas i ett vidare sammanhang. Utredarens huvuduppdrag är att se över smittskyddslagen och smittskyddskommittén är utsedd främst mot denna bakgrund. Utredaren anser därför att det finns starka skäl som talar för att en samlad översyn av ersättningsbestämmelserna bör göras av en för den uppgiften mer lämpad kommitté. Utredaren lämnar därför inte något förslag till en omarbetad kungörelse. Däremot påtalar utredaren nödvändigheten av att justera vissa ersättningsbelopp.

4 Kostnader och finansiering

I kostnadshänseende innebär utredarens förslag till ny smittskyddslag att kommunernas kostnader för personinriktade åtgärder för att hindra smittspridning kommer att minska. I stället får landstingen ökade kostnader härför. Utredaren beräknar kostnadsökningen till ca 8 milj. kr. per år. Landstingens hälso- och sjukvård finansieras, förutom av landstingsskatt, till väsentlig del av ersättning från den allmänna försäkringen. Av dessa medel lämnas f.n. särskild ersättning för förebyggande vård och sådan ersättning kan förväntas utgå även i fortsättningen. Utredaren anser att en del av denna ersättning bör användas för smittskydd.

Utredarens förslag till ny lag om ersättning till smittbärare kommer sannolikt att medföra endast marginella kostnadsökningar.

SUMMARY

The present investigator was commissioned to do a review of the existing Control of Infectious Diseases Act (1968:231) and related statutes. Examples of related statutes are the following: the law (1956:294) providing for compensation of carriers, and the official notice (1956:296) on compensation out of public funds in certain cases of interventions made in the interests of public health. In this report the investigator submits the draft of a new law to prevent the spread of infectious diseases (Control of Infectious Diseases Act), as well as the draft of a new law providing for compensation of carriers (Compensation of Carriers Act). As to the official notice, the investigator is of the opinion that it should be reviewed in a broader context.

1 Control of Infectious Diseases Act

General starting points for a new law

The past two-three decades have witnessed many changes in the extent and spreading patterns of the infectious diseases. For one thing the disease control picture has been favourably affected by the social development, which has led to better living conditions, hygiene and dietary habits. To some extent, however, the transition to a large-scale food processing industry, as well as the continuing process of urbanization, has worked in the opposite direction. Foreign travel, which is becoming more and more common, especially to southern and tropical countries, has altered the parameters of contagion. Other pertinent factors are changes in life styles and in living habits. A growing corpus of knowledge about certain infectious agents and diseases has improved the prospects for making proper diagnoses, which in its turn has improved the chances of being treated and cured. Obviously, these circumstances have inevitable bearing upon the design of disease control.

The county councils, as the authorities in charge of the health and medical services, have had their duties and responsibilities broadened step by step. The effect of the new Health Care Act (1982:763), which came into force on January 1, 1983, has been to increase even more the responsibility of the county councils for these services. Such responsibility also entails the obligation to take preventive measures. In the

investigator's opinion, this obligation includes the taken of measures to prevent contagion. Such broadened responsibility for the county councils must be borne in mind for purposes of drafting a new Control of Infectious Diseases Act.

At the time the National Board of Health and Welfare (NBHW) was reorganized in 1981, the system of county medical officers was abolished. This reform, as well as the new Health Protection Act (1982:1080), which came into force on July 1, 1983, likewise affects the parameters of the organization of disease control.

The diseases regulated in the new law are called "dangerous to the public" — separate regulation of venereal diseases will be discontinued

The purview of the new law is to be limited to truly serious infectious diseases in the same way as under existing law. These diseases are termed "dangerous to the public" or "diseases constituting a public danger". Although the present law holds in principle for all infectious diseases, most of the concrete provisions exclusively refer to diseases constituting a public danger or to venereal diseases.

It is proposed, however, to terminate the separate regulation of the venereal diseases, this for the following reasons. For historical reasons, the present law draws a distinction between diseases constituting a public danger and venereal disease. Seen from the medical aspect and also from the disease-control aspect, the reasons for such a classification are weak. Where risks and remedial measures are concerned, the venereal diseases do not crucially differ from those that are dangerous to the public. Besides, a good deal more than the diseases that are called venereal are sexually transmissible. One of the diseases that is now venereal, namely syphilis, will be considered dangerous to the public in the new law. By virtue of the proposal to abolish separate regulation of the venereal diseases, greater weight attaches to the health hazards of these diseases than to the fact that infectious substances can be transmitted by sexual contact. Longer-term, the result should be to create a more open attitude to the sexually transmissible diseases, which will facilitate the control work that these diseases involve.

In that the venereal diseases will no longer be separately regulated, it will be possible to abolish the special provision of existing law which imposes punishment for the act of sexual intercourse if venereal disease is present.

So even if the new law applies solely to "public dangerous" diseases, it must be stressed that the combatting of other infectious diseases is also very important and will continue. However, that fight can be waged within the ambit of the public health and medical services — possibly with the support of the disease-control organization — and in consultation with the individual. As is the case at present, certain diseases in addition to those constituting a public danger shall be notifiable under the new law, among them gonorrhea and chlamydial infections.

Three criteria a disease has to meet to be considered a public danger

As is the case at present, it will devolve upon the Government to decide which diseases are to be classified in the "publicly dangerous" category. However, the investigator is of the opinion that the law must state, on grounds of legal security or the rule of law, the conditions under which a disease shall be declared to constitute a public danger. Classification in this category is intended for diseases of the kind

1. that are highly contagious or that can have an explosive propagation;
2. that are characterized by high mortality or can inflict permanent injury; and
3. against which appropriate, personally addressed measures can be taken to keep the diseases from spreading.

All three criteria must be in hand at the same time. Taken the first two together, they form a measure of the health hazard that a disease may entail for the individual and indirectly for the community, whereas the third proceeds from the possibilities of combatting the disease. These are the criteria that have to pass the test of whether or not a disease can be held to constitute a public danger. The criteria serve to limit the scope for declaring the disease to be publicly dangerous. On the other hand, there is no obligation to put the disease in this category if the criteria are met. Other considerations may be present to indicate that such categorization is unwarranted. On balance, the overall conclusion is this: several of the diseases that now constitute a public danger should no longer be so, while others should be so considered.

Diseases constituting a public danger and other notifiable diseases

The investigator proposes that the following diseases shall be held to constitute a public danger and as such shall be regulable under the Control of Infectious Diseases Act:

Amebiasis
Anthrax
Cholera
Diphtheria
Ebola virus infection
Lassa fever
Marburg disease
Meningococcal meningitis
Non-A, non-B hepatitis
Paratyphoid fever
Plague
Poliomyelitis
Salmonellosis
Shigellosis
Syphilis
Tuberculosis
Typhoid fever
Viral hepatitis A
Viral hepatitis B
Yellow fever

Further, the investigator proposes to make certain other diseases notifiable under the Control of Infectious Diseases Act. Such notifiability entails no more than an obligation to report the disease. Measures against these diseases are not regulated in the Control of Infectious Diseases Act.

It is proposed to classify the following diseases in a group entitled other notifiable diseases:

Botulism	Microbial food poisoning
Chlamydial infections	Rabies
Gonococcal infections	Tetanus
Legionellosis	Trichinosis
Malaria	Tularemia

In addition to the foregoing, every remarkable accumulation of cases of other infectious or suspectedly infectious, serious diseases shall be notifiable.

The investigator's assessment of HTLV-III infection, which may lead to AIDS, is given below.

AIDS *(Acquired Immune Deficiency Syndrome)*

In the commissions's opinion, AIDS meets the criteria of a disease that constitutes a public danger. It follows that the formal prerequisites are in hand for letting the provisions of the Control of Infectious Diseases Act extend to this disease as well.

Due to the interaction of various factors, however, it may be necessary to impart a somewhat different direction to the traditional disease-control work if contagion is to be successfully combatted. The long incubation period of the disease makes it harder to trace the source of infection. The absence of curative and therapeutic measures can impact negatively on the individuals's propensity to consult a physician on his or her own. In view of the special risk groups that are mainly at issue here — homosexual men, bisexual men and "mainlining" drug addicts — it may be necessary to resort to unconventional and previously untried measures. For one thing, personal privacy may have to be strengthened for those who come under the purview of the law.

The investigator is not prepared to submit any definitive proposal as to whether AIDS should be classified as a disease constituting a public danger in the new Control of Infectious Diseases Act. Any position that is taken on this matter should be based on that knowledge of the disease and that epidemiological situation which obtains when a new law is going to come inte force.

The new law is restricted to "personally addressed" measures

As will emerge from the following, it is proposed to vest the county councils with future responsibility for disease control. As a matter of course, the capabilities of county councils for carrying on disease-control work relate to measures that are chiefly addressed to private persons. If such measures require the taking of action against inanimate objects, other government agencies are better suited to administer them; indeed, such measures are even now being taken on the strength of other legislation. To illustrate, the Environmental and Health Protection Board, acting on the strength of the Food Act (1971:511), can intervene

against food that is found to be contaminated. Under the Health Protection Act (1982:1080), moreover, the board is required to combat public nuisances, especially in buildings and other structures, as well as in water. In the investigator's opinion, the term "public nuisances" should be made to include infectious agents or substances. Other examples of legislation that can be invoked to take action against disease-spreading objects are the Refuse Collection and Disposal Act (1979:596), the Environmental Protection Act (1969:389) and the Working Environment Act (1977:1160). So even as matters now stand, measures targeted at objects to prevent contagion can be taken on the strength of laws other than the Control of Infectious Diseases Act. The investigator therefore feels that the responsibility of county councils for disease control under the new law be limited to measures of the kind that are solely addressed to human beings. In that way there will be a clearer division of responsibilities between the county councils, with their personally targeted measures under the Control of Infectious Diseases Act, and other agencies, with their object-targeted measures under other legislation. A division of disease-control duties along these lines will make it necessary for the authorities to collaborate smoothly and extensively.

County councils will be responsible for disease control

Under the disease-control law now in force, the responsibility for control of infectious diseases chiefly rests with the municipalities or local authorities, through their local environmental and health protection boards, and the county administrations. At present, however, the boards and the county administrations largely lack the professional medical competence that is needed in order to be able to answer for an efficient system of personally targeted disease control. Such competence is to be found within the county councils, which today are entrusted with certain duties in respect of the venereal diseases. Most of the time, too, it is the county councils, as the authorities in charge of the health and medical services, which first come in contact with sick and infected persons, and which treat and care for them. Besides, the county councils usually command an overview of morbidity within a population base that is large enough to enable them to draw conclusions about spreading patterns and infection sources. The investigator therefore submits that the responsibility for disease control be vested in the county councils. This will simplify things for the individual, in that he need keep in touch with no more than a single institution, one that will not only attend to the treatment of his ills but will also administer those measures that may be necessary for disease-control purposes. Further, the county council's responsibility for disease control coincides in part with its obligations to conduct preventive activity. In future, too, the highest level of supervision over disease control will continue to be exercised by the National Board of Health and Welfare (NBHW). For this purpose NBHW will be assisted by the National Bacteriological Laboratory in its capacity of expert body.

Disease control to be in charge of epidemiologists

The investigator proposes that every second-tier municipality (the jurisdiction coterminous with the catchment area of a county council) engage the services of an epidemiologist, who will be appointed by the county council. It is proposed to vest this specialist with more duties and broader powers than those of epidemiologists in the current employ of county councils. The epidemiologist shall be that employee of the county council who, working under the local health-care board, directs and plans the control of infectious diseases. The epidemiologist shall follow and keep under surveillance the diseases that constitute a public danger within the county council's jurisdiction and shall be a source of knowledge for other personnel who work in the disease-control field. In the individual case, too, the epidemiologist shall direct the work and decide on the taking of appropriate measures. The epidemiologist shall be vested with the powers of civil authority and be authorized to take decisions concerning the various rights and obligations of private persons. It follows that the epidemiologist is the one who shall decide on medical examination and isolation in hospital, as well as on binding rules of conduct for infected persons. Under present law these decisions are variously taken by the district medical officer, the local environment and health-protection board, the county administration and the county administrative court of appeal, the decision-maker in each instance usually depending on which type of disease is involved.

Disease-control duties to be imposed on every physician

Even if the epidemiologist is also to be responsible for disease control in the individual case, the investigator thinks it should be feasible to conduct much of the disease-control work "out in the field", i.e. the place where the private person looks for care. By contrast with the present law, an obligation is imposed on "every physician" to conduct some disease-control work and to make certain epidemiological studies. However, this does not imply any direct expansion of the duties that physicians currently perform, but should be accommodable within the ambit of the normal process of anamnesis. Further, the physicians shall furnish information to the patient about the nature and infectiousness of the disease, as well as advice as to which measures the patient should take to prevent contagion. This squares well with the information-providing obligation that physicians have under the Health Care Act. Pursuant to the draft Control of Infectious Diseases Act, this obligation will hold both for private practitioners and for public employed physicians other than the epidemiologist.

Physicians will be the only ones required to notify infectious diseases

In the investigator's opinion, heads of households, hotel proprietors and the like should no longer be required to make notification of disease that constitutes a public danger. This rule has lost its significance in contemporary society.

Every physician who observes cases of disease constituting a public danger shall continue to be obligated to make notification thereof. Certain other diseases shall also be notified. Measures can be taken against most of these diseases on the strength of other legislation. Notification shall be made to the epidemiologist and to the National Bacteriological Laboratory. The investigator has striven to hold down the number of notifiable diseases. This should increase the reliability of the notifications. Should need arise to keep up with the spreading of any other infectious disease, it should be possible to do this with different forms of limited and targeted investigations.

A patient may be examined and isolated in hospital against his will

If disease-control work is to be effective, a basic proviso must prevail: it must be possible to take certain measures without the individual patient's consent. Here the interests of the individual will have to give way to those of the community at large. The investigator has sought to limit such measures to those which are sine qua nons. In the investigator's opinion, these include medical examination and isolation in hospital. Medical examination is a necessary antecedent to the taking of further measures. Isolation in hospital is the measure of last resort that may have to be taken to prevent the spread of infection. Under the new law, moreover, both these measures may be implemented even against the patient's will. On the other hand no one, unlike the stipulations of existing law, may be forced to undergo treatment with drugs or other medication. Treatment to the point of freedom from infectiousness is not absolutely essential to prevent the spread of infection. The investigator's proposals are in better harmony here than existing law with the Health Care Act, which stipulates that care and treatment shall be designed and carried out wherever possible in consultation with the patient.

Information will be a vital part of the disease-control work

The investigator strongly feels that much of the disease-control work should consist of information and instruction. Every physician shall be obligated under law to inform the infected person about the particular disease which afflicts him or her. However, the imparting of such particulars face to face should be supplemented by more generally oriented information that is prepared at central level, as by the National Board of Health and Welfare (NBHW). In the case of certain diseases, for example, it may be necessary to address targeted information to the victims and their next of kin. Such information may also be aimed at a special group, for instance foreign travellers, or at the general public and the mass media. The exchange of information between NBHW and the health and medical services forms another important part of the disease-control work.

Do not charge the patient for the costs of examination, care and treatment necessary to prevent the spread of infection

The investigator proposes that medical examinations and isolations in hospital, as arranged by county councils upon request or decision by epidemiologist, be provided free of charge to individual patients. By the same token, any subsequent examination, care and treatment that may be necessary to prevent the spread of infection shall be free of charge, both in in-patient and out-patient care. The latter is an extension of that which is in force under present law. Anyone who seeks out a doctor because he or she suspects affliction with a disease constituting a public danger shall pay a capitation fee. The investigator is not prepared to propose that drugs be provided free of charge. The high-cost protection that applies under other statutes should be considered sufficient. By virtue of the investigator's proposal not to regulate the venereal diseases separately, these will be regarded just like any other disease. However, it is proposed to classify syphilis in the publicly dangerous category, which would make treatment free of charge for the individual patient. None the less, there are compelling reasons to make free of charge as well the examination and treatment of the two sexually transmissible diseases, gonorrhea and chlamydial infections. But in the investigator's opinion, it should be up to the county councils themselves to decide on this matter.

The quarantine system should be adapted to the new disease-control organization

The Government should continue to be empowered to promulgate regulations on the quarantine system. With the county councils to be given responsibility for disease control that is limited to measures aimed at private persons, the quarantine system should also be instituted so as to suit these changes. It should be feasible to simplify the organization and the system of rules, which to the utmost extent possible should be incorporated with other legislation that regulates the spread of infection. However, the investigator will not be putting forward any direct proposals on these matters.

2 Compensation of Carriers Act

General starting points for a new law providing for compensation of carriers

Anyone who contracts a disease that is dangerous to the public is entitled to sickness benefit if his working capacity becomes impaired. On the other hand, a disease carrier who is not ill is not entitled to sickness benefit. He may instead receive compensation as a disease carrier, if because of a decision taken under the Control of Infectious Diseases Act he is debarred from working in order to prevent the spread of infection.

Provisions for this purpose are to be found in the Compensation of Carriers Act. These rules also apply to anyone who is debarred from working because of provisions contained in food legislation.

The applicable provisions for compensation of carriers are very much geared to the system of rules in effect under national health insurance. However, the health insurance scheme has been developing during the period of thirty years that have passed since the provisions for compensation of carriers first came into force.

The purview of the compulsory health insurance scheme has been extended, while the voluntary insurance scheme is in process of expanding. Sickness benefit classes are a thing of the past, having been superseded by a fixed rate of income which qualifies for sickness benefit. Another very important related change is the broadening of eligibility for benefit: to illustrate, an insured individual is permitted to retain a previously established benefit-qualifying level of income in case he decides to pursue studies, if he is out of work, and during certain other periods when he is not gainfully employed.

For the most part, the review of the provisions for compensation of carriers has been undertaken in light of these changes in health insurance. The law has not been subjected to any drastic revision. In essence, the proposed new law still builds upon the same basic parameters as the present Compensation of Carriers Act.

Even though wishes have been expressed in various contexts to have the compensation of carriers incorporated with the national insurance scheme, the investigator has opted to retain the present regulation under separate statute. The investigator has also rejected the proposal to insert compensation rules in a new Control of Infectious Diseases Act.

Main characteristics in the new law

The division of carriers into "temporary" and "chronic" disappears with the investigator's proposal. In future, the local social insurance office will administer the payment of benefit to all carriers. County administrations will have their responsibilities terminated. The local social insurance office will bear a rehabilitation responsibility for carriers who have collected compensation for longer than 90 consecutive days in the same way as for sick persons.

Compensation shall be payable in the form of (1) carrier benefit; (2) travel-expenses allowance. Carrier benefit shall, like earlier compensation for loss of income, be equal to the carrier's sickness benefit. Loss of income is no longer required to qualify for carrier benefit. The reason for this is that, at the present time, students in higher education, persons who are out of work, and others who are not gainfully employed are entitled to sickness benefit in case of illness, provided certain conditions are met. The investigator feels that these categories should not be the worse off if they are carriers than if they are sick. Another innovation is to let payment of carrier benefit be made at half rate.

Under the national insurance scheme, parents are entitled to parental benefit to look after children who fall ill or are found to be infectious.

Compensation is granted for 60 days per child and year. The investigator does not propose any additional right to compensation with respect to diseases that constitute a public danger. Where children are concerned, the diseases that are mainly relevant are hepatitis and salmonella infection: for them, child-minding arrangements can usually be made through family day-care homes and the like. In the investigator's opinion, therefore, sufficient grounds are not in hand to warrant the special treatment of children with these diseases as compared with the treatment of children suffering from other prolonged bouts of ill health, e.g. due to asthma or allergy.

According to present practice, students in higher education receiving certain types of financial aid are permitted to retain their benefits when they fall ill, provided certain conditions are met. Normally, repayable study funds which accrue during a period of illness are to be excluded for purposes of determining the amount of financial aid that is repayable. In the investigator's view, corresponding rules should apply to carriers who are not sick. It would be most appropriate, however, to insert the relevant rules in the legislation which deals with the granting of financial aid to students.

3 Compensation out of public funds in certain cases of interventions made in the interest of public health

The vesting date of earlier legislation providing for compensation of carriers was the same as that of the official notice which calls for compenstion out of public funds in certain cases of interventions made in the interest of public health. This statute principally regulates the right of self-employed persons to receive compensation when authorities intervene to prevent the spread of infectious diseases. Such interventions are supposed to have been made on the strength of the disease-control statutes and the food statutes.

Other statutes also contain rules which call for compensation out of public funds in case of interventions by civil authority to prevent contagion. An essential point for a review of the official notice to consider is to solve the compensation problem in a way such as to make it a good fit with these other compensation provisions. Of greatest importance for present purposes are the epizootic statutes and the salmonella statutes, both of which tie into the official notice in different ways. In these statutes, however, the compensation problems have been solved in different ways.

Mention has been made in other contexts of the need to mount a concerted review of the compensation system dealing with interventions made in the interest of public health and the like. Considered against the stated background, the investigator shares the view that the official notice should be investigated in a broader context. The investigator's principal assignment is to look over the Control of Disease Act and that is the main motivation behind the appointment of the present committee. In the investigator's opinion, therefore, there are compelling reasons

why a concerted review of the compensation provisions should be undertaken by a committee that is better qualified for this task. Hence the investigator does not submit any proposal in respect of the official notice. On the other hand, the investigator calls attention to the necessity of adjusting certain amounts of compensation.

4 Cost and financing

Seen from the cost aspect, the investigator's draft of a new Control of Infectious Diseases Act will reduce the costs that local authorities incur to pay for personally targeted measures to prevent the spread of infectious diseases. The county councils will incur increased costs for this purpose instead, by an amount which the investigator estimates at about 8 million kronor per annum. To finance the health and medical services, the county councils draw upon the revenues from county district tax; much of the financing also comes from the national insurance scheme. At present some of these monies are used to provide special compensation for preventive care, and such compensation may be expected to be payable in future as well. In the investigator's opinion, a part of this compensation should be used for disease control.

The investigator's draft of a new Compensation of Carriers Act will probably entail no more than marginal cost increase.

FÖRFATTNINGSFÖRSLAG

Förslag till Smittskyddslag

Härigenom föreskrivs följande

Tillämpningsområde

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om skydd för befolkningen mot att allmänfarliga smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

I 8 § finns bestämmelser om att även andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga skall vara anmälningspliktiga.

2 §

Regeringen bestämmer dels vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga, dels vilka andra sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga.

Med allmänfarliga sjukdomar avses sådana smittsamma sjukdomar

1. som har hög smittsamhet eller kan få explosiv utbredning,
2. som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och
3. som genom lämpliga personinriktade åtgärder kan hindras att sprida sig.

3 §

Med smittskydd avses i denna lag personinriktade åtgärder för att hindra att smittämnen som kan orsaka allmänfarliga sjukdomar sprids bland människor.

Utöver vad som föreskrivs i denna lag finns i andra författningar bestämmelser som är av betydelse för att hindra smittspridning av såväl allmänfarliga som andra smittsamma sjukdomar.

Landstingskommunernas ansvar för smittskyddet

4 §

Varje landstingskommun svarar för smittskyddet inom sitt område. I varje landstingskommun skall det finnas en smittskyddsläkare.

Landstingskommunen skall i frågor som rör smittskyddet samverka med andra myndigheter som har uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Vad som sägs i denna lag om landstingskommun skall också gälla kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

Den smittades skyldigheter

5 §

Med smittad förstås i denna lag

den som har en allmänfarlig sjukdom eller

den som utan att vara sjuk för smittämne som kan orsaka allmänfarlig sjukdom.

Med smittad jämställs den som skäligen kan misstänkas ha en allmänfarlig sjukdom eller bära smittämne som kan orsaka en sådan sjukdom.

6 §

Den smittade är skyldig att

1. på anmodan av smittskyddsläkaren söka läkare samt låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om en allmänfarlig sjukdom föreligger,

2. till läkaren lämna för smittskyddet nödvändiga uppgifter om vilka personer smittämnet kan ha kommit från och till vilka det kan ha förts vidare samt lämna upplysningar i övrigt om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare,

3. följa smittskyddsläkarens förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt,

4. följa smittskyddsläkarens beslut om isolering på sjukhus enligt 12 §.

Varje läkares uppgifter inom smittskyddet

7 §

Varje läkare skall uppmärksamma förekomsten av allmänfarliga sjukdomar i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet och därvid utföra de undersökningar som behövs för att fastställa om en sådan sjukdom föreligger. Vid undersökningen skall läkaren försöka utröna sjukdomens smittkälla och smittvägar samt till vilka andra människor smittämnet kan ha spritt sig.

Läkaren skall ge den smittade information om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder den smittade bör vidta för att hindra smittspridning.

8 §

Läkaren skall anmäla fall av konstaterad eller skäligen misstänkt allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium. Sådan anmälningsskyldighet gäller även vid varje anmärkningsvärd anhopning av fall av andra smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar.

Om läkaren har anledning att anta att den smittade inte kommer att följa de råd som läkaren skall ge enligt 7 § andra stycket eller om läkaren kan konstatera att den smittade inte har följt givna råd, skall läkaren omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Smittskyddsläkarens uppgifter

9 §

Smittskyddsläkaren skall inom landstingsområdet

1. planera, organisera och leda smittskyddsarbetet under hälso- och sjukvårdsnämnden,
2. följa och övervaka förekomsten av allmänfarliga sjukdomar,
3. stödja personal med smittskyddsuppgifter i deras arbete,
4. även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd.

10 §

När smittskyddsläkaren har fått en anmälan om allmänfarlig sjukdom enligt 8 § första stycket skall han skyndsamt vidta behövliga åtgärder för att leda det fortsatta smittskyddsarbetet.

Smittskyddsläkaren får besluta om förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt för den smittade.

Om objektinriktade åtgärder kan komma ifråga skall smittskyddsläkaren skyndsamt underrätta berörd tillsynsmyndighet om anmälan.

Beslut om läkarundersökning

11 §

Om det behövs från smittskyddssynpunkt får smittskyddsläkaren anmoda den smittade att söka läkare för undersökning. Läkaren skall snarast lämna uppgift om resultatet av undersökningen till smittskyddsläkaren.

Om den smittade inte följer anmodan får smittskyddsläkaren besluta att den smittade skall inställa sig för undersökning hos en läkare, som smittskyddsläkaren skall anvisa.

Beslut om isolering på sjukhus

12 §

Smittskyddsläkaren får besluta att den smittade skall isoleras på sjukhus

1. om det finns risk för smittspridning och
2. om isolering framstår som den enda tänkbara åtgärden för att hindra smittspridning eller om den smittade inte kan eller vill medverka till andra åtgärder.

13 §

Smittad som är isolerad på sjukhus enligt 12 § får hindras att lämna sjukhuset.

Underrättelse om smittskyddsläkarens beslut, m.m.

14 §

Smittskyddsläkaren skall underrätta den smittade om innehållet i sina beslut om förhållningsregler enligt 10 § andra stycket, om läkarunder-

sökning enligt 11 § andra stycket och om isolering på sjukhus enligt 12 §. Den smittade skall därvid upplysas om hur beslutet kan överklagas. Om underrättelsen har skett muntligt skall den smittade utan dröjsmål även få ett skriftligt meddelande om innehållet i beslutet.

15 §

Smittskyddsläkarens beslut som anges i 14 § får överklagas hos länsrätten genom besvär. Besluten skall gälla omedelbart om det inte sägs något annat i besluten.

Biträde av polismyndighet

16 §

Polismyndigheten skall lämna det biträde som behövs för att

1. genomföra läkarundersökning enligt 11 § andra stycket,
2. föra en smittad till sjukhus för isolering enligt 12 §,
3. återföra en smittad, som har avvikit från ett sjukhus där han enligt beslut av smittskyddsläkaren skall vara isolerad, eller kvarhålla honom där.

Begäran om biträde enligt första stycket får göras av smittskyddsläkaren. Biträde enligt första stycket 3 får även begäras av den läkare som ansvarar för vården.

Den smittades kostnader för läkarundersökning

17 §

Läkarundersökning enligt 11 §, som utförs vid en landstingskommunal vårdinrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg, är kostnadsfri för den smittade.

Isolering på sjukhus enligt 12 § som meddelas genom landstingets försorg är kostnadsfri för den smittade.

18 §

Annan läkarundersökning än enligt 11 § av den som söker vård på grund av misstanke om allmänfarlig sjukdom är inte kostnadsfri vid det första läkarbesöket. Den undersökning, vård och behandling som därefter är behövlig från smittskyddssynpunkt och som meddelas vid en landstingskommunal vårdinrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg är kostnadsfri för den smittade.

Ansvarsbestämmelse

19 §

Den som inte följer smittskyddsläkarens beslut
om förhållningsregler enligt 10 § andra stycket,
om läkarundersökning enligt 11 § andra stycket eller
om isolering på sjukhus enligt 12 § döms till böter.

Tillsyn

20 §
Socialstyrelsen utövar tillsynen över smittskyddet.

Förberedelser för krigs- och beredskapstillstånd

21 §
Landstingskommunerna skall under fredstid vidta förberedelser för smittskyddet under krigs- och beredskapstillstånd.

Ytterligare föreskrifter

22 §
Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter
1. om åtgärder för att förhindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet,
2. om smittskyddet för försvarsmakten,
3. om smittskyddet i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara,
4. samt även i övrigt enligt denna lag till skydd för enskilda.
Regeringen får överlåta åt annan myndighet att meddela föreskrifter enligt 1-2 och 4.

---

1. Denna lag träder i kraft den
2. Genom lagen upphävs smittskyddslagen (1968:231).

Förslag till Smittskyddsförordning

Härigenom föreskrivs följande

1 §
Följande sjukdomar skall vara allmänfarliga:

Amöbadysenteri
Difteri
Dysenteri
Ebolasjukdom
Gula febern
Hepatit A
Hepatit B
Hepatit non-A non-B
Kolera
Lassafeber
Marburgssjukdom
Meningokockinfektion
Mjältbrand
Paratyfoid
Pest
Polio
Salmonellos
Syfilis
Tuberkulos
Tyfoidfeber

2 §

Följande sjukdomar skall, jämte de allmänfarliga sjukdomarna, vara anmälningspliktiga:

Botulism	Ornitos
Gonorré	Rabies
Klamydiainfektion	Stelkramp
Legionärssjuka	Trikinos
Malaria	Tularemi
Mikrobiell matförgiftning	

3 §

Anmälan enligt 8 § första stycket smittskyddslagen om allmänfarlig sjukdom skall innehålla uppgifter om

1. den smittades namn, födelsetid, bostadsadress och telefonnummer,
2. hur smittämnet kan ha spritts samt namn, bostadsadress och födelsetid på de personer smittämnet kan ha kommit från och förts vidare till,
3. de råd läkaren har gett den smittade enligt 7 § andra stycket smittskyddslagen,
4. huruvida den smittade är intagen på vårdinrättning.

Anmälan skall göras på blankett fastställd av socialstyrelsen, som också får utfärda ytterligare föreskrifter om vilka uppgifter anmälan skall innehålla.

4 §

Anmälan enligt 3 § skall göras senast dagen efter det att sjukdomen har konstaterats. Om det är påkallat från smittskyddssynpunkt skall anmälan göras så snart sjukdomen skäligen kan misstänkas.

Om det krävs snabba åtgärder för att hindra att sjukdomen sprider sig skall en preliminär anmälan göras omgående per telefon eller på motsvarande sätt.

5 §

Socialstyrelsen skall utfärda föreskrifter om innehållet i anmälan enligt 8 § första stycket smittskyddslagen om andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga. Styrelsen skall därvid även ange på vilket sätt och inom vilken tid anmälan skall göras.

6 §

Smittskyddsläkaren skall skriftligen underrätta den behandlande läkaren om sina förhållningsregler enligt 10 § andra stycket smittskyddslagen.

Den behandlande läkaren skall se till att den smittade iakttar förhållningsreglerna. Efterföljs de inte skall den behandlande läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Läkare och sjuksköterskor i landstingskommunal tjänst är skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren biträda i kontrollen av att smittskyddsläkarens förhållningsregler efterlevs av de smittade samt även i övrigt bistå smittskyddsläkaren i dennes arbete.

7 §
Smittskyddsläkaren får i anmodan att söka läkare enligt 11 § första stycket smittskyddslagen ange vilka undersökningar och provtagningar läkaren skall utföra.

8 §
Om den som skall vara isolerad på sjukhus enligt 12 § smittskyddslagen avviker från sjukhuset skall den läkare som ansvarar för vården omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

9 §
Socialstyrelsen skall utfärda föreskrifter om smittskydd avseende resande till och från landet för att hindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet.

10 §
Statens bakteriologiska laboratorium skall sammanställa anmälningar som har gjorts enligt 8 § första stycket smittskyddslagen samt sända sammanställningarna till de myndigheter, läkare och veterinärer som berörs av dem.

11 §
Försändelse med anmälan till smittskyddsläkaren eller statens bakteriologiska laboratorium enligt smittskyddslagen eller denna förordning behöver inte frankeras. Försändelsen skall förses med beteckningen Anmälan enligt SFS 1986:00 samt med avsändande läkares namn.

12 §
Socialstyrelsen skall kostnadsfritt tillhandahålla blanketter och formulär som är behövliga för anmälan av allmänfarliga och övriga anmälningspliktiga sjukdomar.

---

1. Denna förordning träder i kraft den
2. Genom förordningen upphävs smittskyddskungörelsen (1968:234).

Förslag till
Lag om ersättning till smittbärare

Härigenom föreskrivs följande

Tillämpningsområde

1 §
Smittbärare har enligt denna lag rätt till smittbärarpenning och resekostnadsersättning av allmänna medel.
Med en smittbärare förstås i denna lag

1. den som har eller kan misstänkas ha en smittsam sjukdom men vars arbetsförmåga inte är nedsatt till följd av sjukdomen eller
2. den som utan att vara sjuk för eller kan misstänkas föra smittämne.

Smittbärarpenning

2 §

En smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut enligt smittskyddslagen (1986:00) av smittskyddsläkaren eller enligt livsmedelslagen (1971:511) av tillsynsmyndighet som anges i den lagen.

Om beslutet gäller läkarundersökning eller isolering i hemmet eller på sjukhus enligt smittskyddslagen har även den som inte måste avstå från förvärvsarbete rätt till smittbärarpenning om han

1. har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring eller
2. har en frivillig sjukpenningförsäkring enligt 21 kap. samma lag eller
3. är berättigad till sjukpenning enligt 3 kap. 1 § andra stycket samma lag i dess lydelse före den 1 januari 1986.

3 §

Smittbärarpenning lämnas med belopp som svarar mot smittbärarens sjukpenning och sjukpenningtillägg enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Är smittbäraren inte berättigad till sjukpenning bestäms smittbärarpenningen till det belopp sjukpenningen skulle ha utgjort om den hade beräknats med stöd av bestämmelserna i lagen om allmän försäkring. Den som inte är bosatt i landet får därvid medräkna förvärvsinkomster från arbetsgivare som är bosatta utomlands och utländska juridiska personer.

4 §

Hel smittbärarpenning lämnas om beslutet enligt 2 § innebär att smittbäraren inte kan förvärvsarbeta alls. I annat fall lämnas halv smittbärarpenning.

Smittbärarpenningen lämnas för varje dag beslutet består.

5 §

Smittbärarpenningen skall minskas med nedan angivna förmåner i den mån dessa utgår samtidigt

1. sjukpenning och sjukpenningtillägg enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring,
2. havandeskapspenning och föräldrapenning enligt lagen om allmän försäkring,
3. livränta enligt lagen om arbetsskadeförsäkring som smittbäraren uppbär på grund av att han är smittbärare,
4. livränta, som smittbäraren uppbär på grund av att han är smittbä-

rare, och sjukpenning enligt annan lag eller särskild författning eller enligt regeringens förordnande och som bestäms av eller utbetalas av riksförsäkringsverket eller allmän försäkringskassa,

5. ersättning enligt utländsk lagstiftning om arbetsskadeförsäkring som smittbäraren uppbär på grund av sjukdom eller att han är smittbärare.

6 §

Om smittbäraren uppbär lön av allmänna medel för den tid beslutet enligt 2 § avser, skall smittbärarpenningen utges endast i den mån lönen understiger smittbärarpenningen.

Resekostnadsersättning

7 §

Smittbärare har rätt till skälig ersättning för resekostnad i samband med läkarundersökning, vård och behandling eller annan motsvarande åtgärd som meddelas med stöd av bestämmelserna i smittskyddslagen (1986:00) eller livsmedelslagen (1971:511).

Ansökan om ersättning

8 §

Ansökan om ersättning skall göras skriftligen hos den allmänna försäkringskassan som anges i 9 §.

Till ansökan om smittbärarpenning skall fogas smittskyddsläkarens eller tillsynsmyndighetens beslut enligt 2 §. I ansökan skall smittbäraren på heder och samvete uppge om han har rätt till förmån enligt 5 § eller lön enligt 6 §.

Till ansökan om resekostnadsersättning skall fogas ett intyg om läkarundersökningen eller motsvarande åtgärd. Intyget skall vara undertecknat av den som har föreskrivit åtgärden.

Hur ärendena handläggs

9 §

Ersättning enligt denna lag bestäms och utbetalas av den försäkringskassa hos vilken smittbäraren är inskriven.

Är smittbäraren inte inskriven i någon försäkringskassa skall ärendet handläggas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde han är bosatt. Är smittbäraren inte bosatt inom landet handläggs ärendet av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde beslutet enligt 2 § har fattats eller, då sådant beslut inte föreligger vid resekostnadsersättning, av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde smittbäraren vistas.

Behörig försäkringskassa får uppdra åt annan försäkringskassa att handlägga ärendet.

10 §

Vid ersättning enligt denna lag skall följande bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring tillämpas
2 kap. 11 §,
3 kap. 4 § andra stycket, 15 §, 16 § andra stycket och 17 § samt
20 kap. 3—13 §§.

Ersättningen till smittbärare får minskas eller dras in om smittbäraren inte följer förhållningsregler som är förenade med smittskyddsläkarens eller tillsynsmyndighetens beslut enligt 2 §.

---

1. Denna lag träder i kraft den
2. Genom lagen upphävs lagen (1956:293).

Förslag till
Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 2 § sekretesslagen skall ha nedan angiven lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap. 2 §[1]	
Sekretessen enligt 1 § gäller inte	Sekretessen enligt 1 § gäller inte
1. beslut av psykiatrisk nämnd, beslutsnämnd för psykiskt utvecklingsstörda eller centrala psykiatriska nämnden,	1. beslut av psykiatrisk nämnd, beslutsnämnd för psykiskt utvecklingsstörda eller centrala psykiatriska nämnden,
2. annat beslut i ärende enligt lagstiftningen om viss psykiatrisk vård eller omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,	2. annat beslut i ärende enligt lagstiftningen om viss psykiatrisk vård eller omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,
3. *beslut enligt lagstiftningen om smittskydd, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd och avser annan sjukdom än venerisk,*	3. *beslut om frihetsberövande åtgärd enligt smittskyddslagen (1986:00),*
4. anmälan och beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården.	4. anmälan och beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den

[1] Senaste lydelse 1980:880

UTREDARENS UPPDRAG, ARBETETS BEDRIVANDE, M.M.

Uppdraget

Utredaren skall enligt direktiven (se bilaga 1) se över smittskyddslagen (1968:231) och angränsande författningar med hänsyn till det behov av skydd mot smittsamma sjukdomar som kan bedömas vara erforderligt.

Som angränsande författningar, utöver smittskyddskungörelsen (1968:234), anges i direktiven karantänsförordningen (1975:1019), lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare och kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse.

Till utredaren har överlämnats *dels* från regeringen riksdagens skrivelse 1982/83:34 om ersättning till smittbärare jämte utskottsbetänkande SfU 1982/83:7 och riksdagsmotion 1981/82:966, *dels* från socialdepartementet en framställning 1985-01-28 från socialstyrelsen med förslag till åtgärder för att begränsa spridningen av sjukdomen AIDS.

Arbetets bedrivande

I syfte att klarlägga tillämpningen av smittskyddslagen har utredaren genomfört telefonintervjuer med olika personalkategorier verksamma inom smittskyddet, bl.a. hälsovårdsinspektörer, distriktsläkare och smittskyddsläkare samt jurister vid länsstyrelserna. Utredaren har även låtit intervjua smittbärare om deras kontakter med olika myndigheter.

För att belysa frågan om sexuellt överförbara sjukdomar och behovet av en fortsatt särreglering av de veneriska sjukdomarna i smittskyddslagen har utredaren arrangerat en hearing med smittskyddsläkare, venereologer, gynekologer, mikrobiologer, distriktsläkare, kuratorer, barnmorskor m.fl. På utredarens uppdrag har docenten Eric Sandström avgivit rapporten "Synpunkter på en ny smittskyddslag vad avser sexuellt överförbara sjukdomar". Rapporten finns publicerad i departementsserien, Ds S 1985:3.

Utredaren har även anordnat en överläggning om karantänsväsendet och andra gemensamma smittskyddsfrågor i Norden. I överläggningarna deltog dr. Ian Carter från världshälsoorganisationen i Geneve samt representanter för de nationella smittskyddsmyndigheterna i Norge, Danmark och Island.

Utredaren har vidare inbjudit ett tio-tal medicinska experter till ett diskussionsmöte om sjukdomen AIDS.

Under utredningsarbetet har samråd skett med stat-kommunberedningen (C 83:02) inom civildepartementet, försvarets sjukvårdsstyrelse och Svenska kommunförbundet. Vid översynen av bestämmelserna om ersättning till smittbärare har överläggningar hållits med riksförsäkringsverkets tillsynsavdelning. I samband med arbetet med kungörelsen om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse har kommittén utökats med kammarrådet vid kammarkollegiet Karin Dahnell, såsom expert.

Utredaren har vid sin bedömning av vilka sjukdomar som bör anses allmänfarliga enligt de nya smittskyddsförfattningarna inhämtat synpunkter från statens livsmedelsverk, Svenska Infektionsläkareföreningen, Svensk Lungmedicinsk förening samt ett flertal enskilda läkare.

Utredaren och sekreterarna har medverkat vid olika konferenser som har berört smittskyddet samt haft diskussioner och överläggningar med enskilda personer och sammanslutningar.

Vissa frågor

I direktiven till utredaren anförde det föredragande statsrådet bl.a.:

"I min anmälan till propositionen (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag m.m. berörde jag — med anledning av ett påpekande från lagrådet — frågan om att till smittskyddslagen föra över en bestämmelse om landstingens skyldighet att erbjuda vård vid smittsam sjukdom. Utredaren bör överväga detta. Jag diskuterade vidare frågan om att ur den nya lagstiftningen utmönstra vissa detaljbestämmelser om organisationen av hälso- och sjukvården. Jag var inte då beredd att avskaffa begrepp som distriktsläkare, öppen och sluten vård, sjukhus m.m. med hänsyn till att de förekommer i andra lagar, t.ex. smittskyddslagen. I enlighet med vad jag anförde i denna proposition bör förutsättningarna att avskaffa nämnda begrepp i den nya smittskyddslagen prövas."

Enligt utredarens förslag till ny smittskyddslag skall landstingen ha ansvaret för smittskyddet. Eftersom landstingen har ansvaret även för hälso- och sjukvården synes en bestämmelse om skyldighet för landstingen att erbjuda vård inte vara påkallad.

Vad gäller uppdraget att pröva om vissa begrepp inom landstingens organisation kan avskaffas i den nya smittskyddslagen kan konstateras att de angivna begreppen saknar betydelse i sig i utredarens förslag till ny organisation för smittskyddet. Distriktsläkaren har inte längre några speciella funktioner inom smittskyddet. Skillnaden mellan öppen och sluten vård har tagits bort i smittskyddshänseende. Den term som dock fortfarande används i lagtexten är ordet sjukhus i begreppet "isolering på sjukhus". Något behov av att beteckna just den organisatoriska enheten inom hälso- och sjukvården som ordet sjukhus står för finns emellertid inte. Isoleringen kan i princip genomföras på alla vårdinrättningar som har resurser att uppfylla isoleringens syfte att förhindra smittspridning. Isoleringen kan f.ö. i vissa fall ske även i andra former.

Utredaren har trots detta stannat för att använda ordet sjukhus. I direktiven till socialberedningen (Dir. 1982:106) sades att beredningens översyn av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i

vissa fall borde syfta till att bl.a. begreppet sjukhus avlägsnades ur lagen. I beredningens förslag till lag om akut psykiatrisk tvångsvård finns emellertid begreppet sjukhus kvar. (Se om beredningens skäl härför i betänkandet Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984:64 s. 330 f.) Mot den bakgrunden och med hänsyn till att ordet sjukhus är väl förankrat hos allmänheten, anser utredaren att det inte finns skäl att i smittskyddslagen föreslå ett annat begrepp. Självfallet kan emellertid ordet lätt bytas ut mot ett annat om termen sjukhus inte längre används i andra sammanhang.

I ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

1 Smittskyddslagen

1.1 Allmänna utgångspunkter

I bilaga 2 finns en redogörelse för gällande smittskyddslag m.m. Innan utredaren redogör för sina överväganden och förslag till en ny smittskyddslag skall kortfattat redovisas mot vilken bakgrund förslagen skall ses och vilka ändrade förutsättningar för smittskyddet som föreligger idag. Inledningsvis ges som en allmän utgångspunkt en redogörelse för i vilken omfattning de smittsamma sjukdomarna drabbar oss och vilken betydelse de har som hälsoproblem i samhället. Vidare pekas på vissa förändringar inom samhället som har skett under de senaste årtiondena och som har påverkat de smittsamma sjukdomarnas förekomst, spridningssätt och smittvägar. Slutligen omnämns den förändring i förhållandet mellan staten och kommunerna som har skett under senare år och hur den har förändrat villkoren för smittskyddets organisation.

1.1.1 Smittsamma sjukdomar som hälsoproblem

Smittsamma sjukdomar — i huvudsak synonymt med begreppet infektionssjukdomar — är en synnerligen vanlig sjukdomsgrupp. Knappast någon människa undgår att drabbas och flertalet av oss genomgår flera infektioner årligen. I praktisk sjukvård särskiljer man något hundratal olika infektionssjukdomar som anses naturligen förekommande i Sverige. Våra internationella kontakter medför att även åtskilliga andra infektionssjukdomar av och till förekommer här i landet. De smittämnen — bakterier, virus etc. — som framkallar infektioner kan delas in i tusentals arter och undertyper.

Omfattningen av infektionssjukdomar i Sverige och i andra länder är inte känd. Flertalet fall av insjuknande i infektionssjukdomar torde utspela sig på "egenvårdsnivån" och blir aldrig kända för hälso- och sjukvårdssystemet. Något vet vi emellertid. Närmare hälften av de genom sjukförsäkringen ersatta sjukdagarna — ca 50 miljoner dagar — orsakas av infektionssjukdomar, vanligen förkylningsinfektioner. En tredjedel av patientbesöken vid en vårdcentral avser infektionssjukdo-

mar. Inom sjukvården utanför sjukhusens slutna vård är infektionssjukdomarna uppenbarligen en dominerande sjukdomsgrupp.

Inom den slutna sjukhusvården har infektionssjukdomarna inte fullt så stor betydelse. Det finns ett trettiotal specialkliniker för infektionssjukdomar med ca 1 700 vårdplatser som årligen "producerar" ca en halv miljon vårddagar. Detta motsvarar ca 1,5 procent av antalet vårdplatser och vårddagar vid sjukhusen, således en liten andel, men vid dessa specialkliniker vårdas i regel endast patienter som behöver särskilda resurser för undersökning och vård. Den helt övervägande delen av sjukhusvård vid infektionssjukdomar — som ofta förekommer samtidigt med eller som komplikation till annan sjukdom — är förlagd till vanliga sjukhuskliniker och inte minst långvårdskliniker. Även inom den slutna vården spelar infektionssjukdomarna uppenbarligen en avsevärd roll.

Däremot har infektionssjukdomarna inte längre samma betydelse som dödsorsak som tidigare. I ca 4—5 procent av dödsfallen anses att en infektionssjukdom varit av avgörande betydelse för dödsfallet. En stor del av dessa är dödsfall i hög ålder där t.ex. en tillstötande lunginflammation hos den genom andra sjukdomar svaga patienten slutligen leder till döden.

De stora epidemierna och de explosiva utbrotten av smittsamma sjukdomar, med ett stort antal i tiden och rummet koncentrerade sjukdomsfall, har efter hand blivit mindre vanliga. Influensa och en del former av övre luftvägsinfektioner uppträder visserligen, nu liksom tidigare, epidemiskt, men flertalet infektionssjukdomar förekommer mera jämnt fördelade i tiden. Även t.ex. salmonellos uppträder numera mest som enstaka eller ett fåtal fall. Begränsade epidemier förekommer dock då och då.

Även om infektionssjukdomarna inte längre betraktas som ett stort hot är det ändå klart att de som helhet är ett betydande hälsoproblem på grund av sin stora omfattning. Enstaka infektionssjukdomar har dock fortfarande hög dödlighet. En del kan medföra bestående och omfattande skador hos befolkningen. Några kan under vissa omständigheter ge upphov till omfattande epidemier. Senaste tidens erfarenheter av utvecklingen av framför allt sjukdomen AIDS visar att situationen snabbt kan förändras.

1.1.2 De smittsamma sjukdomarna och smittvägarna har förändrats

Under de senaste decennierna har det skett flera förändringar i samhället som har påverkat de smittsamma sjukdomarnas förekomst och spridningsmönster.

Mycket av den snabba sociala utvecklingen har haft gynnsamma effekter på smittskyddssituationen. Boendeförhållanden har förbättrats genom att trångboddheten har minskat och bostadsstandarden har höjts. Detta liksom ökade kunskaper om vikten av en god allmän och personlig hygien har minskat riskerna för smittspridning. Det gäller i hög grad tarminfektionerna där direkt och indirekt kontakt spelar huvudrollen vid överföring av smitta. Kost- och näringssituationen har också stadigt

förbättrats, vilket har lett till ökad motståndskraft mot smitta.

Övergången till en storskalig livsmedelsindustri har ökat riskerna för smittspridning med explosiva utbrott. Riskerna motverkas emellertid genom att kraven på livsmedelshygienen har skärpts. Numera är det sällsynt med större utbrott eller epidemier av livsmedelsburen smitta i Sverige. Mindre utbrott förekommer dock, oftast med några års mellanrum. De orsakas av flera samverkande faktorer, såsom dåliga råvaror, felaktig hantering och bristande hygien hos personalen. Utbrott på grund av förorenat dricksvatten förekommer ibland. Nästan undantagslöst är det mindre vattentäkter som drabbas.

Människors utflyttning från glesbygder till tätorter har fortsatt och befolkningen är numera koncentrerad till städer och tätorter. Detta medför en större risk för smittspridning mellan människor än vad som var fallet tidigare.

En annan faktor som i hög grad har påverkat smittskyddet är det allt vanligare resandet till främst sydliga och tropiska länder. Mer än 90 procent av våra kända tarmsmittor som salmonellos och dysenteri (shigella) ådras på resor utomlands eller förs in med utländska medborgare. Även vid inhemska utbrott orsakade av förorenad mat kan man i stor utsträckning härleda smittan till importerade varor.

Ytterligare en omständighet som har betydelse i sammanhanget är människors ändrade livsstilar och vanor. Narkotikamissbruk och förändrade sexuella mönster har bidragit till en kraftigt ökad frekvens av infektioner inom vissa riskgrupper. Sjukdomar som sprids i dessa nya riskgrupper är t.ex. smittsamma hepatiter (gulsot), syfilis, amöbainfektioner och AIDS.

Självfallet har också utvecklingen inom medicinen varit av stor betydelse i kampen mot infektionssjukdomarna. Behandlings- och vårdmöjligheterna har förbättrats. Vaccinationsprogram och tillgång till antibiotika mot allt fler sjukdomar har här spelat en stor roll. Behandling med antibiotika har emellertid inte enbart positiva effekter eftersom den också kan ge upphov till resistenta bakteriestammar.

Kunskaperna om vissa smittämnen och sjukdomar har förbättrats. Till dessa hör campylobacter- och klamydiainfektionerna samt legionärsjuka. Nyupptäckta smittämnen är t.ex. de olika virus som orsakar epidemisk njursjukdom och AIDS.

Vissa typer av infektionssjukdomar har försvunnit. Andra har minskat i omfattning och betydelse. Till de förra hör smittkoppor, till de senare polio och streptokockinfektioner. En sjukdom på retur är tuberkulos. Allmänt höjd social standard inklusive bättre bostäder och förbättrade hygieniska förhållanden har tillsammans med väl genomförda vaccinationer och utvecklingen av antibiotika samt ett aktivt smittskyddsarbete bidragit till en gynnsam utveckling. I en oförändrad omfattning uppträder dock fortfarande meningokocksjukdomen, som vållar speciell oro när den uppträder i skolor, förläggningar eller daghem.

Epidemiläget skiftar ständigt. I och med att världen "krymper" i takt med allt snabbare transporter kan vi i framtiden vänta "import" av både gamla och nya infektionssjukdomar. Utvecklingen och forskningen på detta område går emellertid framåt. Biotekniken ger förhoppningar om

att vacciner kan utvecklas mot allt fler smittsamma sjukdomar inom överskådlig tid.

1.1.3 Ökat kommunalt självbestämmande, m.m. ändrar villkoren för smittskyddets organisation

Sedan år 1968 då den nu gällande smittskyddslagen trädde i kraft har en ökad strävan efter decentralisering och kommunalt självstyre lett till att allt fler funktioner och uppgifter har flyttats över från staten till kommuner och landsting. Detta har skett även inom områden som tidigare har varit föremål för starkt statligt inflytande. Kommuner och landsting har fått vidsträckta befogenheter att själva handlägga sina angelägenheter. Den statliga detaljregleringen av kommunernas arbete har successivt minskat. En bärande princip i kommunallagen (1977:179) är att kommunerna och landstingen i så hög grad som möjligt skall kunna anpassa sin verksamhet efter lokala förhållanden.

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

Denna allmänna tendens i lagstiftningsarbetet att minska den statliga detaljregleringen och istället öka den kommunala självstyrelsen har också brutit igenom inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Den nya hälsoskyddslagen (1982:1080), som år 1983 ersatte hälsovårdsstadgan, innebär en viss utvidgning av den kommunala bestämmanderätten.

Utredaren anser att denna strävan mot decentralisering av viktiga samhällsuppgifter är en positiv utveckling som bör fortsätta. Den gällande smittskyddslagen tillkom vid en tid då dessa förändringar av samhällsstrukturen inte helt hade slagit igenom. Staten har i den nuvarande lagen kvar det omedelbara ansvaret för vissa funktioner vilka i andra sammanhang förts över till kommuner och landsting. Vid arbetet med en ny smittskyddslag har utredaren försökt följa denna utveckling.

De nytillkomna lagstiftningarna som här har nämnts och vari dessa strömningar har kommit till uttryck, har också påverkat förutsättningarna för smittskyddets organisation och funktion i framtiden. Både

miljö- och hälsoskyddsnämnderna och länsstyrelserna, som båda har uppgifter inom smittskyddet, saknar numera i princip egen medicinsk kompetens. Länsläkarväsendet vid länsstyrelserna avskaffades, som tidigare har angetts, år 1981 och genom den nya hälsoskyddslagen år 1983 upphävdes kravet på stadsläkare och särskilt utbildad personal vid miljö- och hälsoskyddsnämnderna. På grund av dessa förhållanden har nämndernas och länsstyrelsernas förutsättningar att bedriva ett effektivt smittskyddsarbete förändrats.

Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen har som tidigare antytts det traditionella området för hälso- och sjukvården utvidgats. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utöver de rent sjukvårdande insatserna åligger det numera landstingen att även företa förebyggande insatser som inriktas på såväl miljön som människan. Landstingens roll i fråga om individinriktade förebyggande åtgärder klarläggs bl.a. i specialmotiveringen till 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97 s. 111).

"Beträffande individinriktade förebyggande åtgärder innefattas även åtgärder för att uppspåra hälsoproblem. Bland de nu förekommande förebyggande individinriktade verksamheterna som utförs genom landstingskommunernas försorg kan nämnas allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård. Dessa verksamheter förutsätts även framdeles utföras av landstingskommunerna och då ingå i skyldigheten att vidta förebyggande åtgärder. I övrigt ankommer det på huvudmännen och personalen att bedöma vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas med hänsyn till befolkningens behov, den medicinska utvecklingen, ekonomiska förutsättningar m.m."

Enligt utredarens uppfattning bör till förebyggande åtgärder även höra sådana åtgärder som syftar till att förebygga smittspridning. Härigenom kan landstinget anses ha fått ett visst ansvar även för åtgärder inom smittskyddet.

1.2 Sjukdomarna i en ny smittskyddslag

FÖRSLAG

Smittskyddslagen skall reglera enbart allmänfarliga sjukdomar. Särregleringen av veneriska sjukdomar slopas. Regeringen skall besluta vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga. I lagen anges dock vilka kriterier som skall föreligga för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig. Med allmänfarliga sjukdomar skall avses sådana smittsammma sjukdomar

1. **som har hög smittsamhet eller kan få explosiv utbredning och**
2. **som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och**
3. **som genom lämpliga personinriktade åtgärder kan hindras att sprida sig.**

1.2.1 Smittskyddslagens tillämpningsområde bör begränsas till de allmänfarliga sjukdomarna

Den gällande smittskyddslagen omfattar alla smittsamma sjukdomar hos människor. Sjukdomarna indelas i allmänfarliga sjukdomar, veneriska sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Även om lagen omfattar samtliga smittsamma sjukdomar, gäller praktiskt taget alla materiella regler i lagen enbart de allmänfarliga och veneriska sjukdomarna. Det kan därför ifrågasättas om inte en ny smittskyddslag kunde begränsas till de sjukdomar där det finns behov av konkreta regler.

Syftet med en smittskyddslag är att bekämpa de smittsamma sjukdomarna bland människor. Genom en sådan lag kan också tvångsmedel för detta ändamål tillhandahållas. Bekämpandet av de smittsamma sjukdomarna är i regel till gagn för både samhället och den enskilde. Eftersom intressena således i de flesta fall sammanfaller kan insatser för att hindra smittspridning vanligen ske på frivillig väg utan att tvång behöver tillgripas. Vissa sjukdomar är emellertid så allvarliga att samhället måste få möjlighet att vidta åtgärder för att hindra att sjukdomarna sprids vidare till andra människor oavsett om den enskilde själv är beredd att medverka till åtgärderna eller inte. Dessa speciellt allvarliga sjukdomar bör därför fortfarande regleras genom en särskild smittskyddslag. Eftersom det rör sig om ett begränsat antal sjukdomar som behöver lagregleras, anser utredaren att det inte finns skäl att låta smittskyddslagen omfatta också andra smittsamma sjukdomar. Utredaren föreslår därför att den nya smittskyddslagen skall omfatta enbart de särskilt allvarliga smittsamma sjukdomarna.

Utredaren föreslår att dessa sjukdomar benämns allmänfarliga. Denna benämning beskriver det mest utpräglade kännetecknet för denna kategori av sjukdomar. Beteckningen är emellertid inte helt adekvat. Som närmare utvecklas i nästa avsnitt föreslår utredaren att tre kriterier ställs upp för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig. De två första avspeglar just sjukdomens "farlighet" medan det tredje hänför sig till möjligheterna att vidta åtgärder mot spridningen av sjukdomen. Det räcker således inte med att en sjukdom är "farlig" för att den skall kunna anses allmänfarlig. Utredaren har trots detta förhållande stannat för denna benämning eftersom den är allmänt vedertagen och välkänd.

Genom förslaget att inskränka smittskyddslagens tillämpningsområde till de allmänfarliga sjukdomarna begränsas den föreslagna lagen i förhållande till den nu gällande. Utredaren vill därför i detta sammanhang understryka att också arbetet med att hindra spridning av de smittsamma sjukdomar som faller utanför smittskyddslagen är viktigt och självfallet skall fortsätta även med en ny smittskyddslag. Detta arbete ryms emellertid inom hälso- och sjukvårdens övergripande mål om en god hälsa för befolkningen, och arbetet kan bedrivas utan smittskyddslagens tvångsregler. Den organisation som grundas på smittskyddslagens bestämmelser kan dock komma till användning också i detta arbete. Som framgår av avsnitt 1.5.2 föreslår utredaren att vissa smittsamma sjukdomar utöver de allmänfarliga skall vara anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen.

1.2.2 Särregleringen av de veneriska sjukdomarna bör upphöra

Som har angetts i det föregående avsnittet skiljer den nuvarande lagen på allmänfarliga och veneriska sjukdomar. Historiskt beror detta till viss del på att i den gällande lagen sammanfördes bestämmelser från bl.a. epidemilagen och lagen om åtgärder mot utbredning av könssjukdomar. Till de veneriska sjukdomarna räknas syfilis, gonorré, mjuk schanker och veneriskt lymfogranulom. I den nuvarande lagen uppställs olika regler för dessa båda kategorier av sjukdomar.

Det ingår i utredarens uppdrag att pröva frågan om särreglering av de veneriska sjukdomarna. I direktiven anför föredragande statsrådet:

"Under senare år har frågan om det är lämpligt att använda tvångsmedel för förebyggande och behandling av sexuellt överförda sjukdomar ofta debatterats. Jag anser att tiden nu är mogen att pröva frågan om det alltjämt finns behov av att särreglera de veneriska sjukdomarna. I detta sammanhang bör uppmärksammas att de sexuellt överförbara sjukdomarna är betydligt fler än de som regleras i smittskyddslagen."

Den medicinska grunden för att särreglera de veneriska sjukdomarna i förhållande till andra allvarliga smittsamma sjukdomar är svag. Sjukdomarna skiljer sig inte från de övriga ifråga om hälsoriskerna för den enskilde. Som påpekas i direktiven är betydligt fler sjukdomar än de formellt veneriska sexuellt överförbara, exempelvis genital klamydiainfektion och genital herpesinfektion. Även vissa sjukdomar som nu är allmänfarliga, t.ex. smittsamma hepatiter och salmonelloser, kan överföras vid sexuellt umgänge. Sexuella kontakter kan således vara en betydelsefull smittväg för en rad smittämnen som också kan överföras på andra smittvägar t.ex. genom blod eller med livsmedel. Ur strikt smittskyddssynpunkt synes det inte heller föreligga några bärande skäl att särbehandla dessa sjukdomar. De utredningar och de åtgärder som görs vid dessa sjukdomar är i stort sett de samma som vid de allmänfarliga sjukdomarna.

Utredaren anser att man i stället för att betona att en sjukdom är sexuellt överförbar bör lägga vikt vid sjukdomens hälsorisker för den enskilde och omgivningen. Om en sexuellt överförbar sjukdom är så allvarlig att samhället ytterst måste ha en möjlighet att ingripa med tvångsåtgärder bör sjukdomen självfallet liksom andra allvarliga sjukdomar omfattas av smittskyddslagen. Det bör dock vara under samma förutsättningar som för de allmänfarliga sjukdomarna och samma regler bör gälla vid samtliga sjukdomar. Den nya smittskyddslagen bör således inte göra någon åtskillnad mellan sexuellt överförbara sjukdomar och övriga allmänfarliga sjukdomar.

På sikt bör detta leda till en öppnare attityd till de sexuellt överförbara sjukdomarna. En öppen inställning till sjukdomarna är en förutsättning för allt framgångsrikt arbete med att hindra och förebygga smittspridning. Om den särreglering av t.ex. tvångsmedlen som finns vid de veneriska sjukdomarna försvinner bör de som lider av sexuellt överförbara sjukdomar sannolikt bli mer benägna att söka läkare. Dessutom blir

lagen klarare och enklare om man inte måste skilja mellan olika grupper av sjukdomar.

Mot denna bakgrund anser utredaren således att varken de veneriska sjukdomarna eller andra sexuellt överförbara sjukdomar bör särregleras i smittskyddslagen. Utredaren föreslår därför att särregleringen av de veneriska sjukdomarna inte längre skall förekomma.

1.2.3 Tre kriterier ställs upp för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig

Skälen till att uppställa kriterierna

Epidemilagen (1919:443) innehöll en uppräkning av de sjukdomar som lagen var tillämplig på. Kungl. Maj:t hade befogenhet att utöka uppräkningen med ytterligare sjukdomar. Också lagen (1918:460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar innehöll en bestämmelse om vilka sjukdomar lagen var tillämplig på. Någon motsvarande uppräkning finns inte i den nuvarande smittskyddslagen. I betänkandet med förslag till lagen (SOU 1966:50 s. 57) anförde utredningsmannen beträffande de allmänfarliga sjukdomarna att eftersom Kungl. Maj:t redan hade rätt att förordna om att en sjukdom skulle hänföras till de allmänfarliga och även i fortsättningen borde ha denna rätt, syntes det ur lagteknisk synpunkt mer tillfredsställande att inga sjukdomar specificerades i lagen, utan att Kungl. Maj:t fick befogenhet att förordna om samtliga sjukdomar. I den gällande smittskyddslagen stadgas således att regeringen bestämmer vilka sjukdomar som skall hänföras till allmänfarliga sjukdomar och till veneriska sjukdomar. I sitt yttrande över lagförslaget i denna del anförde lagrådet (prop. 1968:36 med förslag till smittskyddslag, m.m. s. 95 f):

"Enligt förslaget skall de sjukdomar som kommer i fråga anges, icke i själva lagen utan i en av Kungl. Maj:t utfärdad kungörelse. I remissprotokollet framhålls att detta inte innebär annan skillnad från vad som nu gäller enligt epidemilagen än att Kungl. Maj:t kommer att kunna utesluta viss sjukdom utan att höra riksdagen. Det är mindre lätt att inse vilken praktisk olägenhet som skulle vara förbunden med att uteslutning fordrar lagändring. Man lär knappast ha att räkna med att förändring i medicinsk och socialpolitisk bedömning av en dittills såsom smittfarlig ansedd sjukdom sker på så kort tid att en lagstiftningsåtgärd inte kan medhinnas. Icke heller synes det betydelselöst med en enumeration av sjukdomar i själva lagen, även om Kungl. Maj:t måste ha rätt att göra tillägg till uppräkningen. Därigenom ges nämligen också en fingervisning om att tillägg måste avse sjukdom som i betydelse och till verkningar kan jämställas med dem som upptages i lagen, något som med hänsyn till de frihetsinskränkningar som kan bli följden icke är utan värde.

Lagrådet kan följaktligen icke anse mer vägande skäl ha framlagts för att frångå den gällande ordningen att i lagen uppräknas de sjukdomar, på vilka den skall vara tillämplig, med rätt för Kungl. Maj:t att förordna om dess tillämpning även å annan sjukdom. Lagrådet vill därför ifrågasätta om icke den nya lagen bör följa samma mönster som hittills tillämpats."

Departementschefen motiverade sitt ställningstagande för att regeringen skulle få besluta om sjukdomarna med att det fanns ett behov av att

snabbt kunna vidta åtgärder mot sjukdomar som tidigare inte uppträtt i landet och att även på annat sätt anpassa åtgärderna till förändringar i epidemiläget. Därför borde denna uppgift enligt departementschefen läggas på regeringen.

Utredaren anser att regeringen även i fortsättningen bör få fatta beslut om vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga och således kunna medföra tvångsåtgärder. Någon olägenhet med nuvarande ordning har inte framkommit. De krav som från rättssäkerhetssynpunkt måste ställas på handläggningen av dessa frågor kan i stället tillgodoses bl.a. genom att riksdagen i den nya smittskyddslagen fastlägger klara kriterier på vilka sjukdomar som kan anses som allmänfarliga. Utredaren föreslår därför att regeringen får besluta om vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga, men att det i lagen anges vilka kriterier en sjukdom måste uppfylla för att regeringen skall kunna besluta att sjukdomen skall vara allmänfarlig. Uppställandet av kriterierna syftar således till att begränsa regeringens befogenheter. Det innebär däremot inte en skyldighet för regeringen att förklara en sjukdom allmänfarlig om den uppfyller kriterierna.

Den nuvarande möjligheten för länsstyrelsen att under vissa förutsättningar förordna att en sjukdom under viss tid skall anses allmänfarlig behövs inte längre.

Allmänt om kriterier för allmänfarlighet

Eftersom det begränsade syftet med att uppställa vissa kriterier på allmänfarlighet är att beskriva vid vilka sjukdomar smittskyddslagens bestämmelser kan vara tillämpliga bör kriterierna i möjligaste mån avspegla ändamålet med lagen. Det grundläggande syftet är att genom olika åtgärder kunna förhindra spridning av vissa särskilt allvarliga smittsamma sjukdomar bland befolkningen. Kriterierna bör därför beskriva sådana egenskaper hos en sjukdom som kännetecknar dels dess förmåga att utbreda sig, dels dess hälsomässiga konsekvenser. Ett väsentligt kriterium på allmänfarlighet bör mot denna bakgrund vidare vara att det finns möjligheter att vidta åtgärder mot att sjukdomen sprids.

Utredaren föreslår därför att för att en sjukdom skall kunna anses allmänfarlig bör följande kriterier föreligga;

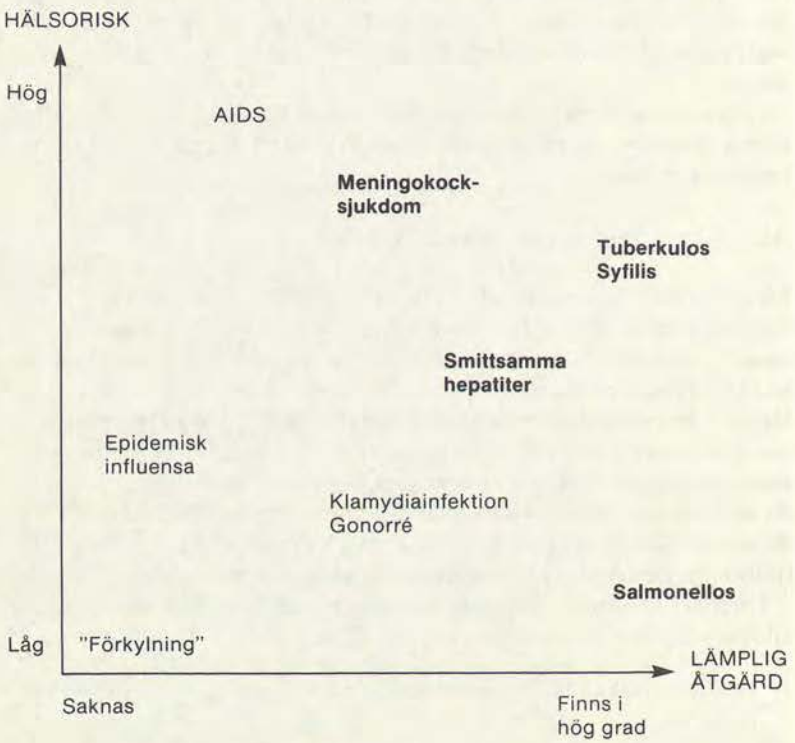
- sjukdomen skall ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning,
- sjukdomen skall ha hög dödlighet eller kunna ge bestående skador och
- sjukdomen skall genom lämpliga personinriktade åtgärder kunna hindras att sprida sig.

De två första kriterierna, som karaktäriserar sjukdomen, bildar tillsammans ett mått på den hälsorisk sjukdomen kan utgöra för individen på grund av sin smittsamhet och effekt på hälsotillståndet. Det tredje kriteriet tar fasta på medicinska och andra praktiska åtgärder som finns att

vidta mot sjukdomens spridning. Samtliga kriterier skall föreligga för att regeringen skall kunna besluta att sjukdomen skall vara allmänfarlig.

Förhållandet mellan hälsorisken och tillgången på lämpliga åtgärder kan illustreras i ett diagram för vissa smittsamma sjukdomar (figur 1:1). Man bör emellertid hålla i minnet att diagrammet är starkt schematiskt. Figuren visar t.ex. att meningokocksjukdomen har hög hälsorisk för individen och att det finns lämpliga åtgärder som kan vidtas mot smittspridning. Salmonelloser har lägre hälsorisk än meningokocksjukdomen, men det finns bättre tillgång på lämpliga åtgärder.

Figur 1:1 Schematiskt diagram som illustrerar förhållandet mellan en sjukdoms hälsorisker för den enskilde och tillgången på lämpliga personinriktade åtgärder mot smittspridning. De sjukdomar som enligt utredarens bedömning bör anses allmänfarliga är markerade med fet stil.



Hög smittsamhet eller risk för explosiv spridning

En fundamental förutsättning i detta sammanhang är självfallet sjukdomens smittsamhet och risken för smittspridning. Smittsamheten beror på flera olika faktorer. De viktigaste är smittkällans förmåga att avge smittämnen och hur stor infektionsdosen måste vara för att smitta. Sjukdomar med hög smittsamhet kan infektera de flesta som utsätts för smittämnet. Risken för att smittas av en sjukdom beror emellertid också på mottagligheten hos den som utsätts för smittan samt i vilken omfattning denne

utsätts för smittan. Tyfoid är exempel på en sjukdom med hög smittsamhet. Den har liten infektionsdos och kan vid dålig handhygien spridas genom kontakter mellan människor.

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

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

Hög dödlighet eller bestående skador

En sjukdoms effekter på den enskildes hälsotillstånd kan bedömas utifrån sjukdomens dödlighet och risk att ge bestående skador. När det talas om en sjukdoms dödlighet avses vanligen sjukdomens letalitet, dvs. förhållandet mellan antalet döda i sjukdomen jämfört med antalet insjuknade. Ur smittskyddssynpunkt är det emellertid också av intresse hur många människor totalt som dör av en sjukdom. Sjukdomar med låg eller måttlig letalitet men med stor utbredning kan i smittskyddssammanhang vara lika allvarliga som sjukdomar med hög letalitet och mindre utbredning. Med det aktuella kriteriet på allmänfarlighet, att sjukdomen skall ha hög dödlighet, avses således inte enbart sjukdomar med hög letalitet utan också sådana som av annan anledning kan orsaka många dödsfall i befolkningen.

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

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

Tillgång på lämpliga personinriktade åtgärder

Eftersom smittskyddslagen skall leda till att åtgärder vidtas mot utbredning av de allmänfarliga sjukdomarna är det naturligt att enbart sådana sjukdomar som det finns åtgärder mot anses allmänfarliga. Som närmare kommer att redogöras för i avsnitt 1.3.2 begränsas smittskyddet enligt denna lag till att avse endast personinriktade åtgärder. Denna begränsning medför att de åtgärder som åsyftas i det tredje kriteriet för allmänfarlighet också bör avse enbart sådana åtgärder som kan vidtas mot människor för att hindra smittspridning. Detta innebär att enbart sjukdomar som människan kan sprida vidare kan vara allmänfarliga, inte sjukdomar som endast smittar från djur eller objekt utan inblandning av människan. Med denna begränsning kan t.ex. de allvarliga sjukdomarna botulism och trikinos inte anses allmänfarliga enligt smittskyddslagen. Åtgärderna mot spridning av dessa sjukdomar riktas mot de livsmedel som sprider sjukdomarna och vidtas med stöd av bl.a. livsmedelslagen. Någon spridning mellan människor förekommer inte.

Bedömningen av om det finns lämpliga åtgärder mot en viss sjukdom bör göras utifrån det genomsnittliga eller typiska sjukdomsfallet. Således måste man bortse från att det kan finnas enskilda fall där det inte går att vidta den aktuella åtgärden, t.ex. därför att det läkemedel som utgör den enda lämpliga åtgärden mot sjukdomen i vissa fall inte kan användas på grund av överkänslighet.

I uttrycket *lämpliga* åtgärder ligger en begränsning. Självfallet måste åtgärderna vara praktiskt genomförbara för att kunna åberopas i detta sammanhang. Det kan variera med hur stor utbredning sjukdomen har. En åtgärd som kan vidtas vid ett begränsat antal sjukfall är inte alltid genomförbar i större skala. Vidare måste beaktas att vissa åtgärder kan vara dyrbara, t.ex. behandling med läkemedel och vacciner. Kostnaderna bör emellertid sättas i relation till vilka möjligheter som finns att genom åtgärden förhindra spridning av sjukdomen och därigenom undvika följdkostnader för vård, produktionsbortfall, ersättningar m.m. Kravet på att åtgärderna skall vara lämpliga innefattar också ett hänsynstagande till den enskilde. De uppoffringar som en åtgärd innebär för den enskilde måste stå i ett rimligt förhållande till de fördelar som åtgärden innebär ur smittskyddssynpunkt. Även rättssäkerhetsaspekter och integritetsfrågor bör därvid uppmärksammas.

1.2.4 En prövning av vilka sjukdomar som uppfyller de tre kriterierna

Med utgångspunkt i de tre kriterierna på allmänfarlighet anser utredaren att följande sjukdomar f.n. bör betraktas som allmänfarliga:

Amöbadysenteri
Difteri
Dysenteri
Ebolasjukdom
Gula febern
Hepatit A
Hepatit B
Hepatit non-A non-B
Kolera
Lassafeber

Marburgsjukdom	Polio
Meningokockinfektion	Salmonellos
Mjältbrand	Syfilis
Paratyfoidfeber	Tuberkulos
Pest	Tyfoidfeber

I förhållande till vad som gäller f.n. innebär uppräkningen att nya allmänfarliga sjukdomar blir dels de hemorragiska febrarna, dels den tidigare veneriska sjukdomen syfilis. Följande sjukdomar föreslås inte längre vara reglerade i smittskyddslagen: smittkoppor, primär icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation, Weils sjukdom och andra leptospiroser, papegojsjuka och andra ornitoser, fläckfeber, återfallsfeber och lepra samt gonorré, veneriskt lymfogranulom och mjuk schanker.

I det följande redogörs närmare för utredarens överväganden vid de sjukdomar där en ändrad bedömning jämfört med nuläget föreslås. I bilaga 3 finns en kortfattad bedömning av bl.a. de övriga sjukdomar utredaren anser bör betraktas som allmänfarliga.

1.2.4.1 Nya allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen

Hemorragiska febrar föreslås bli allmänfarliga. Till de hemorragiska febrarna räknas här Lassafeber, Marburg- och Ebolasjukdom. Smittsamheten är inte särskilt hög. Sjukdomarna sprids genom blod och vid sexuellt umgänge. Dessutom kan möjligen luft- och droppsmitta tänkas förekomma. Sjukdomarna har inte observerats i Sverige men det finns risk för att personer som blivit smittade utomlands, främst i Afrika, för smittämnet hit. De hemorragiska febrarnas letalitet varierar, men uppgår sannolikt till minst ca 25 procent. Sjukdomarna ger inte bestående skador men sjukdomsförloppet är mycket allvarligt. Den främsta åtgärden mot smittspridning är isolering av de sjuka på sjukhus. Sjukdomarna uppfyller kriterierna på allmänfarlighet och bör anses allmänfarliga.

Syfilis tillhör de veneriska sjukdomarna i gällande lag. Den har hög smittsamhet. Sjukdomen sprids genom sexuell kontakt. Den kan även skada foster och föras över till nyfödda. Vid obehandlad syfilis är letaliteten högre än 10 procent. Sjukdomen kan ge bestående skador på bl.a. hjärta, hjärna och benstomme. Sjuka kan behandlas till smittfrihet samt åläggas förhållningsregler om sexuell avhållsamhet under behandlingsperioden. Sjukdomen uppfyller alla tre kriterierna och föreslås bli allmänfarlig.

1.2.4.2 Sjukdomar som inte längre bör vara reglerade i smittskyddslagen

Smittkoppor (Variola) har av världshälsoorganisationen år 1980 förklarats utrotad och sjukdomen bör därför inte längre vara allmänfarlig.

Primär, icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation (Meningitis et meningoencephalitis serosa primaria) har hög smittsamhet mellan människor. Den orsakas av flera olika virustyper. Sjukdomen smittar vid kontakt, genom luftsmitta och även som tarmsmitta beroende på smitt-

ämne. Sjukdomen har ringa letalitet, men kan i vissa fall ge bl.a. hjärtmuskelskador. Det saknas lämpliga personinriktade åtgärder mot smittspridning. Sjukdomen uppfyller inte kriterierna på allmänfarlighet och bör därför inte anses allmänfarlig. Flera av de smittämnen som kan orsaka sjukdomen ingår i den frivilliga laboratorierapporten till statens bakteriologiska laboratorium, SBL. (Om laboratoriernas frivilliga rapportering se avsnittet 1.5.2.) Det bör räcka för att kunna övervaka sjukdomen.

Weils sjukdom och andra leptospiroser (Leptospirosis) har låg smittsamhet under nuvarande förhållanden i Sverige. Sjukdomarna smittar från djur eller via vatten. Smittspridning från människor förekommer inte. Letaliteten vid obehandlade leptospiroser kan vara avsevärd. Sjukdomarna kan förorsaka hjärtmuskelinflammation. Personinriktade åtgärder är inte aktuella utan åtgärderna riktas mot djur. Kriterierna på allmänfarlighet är inte uppfyllda och sjukdomen bör således inte vara allmänfarlig. Enstaka fall motiverar inte anmälningsplikt, däremot bör avsevärda anhopningar av fall anmälas. (Se under avsnitt 1.5.2.) Smittämnena ingår i den frivilliga laboratorierapporten till SBL.

Papegojsjuka och andra ornithoser (Ornithosis). Sjukdomen smittar främst från papegojfåglar och duvor till människa. Smitta från människa till människa är sällsynt och smittsamheten är därvid låg. Smittämnet är luftburet. Letaliteten är måttlig, den uppgår till ungefär en procent. Sjukdomen ger inte bestående skador. Åtgärderna syftar främst till att behandla till smittfrihet med antibiotika. Sjukdomen kan inte anses uppfylla kriterierna på allmänfarlighet och bör inte längre betraktas som allmänfarlig. Sjukdomen bör dock vara anmälningspliktig för att åtgärder skall kunna vidtas mot djur som sprider sjukdomen. (Se under avsnitt 1.5.2.)

Fläckfeber (Febris exanthemica). Under krig och dåliga hygieniska förhållanden kan sjukdomen spridas explosivt. Sjukdomen smittar genom klädlöss och förekommer inte längre i Sverige. Fläckfeber har hög letalitet (10—40 procent). Sjukdomen kan leda till hjärtskador, kallbrand m.m. Åtgärderna mot smittspridning är avlusning, vaccination och skärpt personlig hygien samt antibiotikabehandling. Under fredsförhållanden bör sjukdomen inte anses allmänfarlig, under krig eller andra svåra hygieniska förhållanden bör fläckfeber förklaras allmänfarlig. Smittämnet ingår i den frivilliga laboratorierapporten till SBL och behöver därför inte vara anmälningspliktig.

Återfallsfeber (Febris recurrens) smittar också genom klädlöss och liknar fläckfeber i fråga om smittrisk och hälsorisker. Avlusning är den viktigaste åtgärden i kombination med skärpt personlig hygien och antibiotikabehandling. Utredaren bedömer återfallsfeber på samma sätt som fläckfeber, sjukdomen bör inte vara allmänfarlig under fredsförhållanden och den frivilliga laboratorierappoprten av smittämnet till SBL är tillräcklig.

Lepra (Lepra) har låg smittsamhet, det krävs upprepad nära kontakt för att smittämnet skall överföras. Sjukdomen har en viss letalitet. Den kan ge bestående men i form av nervskador. Det finns god tillgång till personinriktade åtgärder i form av bl.a. antibiotikabehandling. Enstaka

leprafall förekommer bland invandrare, men till följd av den låga smittsamheten och de goda behandlingsmöjligheterna är riskerna för smittspridning obetydliga. Sjukdomen kan knappast anses uppfylla kriterierna på allmänfarlighet. Lepra bör inte längre anses allmänfarlig.

Gonorré (Gonorrhoea) har hög smittsamhet. Sjukdomen sprids uteslutande genom sexuell kontakt. Gravida kvinnor som är smittade kan dock överföra sjukdomen till barnet vid förlossningen. Antalet rapporterade nya gonorréfall per 100 000 invånare har minskat från 489 år 1970 till 86 år 1984. Siffrorna är de högsta resp. lägsta som har rapporterats sedan år 1913. Sjukdomen är vanligast i storstäder.

Sjukdomen har ringa letalitet. Om den lämnas obehandlad kan sjukdomen ge komplikationer i form av inflammationer i äggledare, bitestiklar och leder. Sjukdomen kan även förorsaka sterilitet. Sannolikheten för att sjukdomen skall leda till sterilitet är dock relativt låg, ca 2—3 procent för kvinnor och betydligt lägre för män. I sällsynta fall kan hjärtklaffarna skadas. Nyfödda kan drabbas av allvarliga ögonskador om sjukdomen lämnas obehandlad.

Ungefär 15 procent av alla äggledarinflammationer orsakas av gonorré. Sjukdomen har dock under det senaste decenniet minskat i betydelse som orsak till akuta äggledarinflammationer. Vid regionsjukhuset i Örebro förekom gonorré bland 25 procent av patienterna med akut äggledarinflammation i början av 1970-talet jämfört med endast 3 procent i början av 1980-talet.

Åtgärderna mot smittspridning består av en enkel antibiotikabehandling till smittfrihet. Dessutom informeras den sjuke om hur smittspridning kan undvikas. Även personer som haft sexuell kontakt med den sjuke undersöks och behandlas.

Efter hand har en öppnare attityd till de sexuellt överförbara sjukdomarna kommit bland både läkare och patienter. Förändringen har lett till att sjuka och deras partner i större utsträckning än tidigare söker läkare för undersökning och vård. De tar således själva ansvar för sin egen och andras hälsa. Smittskyddsarbetet bygger i mycket stor utsträckning på att den sjuke är beredd att medverka med upplysningar. Det är viktigt att ett förtroendefullt samarbete kan ske mellan den sjuke, läkare och kuratorer. Samarbetet underlättas i regel om upplysningar om sexuella förbindelser kan lämnas utan hot om tvång. Många läkare som arbetar med sexuellt överförbara sjukdomar anser att tvånget och särregleringen i gällande lag inte sällan försvårar ett effektivt smittskyddsarbete beträffande dessa sjukdomar. Erfarenheterna av smittskyddsarbetet i fråga om gonorré visar, att tvångsåtgärder endast har en liten betydelse för arbetet. Endast en mindre del av de smittade tvingas till behandling och dessa har inte någon nämnvärd betydelse för sjukdomens utveckling i landet. Utvecklingen visar att man genom ett målmedvetet smittskyddsarbete och en tidig behandling av sjukdomen kan nå goda resultat utan att tvång används.

Utredaren anser att det behövs ett fortsatt aktivt arbete för att hindra spridningen av gonorré i Sverige men att det bör ske utan tvång eller hot om tvång. Oavsett om gonorré uppfyller kriterierna för allmänfarlighet eller ej bör gonorré inte anses som allmänfarlig. Sjukdomen bör dock

vara anmälningspliktig för att utvecklingen skall kunna följas.

Veneriskt lymfogranulom (Lymphogranuloma venereum) orsakas av vissa former av smittämnet Chlamydia trachomatis. Dessa former av smittämnet är sällsynta i Sverige. I fråga om smittsamhet, letalitet och risk för bestående skador är sjukdomen jämförbar med annan infektion med Chlamydia trachomatis (se nedan beträffande klamydiainfektion). Sjukdomen kan behandlas med antibiotika till smittfrihet. Veneriskt lymfogranulom bör i detta sammanhang betraktas som klamydiainfektion och således vara anmälningspliktig.

Mjuk schanker (Ulcus molle) har måttlig smittsamhet. I Sverige förekommer enstaka fall som smittats utomlands. Sjukdomen är sexuellt överförbar. Sjukdomen visar ingen letalitet. Sjuka kan behandlas till smittfrihet med antibiotika i kombination med att infekterade sår och bölder behandlas kirurgiskt. Utredaren bedömer att sjukdomen, som nu är venerisk, inte bör anses allmänfarlig.

1.2.4.3 Överväganden om klamydiainfektion och AIDS

Klamydiainfektion

Klamydiainfektion (Infectio chlamydiae) överförs och uppträder i Sverige på liknande sätt som gonorré. Under 1970-talet blev det möjligt att säkert diagnostisera sjukdomen med hjälp av vävnadsodling. Med de förbättrade möjligheterna till diagnos och genom ökade kunskaper om riskerna för följdsjukdomar har sjukdomen under senare år fått ökad uppmärksamhet. Eftersom diagnosverksamheten ännu inte är fullt utbyggd är det svårt att avgöra hur utbredd sjukdomen är i Sverige. Sjukdomen beräknas dock vara 3—5 gånger vanligare än gonorré.

Smittämnet, Chlamydia trachomatis, förefaller att vara vanligt bland yngre människor. Det är troligt att en tiondel av befolkningen i åldrarna 18 till 30 år bär smittämnet.

På samma sätt som gonorré kan sjukdomen ge äggledarinflammationer som i sin tur kan leda till sterilitet. Klamydiainfektionen har också blivit den viktigaste kända orsaken till äggledarinflammationer. Ca 60 procent av alla sådana inflammationer orsakas av Chlamydia trachomatis. Vid regionsjukhuset i Örebro har man emellertid funnit att infektionen — i likhet med gonorré — har minskat i betydelse som orsak till äggledarinflammationer. Undersökningar från början resp. slutet av 1970-talet visar att 70 procent resp. 25 procent av patienterna med äggledarinflammationer hade haft en klamydiainfektion. Nya fakta visar att sjukdomen kan ge upphov till inflammationer i buken som liknar blindtarmsinflammation och infektioner på leverytan. Av alla äggledarinflammationer ger ca 15 procent upphov till dessa bukinflammationer. Chlamydia trachomatis kan även orsaka långdragna ledinflammationer. Spädbarn kan få ögonskador och lunginflammationer om sjukdomen inte behandlas.

Åtgärderna mot klamydiainfektion är desamma som vid gonorré. Antibiotikabehandlingen ges vid upprepade tillfällen. Den sjuke informeras om sjukdomens spridningsrisker. Sexuella kontakter till den sjuke undersöks och behandlas.

Utredaren anser att det anförda visar att förhållandena vid klamydiainfektion och gonorré är ungefär likartade. De bör därför bedömas på samma sätt. Det behövs stora insatser mot smittspridning men utan tvångsåtgärder. Inte heller klamydiainfektionen bör således vara en allmänfarlig sjukdom. Den bör däremot vara anmälningspliktig av samma skäl som gonorré.

Den genitala klamydiainfektionen har liksom gonorrén stor utbredning och bör betraktas som ett folkhälsoproblem. Sjukdomarna bör angripas med hälsoupplysning och andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. Varje landsting får själva bedöma vilka resurser som krävs för insatser mot klamydiainfektioner och gonorré. Den personal och de laboratorieresurser som används främst för att motverka gonorré bör vara en god bas för insatser även mot klamydiainfektioner.

AIDS

Sjukdomen

Under slutet av 1970-talet uppmärksammades i USA ett sjukdomstillstånd som tidigare inte var känt där. Det benämndes Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). På svenska har tillståndet kallats "förvärvad immunbrist". Tillståndet kännetecknas av att viktiga delar av kroppens immunförsvar har brutits ned. Detta leder till att patienten lätt drabbas av opportunistiska infektioner, dvs. infektioner och smittämnen som inte drabbar personer med ett normalt immunförsvar. Vanligast är en särskild form av lunginflammation, som orsakas av smittämnet Pneumocystis carinii. Nedsättningen av immunförsvaret kan också leda till vissa elakartade tumörsjukdomar, främst Kaposis sarkom.

AIDS kan sägas vara ett slutstadium av en sjukdomsprocess. Andra olika symtombilder som kan vara förstadier till AIDS förekommer. Man talar om LAS (lymfadenopatisyndrom eller "lymfkörtelsjuka") och ARC (AIDS Related Complex eller "tillstånd som har samband med AIDS").

På ett sent stadium i sjukdomsutvecklingen kan i vissa fall personlighetsförändringar uppträda.

Kunskaperna kring AIDS är ännu så länge ofullständiga men forskningen på området är intensiv. AIDS orsakas av ett s.k. retrovirus som kallas Humant T Lymfotropt Virus typ III (HTLV-III). Även andra beteckningar används, Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) och AIDSassociated RetroVirus (ARV). I det följande används benämningen HTLV-III. Viruset angriper en undergrupp till de vita blodkropparna som är nödvändig för ett normalt immunförsvar. Virus finns framför allt i blodet men även i andra kroppsvätskor t.ex. sperma och saliv. Smittspridning sker därför genom sexuella kontakter och genom överföring av blod och blodprodukter. Gravida kvinnor kan överföra smittämnet till barn. Spädbarn kan sannolikt smittas även genom modersmjölken. Någon spridning i övrigt inom familjer har inte observerats i USA (se dock beträffande Centralafrika). Det finns inga belägg för luftburen smittspridning.

Följande särskilda riskgrupper för AIDS brukar nämnas:

1. *Homo- och bisexuella män.* Vid homosexuella samlag mellan män kan slemhinnor skadas och smittämnet överföras.
2. *Narkomaner som missbrukar narkotika intravenöst.* Sannolikt sprids virus genom infekterade kanyler.
3. *Blödarsjuka.* Dessa är beroende av vissa blodplasmaprodukter och kan smittas genom smittade blodgivare.
4. *Mottagare av blodtransfusioner.* Smittämnet överförs här liksom beträffande de blödarsjuka genom smittade blodgivare.
5. *Heterosexuella kontakter.* Här åsyftas främst kvinnliga kontakter till homo- och bisexuella män, men självfallet även kontakter till de övriga riskgrupperna.
6. *Barn som föds av en smittad moder.*

En person som har smittats med HTLV-III bildar som regel antikroppar mot viruset inom fyra till sex veckor. Förekomsten av antikroppar innebär emellertid inte, som vid många andra sjukdomar, att viruset har stötts ut ur den smittades kropp och att denne är immun mot smittämnet. Vid laboratoriestudier har man i många fall påvisat förekomst av både virus och antikroppar samtidigt hos samma person. Förekomsten av antikroppar mot HTLV-III antas innebära att personen är smittad och själv kan vara smittsam. En förbättrad virusdiagnostik kommer att ge oss bättre kunskap om smittmekanismerna.

Det är f.n. svårt att isolera HTLV-III-virus. Detta kan göras endast vid välutrustade laboratorier. Det är betydligt lättare att kontrollera om någon har antikroppar mot viruset. För detta räcker det med ett enkelt blodprov. Det är främst denna metod som f.n. används för att fastställa vilka som är smittade. Det synes som om bildandet av antikroppar mot virus kan dröja. Undersökningar tyder på att det kan ta ända upp till ett halvår efter smittillfället.

Den som har smittats med HTLV-III-virus kan vara symtomfri i flera år innan LAS, ARC eller AIDS utvecklas. Det förefaller emellertid som om inte alla som har smittats med HTLV-III- virus utvecklar AIDS eller dess förstadier. Man vet f.n. inte om sjukdomen är övervunnen om symtomen inte har visat sig inom fem-sex år eftersom virusinfektionen tycks ligga kvar latent. Utländska undersökningar visar att av dem som har bildat antikroppar mot virus får 4—19 procent AIDS inom fem år. Inom samma tid har ytterligare 20 procent utvecklat stadiet LAS. Dessa uppgifter är emellertid osäkra och siffrorna kan förändras när man kan bedöma sjukdomen i ett längre tidsperspektiv.

Prognosen för de patienter som har nått AIDS-stadiet är mycket dålig. Två år efter det att AIDS har diagnostiserats är endast 20 procent i livet. Längre observationstider talar för en 100-procentig dödlighet. Någon medicinsk behandling finns inte. Såväl verksamma antibiotika som vaccin eller andra medel mot HTLV-III-virus saknas. Även om man lyckas bota en infektion är risken stor att patienten drabbas av nya.

Spridningen

USA. Sjukdomen uppmärksammades först i USA. Man antar att den har kommit dit från Centralafrika via Haiti. Sjukdomen har haft en snabb spridning i USA, vilket framgår av tabell 1:2. De första fallen inträffade år 1979. Sedan dess har det totala antalet AIDS-fall stigit till närmare 10 000. Man räknar med en fortsatt kraftig ökning. Under de närmaste två åren beräknas 40 000 nya AIDS-fall.

Tabell 1:2 Anmälda AIDS-fall i USA

År	Antal anmälda AIDS-fall
1979	11
1980	46
1981	255
1982	970
1983	2 661
1984	4 867
1985 t o m april	1 125
Totalt	9 935 (varav 4 906 avlidna)

Fördelningen av vuxna AIDS-patienter på olika riskgrupper framgår av tabell 1:3. Homo- och bisexuella män utgör den största gruppen, därefter kommer narkomaner som injicerar narkotika intravenöst.

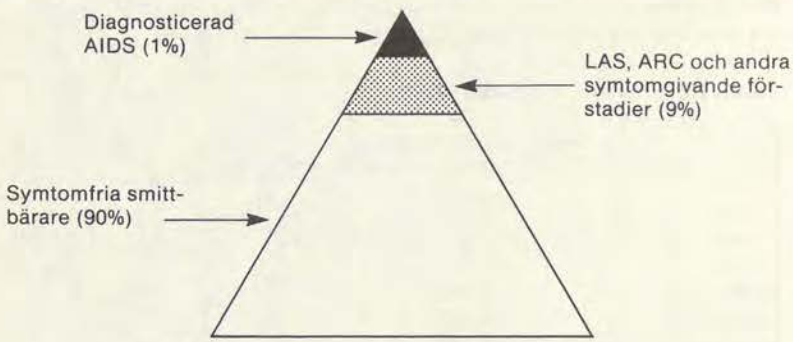
Tabell 1:3 Fördelning av vuxna AIDS-patienter i USA (15 april 1985)

Patient-grupp	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Homosexuella eller bisexuella män	6 980	78	—	—	6 980	73
Narkomaner med intravenöst missbruk	1 291	15	331	55	1 622	17
Blödarsjuka	61	1	3	0	64	1
Heterosexuella kontakter	9	0	68	11	77	1
Mottagare av blodtransfusion	74	1	54	9	128	1
Övriga a)	479	5	150	25	629	7
Totalt	8 894	100	606	100	9 500	100

a) Inkluderar 286 personer födda i länder (framför allt Haiti) där de flesta AIDS-fallen inte har någon känd riskfaktor.

De diagnostiserade AIDS-fallen utgör endast en bråkdel av alla smittade. Förhållandet illustreras ofta som ett isberg, där de sjuka ses som enbart toppen av isberget (Figur 1:4).

Figur 1:4 Förhållandet mellan diagnosticerade AIDS-fall och övriga smittade



Andelen personer som har bildat antikroppar mot HTLV-III-virus utan att ännu ha utvecklat AIDS ökar snabbt i de olika riskgrupperna i USA. Enligt en rapport från en klinik i San Francisco, Californien, som besöks av homo- och bisexuella män, var andelen antikroppspositiva patienter 1 procent år 1978, 25 procent år 1980 och 65 procent år 1984. Californien är tillsammans med New York och Florida de mest utsatta områdena i USA. I Denver, Colorado, var motsvarande andel mindre än 10 procent år 1978 och 49 procent år 1984. Bland undersökta narkomaner i New York var 29 procent antikroppspositiva år 1981 och 87 procent år 1984. Bland blödarsjuka i USA som har fått s.k. faktor VIII-koncentrat hade 90 procent antikroppar år 1984.

Man räknar i USA med att i dag har en halv till en miljon personer i riskgrupperna smittats med HTLV-III-virus.

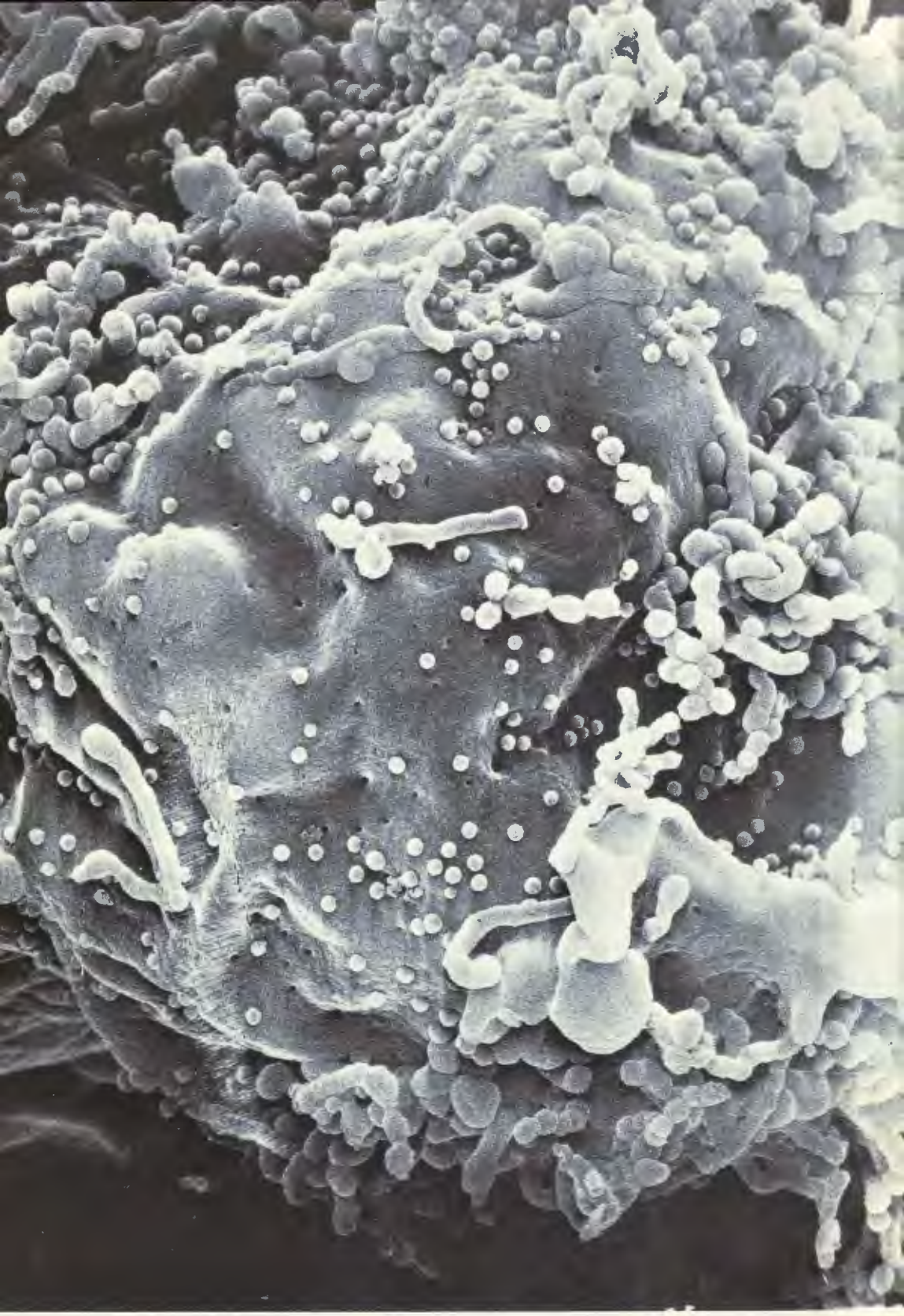
CENTRALAFRIKA. Säkra fall av AIDS bland afrikaner har dokumenterats sedan år 1975. HTLV-III-virus kan dock ha funnits under längre tid inom befolkningen på landsbygden utan att ha uppmärksammats.

I Centralafrika fördelar sig AIDS-patienterna inte på olika riskgrupper på samma sätt som i USA och Västeuropa. Omkring hälften av AIDS-fallen är kvinnor och heterosexuell överföring av HTLV-III-virus är vanlig. Antikroppar har påvisats hos 80 procent av kvinnliga prostituerade och sexuella kontakter anses vara det dominerande spridningssättet. Många barn finns bland AIDS-patienterna och detta tecken kan tyda på "familjespridning" mellan vuxna och barn. Ett gemensamt bruk av injektionssprutor kan antas vara ett sätt på vilket smittan sprids. I Zaire, som är ett av de värst drabbade länderna i Afrika finns 12 000 — 15 000 AIDS-fall. Ungefär 2 miljoner eller ca 7 procent av befolkningen beräknas vara smittade med HTLV-III-virus.

EUROPA. Spridningen av AIDS har gått mycket snabbt även i Europa. Tabell 1:5 visar utvecklingen i några europeiska länder. Från år 1983 till år 1984 trefaldigades antalet AIDS-fall.



AIDS-fotona
HTLV-III-virus
Foto: Lennart Nilsson, Karolinska institutet, Stockholm
Bilderna fotograferade genom svepelektronmikroskop.
Laboratoriepreparaten framställda av professorn Gunnel Biberfeldt, statens bakteriologiska laboratorium och docenten Peter Biberfeldt, Karolinska institutet
Copyright: Boehringer Ingelheim



Tabell 1:5 Totala antalet rapporterade AIDS-fall i 17 europeiska länder

	Antal t o m okt 1983	Antal t o m dec 1984	Antal per miljon invånare år 1984
Frankrike	94	260 a	4,8
Västtyskland	42	135	2,2
England	24	108	1,9
Belgien	38	65 b	6,6
Nederländerna	12	42	2,9
Schweiz	17	41 c	6,3
Danmark	13	34	6,6
Spanien	6	18	0,5
Sverige	4	16	1,9
Italien	3	14	0,3
Österrike	7	13	1,7
Grekland	—	6	0,6
Finland	—	5	1,0
Norge	—	5	1,2
Island	—	0	0
Polen	—	0	0
Tjeckoslovakien	—	0	0
Totalt	260	762	2,0

a Däribland 43 afrikaner
b Däribland 54 afrikaner
c Däribland 7 afrikaner

Liksom i USA utgör homo- och bisexuella män den största riskgruppen, ca 75 procent. Däremot utgör narkomaner med intravenöst missbruk, åtminstone än så länge, en betydligt mindre andel, ca 1,5 procent.

SVERIGE. I Sverige diagnostiserades de första AIDS-fallen i slutet av år 1982. De ökade snabbt i antal, vilket framgår av tabell 1:6. Under det senaste året har antalet nästan tredubblats, vilket väl överensstämmer med utvecklingen i Europa. Även USA har haft motsvarande ökning i början av epidemien. Med oförändrad takt kan ett par hundra AIDS-fall finnas i Sverige inom två år.

Tabell 1:6 Anmälda AIDS-fall i Sverige

År	Antal anmälda AIDS-fall
1983	6
1984	10
1985 t o m maj	9
Totalt	25 (varav 12 avlidna)

Av de 25 anmälda AIDS-fallen i Sverige är två blödarsjuka och övriga homo- och bisexuella män.

Omkring 300 personer står under läkarkontroll för symtom som kan betecknas som förstadier till AIDS.

I Sverige finns det begränsade undersökningar av förekomsten av antikroppar mot HTLV-III hos olika riskgrupper. Av 160 undersökta homo- och bisexuella män tillhörande den riskutsatta gruppen fann man antikroppar hos 17 procent år 1983 och 27 procent år 1984. Bland ca 300 undersökta narkomaner (intravenöst missbruk) i Stockholm hade 10—15 procent antikroppar våren 1985. En undersökning av 133 svenska blödarsjuka som sträcker sig fram till våren 1985 visar att 60 procent av dem som någon gång hade fått amerikanska blodprodukter hade antikroppar. Av 42 undersökta patienter som hade fått svenska blodprodukter hade ingen antikroppar.

Beräkningar ger vid handen att det idag finns 2 000—3 000 personer i Sverige som är smittade med HTLV-III-virus. Utredningar visar att antalet smittbärare hittills fördubblats på åtta—nio månader. Med oförändrad ökningstakt kan det vid 1980-talets utgång finnas ca 100 000 smittbärare i Sverige.

Bedömningen

AIDS har i fråga om smittvägar jämförts med hepatit B. AIDS bedöms dock vara betydligt mindre smittsam. Det förhållandet att AIDS har spritt sig snabbt i världen beror bl.a. på att HTLV-III-infektionen — till skillnad från majoriteten av hepatit B-infektionerna — inte läker ut utan fortsätter att smitta. Tillfällena att smitta andra blir därför många fler. Sett ur smittskyddssynpunkt måste sjukdomen mot bakgrund av detta förhållande anses ha förhållandevis hög smittsamhet. Dödligheten är på lång sikt synnerligen hög. De två första kriterierna på allmänfarlighet är således uppfyllda.

Vad därefter gäller det tredje kriteriet, personinriktade åtgärder mot spridning av sjukdomen, kan först konstateras att några botande åtgärder ännu inte finns att tillgå. En AIDS-patient kan således inte behandlas till smittfrihet. Det finns inte heller några profylaktiska åtgärder i form av vaccinering eller liknande. Smittskyddet måste i stället än så länge inriktas på att smittade iakttar en sådan livsföring att smittspridning begränsas eller förhindras. Viktigast är därvid dels att inte ge blod och plasma, dels att vara sexuellt avhållsam eller begränsa sitt sexuella umgänge till helst en partner. Vid sexuellt umgänge bör en sådan sexualteknik väljas, att risken för överföring av smitta minimeras. I vissa fall kan omplacering till andra arbetsuppgifter på arbetsplatsen vara aktuell. Den som missbrukar narkotika intravenöst och som inte förmår att avbryta sitt missbruk skall inte dela sprutor och spetsar med någon annan. Det finns således betydande praktiska åtgärder att vidta för att minska risken för smittspridning. Förhållningsregler till smittade i bl.a. angivna avseenden liksom isolering på sjukhus är tänkbara och lämpliga åtgärder mot smittspridning. Isolering på sjukhus torde dock komma i fråga endast i de fåtal fall där den smittade uppenbarligen visat sig obenägen att följa givna förhållningsregler. Även det tredje kriteriet på allmänfarlighet får därmed anses vara uppfyllt.

De formella förutsättningarna föreligger sålunda för att AIDS skall kunna förklaras som en allmänfarlig sjukdom i den nya smittskyddsla-

gen. Enbart det förhållandet att en viss sjukdom uppfyller de tre nämnda kriterierna på allmänfarlig sjukdom innebär emellertid inte att den därmed skall förklaras allmänfarlig. Om man av olika anledningar skulle göra den bedömningen, att en sådan sjukdom effektivare kan bekämpas utanför smittskyddslagens ram, finns det skäl att i smittskyddets intresse avstå från eller åtminstone tills vidare avvakta med att föra in den under lagens bestämmelser.

Som tidigare har framhållits är människor i allmänhet beredda att ta ansvar för både sin egen och andras hälsa om de får kunskap och information om de smittsamma sjukdomarna och deras spridningssätt. Emellertid finns det alltid en mindre grupp människor som inte tar detta ansvar. Om personer som sprider eller misstänks sprida en så allvarlig sjukdom som AIDS vägrar underkasta sig en sådan livsföring att smittspridning hindras eller begränsas kan det te sig stötande om det inte finns möjlighet att tillgripa tvångsåtgärder i dessa fall. Som situationen är i dag, skulle tvångsmedel kunna komma i fråga beträffande framför allt vissa prostituerade, vissa narkomaner samt de personer som uppenbart inte kan förmås att medverka till att begränsa smittspridningen. En reglering av AIDS i smittskyddslagen skulle således bl.a. innebära att bindande förhållningsregler kan ges till de smittade och att det fåtal som inte följer reglerna kan isoleras på sjukhus. De som inte frivilligt vill söka läkare kan tvångsvis undersökas för att fastställa om de har utvecklat antikroppar mot smittämnet. Likaså kan sexuella kontakter till de smittade spåras och vid behov anmodas att läkarundersöka sig.

En lagreglering av AIDS kan emellertid förutses få betydande negativa konsekvenser för smittskyddsarbetet. Så t.ex. står det klart att många homo- och bisexuella män skulle undandra sig samarbetet med hälso- och sjukvården. Eftersom viruset hittills huvudsakligen är spritt bland dessa män, skulle en sådan konsekvens högst påtagligt försämra förutsättningarna för ett effektivt och framgångsrikt smittskyddsarbete.

Ett inordnande av AIDS under smittskyddslagen kan också tänkas leda till att de som misstänker att de har blivit smittade drar sig för att söka läkare. Om undersökningen skulle visa att den undersökte har antikroppar mot HTLV-III, kan den enskilde uppfatta det som om läkarbesöket enbart medför åligganden för honom — i form av tvingande förhållningsregler — eftersom någon bot f.n. inte kan ges. Motivationen att söka läkare skulle därmed minska.

Dessa negativa effekter av en lagreglering av AIDS blir särskilt märkbara med hänsyn till sjukdomens långa inkubationstid. Normalt smittskyddsarbete med kontaktspårning o.d. försvåras på grund av detta förhållande. Kontaktspårningen försvåras även av att kontakterna många gånger har varit anonyma. Från smittskyddssynpunkt är det därför vid AIDS särskilt viktigt att de som misstänker att de kan ha utsatts för smitta själva söker upp hälso- och sjukvården.

Om AIDS betraktas som en allmänfarlig sjukdom kommer bestämmelserna i lagen om åtgärder mot smittspridning att vara tillämpliga på alla smittade. Detta betyder att förhållningsregler om livsföring m.m. i princip måste ges till alla dem hos vilka man har konstaterat antikroppar. De beräknas f.n. uppgå till 2 000—3 000 personer. Sådana förhåll-

ningsregler kan innebära betydande inskränkningar i den smittades personliga integritet. Kunskaperna om sjukdomens smittsamhet, spridningsmekanismer m.m. är emellertid ännu ofullständiga. De förhållningsregler som kan ges på grundval av nuvarande kunskaper kan i ett längre tidsperspektiv visa sig vara mindre väl lämpade eller onödiga. Det kan därför ifrågasättas om vinsterna från smittspridningssynpunkt av att kunna meddela tvingande förhållningsregler överväger olägenheterna för dem som omfattas av förhållningsreglerna.

Av den lämnade redovisningen framgår att förhållandena kring AIDS i vissa avseenden är sådana, att det traditionella smittskyddsarbetet kan behöva ges en delvis ändrad inriktning för att med framgång kunna bekämpa smittspridningen. De speciella riskgrupper det här främst är fråga om, homo- och bisexuella män samt narkomaner som missbrukar narkotika intravenöst, innebär att okonventionella och tidigare oprövade åtgärder kan behöva tillgripas för att hindra eller begränsa smittspridningen. Dessa åtgärder kan bl.a. kräva att man på olika sätt förstärker skyddet för den personliga integriteten för dem som berörs av smittskyddsarbetet. Av stor betydelse är därvid om sjukdomen även fortsättningsvis kommer att vara i huvudsak begränsad till riskgrupperna eller om den kommer att sprida sig också till den övriga befolkningen.

Sammanfattningsvis finner utredaren att det förslag till ny smittskyddslag som här läggs fram i princip är väl ägnat att tillämpas även på sjukdomen AIDS. Utredaren är emellertid inte beredd att lämna något slutligt förslag till om sjukdomen bör ingå som en allmänfarlig sjukdom i den nya lagen. Ett ställningstagande i denna fråga bör bygga på de kunskaper om sjukdomen och den epidemiologiska situation som råder när den nya smittskyddslagen träder ikraft.

1.3 Ansvaret för smittskyddet och för andra åtgärder för att hindra smittspridning

FÖRSLAG

Varje landsting skall ansvara för smittskyddet inom sitt område. Smittskyddet i smittskyddslagen skall gälla enbart personinriktade åtgärder. Landstingen åläggs skyldighet att samarbeta med andra myndigheter som berörs av smittskyddet.

1.3.1 Landstingen föreslås få ansvaret för smittskyddet

I den gällande smittskyddslagen är ansvaret för smittskyddet fördelat på flera myndigheter. Lagen ålägger kommunerna att vidta behövliga åtgärder mot de smittsamma sjukdomarna. Det närmaste överinseendet har miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Länsstyrelsen skall vaka över att smittsamma sjukdomar bekämpas i länet och att lämpliga åtgärder vidtas. Ursprungligen hade länsläkaren vissa åligganden vid de veneriska

sjukdomarna. När länsläkarväsendet avskaffades år 1981 flyttades dessa uppgifter över på en av landstinget utsedd läkare. I smittskyddskungörelsen används benämningen smittskyddsläkare på denne läkare.

Smittskyddsorganisationen är således uppbyggd kring flera lokala och regionala myndigheter. I syfte att undersöka bl.a. om denna uppdelning av ansvaret är ändamålsenlig och om miljö- och hälsoskyddsnämndernas arbete fungerar tillfredsställande har utredaren låtit intervjua distriktsläkare och smittskyddsläkare samt tjänstemän med ansvar för smittskyddet vid kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder och vid länsstyrelserna. Intervjuerna utfördes våren 1982. Hälso- och sjukvårdslagen samt hälsoskyddslagen hade ännu inte trätt i kraft. Resultaten av intervjuerna måste ses mot denna bakgrund.

Av intervjuerna framgår att flertalet miljö- och hälsoskyddsnämnder har begränsat sitt smittskyddsarbete till livsmedelsburna smittsamma sjukdomar, huvudsakligen salmonellos och dysenteri. Nämnderna har i regel rutiner endast för bekämpning av dessa sjukdomar. Anmälningar till nämnderna om andra allmänfarliga sjukdomar, som smittsamma hepatiter eller tuberkulos, föranleder sällan utredningar eller åtgärder från nämndernas sida utom i de största kommunerna.

Intervjuerna visar att samarbetet mellan distriktsläkarna och miljö- och hälsoskyddsnämnderna fungerar väl i fråga om de livsmedelsburna sjukdomarna. Handläggningen av övriga allmänfarliga sjukdomar varierar dock. Trots att nämnderna formellt skall handha utredningarna och vidta åtgärder vid samtliga allmänfarliga sjukdomar gör vissa läkare inom primärvården liksom vissa läkare på infektionskliniker egna smittskyddsutredningar och vidtar själva åtgärder. Smittskyddsläkarnas arbetsuppgifter, som enligt nuvarande lag gäller enbart vid de veneriska sjukdomarna, har i viss utsträckning kommit att omfatta även de allmänfarliga.

Juristerna vid länsstyrelserna, som formellt svarar för smittskyddet inom länet, har enligt intervjuerna en ytterst liten kontakt med det smittskyddsarbete som bedrivs inom länet.

En slutsats av undersökningen är att de inblandades roller har blivit diffusa. För den enskilde kan sådana oklarheter vålla problem. Den som blir smittad av en allmänfarlig sjukdom kan få råd och föreskrifter såväl av den behandlande läkaren eller distriktsläkaren som av miljö- och hälsoskyddsnämnden. Det har förekommit att akut sjuka personer har hänvisats till miljö- och hälsoskyddsnämnden därför att de har misstänkts ha salmonellos. Personer med tarmsjukdomar har dels fått vård genom landstingens hälso- och sjukvård, dels fått lämna avföringsprover till miljö-och hälsoskyddsnämnden som därefter sänt proven till landstingets laboratorium för analys. I samband med ersättning till smittbärare har det i vissa fall varit miljö- och hälsoskyddsnämnden som skrivit ett bevis om ingripande enligt smittskyddslagen, i andra fall har distriktsläkaren gjort det.

Undersökningen visar också att miljö- och hälsoskyddsnämndernas arbete inte fungerar tillfredsställande i fråga om alla allmänfarliga sjukdomar. Som tidigare har redogjorts för i avsnitt 1.1.3 har nämndernas förutsättningar att bedriva ett aktivt smittskyddsarbete ändrats i sam-

band med hälsoskyddslagens tillkomst. Med undantag för de största kommunerna har nämnderna inte längre tillgång till egen medicinsk kompetens. Även länsstyrelserna saknar den medicinska kompetens som behövs för att övervaka smittskyddet på länsnivå.

Den medicinska kompetens som till stor del saknas hos kommunerna och länsstyrelserna finns hos landstingen. Där finns kunskap om de smittsamma sjukdomarnas hälsoeffekter, diagnostik och behandling samt kännedom om förebyggande åtgärder mot utbredning av sjukdomarna. Där finns också i allmänhet en överblick över sjukligheten inom ett så stort befolkningsunderlag att slutsatser om spridningsmönster och smittkällor kan dras. Det är också landstingen som genom hälso- och sjukvården oftast i första hand kommer i kontakt med de smittade och sjuka och som har till uppgift att vårda dem. Flertalet undersökningar och åtgärder har dessutom den effekten att de inte bara behandlar patienten för hans sjukdom utan även hindrar smittspridning. Landstingens skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att bedriva förebyggande verksamhet sammanfaller också till viss del med smittskyddslagens syfte att vidta åtgärder för att hindra och förebygga smittspridning. Det finns således flera faktorer som talar för att landstingen borde handha ansvaret för smittskyddet.

Ansvaret för smittskyddet förutsätter emellertid också att snabba beslut kan fattas om tvingande åtgärder och andra ingripanden mot enskilda. Det kan ifrågasättas om det är lämpligt att lägga denna typ av uppgifter på landstingen. Enligt gällande smittskyddslag har distriktsläkarna, eller motsvarande läkare, rätt att besluta om bl.a. vård på sjukhus och att meddela föreskrifter för den som behandlas i öppen vård vid allmänfarliga sjukdomar. Miljö- och hälsoskyddsnämnderna har emellertid det övergripande ansvaret och kan på eget initiativ ändra läkarens beslut. Vid de veneriska sjukdomarna är det smittskyddsläkaren som anmodar de sjuka att söka läkare eller låta inta sig på sjukhus. Det är endast i sista hand som länsstyrelsen resp. länsrätten, efter anmälan från läkaren, griper in. Redan gällande lag lägger således en omfattande myndighetsutövning på befattningshavare inom landstingen. Det har under utredningen inte kommit fram något som tyder på att detta inte fungerar väl eller inte skulle vara lämpligt.

Landstingen bör således vara väl lämpade att handha ansvaret för smittskyddet. Smittskyddsarbetet kan då anpassas till hälso- och sjukvården i övrigt. Basen för arbetet bör vara primärvården samt vissa kliniker som specialiserat sig på behandling av olika smittsamma sjukdomar. Undersökningar och provtagningar samt klarläggande av smittvägar och smittkällor bör ske där patienten vårdas. Det finns betydande kunskaper och erfarenheter bland läkare, sjuksköterskor och kuratorer som med hjälp av lämplig samordning och ledning kan lösa de smittskyddsfrågor som uppkommer. Härigenom blir smittskyddet en naturlig del av det förebyggande arbetet inom landstingen. För den enskilde innebär det att han kan få information och råd om hur han kan undvika smittspridning där han söker vård. Även om miljö- och hälsoskyddsnämnderna i och för sig skulle kunna handlägga de livsmedelsburna smittsamma sjukdomarna ter det sig i detta sammanhang olämpligt att

bryta ut vissa allmänfarliga sjukdomar där nämnderna skulle ha kontakten med den enskilde.

På grund av vad som anförts föreslår utredaren att varje landsting skall svara för smittskyddet inom sitt landstingsområde.

Den myndighetsutövning som enligt vad nyss har framgått är förenad med smittskyddet anser utredaren skall åvila en särskild instans inom landstinget. Utredaren föreslår, som närmare kommer att utvecklas under avsnittet 1.4.1, att det inom varje landsting liksom f.n. skall utses en smittskyddsläkare. Denne skall dock få utvidgade befogenheter och åläggas sådana myndighetsuppgifter som behövs för att kunna bedriva ett effektivt smittskydd. Smittskyddsläkaren blir således en myndighet för smittskyddet.

1.3.2 Smittskyddet i smittskyddslagen skall gälla enbart personinriktade åtgärder

Smittsamma sjukdomar bland människor kan spridas på många sätt. Vanligast är direkt spridning från person till person genom beröring eller genom droppar från nysningar eller utandning. Vissa smittämnen kan överleva lång tid i damm, vatten, livsmedel o.dyl. och kan sedan smitta människor. Andra smittämnen kan spridas via insekter och andra djur.

Smittspridning kan förhindras genom åtgärder av olika slag. Ett effektivt sätt är att minska risken för att den smittade sprider smittan vidare genom att isolera honom eller behandla honom till smittfrihet. Ett annat sätt är att minska eller ta bort mottagligheten för smittämnet hos andra genom att vaccinera människor som ännu inte smittats. Information om de smittsamma sjukdomarna och deras smittvägar samt utbildning om personlig hygien och hänsyn i umgänget med andra är ytterligare exempel på åtgärder som kan vidtas för att förebygga smittspridning. Alla dessa åtgärder är inriktade på människan.

För de smittämnen som kan överleva utanför människan kan smittspridning hållas tillbaka genom åtgärder riktade mot objekt. Det kan gälla t.ex. rening av dricksvatten eller ingripande mot ett annat förorenat livsmedel. Det finns bestämmelser i t.ex. hälsoskyddslagen (1982:1080), livsmedelslagen (1971:511) och renhållningslagen (1979:596) som kan tillgripas för att hindra och förebygga smittspridning genom vatten, bostäder, livsmedel, avfall eller andra objekt. Inom kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder, som är tillsynsmyndighet enligt de nyssnämnda författningarna, finns kunskap om bl.a. vatten-, bostads- och livsmedelshygien samt om renhållning. Arbetsmiljölagen (1977:1160) och miljöskyddslagen (1969:387) ger yrkesinspektionen resp. länsstyrelsen möjlighet att förebygga smittspridning inom de områden som regleras av dessa lagar. Genom bl.a. epizootilagen (1980:369) och lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur regleras smittspridning via djur.

Insatser mot smittspridning måste således bedrivas på bred bas och kräver kunskaper inom flera områden. Som har framgått av det anförda besitter miljö- och hälsoskyddsnämnderna och andra myndigheter sådan kunskap som behövs för att kunna vidta åtgärder riktade mot objekt. Landstingens kompetens att förebygga smittspridning avser främst så-

dana åtgärder mot smittspridning som riktas mot människor. Utredaren anser att dessa olika kunskapskällor bör utnyttjas på bästa sätt. Om landstingen skall ha ansvaret för smittskyddet finns det därför inte skäl att bibehålla regler i smittskyddslagen om objektinriktade åtgärder när dessa kan vidtas med stöd av annan lagstiftning och av andra myndigheter med större kompetens på dessa områden. Smittskyddslagen bör i stället reglera enbart åtgärder som riktas mot människor. Härigenom kan också en klar ansvarsfördelning åstadkommas mellan landstingens personinriktade åtgärder enligt smittskyddslagen och andra myndigheters objektinriktade åtgärder enligt annan lagstiftning.

På grund av det anförda föreslår utredaren att smittskyddet enligt smittskyddslagen begränsas till att gälla personinriktade åtgärder. På detta sätt kommer smittskyddslagen att reglera en begränsad del av samhällets samlade åtgärder mot smittspridning och lagen kommer att kompletteras av annan lagstiftning och andra åtgärder från samhällets sida. Detta innebär inskränkningar i smittskyddslagens tillämpningsområde i förhållande till vad som gäller idag.

1.3.3 Objektinriktade åtgärder för att hindra smittspridning kan vidtas med stöd av annan lagstiftning

Enligt 9 § första stycket gällande smittskyddslag åligger det miljö- och hälsoskyddsnämnderna att utreda orsaken till en allmänfarlig sjukdom och vidta de åtgärder som fordras för att hindra att sjukdomen utbreder sig. Lagen anger inte närmare vad dessa åtgärder kan bestå i. Däremot finns i 10 § första stycket angivet att nämnden vid behov skall ombesörja smittrening "av den sjukes bostad eller annan lokal där han uppehållit sig samt av gång- och sängkläder och andra föremål, som kan befaras överföra smitta". Om det är nödvändigt får enligt andra stycket samma paragraf dessa föremål i stället, mot skälig ersättning, förstöras.

Som en konsekvens av att den föreslagna smittskyddslagen omfattar enbart personinriktade åtgärder försvinner möjligheten att vidta dessa och andra objektinriktade åtgärder med stöd av smittskyddslagen. Som framgår av föregående avsnitt är det emellertid utredarens uppfattning att det redan idag finns tillräckliga föreskrifter i annan lagstiftning för att med stöd av dessa kunna vidta sådana ingripanden mot egendom och djur som nu görs enligt smittskyddslagen.

Här skall något beröras hur utredaren anser att några av dessa angränsande lagstiftningar kan komma till användning för att hindra smittspridning via objekt.

Hälsoskyddslagen (1982:1080)

Åtgärder mot smittämnen som sprids med vatten, avfall, avloppsvatten och djur till människor har ursprungligen reglerats i hälsoskyddslagens föregångare, hälsovårdsstadgorna från åren 1874, 1919 och 1958. I 1874 års hälsovårdsstadga fanns ett särskilt kapitel med "Särskilda föreskrifter med afseende å farsoter och smittsamma sjukdomar". Detta kapitel ersattes år 1919 med epidemilagen, som delvis var smittskyddslagens

föregångare. Vissa bestämmelser i de senare hälsovårdsstadgorna om t.ex. dricksvatten och badvatten syftade till att hindra smittspridning. Efter hand har hälsovårdsstadgornas särskilda bestämmelser om livsmedel, dricksvatten, avfall m.m. brutits ut till särlagstiftning såsom livsmedelslagen och renhållningslagen.

År 1983 ersattes 1958 års hälsovårdsstadga med hälsoskyddslagen. Med hälsoskydd avses åtgärder för att hindra uppkomsten av sanitär olägenhet och för att undanröja sådana olägenheter. Lagen grundas således på begreppet sanitär olägenhet. Detta definieras i 1 §. "Med sanitär olägenhet avses en störning som kan vara skadlig för människors hälsa och som inte är ringa eller helt tillfällig".

I lagen och dess förarbeten finns åtskilliga exempel på att risk för smittspridning har varit ett väsentligt motiv för flera av bestämmelserna. Det gäller t.ex. bestämmelserna om ohyra, skydd av vattentäkter, viss hantering av mjölk och om lokaler för hygienisk behandling. Eftersom t.ex. förorenat vatten kan utgöra sanitär olägenhet anser utredaren att också förorenade gång- och sängkläder och andra föremål bör kunna anses som sanitär olägenhet om förutsättningarna härför i övrigt är uppfyllda. Med utredarens synsätt är därför hälsoskyddslagen i princip tillämplig på denna form av sanitär olägenhet. Inget i lagen eller dess förarbeten motsäger heller en sådan tolkning. I och med att den nuvarande smittskyddslagen såsom "specialförfattning" reglerar detta område har det emellertid inte funnits skäl att ingripa med stöd av hälsoskyddslagen. Genom att åtgärder mot objekt inte längre omfattas av den föreslagna smittskyddslagen kommer hälsoskyddslagens bestämmelser om sanitär olägenhet att kunna tillämpas även på smittämnen som sprids inom de områden hälsoskyddslagen reglerar. På grund av vad som anförts anser utredaren att någon ändring i hälsoskyddslagen inte behöver göras. Miljö- och hälsoskyddsnämnden utövar den omedelbara tillsynen inom kommunen över efterlevnaden av lagen.

Livsmedelslagen (1971:511)

Med stöd av livsmedelslagen kan smittspridning som sker genom livsmedel inkl. dricksvatten förebyggas och avhjälpas. Åtgärder kan riktas såväl mot råvaror, livsmedel, lokaler och utrustning som mot personer i livsmedelshanteringen. I det sistnämnda fallet kommer både livsmedelslagen och smittskyddslagen att kunna bli aktuella. Detta är oundvikligt eftersom lagarna har olika syften. Miljö-och hälsoskyddsnämnden är lokal tillsynsmyndighet enligt livsmedelslagen och kan besluta om nämnda åtgärder.

Renhållningslagen (1979:596)

Avfall och latrin kan ha betydelse för smittspridning. I lagen finns en allmän aktsamhetsregel som innebär att avfall skall hanteras på sådant sätt att det inte uppkommer olägenhet från hälso- och miljövårdssynpunkt. Miljö- och hälsoskyddsnämnden, som är tillsynsmyndighet, kan kräva att avfallet hanteras på ett sådant sätt att riskerna för smittspridning motverkas.

Miljöskyddslagen (1969:387)

Koncessionsnämnden för miljöskydd och länsstyrelserna kan förebygga smittspridning genom att vid sin prövning av tillstånd till miljöfarlig verksamhet besluta om villkor för verksamheten. Länsstyrelsen — eller miljö- och hälsoskyddsnämnden — kan även vid sin fortlöpande tillsyn kräva åtgärder mot miljöstörande verksamhet. Om exempelvis ett avloppsreningsverk släpper ut avloppsvatten med höga bakteriehalter kan tillsynsmyndigheten kräva förbättringar, såsom att utgående vatten kloreras för att minska riskerna för smittspridning.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Arbetsmiljölagen skall bl.a. skydda arbetstagare mot ohälsa. Lagen är generell och till de faktorer i arbetsmiljön som kan orsaka ohälsa räknas också smittämnen. Det finns flera exempel på allmänna råd från arbetarskyddsstyrelsen som syftar till skydd mot smittämnen t.ex. om ventilation av avloppsreningsverk, laboratoriearbete med smittämnen och personlig skyddsutrustning. Vaccinationer kan erbjudas eller ställas som villkor för visst arbete som innebär smittrisk. Skyddsombud och yrkesinspektionen kan ingripa mot smittspridning med hjälp av lagen. Eftersom åtgärderna kan vara personinriktade kan i vissa fall både arbetsmiljölagen och smittskyddslagen bli tillämpliga samtidigt. Detta kan medföra vissa problem.

Som framgår av denna redogörelse kan smitta som sprids via objekt åtgärdas och förebyggas med stöd av andra lagar än smittskyddslagen.

Genom att de objektinriktade åtgärderna upphör enligt den nya smittskyddslagen, försvinner även bestämmelsen i 10 § andra stycket om ersättning för förstörda gång- och sängkläder och andra föremål som kan befaras sprida smitta. De "andra föremål" som här åsyftas är klädesplagg och liknande som har använts av den sjuke. Dessa smittreningsåtgärder är emellertid ytterst sällsynta. Några nämnvärda förluster för den enskilde kommer sannolikt inte att uppstå genom att bestämmelsen tas bort.

Till de olika ersättningsfrågorna i övrigt återkommer utredaren under avsnitten 2 och 3.

1.3.4 Berörda myndigheter bör samarbeta för att effektivt hindra smittspridning

Genom utredarens förslag att låta smittskyddet i smittskyddslagen omfatta enbart personinriktade åtgärder uppnås en klarare ansvarsfördelning mellan landstingens åligganden enligt smittskyddslagen och andra myndigheters uppgifter att vidta åtgärder för att hindra och förebygga smittspridning med stöd av andra författningar. Detta medför emellertid samtidigt att det i vissa situationer kan vara nödvändigt med insatser från flera myndigheter för att effektivt kunna förhindra smittspridning. Landstingen kan behöva samordna sina personinriktade åtgärder med

andra myndigheters ingripanden mot objekt. Det krävs därför att landstingen i frågor som rör smittskyddet samarbetar med andra myndigheter. I stor utsträckning kommer det att gälla samarbete med kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder. De har omfattande åligganden enligt flera lagar, främst hälsoskyddslagen och livsmedelslagen, vilka har betydelse för smittskyddet.

Samarbetet mellan primärkommuner och landsting har under senare år betonats i flera sammanhang. I propositionen 1981/82:219 med förslag till hälsoskyddslag m.m. redovisar föredragande statsrådet sin syn på samverkan mellan hälso- och sjukvården och den lokala hälsoskyddsverksamheten (s. 19 f):

"Jag vill i detta sammanhang också ta upp frågan hur den förebyggande hälsovården enligt förslaget till hälso- och sjukvårdslag förhåller sig till hälsoskyddsarbetet i hälsoskyddslagen. I propositionen 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. framhöll jag att landstingskommunens ansvar när det gäller miljöinriktade insatser bör innefatta insatser i syfte att fastlägga hur faktorer i den yttre miljön — och därmed inte bara kemiska, biologiska och fysikaliska utan även sociala och psykologiska — samt levnadsvanor inverkar på befolkningens hälsotillstånd. Jag framhöll vidare att landstingskommunerna borde ta till vara, bearbeta och utnyttja den information om riskerna i människornas livsmiljö som observeras i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta innebär att landstingskommunerna i framtiden kommer att få kunskaper och erfarenheter som är av utomordentligt stort värde för den lokala hälsoskyddsverksamheten enligt den nu föreslagna hälsoskyddslagen. Det är därför angeläget att en effektiv samverkan och ansvarsfördelning mellan den lokala tillsynsmyndigheten enligt hälsoskyddslagen och landstingskommunen kommer till stånd. Det bör härvid ankomma på landstinget att hålla tillsynsmyndigheten underrättad om de kunskaper och erfarenheter av hälsorisker som landstinget får i sin vårdande verksamhet. Den närmare utformningen av samverkan bör ankomma på landstinget och den lokala tillsynsmyndigheten enligt hälsoskyddslagen."

Samarbete för att hindra smittspridning har sedan länge bedrivits mellan landstingen och miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Enligt den gällande smittskyddslagen skall distriktsläkare och distriktssköterskor biträda miljö- och hälsoskyddsnämnderna i deras smittskyddsarbete. Landstingen skall också enligt den gällande lagen bekosta laboratorieundersökningar som nämnderna beslutar om. Enligt den föreslagna lagen blir det landstingen själva — genom smittskyddsläkaren — som beslutar om åtgärderna och undersökningarna. Det fortsatta samarbetet kommer sannolikt att underlättas av att landstingen med utredarens förslag således inte längre är underordnade nämnderna i smittskyddsfrågor utan att myndigheterna är jämställda med varandra. Liksom i fråga om hälsoskyddet bör det beträffande smittskyddet vara landstingen och miljö- och hälsoskyddsnämnderna som själva närmare utarbetar formerna för denna samverkan.

Utredaren anser att denna samverkan mellan landstinget och miljö- och hälsoskyddsnämnderna och andra myndigheter som berörs av smittskyddet är så viktig att den bör lagfästas. Utredaren föreslår därför att landstingen i smittskyddslagen åläggs en skyldighet att samverka med berörda myndigheter.

Utredaren vill i detta sammanhang fästa uppmärksamhet på att en motsvarande föreskrift om samverkan kan behöva införas i livsmedelslagen, hälsoskyddslagen och andra nu aktuella lagar för att en liknande samarbetsskyldighet skall föreligga även för de andra myndigheterna och verksamheterna.

1.4 Organisationen för det personinriktade smittskyddet

FÖRSLAG

I varje landsting skall det finnas en smittskyddsläkare som leder smittskyddsarbetet under hälso- och sjukvårdsnämnden. Alla läkare åläggs uppgifter inom smittskyddet för att biträda smittskyddsläkaren. Socialstyrelsen skall även i fortsättningen ha den centrala tillsynen över smittskyddet. Statens bakteriologiska laboratorium skall såsom expertorgan biträda styrelsen. Normalreglementet för tuberkulosens bekämpande upphävs.

1.4.1 Smittskyddsläkaren i landstinget föreslås leda smittskyddet

Enligt den gällande smittskyddslagen är uppgifterna inom smittskyddet och rätten att besluta om olika former av ingripanden fördelade bland flera personer och myndigheter. Beträffande de allmänfarliga sjukdomarna får distriktsläkaren anfordra de sjuka eller smittade att låta undersöka sig av läkare. Distriktsläkaren, stadsläkaren eller motsvarande läkare får också besluta om intagning för vård på sjukhus och om vissa föreskrifter för den som behandlas i öppen vård. Sådana beslut kan underställas länsrätten resp. miljö- och hälsoskyddsnämnden. Det är också nämnden som skall utreda orsaken till inträffade sjukdomsfall och vidta erforderliga åtgärder för att hindra att sjukdomen utbreds. Nämnden skall även ombesörja smittrening. Länsstyrelsen kan, efter regeringens bemyndigande, förordna om isolering av befolkningen inom ett visst område m.m. Vad gäller de veneriska sjukdomarna skall den av landstinget särskilt utsedde läkaren, i smittskyddskungörelsen benämnd smittskyddsläkaren, anmana den som kan antas lida av en venerisk sjukdom att söka läkare och följa de föreskrifter som läkaren ger honom. Följs inte anmaningen kan länsstyrelsen besluta att vederbörande skall inställa sig hos läkare för undersökning och behandling. Länsrätten kan i vissa fall besluta att den anmanade skall intas på sjukhus.

Denna uppdelning av de olika funktionerna inom smittskyddet på flera skilda myndigheter och personer är enligt utredarens uppfattning inte ändamålsenlig. Om landstingen får ansvaret för smittskyddet anser utredaren att den omedelbara ledningen av smittskyddsarbetet, beslutanderätten beträffande olika åtgärder m.m. borde kunna samlas hos en särskild, medicinskt kunnig befattningshavare inom landstinget.

Det finns flera skäl för detta. En sådan centralt placerad läkare får en

bättre överblick över smittskyddssituationen inom landstinget än t.ex. en distriktsläkare. För att kunna vidta åtgärder mot spridning av allmänfarliga sjukdomar behövs ofta ett förhållandevis stort befolkningsunderlag för att kunna hitta gemensamma smittvägar och smittkällor. En sådan läkare får dessutom tillräckligt många fall för att kunna bygga upp en kompetens och erfarenhet. De allmänfarliga sjukdomarna är inte särskilt vanliga. I ett landsting med ca 200 000 invånare kan i genomsnitt följande antal nya fall förväntas under ett år:

Salmonelloser	ca	70 fall/år
Smittsamma hepatiter	"	30 "
Tuberkulos	"	20 "
Dysenteri	"	20 "
Syfilis	10—15	"
Amöbadysenteri	5—10	"
Meningokocksjukdom	1—5	"

Sett ur rättssäkerhetssynpunkt är frågan om läkarens kunskaper en viktig aspekt. Beslut om tvångsåtgärder måste alltid vara väl grundade. Det är rimligt att anta att ett begränsat antal sådana läkare det nu är fråga om kan ges den kompetens och erfarenhet som behövs, men knappast troligt att alla distriktsläkare eller motsvarande skulle kunna ges samma kunskaper och erfarenheter. För miljö- och hälsoskyddsnämnden och andra myndigheter som arbetar med objektinriktade åtgärder för att hindra smittspridning är det värdefullt att det finns en särskild läkare att samarbeta med. Vid epidemier behövs det dessutom en samordning och ledning av landstingens smittskyddsåtgärder, vilket är ytterligare ett skäl att utse en särskild läkare.

Som tidigare har framgått utser landstingen i dag en särskild läkare att vara smittskyddsläkare med vissa uppgifter vid de veneriska sjukdomarna. Utredaren anser att dessa läkare är väl lämpade att handha de samlade uppgifter som här avses. Beträffande beteckningen smittskyddsläkare anser utredaren att den är beskrivande och passande. Utredaren föreslår därför att landstingen, genom hälso- och sjukvårdsnämnden, även i fortsättningen skall utse en särskild läkare att vara smittskyddsläkare inom landstingsområdet.

Denne läkare bör dock få utökade uppgifter och en vidare befogenhet i förhållande till vad som gäller f.n. Smittskyddsläkaren bör ha befogenhet att bestämma om olika skyldigheter och rättigheter för de enskilda. Smittskyddsläkaren bör vidare vara den i landstinget under hälso- och sjukvårdsnämnden som närmare utarbetar hur smittskyddsarbetet skall bedrivas och vara organiserat inom området. Det gäller både den ordinarie smittskyddsverksamheten och de särskilda insatser som kan bli aktuella vid epidemier. Också i det enskilda fallet bör smittskyddsläkaren vara den som leder arbetet och beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas för att hindra smittspridning. Smittskyddsläkaren bör ha en god kännedom om smittskyddssituationen i landstinget. Smittskyddsläkaren bör även förmedla sina kunskaper och erfarenheter till andra inom hälso- och sjukvården som arbetar med smittskyddet mer sporadiskt.

Av det anförda framgår att smittskyddsläkarens verksamhet kommer att innefatta betydande inslag av myndighetsutövning. Smittskyddsläkaren skall i sin yrkesutövning inom smittskyddet betraktas som en myndighet och vara skyldig att följa de regler som gäller för sådan verksamhet. Smittskyddsläkaren kan dock vid sidan av befattningen som smittskyddsläkare även arbeta som läkare inom hälso- och sjukvården. I den egenskapen omfattas han självfallet av de bestämmelser som gäller för all personal inom hälso- och sjukvården.

Utredaren är inte beredd att föreslå några särskilda kompetenskrav för smittskyddsläkaren, men förutsätter att uppgiften läggs på läkare med kunskaper inom infektionssjukdomarnas område eller inom mikrobiologi kompletterad med viss epidemiologisk erfarenhet. Utredaren anser att det inte finns skäl att i lagen slå fast om det skall finnas en eller flera smittskyddsläkare inom ett landsting. Dessa frågor liksom hur smittskyddet i övrigt skall vara organiserat inom landstinget, anser utredaren att landstingen själva är mest lämpade att avgöra.

1.4.2 Alla läkare skall ha en skyldighet att biträda i smittskyddsarbetet

Med utredarens förslag till organisation av smittskyddet kommer ledningen av smittskyddet under hälso- och sjukvårdsnämnden att åvila smittskyddsläkaren. Mycket av det dagliga och praktiska smittskyddsarbetet bör emellertid enligt utredarens mening kunna bedrivas där patienten vårdas. Nu gällande smittskyddslag lägger utredningsansvaret på distriktsläkaren och distriktssköterskan, men många personer med allmänfarliga sjukdomar behandlas på t.ex. infektionskliniker och andra specialiserade enheter eller av privatpraktiserande läkare. Utredaren menar att en stor del av smittskyddsarbetet med provtagningar, utredningar och liknande bör kunna bedrivas i nära samband med behandlingen av sjukdomarna oavsett om den enskilde vårdas av en privat verksam läkare eller en offentligt anställd och oavsett om behandlingen sker i öppen eller sluten vård. När en smittad person kommer till en läkare för undersökning och behandling bör läkaren samtidigt kunna vidta vissa åtgärder som behövs i smittskyddsavseende.

Många av de undersökningar som behövs för smittskyddet utförs normalt inom hälso- och sjukvården för att kunna ställa diagnos och behandla patienten. Skulle det krävas särskilda undersökningar just ur smittskyddssynpunkt är det naturligt att även de utförs där patienten vårdas. I viss utsträckning bör den undersökande läkaren också göra vissa epidemiologiska utredningar och genom frågor till patienten försöka fastställa smittkällan samt kartlägga smittvägarna och eventuella risker för fortsatt smittspridning. Vid läkarbesöket bör patienten också kunna få information om sin sjukdom och om hur smittspridning kan undvikas. Anser smittskyddsläkaren att det behövs kompletterande provtagningar eller utredningar bör också dessa utföras där patienten behandlas.

Om behandlande läkare av någon anledning inte skulle kunna utföra de provtagningar och undersökningar som behövs, t.ex. på grund av

bristande utrustning eller liknande, bör dock smittskyddsläkaren kunna begära att för uppgiften lämpade läkare och sjuksköterskor i landstingskommunal tjänst biträder honom med provtagningarna och undersökningarna. Kuratorerna vid landstingens venerologiska mottagningar arbetar i dag med att spåra och utreda kontakter till personer med sexuellt överförbara sjukdomar. Kuratorernas arbete är viktigt och de behövs också i framtiden för att bistå smittskyddsläkaren.

På det sätt som här angivits bör sålunda smittskyddsarbetet smidigt kunna fogas in i det ordinarie arbetet inom hälso- och sjukvården och därigenom bedrivas nära den enskilde. För den enskilde bör det vara en fördel om så mycket som möjligt av smittskyddsfrågorna kan handläggas där han vårdas. Det innebär också att hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper och erfarenhet kan tas tillvara även inom smittskyddet. Genom att inte hänvisa den enskilde vidare till andra läkare vinner man dessutom tid och undviker att smittskyddsarbetet onödigt fördröjs. Enligt utredarens uppfattning behöver en sådan ordning inte innebära någon nämnvärd utvidgning av den enskilde läkarens arbetsbörda. Många av dessa åtgärder ingår i läkarens normala arbetsuppgifter. Det bör här dock framhållas att det ytterst är smittskyddsläkaren som har ansvaret för att utredningar och åtgärder m.m. vidtas för att hindra smittspridning. Uppgifterna för läkare och annan sjukvårdspersonal är huvudsakligen att biträda smittskyddsläkaren i dennes arbete. Det är vidare väsentligt att hålla i minnet att det endast är smittskyddsläkaren som föreslås kunna ge den smittade bindande förhållningsregler, anmoda den smittade att söka läkare samt besluta om läkarundersökning och isolering på sjukhus.

Den nuvarande smittskyddslagen innehåller inga åligganden för den enskilde läkaren. I smittskyddskungörelsen anges däremot vissa handlingsregler för läkarna. Utredaren anser att det i den nya lagen bör slås fast att varje läkare har vissa skyldigheter inom smittskyddet. Därför föreslår utredaren att det i lagen förs in bestämmelser som anger de uppgifter varje läkare har att fullgöra inom smittskyddet.

1.4.3 Socialstyrelsen skall ha tillsyn över smittskyddet

Enligt gällande smittskyddslag har länsstyrelsen tillsynsansvaret för smittskyddet inom länet, medan den högsta tillsynen över bekämpandet av de smittsamma sjukdomarna i landet tillkommer socialstyrelsen.

Genom den föreslagna smittskyddslagen får landstingen, i enlighet med en allmän strävan även i andra sammanhang, stor handlingsfrihet att själva organisera smittskyddet inom landstingsområdet. Samtidigt måste smittskyddet för den enskilde vara så enhetligt som möjligt i hela landet. Det gäller självfallet i fråga om den enskildes rättigheter, t.ex. rätten till kostnadsfri undersökning m.m., men framför allt med hänsyn till att smittskyddslagen innehåller bestämmelser med tvångsåtgärder mot den enskilde. Bl.a. rättssäkerhetsaspekterna medför således ett behov av att den statliga tillsynen över smittskyddet fortsätter. Tillsynen bör utövas centralt. Med den föreslagna organisationen av smittskyddet bedömer utredaren att någon regional tillsynsmyndighet inte längre behövs.

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för flera verksamhetsgrenar som har anknytning till smittskyddet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har styrelsen tillsynen över landstingens hälso- och sjukvård. Personalen inom hälso- och sjukvården står vidare i sin yrkesutövning under tillsyn av socialstyrelsen enligt bestämmelser lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Tillsammans med statens naturvårdsverk har styrelsen även tillsynen över efterlevnaden av hälsoskyddslagen (1982:1080). Socialstyrelsen har följaktligen goda förutsättningar att verka också som tillsynsmyndighet över landstingens smittskyddsverksamhet och främja samverkan mellan de verksamheter som berörs. Utredaren föreslår därför att socialstyrelsen liksom f.n. skall ha den centrala tillsynen över smittskyddet.

I socialstyrelsens tillsynsfunktion bör ligga de traditionella befogenheterna att övervaka och kontrollera verksamheten. Styrelsen skall således meddela detaljföreskrifter om smittskyddet samt utarbeta allmänna råd och vägledande information. I sin tillsynsroll bör styrelsen betona samarbete, informationsutbyte och rådgivning.

Eftersom bekämpandet av smittspridning i samhället kan bedrivas på bred bas och med stöd av olika lagar anser utredaren att det är väsentligt att socialstyrelsen samarbetar med andra tillsynsmyndigheter, exempelvis livsmedelsverket och arbetarskyddsstyrelsen, vid utarbetandet av allmänna råd m.m.

1.4.4 Statens bakteriologiska laboratorium skall biträda som expert och rådgivare

I instruktionen (1965:786) för statens bakteriologiska laboratorium anges att laboratoriet skall följa det epidemiska läget och vidta eller föreslå erforderliga åtgärder. Det åligger vidare laboratoriet att hålla beredskap mot epidemiska sjukdomar, fortlöpande underrätta socialstyrelsen om det epidemiska läget och omedelbart meddela styrelsen om åtgärder från styrelsen bedöms nödvändiga. Laboratoriet skall ge företräde åt undersökningar och preparatberedning som begärs av socialstyrelsen. Planläggningen av mer omfattande epidemiologiska fältundersökningar skall utföras efter samråd med socialstyrelsen, liksom planläggningen av arbetet med att följa det epidemiologiska läget. Laboratoriet har inte ålagts några uppgifter i smittskyddslagen.

För att laboratoriet skall kunna fullfölja sin skyldighet enligt instruktionen att bevaka epidemiläget föreskrivs i smittskyddskungörelsen att anmälan om allmänfarliga och anmälningspliktiga sjukdomar skall sändas även till laboratoriet. Denna obligatoriska anmälningsskyldighet kompletteras med en frivillig rapportering från regionala mikrobiologiska laboratorier. Dessutom får laboratoriet rapporter om läget i grannländerna och om det internationella epidemiläget. Dessa anmälningar och rapporter sammanställs och bearbetas av laboratoriet, som varje vecka publicerar en veckorapport om den aktuella epidemiologiska situationen.

Förutom de angivna uppgifterna svarar laboratoriet också för en allmän informationsverksamhet samt rådgivning till hälso- och sjukvår-

dens personal. Laboratoriet har även en viss utbildning av personal med uppgifter som berör smittskyddet. Vid epidemier kan laboratoriet biträda de ansvariga myndigheterna på olika sätt. Laboratoriet genomför också fältundersökningar för att följa immunitetsläget hos befolkningen och effekten av olika vaccinationsprogram. Den epidemiologiska verksamheten inom laboratoriet bedrivs inom den epidemiologiska avdelningen, som leds av statsepidemiologen.

Laboratoriets organisation och uppgifter har nyligen setts över av den s.k. SBL-kommittén som har avgivit betänkandet (Ds S 1984:7) Arbetsuppgifter och organisation för statens bakteriologiska laboratorium (SBL). Kommittén har bl.a. prövat frågan om den epidemiologiska verksamheten vid laboratoriet borde föras över till socialstyrelsen, för att på så sätt samla det centrala ansvaret för smittskyddet. Kommittén fann emellertid att socialstyrelsens uppgifter inom smittskyddet borde fortsätta att vara av mer övergripande karaktär med centralt ansvar för planeringen av verksamhetens omfattning och inriktning, tillsyn m.m. Laboratoriets funktion borde, som hittills, främst vara av verkställande karaktär och den epidemiologiska avdelningen borde ligga kvar vid laboratoriet med i huvudsak oförändrade uppgifter. Frågan om laboratoriets organisation har ännu inte avgjorts utan bereds f.n. inom regeringskansliet.

Det är utredarens uppfattning att det för smittskyddet är nödvändigt med ett nationellt expertorgan som följer och analyserar epidemiläget nationellt och internationellt. Kompetens och resurser för denna verksamhet finns hos laboratoriet. Utredaren utgår från att den epidemiologiska verksamheten vid laboratoriet kommer att finnas kvar även i framtiden med i huvudsak oförändrad inriktning. Mot den bakgrunden anser utredaren att statens bakteriologiska laboratorium skall ha rollen som expert och rådgivare inom smittskyddet.

Utredaren anser att laboratoriet bör ha kvar sina nuvarande uppgifter inom smittskyddet. Det bör verka i kraft av sin vetenskapliga och kunskapsmässiga kompetens. Några myndighetsuppgifter inom smittskyddet bör inte läggas på laboratoriet. Laboratoriet bör biträda socialstyrelsen i dess tillsynsverksamhet över smittskyddet. Laboratoriet bör vidare följa det epidemiologiska läget inom och utom landet och ta initiativ till undersökningar och åtgärder som behövs. Ansvaret för undersökningar av och åtgärder mot enskilda personer skall dock ligga på smittskyddsläkarna. Laboratoriet bör stödja smittskyddsläkarna och annan personal inom smittskyddet genom rådgivning och information. Laboratoriet bör också, i likhet med tidigare, bedriva fältundersökningar, forskningsverksamhet, viss utbildning m.m. Eftersom laboratoriet således inte ges några myndighetsfunktioner inom smittskyddet är det enligt utredarens mening lämpligast att laboratoriets uppgifter inom smittskyddet även i fortsättningen läggs fast i laboratoriets instruktion och inte i smittskyddslagen.

1.4.5 Normalreglementet för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande bör upphävas

För att kunna bedriva ett effektivt arbete mot tuberkulosen inrättades år 1914 en särskild dispensärorganisation. I samband med den gällande smittskyddslagens tillkomst år 1968 omorganiserades verksamheten. Dispensärorganisationen regleras numera av normalreglementet för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande, fastställt av socialstyrelsen den 8 november 1968.

I anledning av översynen av smittskyddsförfattningarna har det till utredaren framställts önskemål om att dispensärorganisationen skall leva kvar. Utredarens förslag till smittskyddslag innebär emellertid att landstingen, såsom ansvariga för smittskyddet, i huvudsak själva får organisera smittskyddsverksamheten. Skulle riksdagen på detta sätt överlåta ansvaret för smittskyddsorganisationen på landstingen anser utredaren att det bör ankomma på huvudmännen att också ta ställning till hur smittskyddet mot tuberkulosen bör organiseras i landstingen. Med hänsyn härtill föreslår utredaren att normalreglementet för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande upphävs.

Det bör emellertid i detta sammanhang framhållas att arbetet som hittills har bedrivits inom dispensärverksamheten, och sedermera även inom lungklinikerna, har varit framgångsrikt och att personalen har fått värdefulla kunskaper om och erfarenheter av hur tuberkulosen kan bekämpas. Det är utredarens uppfattning att dessa resurser bör tas till vara när landstingen tar ställning till hur smittskyddet skall organiseras. Det är möjligt att dispensärverksamheten därvid framstår som en lämplig organisationsform i många landsting. Dispensärerna har hittills skött arbetet självständigt och endast anlitat distriktsläkare och miljö- och hälsoskyddsnämnder för tvångsåtgärder. Smittskyddsläkaren bör kunna samarbeta med dispensären på liknande sätt, modifierat efter de krav den nya smittskyddslagen ställer.

Om normalreglementet upphävs försvinner däri reglerad skyldighet för dispensärerna att föra register över aktiva tuberkulosfall och förteckning över icke-aktiva fall samt att lämna uppgifter till Svenska Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar och till de militära myndigheterna. Frågan uppkommer då om det finns behov av att reglera dessa skyldigheter på annat sätt.

Vad först avser dispensärernas tuberkulosregister och förteckningar över icke-aktiva fall anser utredaren att det inte finns skäl att i det avseendet behandla tuberkulosen annorlunda än andra allmänfarliga sjukdomar. Smittskyddsläkaren, som enligt den föreslagna smittskyddslagen har ansvaret för de smittade inom landstinget, kan behöva föra en särskild förteckning eller ett speciellt register över aktuella fall. Såsom närmare kommer att redogöras för under avsnittet 1.6.9 föreslår emellertid utredaren inte någon föreskrift i smittskyddslagen om en allmän skyldighet att föra register över aktuella fall. Det bör i stället överlåtas på varje landsting att själva organisera arbetet på lämpligt sätt. Föreskriften i normalreglementet om skyldigheten att föra tuberkulosregister bör således inte ersättas med någon annan föreskrift.

Beträffande dispensärernas skyldighet att till Svenska Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar månatligen lämna uppgifter om vilka personer som förts in och ur tuberkulosregistret gör utredaren följande bedömning. Nationalföreningen är en privat intresseorganisation, vars syfte är att verka för bekämpandet av bl.a. tuberkulos. Sekretesslagen omfattar endast "det allmännas verksamhet". Den omfattar således inte den verksamhet som bedrivs hos föreningen.

Det är viktigt att den enskildes rätt till integritet beaktas. Varje fall anmäls till Nationalföreningen med utförliga uppgifter och fullständig identifikation. Registret används främst för forskningsändamål men också för att övervaka epidemiläget. Det kan dessutom utgöra underlag för beslut om program för hälsokontroller och vaccinationer. Enligt förslaget till ny smittskyddslag — liksom enligt gällande lag — skall alla fall av konstaterad eller misstänkt tuberkulos anmälas förutom till smittskyddsläkaren också till statens bakteriologiska laboratorium (se avsnitt 1.5.3). Det är utredarens uppfattning att det är tillräckligt med denna centrala rapportering för att kunna övervaka epidemiläget och få underlag till hälsokontroller m.m. Någon rapporteringsskyldighet till Nationalföreningen i fråga om tuberkulosfall synes därför inte motiverad av detta skäl. Registrets huvudsakliga användningsområde och största värde är emellertid forskningsändamål. Enligt utredarens uppfattning är det inte nödvändigt att för detta syfte upprätta omfattande personregister. De uppgifter som finns hos föreningen kan mycket väl användas för forskning även om uppgifter om namn och personnummer stryks ur registret. På så sätt kan Nationalföreningen fortsätta sitt värdefulla arbete utan att komma i konflikt med kravet på skydd för de tuberkulossjukas identitet och personliga förhållanden. Någon uttrycklig författningsföreskrift om anmälningsskyldighet till registret torde under sådana omständigheter inte vara nödvändig. Utredaren anser det lämpligare att Nationalföreningen och landstingen själva upprättar överenskommelser om rapportering från landstingen till föreningen. Sekretesslagens bestämmelser om sekretess inom hälso- och sjukvården förhindrar då att de enskildas identitet röjs. Nationalföreningens centrala tuberkulosregister bör således betraktas som en resurs för tuberkulosforskning och tuberkulosbekämpning, men inte som ett personregister där enskilda individer kan identifieras med namn eller personnummer.

Vad slutligen gäller dispensärernas skyldighet enligt normalreglementet att rapportera aktiva fall till de militära myndigheterna kan konstateras att Kungl. kungörelse (1969:379) om inskrivning och redovisning av värnpliktiga innehåller en motsvarande bestämmelse. Denna bestämmelse torde vara tillräcklig för att personer med tuberkulos skall rapporteras till de militära myndigheterna. Eftersom dispensärerna inte längre finns i varje landsting, och med utredarens förslag kan komma att reduceras ytterligare, bör det vara smittskyddsläkarens uppgift att rapportera till de militära myndigheterna. Inskrivningskungörelsen bör därför justeras med hänsyn härtill. Det bör därvid uppmärksammas att även kvinnor numera är verksamma inom försvaret.

1.5 Anmälan om sjukdomar

FÖRSLAG

Läkare skall även fortsättningsvis vara skyldiga att anmäla fall av allmänfarlig sjukdom. Nuvarande skyldighet för hushållsföreståndare m.fl. att göra sådana anmälningar upphör. Läkarnas anmälningsskyldighet gäller också vid andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga. Även anmärkningsvärda anhopningar av fall av andra smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar skall anmälas. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium.

1.5.1 Endast läkare skall ha skyldighet att anmäla fall av smittsamma sjukdomar

Regler om skyldighet att anmäla olika smittsamma sjukdomar finns enligt gällande rätt både i smittskyddslagen och i smittskyddskungörelsen. I den förra regleras anmälningsskyldigheten för allmänheten, medan den senare tar upp läkarnas anmälningsskyldighet.

Enligt smittskyddslagen skall hushållsföreståndare underrätta distriktsläkaren eller motsvarande läkare om det finns anledning att befara att fall av allmänfarlig sjukdom inträffat inom hushållet och den sjuke inte behandlas av läkare. Motsvarande anmälningsskyldighet föreligger för föreståndare för hotell, pensionat o.d. Befälhavare på fartyg är uppgiftsskyldig i fråga om sjukdomsfall ombord på fartyget. Den som åsidosätter anmälningsskyldigheten kan dömas till böter.

Motivet för föreskriften om anmälningsskyldighet för allmänheten är att alla fall av allmänfarlig sjukdom skall bli kända så att vidare smittspridning kan förhindras. Det kan emellertid ifrågasättas om det fortfarande finns ett behov av en sådan skyldighet och om det över huvud är lämpligt med en allmän anmälningsskyldighet. Begreppet hushållsföreståndare används inte längre och någon motsvarande funktion finns egentligen inte heller. Ett alternativ till den gällande föreskriften skulle vara att ålägga envar skyldighet att anmäla misstanke om allmänfarlig sjukdom. Detta är dock olämpligt eftersom det skulle kunna leda till en känsla av angiveri och rubba förtroendet mellan läkare, patienter och allmänheten. Dessutom söker de flesta människor som blir sjuka numera självmant läkare för undersökning och vård. Därmed minskar behovet av denna form av anmälningsskyldighet. Därtill kommer svårigheterna för en lekman att avgöra om en allmänfarlig sjukdom föreligger. Eftersom allmänhetens anmälningsskyldighet sålunda synes kunna undvaras ur smittskyddssynpunkt föreslår utredaren att föreskriften avskaffas. Inriktningen bör i stället vara att allmänheten skall få så god information om de allmänfarliga sjukdomarna att den som misstänker att han är sjuk på eget initiativ söker vård.

Med utredarens förslag upphör också befälhavarnas skyldighet enligt smittskyddslagen att anmäla sjukdomsfall ombord. Kvar finns emellertid internationella bestämmelser på området beträffande de s.k. karan-

tänssjukdomarna (pest, kolera och gula febern). I avsnittet 1.8 redogörs närmare för karantänsfrågorna.

I detta sammanhang bör erinras om att andra myndigheter än landstingen också arbetar med att bekämpa smittsamma sjukdomar och på så sätt kan komma i kontakt med allmänfarliga sjukdomar. Framför allt gäller detta miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Utredaren har övervägt att i lagform slå fast att också nämnderna skall ha en anmälningsskyldighet beträffande sådana aktuella sjukdomar som kommer till deras kännedom. Det absoluta flertalet av dessa sjukdomar kommer emellertid, som nyss har konstaterats, sannolikt till hälso- och sjukvårdens vetskap genom att de sjuka själva uppsöker läkare. Därför har utredaren avstått från att föreslå en sådan anmälningsskyldighet för nämnderna. Utredaren utgår dock ifrån att nämnderna även utan en sådan uttrycklig skyldighet kommer att underrätta och samarbeta med smittskyddsläkaren i de fall då det behövs ur smittskyddssynpunkt.

Däremot föreslår utredaren att det i den nya smittskyddslagen införs en bestämmelse om skyldighet för smittskyddsläkaren att underrätta miljö- och hälsoskyddsnämnden och andra tillsynsmyndigheter om sjukdomsfall, som kommit till smittskyddsläkarens kännedom, i de fall där objektinriktade åtgärder skulle kunna vidtas.

Skyldigheten för läkare att anmäla ifrågavarande sjukdomar, vilken nu regleras i kungörelsen och som självfallet bör vara kvar, bör enligt utredarens uppfattning föras in i lagen.

1.5.2 Obligatorisk anmälan vid allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar, m.m.

Den gällande smittskyddslagen delar in de smittsamma sjukdomarna i allmänfarliga, veneriska och övriga smittsamma sjukdomar. Anmälningsskyldighet föreligger för samtliga allmänfarliga och veneriska sjukdomar samt för vissa andra i smittskyddskungörelsen särskilt angivna sjukdomar.

Allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar

Huvudsyftet med anmälningsplikten enligt smittskyddsförfattningarna är att behövliga åtgärder mot smittspridning skall vidtas. Den föreslagna smittskyddslagen innehåller, till skillnad mot den gällande lagen, enbart föreskrifter om åtgärder mot sådana smittsamma sjukdomar som är allmänfarliga. Dessa sjukdomar bör självfallet vara anmälningspliktiga.

Det finns emellertid en rad allvarliga smittsamma sjukdomar som inte uppfyller förutsättningarna för allmänfarlighet t.ex. därför att smittspridning inte kan hindras genom personinriktade åtgärder eller därför att det inte finns några lämpliga åtgärder att vidta mot sjukdomarna. Det finns också allvarliga smittsamma sjukdomar som på grund av andra överväganden inte har ansetts böra vara allmänfarliga, t.ex. därför att smittskyddslagens tvångsregler anses försvåra behandlingen av sjukdomen och därmed också smittskyddet, såsom vid gonorré och klamydiainfektion. Trots detta kan det föreligga ett behov av att sjukdomarna

rapporteras så att ingripanden kan ske med stöd av annan lag eller för att man skall kunna följa sjukdomarnas utbredning o.d. Dessa sjukdomar uppmärksammas ofta, i likhet med de allmänfarliga, först inom hälso- och sjukvården. Det vore därför lämpligt att samordna anmälningsförfarandet för alla dessa sjukdomar med de allmänfarliga sjukdomarna i smittskyddslagen.

Vilka sjukdomar det gäller bör lika litet som de allmänfarliga anges direkt i lagen. Behovet av att en viss sjukdom är anmälningspliktig kan variera med tiden och listan på dessa sjukdomar bör lätt kunna ändras. Regeringen bör därför, liksom vid de allmänfarliga, kunna bestämma vilka sjukdomar det gäller. Till skillnad från de allmänfarliga sjukdomarna knyts inga skyldigheter för de enskilda eller tvångsåtgärder till dessa sjukdomar. Några särskilda krav från rättssäkerhetssynpunkt på att i lagen ange kritierier på sjukdomarna e.d. behöver således inte ställas i detta sammanhang. Följande sjukdomar föreslås ingå:

Botulism
Gonorré
Klamydiainfektion
Legionärssjuka
Malaria
Mikrobiell matförgiftning
Ornitos
Rabies
Stelkramp
Trikinos
Tularemi

I bilaga 3 redogörs närmare för utredarens överväganden beträffande bl.a. dessa sjukdomar (om gonorré och klamydainfektion se dock avsnitt 1.2.4).

Mot bakgrund av vad som har anförts föreslår utredaren att obligatorisk anmälningsskyldighet bör föreligga vid de allmänfarliga sjukdomarna samt vid de andra här åsyftade sjukdomarna.

Anmärkningsvärd anhopning av fall av andra misstänkt smittsamma sjukdomar

Då och då förekommer det större utbrott av andra sjukdomar som är eller kan misstänkas vara smittsamma, men som inte ingår bland de ovan angivna sjukdomarna. Det kan vara en tidigare inte känd sjukdom eller en ny form av en "gammal" sjukdom. Exempel på sådana icke tidigare kända, till synes smittsamma, sjukdomar är "Buasjukan" och "Ockelbosjukan". Om sjukdomen kan misstänkas vara allvarlig är det viktigt att sådana utbrott snabbt kommer till ansvariga myndigheters kännedom så att utredningar och undersökningar kan påbörjas och ev. åtgärder mot smittspridning kan vidtas. Vid prövningen av om sjukdomen är att anse som allvarlig bör man kunna hämta ledning av de två första kriterierna på allmänfarlighet. Även vissa tidigare kända sjukdomar är sådana att de bör anmälas om de uppträder i en anmärkningsvärd anhopning.

På grund av det angivna och vad som ovan har anförts om fördelarna med ett samordnat anmälningsförfarande anser utredaren att också anmärkningsvärda anhopningar av fall av smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar bör anmälas enligt smittskyddslagen.

Utredaren föreslår därför att en anmälningsskyldighet skall gälla också i dessa fall. Detta är en utvidgning av vad som gäller f.n. Utredaren anser att det bör ankomma på socialstyrelsen att närmare utarbeta vilka kända smittsamma sjukdomar det gäller.

Riktade undersökningar

Under begränsade perioder kan det finnas behov av att följa en viss smittsam sjukdom, t.ex. för att undersöka effekten av pågående vaccinationsprogram mot exempelvis påssjuka, mässling och röda hund. I dessa fall anser utredaren att riktade undersökningar bör användas, som bygger på frivilliga överenskommelser om rapportering av en viss sjukdom. Dessa undersökningar bör också ersätta den obligatoriska s.k. tjänsteläkarrapporten. Socialstyrelsen har här med stöd av bemyndigande i smittskyddskungörelsen utnyttjat sin befogenhet att föreskriva anmälningsskyldighet också för andra smittsamma sjukdomar än de som anges i smittskyddskungörelsen. Tjänsteläkarrapporterna har emellertid kritiserats av bl.a. läkarna därför att de anses otillförlitliga och betungande. Genom frivilliga överenskommelser om rapportering av vissa sjukdomar kan antalet rapportörer begränsas, varvid man kan förvänta sig att intresset för uppgiften blir större och därmed kvaliteten på rapporterna högre. Genom samverkan mellan socialstyrelsen, landsting, högskolor och statens bakteriologiska laboratorium bör det vara möjligt att genomföra sådana undersökningar. Med detta förslag strävar utredaren efter att minska den obligatoriska anmälningsskyldigheten så långt som möjligt. Det kan i detta sammanhang även erinras om de mikrobiologiska laboratoriernas rapportering till statens bakteriologiska laboratorium. Denna rapportering, som är frivillig, avser ett sjuttital olika bakterier, parasiter, virus och andra smittämnen.

1.5.3 Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren samt till statens bakteriologiska laboratorium

Mottagare av anmälan är enligt den nuvarande smittskyddslagen smittskyddsläkaren samt i vissa fall också miljö- och hälsoskyddsnämnden och distriktsläkaren. Förhållandena varierar beroende på vilken läkare som gör anmälan och om det är en venerisk eller annan anmälningspliktig sjukdom. Vid annan anmälningspliktig sjukdom än venerisk skall anmälan också göras till statens bakteriologiska laboratorium. Rapporteringsvägarna måste i den nya smittskyddslagen anpassas till den förändrade organisation som utredaren föreslår.

Anmälan till smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkaren har enligt lagförslaget ansvaret i landstinget för att utredningar och åtgärder kommer till stånd beträffande de allmänfarliga sjukdomarna. Det är därför naturligt att alla allmänfarliga sjukdomar anmäls till smittskyddsläkaren.

För övriga anmälningspliktiga sjukdomar finns det inte några före-

skrifter om ingripanden i smittskyddslagen. Smittspridning vid dessa sjukdomar förhindras oftast genom ingripanden mot egendom och djur med stöd av annan lagstiftning. Att i smittskyddslagen föreskriva en anmälningsskyldighet för dessa sjukdomar är som framgår av föregående avsnitt snarast att se som en praktisk lösning för att få en samlad bestämmelse om rapportering av de aktuella sjukdomarna som uppmärksammas inom hälso- och sjukvården. Utredaren anser att rapporteringsvägarna bör vara så enkla som möjligt och att föreskrifterna härom bör vara lätta att tillämpa för den rapporterande läkaren. Ofta kan det vara fråga om pressade situationer där en snabb handläggning är viktig. För läkaren kan det vara praktiskt om all rapportering sker enhetligt och på gemensam blankett. Utredaren anser därför att samma regler bör gälla oavsett om sjukdomen tillhör de allmänfarliga eller övriga anmälningspliktiga sjukdomar. Det bör sedan ankomma på smittskyddsläkaren att göra en bedömning av anmälningarna. Kan objektinriktade åtgärder komma ifråga bör smittskyddsläkaren skyndsamt underrätta berörd tillsynsmyndighet.

Det är utredarens uppfattning att effektiviteten och tillförlitligheten i anmälningarna ökar om rapporteringen av allvarliga smittsamma sjukdomar på detta sätt samlas i smittskyddslagen även om lagen inte direkt reglerar åtgärder mot alla sjukdomarna. Ett enhetligt anmälningssystem bör enligt utredaren gagna samhällets samlade insatser för att bekämpa de smittsamma sjukdomarna. Med hänsyn till det anförda föreslår utredaren att alla allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar anmäls till smittskyddsläkaren.

Anmälan till statens bakteriologiska laboratorium

Statens bakteriologiska laboratorium skall övervaka epidemiläget i landet som helhet och inte enbart i de enskilda landstingen. Om det finns misstanke om en gemensam smittkälla för flera landsting bör laboratoriet underrätta berörda smittskyddsläkare för att åstadkomma ett samarbete vid bekämpandet av smittan. Dessa arbetsuppgifter för laboratoriet förutsätter att laboratoriet även i fortsättningen får anmälan om fall av allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar samt sådana epidemiologiska fakta som krävs för att kunna utreda smittvägar och spåra smittkällor. Mot detta kan invändas att uppgifter om den enskilde och hans personliga förhållanden inte bör samlas centralt på detta sätt. Det bör emellertid i detta sammanhang betonas att uppgifterna i anmälan är sekretessbelagda enligt sekretesslagen och följaktligen inte får lämnas ut till obehöriga. Utredaren har inhämtat att laboratoriet registrerar inkomna anmälningar med hjälp av automatisk databehandling. I registret lagras uppgifter om vilken sjukdom anmälan avser samt födelsetid, kön och hemort på den enskilde. Däremot innehåller registret inte namn på den enskilde eller uppgifter om den enskildes personliga förhållanden. När sådana uppgifter behövs för arbetet med att spåra smittan måste dessa inhämtas från originalanmälningarna. För utredaren är denna ordning tillfredsställande. Den förbättras ytterligare genom att laboratoriet kommer att få en egen dataanläggning i stället för att som

nu sker använda en terminal ansluten till en annan anläggning. Med hänsyn till vad som här har anförts föreslår utredaren att laboratoriet bör få tillgång till alla anmälningar om allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar med samtliga uppgifter som behövs för att spåra smittan.

Eftersom det många gånger är väsentligt med snabba ingripanden för att hindra smittspridning är det viktigt att laboratoriet får anmälningarna så snabbt som möjligt. Detta talar för att anmälan bör gå direkt från läkaren till laboratoriet. Nackdelen med ett sådant förfarande är att det möjligen kan leda till osäkerhet om vem som har utredningsansvaret. Detta motiverar emellertid inte att anmälan skall gå via smittskyddsläkaren med därigenom uppkomna tidsförluster. Utredaren föreslår därför en direktanmälan till statens bakteriologiska laboratorium från varje läkare. Detta är en viss utvidgning mot vad som gäller enligt nuvarande smittskyddsförfattningar så till vida att de veneriska sjukdomarna inte skall anmälas till laboratoriet.

1.6 Olika personinriktade åtgärder för att hindra smittspridning, m.m.

FÖRSLAG

Endast smittskyddsläkaren skall kunna besluta om läkarundersökning och isolering på sjukhus av den enskilde. Enbart dessa åtgärder får genomföras med tvång. Medicinsk behandling får bara ges med den enskildes samtycke och får således inte genomföras med tvång. Smittskyddsläkaren får ge den enskilde förhållningsregler som denne är skyldig att följa. Förhållningsreglerna får dock inte avse medicinsk behandlling. Alla läkare får enligt lagen skyldighet att ge information och råd till de smittade. Bestämmelsen om isolering av befolkningen inom ett visst område behövs inte längre och skall därför upphöra att gälla. Smittskyddsläkarens beslut skall kunna överklagas hos länsrätten. Undersökning, vård och behandling, som meddelas genom landstingen och som behövs ur smittskyddssynpunkt, skall i huvudsak vara kostnadsfria för den enskilde.

I utredarens förslag till smittskyddslag definieras smittskydd som "personinriktade åtgärder för att hindra att smittämnen som kan orsaka allmänfarliga sjukdomar sprids bland människor". Den föreslagna lagen reglerar således, till skillnad från den nuvarande, enbart åtgärder riktade mot människor. Skälen härför har utvecklats närmare i avsnitt 1.3.2. Det finns en rad olika personinriktade åtgärder som kan tillgripas för att hindra smittspridning. Åtgärderna kan vara både allmänna vilka riktar sig till ett flertal, exempelvis information och undervisning, eller speciella vilka riktar sig till en enskild person, t.ex. anmodan att söka läkare. Smittskyddslagen omfattar såväl åtgärder som är frivilliga för den enskilde som sådana där den enskilde kan tvingas att underkasta sig dem. De viktigaste åtgärderna som kan bli aktuella i det enskilda fallet är:

- läkarundersökning
- information och rådgivning
- förhållningsregler
- medicinsk behandling
- isolering på sjukhus

I det följande redovisas de olika åtgärderna mer detaljerat. Därutöver redogörs för vissa frågor som har samband med dessa åtgärder.

1.6.1 Läkarundersökning

Reglerna i gällande lag om skyldigheten att låta läkarundersöka sig är olika för de allmänfarliga och de veneriska sjukdomarna. Vid allmänfarlig sjukdom är den enskilde skyldig att på anfordran av distriktsläkaren låta läkarundersöka sig. Den som har anledning att anta att han lider av en venerisk sjukdom är däremot skyldig att själv söka läkare. Om han åsidosätter detta skall smittskyddsläkaren anmana honom att söka läkare. Underlåter han även anmaningen kan länsstyrelsen besluta att han skall inställa sig hos läkare för undersökning.

Syftet med läkarundersökningen är i första hand att försöka klarlägga vilket smittämne och vilken sjukdom det är fråga om. Eftersom läkarundersökning oftast är en förutsättning för att ytterligare åtgärder skall kunna vidtas måste också den nya smittskyddslagen innehålla regler om i vilka fall den enskilde är skyldig att söka läkare.

Utredaren har övervägt att införa en allmän skyldighet att söka läkare, likt den som f.n. gäller vid de veneriska sjukdomarna, för den som vet eller misstänker att han har en allmänfarlig sjukdom eller bär smitta som kan orsaka en sådan sjukdom. Efterlevnaden av en sådan skyldighet är dock svår att kontrollera. Det kan också förutsättas att de flesta numera självmant söker läkare i dessa fall. Någon allmän skyldighet att söka läkare synes således inte motiverad. I det enskilda fallet kan det emellertid finnas ett behov av att kunna ålägga den som inte på eget initiativ söker läkare en sådan skyldighet. T.ex. för att utröna om en allmänfarlig sjukdom föreligger, men också för att undersöka om någon som tidigare har insjuknat i en sådan sjukdom fortfarande bär smittämnet. Ett villkor bör dock vara att läkarundersökningen behövs just från smittskyddssynpunkt och inte är endast medicinskt motiverad. En uppmaning att söka läkare bör lämpligen ges av smittskyddsläkaren. Utredaren föreslår därför att smittskyddsläkaren skall kunna anmoda den enskilde att söka läkare för undersökning och att den enskilde skall vara skyldig att följa anmaningen. Den anmodade kan därvid själv välja vilken läkare han vill uppsöka.

Om anmodan till den enskilde att söka läkare inte följs föreslår utredaren att smittskyddsläkaren skall kunna besluta att den enskilde skall inställa sig hos en viss angiven läkare för undersökning. Om möjligheterna att använda tvång och biträde av polismyndighet för verkställighet av beslut om läkarundersökning kommer att redogöras för i avsnittet 1.6.7.

I allmänhet behöver den undersökande läkaren säkerställa den kliniska diagnosen genom laboratorieundersökningar och liknande. För att

läkarundersökningen skall fylla sin funktion måste läkaren, i likhet med vad som nu gäller, få göra sådana undersökningar och ta sådana prov som behövs för att fastställa om en allmänfarlig sjukdom föreligger. Den enskilde bör emellertid endast vara skyldig att tillåta undersökningar och prov som behövs för smittskyddet, inte som underlag för behandling o.d.

1.6.2 Information och rådgivning

I gällande smittskyddslag finns inte några föreskrifter om läkarnas informationsskyldighet till den enskilde. I smittskyddskungörelsen anges dock att den läkare som undersöker eller behandlar någon med konstaterad eller misstänkt allmänfarlig sjukdom skall meddela föreskrifter för att hindra spridning av smittan. Motsvarande föreskrift finns vad gäller venerisk sjukdom.

Informations- och upplysningsverksamhet är enligt utredaren en mycket väsentlig del av smittskyddsarbetet. Mer ingripande åtgärder kan ofta undvikas om den enskilde har kunskaper om sjukdomen och dess spridningsmönster. Därför bör det i lagen införas regler om att den som har smittats av en allmänfarlig sjukdom skall få information om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om hur smittspridning kan undvikas. Det senare kan gälla hygieniska råd, t.ex. att den enskilde inte bör laga mat åt andra, inte använda toaletter som andra använder eller ha sådan kontakt med andra att smittämnen kan överföras, t.ex. sexuellt umgänge.

Det är ofta angeläget att den smittade snabbt kan få denna information så att vidare smittspridning kan förhindras. Informationen och rådgivningen bör därför kunna ges av varje läkare i samband med undersökningen av patienten. Det är också värdefullt för den enskilde att inte behöva ha kontakt med en rad läkare och befattningshavare endast av det skälet att han har fått en allmänfarlig sjukdom. Smittskyddsarbetet kan bl.a. på så sätt till stor del bedrivas "på fältet" i nära kontakt med patienterna. Denna informations- och rådgivningsskyldighet för läkarna bör ses som en del av den övergripande informationsskyldighet som föreligger enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Varje läkares skyldighet i detta avseende bör komma till uttryck i smittskyddslagen.

Utredaren föreslår på grund av det anförda att det i lagen föreskrives att alla läkare har en sådan informations- och rådgivningsskyldighet som nu har redogjorts för. Det bör emellertid redan i detta sammanhang påpekas att den enskilde inte har någon i lagen uttryckt skyldighet att följa dessa råd. Endast smittskyddsläkaren skall kunna ge bindande förhållningsregler. Detta kommer att utvecklas i nästkommande avsnitt.

Ytterligare frågor kring information kommer att behandlas i avsnittet 1.6.9.

1.6.3 Förhållningsregler

Om en person med allmänfarlig sjukdom behandlas i öppen vård skall, enligt gällande smittskyddslag, distriktsläkaren, stadsläkaren eller motsvarande läkare meddela föreskrifter om isolering och inskränkning i

den enskildes verksamhet. Den som bryter mot föreskrifterna kan dömas till böter. Beträffande de veneriska sjukdomarna stadgas i lagen att den enskilde skall följa de föreskrifter läkaren meddelar om bl.a. åtgärder för att hindra smittspridning.

Utredaren bedömer att det är nödvändigt att också i framtiden ha en bestämmelse av ungefär liknande innehåll. Som framgår av föregående avsnitt anser utredaren att varje läkare skall ha en lagstadgad skyldighet att ge den enskilde råd om vilka åtgärder som kan vidtas för att hindra smittspridning. Någon uttrycklig skyldighet att följa de råd som läkaren ger bör den enskilde emellertid inte ha. Åtgärderna kan i många fall innebära omfattande begränsningar i den enskildes personliga frihet. Eftersom "varje" läkare, oavsett kompetens inom smittskyddsfrågor, formlöst skall lämna råd om sådana åtgärder skulle det vara obilligt ur rättssäkerhetssynpunkt om råden var tvingande. Om en anvisning om smittförebyggande åtgärder skall vara tvingande måste det i stället krävas att ett formellt beslut om åtgärden fattas. Beslutet bör föregås av en kvalificerad bedömning i det enskilda fallet om behovet av åtgärden. Det bör emellertid inte krävas att beslutsfattaren har gjort en egen undersökning av den enskilde, utan beslutet kan grundas på journalanteckningar, läkarintyg och andra handlingar i ärendet. Smittskyddsläkaren bör enligt utredaren vara väl lämpad att göra sådana bedömningar. Om den enskilde av olika skäl inte följer givna råd eller när råd inte är tillräckliga, eller om det av andra skäl är påkallat att få en tvingande åtgärd till stånd bör smittskyddläkaren fatta ett formellt beslut om vad den enskilde har att iaktta för att hindra smittspridning. Mot denna bakgrund föreslår utredaren att enbart smittskyddsläkaren skall kunna besluta om åtgärder som den enskilde är skyldig att följa. Eftersom termen föreskrifter används för författningsregler anser utredaren att de regler smittskyddsläkaren beslutar om bör benämnas förhållningsregler.

Förhållningsreglerna bör i princip avse samma typ av åtgärder som den enskilde läkarens råd. Som kommer att framgå av nästa avsnitt föreslår utredaren att ingen skall vara skyldig att underkasta sig medicinsk behandling. Eftersom förhållningsreglerna är tvingande kan de således inte avse sådana smittförebyggande åtgärder som medför medicinsk behandling.

Till förhållningsreglerna bör även i fortsättningen knytas ansvarsbestämmelser som innebär att böter skall kunna ådömas den som inte följer smittskyddsläkarens förhållningsregler (se vidare avsnitt 1.7.3). Det bör därvid observeras att det således i dessa fall krävs ett beslut om åtgärden av smittskyddsläkaren. En enskild läkares råd om åtgärden är sålunda inte tillräcklig för att underlåtenhet att iaktta åtgärden skall kunna föranleda böter.

1.6.4 Medicinsk behandling

Nu gällande smittskyddslag föreskriver att den som lider av venerisk sjukdom är skyldig att "underkasta sig den behandling som behövs" och "följa de föreskrifter, som läkaren meddelar om sjukdomens vidare behandling". Beträffande de allmänfarliga sjukdomarna stadgas att den

som är intagen på sjukhus är skyldig att "underkasta sig nödvändig vård". Motsvarande föreskrift finns även för de veneriska sjukdomarna.

Utredaren tolkar bestämmelserna så att medicinsk behandling får förekomma även utan den enskildes samtycke. Lämpligheten och behovet härav kan dock starkt ifrågasättas.

Medicinsk behandling av personer som har drabbats av en smittsam sjukdom sker vanligen med läkemedel vari inbegrips vacciner. Läkemedel kan användas dels för att befria den smittade från smittämnet, dels för att förebygga sjukdom hos dem som riskerar att utsättas för smittämnet. Medicinsk behandling i smittskyddssammanhang kan emellertid också innebära andra behandlingsmetoder än med läkemedel t.ex. kirurgiska.

Medicinsk behandling kan ofta vara en effektiv åtgärd för att hindra att smittämnen förs vidare. Med den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) slås emellertid fast att hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. I lagen föreskrivs att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Erfarenheter från den gällande smittskyddslagen tyder på att flertalet låter sig behandlas om en sådan möjlighet finns. Det finns dock ett fåtal som inte vill ha behandling. Det kan bero på bl.a. deras livsåskådning, religion eller på att de misstror hälso- och sjukvården eller smittskyddet. Det är utredarens uppfattning att tvångsbehandling inte är nödvändig för att bedriva ett effektivt smittskydd. Det är idag också ytterst sällsynt att tvång kommer till användning i dessa situationer. Sett enbart från smittskyddssynpunkt räcker det för att hindra smittspridning att den enskilde isoleras från omgivningen, antingen i hemmet eller på sjukhus. Utredaren föreslår mot denna bakgrund och med beaktande av grundsynen i hälso- och sjukvårdslagen att den enskilde inte längre skall vara skyldig att underkasta sig medicinsk behandling.

1.6.5 Isolering på sjukhus

Vid allmänfarlig sjukdom är den enskilde enligt nuvarande smittskyddslag skyldig att låta inta sig på sjukhus för vård, om han inte kan behandlas i öppen vård med hänsyn till risken för smittspridning. Distriktsläkaren, stadsläkaren eller motsvarande läkare skall besluta om intagningen. Vid venerisk sjukdom är den enskilde skyldig att låta sig intas på sjukhus om han anmanas till det av den särskilt utsedde läkaren inom landstinget och det finns grundad anledning att befara att smittan sprids. Om den enskilde underlåter att låta sig intas på sjukhus kan länsrätten besluta om intagningen.

Huvudregeln i den gällande smittskyddslagen är således vid allmänfarlig sjukdom att den enskilde skall tas in på sjukhus. I praktiken är det emellertid numera sällsynt att någon tas in på sjukhus på grund av smittrisken. Vanligen räcker det med hygienförekrifter och eventuella föreskrifter om isolering i hemmet. När någon vårdas på sjukhus för en allmänfarlig sjukdom beror det i allmänhet på att vården behövs för att patienten skall bli frisk. Med hänsyn till detta anser utredaren att intag-

ning på sjukhus inte bör vara huvudregel i den nya smittskyddslagen. Frågan om öppen eller sluten vård bör i stället avgöras utifrån behovet i det enskilda fallet. Medicinsk behandling bör emellertid, som framgår av föregående avsnitt, vara helt frivillig för den enskilde och den som är inlagd på sjukhus för behandling bör kunna avbryta den när han önskar och lämna sjukhuset.

För ett effektivt smittskydd krävs det dock tillgång till effektiva åtgärder som ytterst kan tillgripas för att hindra smittspridning när inga andra möjligheter återstår och som den enskilde är skyldig att underkasta sig. För detta ändamål anser utredaren att isolering på sjukhus bör kunna komma ifråga. Syftet med åtgärden skall alltså inte vara att behandla eller vårda den enskilde utan enbart att som en sista möjlighet förhindra smittspridning.

Att vara skyldig att låta sig isoleras på sjukhus innebär ett stort ingrepp i den enskildes personliga förhållanden och integritet. Därför är det ur rättssäkerhetssynpunkt viktigt att förutsättningarna för när isolering skall kunna komma ifråga preciseras noga. En grundläggande förutsättning bör således vara att det måste föreligga en risk för smittspridning. Vidare bör det krävas att isoleringen framstår som den enda tänkbara åtgärden mot smittspridning eller att den enskilde inte kan eller vill medverka till andra åtgärder.

Frågan om isolering på sjukhus måste ofta handläggas skyndsamt. Samtidigt måste beslut av detta slag vara välgrundade och bygga på en sakkunnig bedömning av förhållandena i det enskilda fallet. Mot bakgrund av dessa omständigheter anser utredaren att smittskyddsläkaren är väl lämpad att fatta dessa beslut. Utredaren har övervägt om det bör stadgas en särskild skyldighet för smittskyddsläkaren att inom en viss angiven tid ompröva isoleringsbeslutet. Det har emellertid inte ansetts nödvändigt utan utredaren utgår från att smittskyddsläkaren fortlöpande prövar om förutsättningarna för isolering på sjukhus är för handen. Om förutsättningarna inte längre föreligger bör isoleringen genast upphöra. I den gällande smittskyddslagen är det överläkaren eller motsvarande som beslutar om utskrivning av den intagne. Utredaren anser att det bör ankomma på smittskyddsläkaren att förordna att den enskilde inte längre skall vara isolerad. Överläkaren, eller motsvarande läkare som ansvarar för isoleringen på sjukhuset, skall då se till att patienten skrivs ut — självfallet under förutsättning att den enskilde inte frivilligt, av annan orsak, skall vara fortsatt intagen.

Av det anförda följer att det är utredarens uppfattning att isolering på sjukhus i den nya lagen bör reserveras för vissa speciella situationer. Den enskilde bör givetvis kunna tas in på sjukhus också i andra fall, för vård eller behandling eller liknande åtgärder, men härför krävs den enskildes samtycke.

Med hänsyn till vad som har anförts föreslår utredaren att smittskyddsläkaren under vissa, i lagen särskilt angivna, förutsättningar skall kunna besluta om isolering av den enskilde på sjukhus.

1.6.6 Isolering av befolkningen inom ett visst område

Vid allmänfarlig sjukdom kan, enligt gällande smittskyddslag, regeringen eller länsstyrelsen efter bemyndigande förordna om isolering av befolkningen inom ett visst område eller om jämförbar åtgärd.

Från medicinsk synpunkt kan denna åtgärd numera anses överflödig. En sådan åtgärd förutsätter att det förekommer ett stort antal sjuka eller smittbärare som inte har kunnat identifieras och därför inte har kommit under läkarvård. Det är osannolikt att en sådan situation kan uppkomma vid allmänfarliga sjukdomar. Med hänsyn till vad som anförts föreslår utredaren att bestämmelsen upphör att gälla.

1.6.7 Behovet av tvångsåtgärder i smittskyddslagen och rättssäkerhetsaspekter i samband med tvånget

Enligt gällande smittskyddslag får vid allmänfarlig sjukdom polishandräckning användas för att bl.a. genomföra beslut om läkarundersökning och intagning för vård på sjukhus. Vid venerisk sjukdom finns motsvarande bestämmelser. Begäran om handräckning skall göras av miljö- och hälsoskyddsnämnden resp. den av landstinget särskilt utsedde läkaren. Biträde av polis får också begäras om någon, som är skyldig att stanna kvar på sjukhuset, avviker därifrån. Smittskydsläkaren och överläkaren vid sjukhuset kan framställa en sådan begäran.

Den nuvarande smittskyddslagen bygger således, liksom tidigare lagstiftning och lagstiftning i andra länder, på att vissa smittförebyggande åtgärder mot den enskilde får vidtas med tvång. Bakgrunden härtill är naturligtvis att de allmänfarliga och veneriska sjukdomarna kan få stora konsekvenser för befolkningens hälsa om de sprids. De flesta människor som drabbats av en allmänfarlig sjukdom är emellertid vanligen villiga att medverka till de smittförebyggande åtgärderna. I många fall innebär också åtgärderna att den enskilde botas från sjukdomen eller får ett förbättrat hälsotillstånd. Även om så inte skulle vara fallet, utan åtgärderna enbart går ut på att hindra smittöverföring till andra är de som har drabbats av sjukdomen ändå oftast villiga att ta ansvar också för andras hälsa.

Utredaren anser att det är väsentligt att smittskyddslagen uttrycker en skyldighet för den enskilde att medverka till vissa åtgärder. Det gäller framför allt förpliktelser som att låta läkarundersöka sig, att följa smittskyddsläkarens förhållningsregler och att låta isolera sig på sjukhus. Detta har närmare redogjorts för i föregående avsnitt. För att ytterligare förstärka vikten av att dessa skyldigheter följs anser utredaren att den som åsidosätter dem skall kunna ådömas böter. Detta kommer att utvecklas närmare i avsnittet 1.7.3.

Emellertid ger dessa bestämmelser inte alltid en tillräcklig garanti för att den enskilde verkligen skall medverka till åtgärderna. För att ett effektivt smittskydd skall kunna bedrivas krävs det även i fortsättningen att vissa åtgärder kan få verkställas även om den enskilde inte är beredd att själv medverka till åtgärderna. Den enskildes rätt måste i dessa fall vika för samhällets intresse av att skydda befolkningen mot de allmän-

farliga sjukdomarna. Utredaren anser därför att tvång även i fortsättningen bör få användas mot enskilda i vissa situationer. De bör emellertid så långt möjligt begränsas till de absolut mest oundgängliga åtgärderna som behövs för att hindra smittspridning. Dessa bedömer utredaren vara läkarundersökning, som oftast är en förutsättning för fortsatta åtgärder samt isolering på sjukhus, som är en yttersta åtgärd att tillgripa när smittspridning inte kan hindras på annat sätt.

En förutsättning för att smittskyddslagen även i fortsättningen skall kunna innehålla föreskrifter om tvång mot den enskilde är att rättssäkerheten är tillgodosedd i den nya lagen. Ett allmänt villkor för beslut om läkarundersökning och isolering på sjukhus är att det föreligger en allmänfarlig sjukdom. För att regeringen skall kunna besluta att en sjukdom är allmänfarlig måste den uppfylla de kriterier som är angivna i lagen. Tillämpningsområdet för tvångsåtgärderna är således mycket begränsat eftersom endast ett fåtal sjukdomar fyller kriterierna på allmänfarlighet. Införandet av de tre kriterierna på allmänfarlighet ökar sålunda rättssäkerheten för den enskilde. Därtill kommer att i lagen uppställs ytterligare förutsättningar för att läkarundersökning resp. isolering på sjukhus skall få vidtas. Läkarundersökning får komma ifråga enbart om åtgärden behövs från smittskyddssynpunkt, dvs. då undersökningen är motiverad för att hindra smittspridning. Isolering på sjukhus får beslutas endast om det finns risk för smittspridning och isoleringen framstår som den enda tänkbara åtgärden för att hindra att smittan sprids eller den smittade inte kan eller vill medverka till andra åtgärder. Genom dessa olika förutsättningar preciseras användningen av tvånget ytterligare i den föreslagna lagen. Utredaren anser att skyddet för rättssäkerheten härigenom blir väl tillgodosett. Sett i förhållande till den gällande smittskyddslagen begränsas dessutom omfattningen av tvånget i lagförslaget genom att tvångsåtgärderna inskränks till läkarundersökning och isolering på sjukhus. Ingen skall längre kunna tvingas till medicinsk behandling.

Beslut om läkarundersökning resp. isolering på sjukhus fordrar ofta snabbhet. Det skulle innebära för stor tidsutdräkt om en särskild nämnd eller domstol skulle besluta om dessa åtgärder. Därför har i avsnitten 1.6.1 och 1.6.5 föreslagits att smittskyddsläkaren skall kunna fatta dessa beslut. Någon fara i rättssäkerhetshänseende torde detta inte innebära. I förhållande till nuvarande smittskyddslag innebär det en förbättring för den enskilde genom att besluten om tvång får fattas endast av en läkare, smittskyddsläkaren. Det för den enskilde mest ingripande beslutet är sannolikt beslut om isolering på sjukhus. Det skulle i dessa fall kunna tänkas att smittskyddsläkarens beslut härom automatiskt överprövades. Enligt den gällande smittskyddslagen har miljö- och hälsoskyddsnämnden rätt att på eget initiativ överpröva bl.a. distriktsläkarens beslut om intagning för vård på sjukhus. Utredaren anser emellertid att en föreskrift om överprövning inte behövs. Beslutet grundar sig på förekomsten av en allmänfarlig sjukdom och den kan vanligen påvisas direkt genom laboratorieanalyser. Detta förhållande underlättar bedömningen väsentligt. Därtill kommer att den enskilde själv med jämna mellanrum kan begära att smittskyddsläkaren omprövar sitt beslut om

isolering. Möjligheten att överklaga smittskyddsläkarens beslut finns självfallet också. Enligt utredarens bedömande får därför rättssäkerheten anses tillgodosedd även i detta avseende.

Med hänsyn till vad som här har angetts om behovet av tvångsåtgärder i smittskyddslagen och mot bakgrund av de rättssäkerhetsaspekter som har diskuterats i anslutning härtill föreslår utredaren att de båda åtgärderna läkarundersökning och isolering på sjukhus bör få genomföras även mot den enskildes vilja. Det har vid tillämpningen av den nuvarande lagen varit oklart om den som vårdas intagen på ett sjukhus får hållas kvar där mot sin vilja. Att han kan återföras om han har avvikit är dock klart. Utredaren anser att det av lagtexten klart bör framgå att den som är isolerad på sjukhus får hindras att lämna sjukhuset.

För att kunna genomföra beslut om läkarundersökning och isolering på sjukhus mot den enskildes vilja måste det finnas möjlighet att få hjälp av polis. Utredaren föreslår därför att smittskyddsläkaren skall ha rätt att begära biträde av polismyndighet för att verkställa dessa åtgärder. Polisbiträde bör också även i fortsättningen kunna tillgripas för att återföra den som avvikit från sjukhus där han skall vara isolerad. Utredaren föreslår dessutom att polisbiträde skall kunna användas för att hålla kvar en isolerad person på sjukhuset.

1.6.8 Överklagande av smittskyddsläkarens beslut

Besvärsreglerna i gällande smittskyddslagstiftning är invecklade. Vilken besvärsinstans som skall pröva det urprungliga beslutet enligt smittskyddslagen är beroende av både vilken myndighet som har fattat det ursprungliga beslutet och vad beslutet avser. Talan kan i de olika situationerna föras hos länsrätten, länsstyrelsen, kammarrätten och regeringen.

Beslutsfattare enligt den föreslagna lagen blir enbart smittskyddsläkaren. Besvärsreglerna kan därför förenklas avsevärt. De beslut som blir aktuella gäller läkarundersökning, förhållningsregler och isolering på sjukhus. Besluten rör således den enskildes personliga förhållanden och innebär ofta ingripanden i den enskildes rörelsefrihet. Beslut av detta slag prövas normalt av länsrätten. I den nuvarande lagen är länsrätten besvärsinstans i fråga om isolering på sjukhus vid allmänfarlig sjukdom. Denna ordning bör behållas och smittskyddsläkarens samtliga beslut bör kunna överklagas dit. Utredaren föreslår därför att länsrätten blir besvärsinstans i smittskyddslagen.

1.6.9 Information och upplysning samt sekretess

Information och upplysning

I avsnittet 1.6.2 har utredaren framhållit att det är viktigt att den enskilde får information om sin sjukdom och råd om vilka åtgärder som kan vidtas mot smittspridning. Utredaren har därför föreslagit att varje läkare skall åläggas en sådan informations- och rådgivningsplikt. I detta avsnitt behandlas frågan om hur dessa upplysningar kan kompletteras

med annan information till de enskilda samt vilka andra former av information som kan behövas.

Smittskyddsarbetet kan underlättas avsevärt om den som drabbas av en allmänfarlig sjukdom får klart för sig hälsoriskerna med sjukdomen, hur smittan kan spridas och behovet av åtgärder mot smittspridning. Intervjuer som utredaren har låtit göra med sjuka och smittbärare tyder på att de inte alltid får tillräcklig information i dessa avseenden. Förhållandena växlar beroende på vem som ger informationen och beroende på vilken infektion det gäller.

Alla läkare är i den föreslagna smittskyddslagen ålagda en upplysningsskyldighet, men man kan inte utgå från att alla läkare har samma kunskaper om de olika allmänfarliga sjukdomarna. Inom vissa landsting är många av sjukdomarna dessutom ytterligt sällsynta. Dessa omständigheter ger vid handen att läkarnas information till den enskilde kan behöva kompletteras. Utredaren anser att det bör utarbetas skriftlig information avsedd för dem som har drabbats av en allmänfarlig sjukdom och deras anhöriga. Informationen bör finnas tillgänglig på vårdcentraler och sjukhus och bör komplettera läkarens muntliga information. Underlaget till informationen bör lämpligen utarbetas centralt. Statens bakteriologiska laboratorium torde kunna bistå socialstyrelsen i arbetet med detta. Informationen bör finnas på olika språk.

Många av de allmänfarliga sjukdomarna är sådana som resenärer ådrar sig utomlands. Därför bör det också finnas information riktad direkt till utlandsresenärerna om just dessa sjukdomar. Apoteksbolaget, socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium ger f.n. ut viss information genom resebyråerna. Informationen, som nu gäller vaccination samt råd om personlig hygien och livsmedelshygien, bör också ge besked om vad den bör göra som misstänker att han kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom under sin utlandsvistelse. Det är att märka att livsmedelspersonal efter utlandsresor har särskilda skyldigheter enligt livsmedelslagen. Även personer som arbetar inom vårdyrken bör informeras om den särskilda risken för smittspridning i sådana sammanhang.

Utöver denna mer direkta form av upplysningar till enskilda eller grupper av enskilda behövs det mer generell information till allmänheten om de allmänfarliga och andra smittsamma sjukdomar. För många människor utgör de smittsamma sjukdomarna ett obestämt hot och inte sällan förekommer det "mytbildning" kring dem. Trots att förbättrade behandlingsmöjligheter har minskat risken för dödsfall och allvarliga skador till följd av allmänfarliga sjukdomar, har troligen inte allmänhetens bild av sjukdomarna ändrats så att den motsvarar aktuell medicinsk bedömning av riskerna. Efter hand som de allmänfarliga sjukdomarna blir alltmer sällsynta minskar också allmänhetens kunskaper om sjukdomarna. Ökad kunskap hos allmänheten om de allmänfarliga sjukdomarna innebär också att de som har drabbats av en sådan sjukdom inte behöver utsättas för onödigt obehag. Omgivningens obefogade rädsla för smitta bör inte vara ett hinder för en smittbärare att arbeta eller gå i skolan om läkaren bedömer att det är lämpligt. Denna upplysningsverksamhet bör bedrivas långsiktigt och på flera olika sätt. I skolundervisningen bör det ingå information om smittsamma sjukdomar och smitt-

skydd. Enkla fakta om livsmedelshygien och personlig hygien bör läras ut, liksom fakta om sexuellt överförbara sjukdomar. Socialstyrelsen och landstingen bör kunna göra stora insatser för att informera allmänheten inom ramen för den hälsoupplysning som redan bedrivs. Massmedia spelar härvidlag en viktig roll. Myndigheterna kan också medverka vid den upplysningsverksamhet som bedrivs av olika organisationer, t.ex. Riksförbundet för Sexuell Upplysning.

Vid epidemier är det särskilt viktigt med vederhäftig information om bl.a. hur sjukdomen sprids och vilka åtgärder som kan vidtas för att hindra smittspridning. En snabb och saklig information kan förhindra ryktesspridning och alltför uppskruvad och omotiverad oro hos allmänheten. Vid några tidigare epidemier har det varit oklart vem som har haft ansvaret att informera massmedier och allmänhet. Med utredarens förslag till organisation av smittskyddet försvinner en del av denna oklarhet. Landstingen får ensamma ansvaret för det personinriktade smittskyddet. Det torde då vara naturligt att smittskyddsläkaren såsom ansvarig blir den som svarar för informationen till massmedia och allmänhet, såvitt gäller smittskyddsfrågor inom landstingsområdet. Är objektinriktade åtgärder aktuella medför detta naturligtvis att berörda myndigheter lämnar information inom sina områden.

Ofta är det mycket viktigt att informationsbehovet tillgodoses snabbt. Det bör därför underlätta om informationen till viss del är förberedd av smittskyddsläkaren och andra berörda myndigheter. Väl förberedda och samordnade informationsrutiner ger de bästa förutsättningarna vid en inträffad epidemi. Självfallet innebär detta dock inte att läkare och andra är förhindrade att uttala sig.

När en ny smittsam sjukdom eller sjukdomsform uppträder är det viktigt att socialstyrelsen, i egenskap av tillsynsmyndighet över smittskyddet, tar ansvaret för informationen till allmänheten och massmedia.

En sista form av upplysningsverksamhet som utredaren har valt att ta upp i detta sammanhang är informationsutbytet mellan socialstyrelsen, statens bakteriologiska laboratorium och hälso- och sjukvårdspersonalen. Socialstyrelsen bör liksom tidigare informera smittskyddsläkarna och övrig hälso- och sjukvårdspersonal om smittskyddsfrågor genom allmänna råd, vägledande information m.m. Denna skriftliga information bör kompletteras med kurser och liknande samt med direkt rådgivning. De intervjuer som utredaren låtit göra med personer som sysslar med smittskyddsfrågor visar att behovet av information är stort. Efter hand som de allmänfarliga sjukdomarna blir alltmer sällsynta blir det också svårare att upprätthålla kunskaper och erfarenheter härom. Genom forskning och praktiskt smittskyddsarbete tillkommer också kunskaper som behöver sammanställas och återföras till personalen som arbetar med smittskyddet. Smittskyddsläkarna bör kunna fungera som en länk mellan socialstyrelsen och personalen inom hälso- och sjukvården. Läkare och annan personal inom smittskyddet skall kunna vända sig till smittskyddsläkaren för aktuell information som gäller allmänfarliga sjukdomar. Socialstyrelsen bör ansvara för att smittskyddsläkarna fortlöpande får denna information. Den konferensverksamhet som styrelsen bedriver är värdefull och bör fortsätta.

Även med utredarens förslag till organisation av smittskyddet kommer miljö- och hälsoskyddsnämnderna också i forsättningen att handha vissa uppgifter för att hindra smittspridning genom objekt. Eftersom socialstyrelsen är tillsynsmyndighet också för nämndernas verksamhet är det viktigt att styrelsen samordnar sin informations- och upplysningsverksamhet till nämnderna och hälso- och sjukvården. Det är också tänkbart med viss integrerad utbildning i dessa frågor.

Också statens bakteriologiska laboratorium bör svara för att aktuell information om epidemiläget, erfarenheter av smittskyddsåtgärder, nya forskningsrön m.m. återförs till hälso- och sjukvården, hälsoskyddet och andra som behöver informationen. Laboratoriets veckorapport är en lämplig metod att fortlöpande sprida information. Veckorapporten bör enligt utredarens mening i större utsträckning än nu innehålla analyser av den stora mängd anmälningar som laboratoriet får från läkare och andra laboratorier.

Sekretess

I smittskyddets natur ligger att vissa uppgifter om den enskildes personliga förhållanden måste ingå i den utredning som skall göras i anledning av ett fall av allmänfarlig sjukdom. Dessa uppgifter kan vara av mycket känslig natur för den enskilde. Det är därför viktigt att det finns skydd mot att dessa uppgifter lämnas ut till obehöriga. Det är också viktigt att antalet människor som har tillgång till uppgifterna begränsas i så hög grad som möjligt.

I bilaga 2 om gällande lagstiftning m.m. redogörs under avsnittet 2.3 för sekretesslagens (1980:100) bestämmelser inom hälso- och sjukvården. Där framgår att bestämmelserna gäller även sådan medicinsk verksamhet som avser åtgärder mot smittsamma sjukdomar. Sekretessbestämmelserna är således tillämpliga vid handläggningen av smittskyddsfrågor förutom inom hälso- och sjukvården även hos smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Enligt huvudregeln är alla uppgifter om den enskildes hälsotillstånd och andra personliga förhållanden sekretessbelagda, om det inte är klart att de kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Från denna huvudregel om sekretesskydd görs emellertid undantag för beslut om frihetsberövande enligt smittskyddslagen om beslutet gäller en allmänfarlig sjukdom. Dessa beslut skall vara offentliga enligt 7 kap. 2 § 3 sekretesslagen. Undantaget från sekretess gäller således inte beslut som rör veneriska sjukdomar.

Utredarens förslag till ny smittskyddslag torde inte innebära att det föreligger några skäl att frångå sekretesslagens bestämmelser om skydd för den enskildes personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården. Den enskildes integritet är väl skyddad genom sekretesslagen. Enligt utredarens mening behöver skyddet inte stärkas ytterligare. Den föreslagna organisationen för smittskyddet inbegripet det förenklade anmälningssystemet medför att antalet befattningshavare som får tillgång till sekretessbelagda handlingar minskar avsevärt. Det finns inte heller några skäl att motsatsvis lätta på nuvarande sekretesskydd.

Med hänsyn till att begreppet venerisk sjukdom inte används i den nya

smittskyddslagen måste 7 kap. 2 § 3 sekretesslagen ändras. Flera av de sjukdomar som föreslås bli behandlade som allmänfarliga enligt den nya smittskyddslagstiftningen kan överföras både sexuellt och på annat sätt. Med hänsyn bl.a. härtill och till det förhållandet att frihetsberövande enligt den nya lagen bör komma ifråga som en yttersta åtgärd anser utredaren, att det nuvarande sekretesskyddet för beslut som rör venerisk sjukdomar inte längre är påkallat med den nya smittskyddslagstiftningen. Vad utredaren tidigare har anfört om att det kan finnas särskilda behov av att tillgodose kravet på integritet vid sjukdomen AIDS ändrar inte detta ställningstagande.

Även om personliga uppgifter om den enskilde således i allt väsentligt är skyddade av sekretess vill utredaren ändå betona att det är värdefullt med öppenhet i smittskyddsarbetet. Arbetet kan bedrivas mycket smidigare om den enskilde är beredd att medge att i och för sig sekretessbelagda uppgifter i vissa fall får lämnas ut. Om den som anmodas att söka läkare för att han misstänks ha blivit smittad av en allmänfarlig sjukdom, får veta av vem han kan ha smittats ökar det sannolikt hans förståelse för smittskyddsarbetet och vilja att medverka. Förtroendet mellan den anmodade och läkaren bör också bli bättre om det inte bygger på en anonym anmälan. I många fall kan också en öppenhet om rådande situation vara en förutsättning för att mer ingripande åtgärder skall kunna undvikas. Om en person som har smittats av en allmänfarlig sjukdom inte behöver isoleras i de fall hygienska åtgärder vidtas, är det ofta nödvändigt att familjen, skolan, daghemmet eller arbetsgivaren får veta vilken sjukdom det gäller och vilka hygienföreskrifter som är aktuella.

Till sekretessfrågorna hör också frågor om registerföring och liknande. De anmälningar om allmänfarliga sjukdomar som läkarna skall sända till smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium utgör allmänna handlingar enligt tryckfrihetsförordningen. Sekretesslagens regler om registrering av allmänna handlingar torde därför gälla även dessa anmälningar. Utöver denna registrering kan det finnas ett behov för smittskyddsläkaren att föra en särskild förteckning eller ett speciellt register över de personer som för tillfället har en allmänfarlig sjukdom eller bär smitta som kan orsaka en sådan sjukdom eller som misstänks härför. Socialstyrelsen har med stöd av gällande smittskyddskungörelse föreskrivit att smittskyddsläkaren skall föra register över vissa smittbärare.

Utredaren anser det inte påkallat att i lag reglera smittskyddsläkarnas skyldighet att föra personregister. Enligt den föreslagna smittskyddslagen skall landstingen i väsentlig utsträckning själva organisera smittskyddet inom landstinget. Till de frågor som varje landsting själv bör kunna besluta om hör enligt utredarens mening även frågan om hur smittskyddsläkarens arbete praktiskt skall vara upplagt och organiserat.

1.6.10 Den enskildes kostnader för läkarundersökning m.m.

Den landstingsdrivna sjukvården finansieras i huvudsak genom landstingsskatt och ersättning från den allmänna försäkringen samt i viss mån genom avgifter från patienterna. I detta avsnitt skall den sistnämnda

formen behandlas, dvs. kostnadsfördelningen mellan landstinget och den enskilde. Landstingens befogenhet att ta ut vårdavgifter av patienterna regleras i 17 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Friheten att fastställa vårdavgifter är beskuren i många hänseenden. Genom 2 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring får regeringen begränsa de patientavgifter som får tas ut av vårdgivaren för sjukvården.

Enligt läkarvårdstaxan (1974:699) får landstingen vid läkarvård ta ut en viss högsta avgift av patienterna, f.n. 50 kr. per besök. Vissa landsting tillämpar dock en lägre taxa. Motsvarande patientavgift för läkarvård som meddelas av privatpraktiserande läkare som är ansluten till försäkringen är högst 55 kr. Den offentliga, slutna sjukhusvården är i princip avgiftsfri för patienten. Pensionärer som har blivit "utförsäkrade" från den allmänna försäkringen betalar dock en viss avgift för sjukhusvården. Avgiften är vanligen differentierad och beroende av patientens inkomst. Enligt 3 kap. 4 § lagen om allmän försäkring skall försäkringskassan vid sjukhusvård göra avdrag på utgående sjukpenning. Avdraget är f.n. 45 kr. per dag, dock högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. För annan sjukvårdande behandling än bl.a. läkar- och sjukhusvård betalar patienten högst 30 kr. per gång i offentlig vård.

De nu angivna förhållandena gäller enbart den som är försäkrad enligt lagen om allmän försäkring, dvs. svenska medborgare och personer som utan att vara svenska medborgare är bosatta i landet. Övriga är i princip skyldiga att själva bekosta sin sjukvård. Sverige har emellertid slutit konventioner om social trygghet med en rad länder varigenom bl.a. kostnader för sjukvård regleras.

Enligt gällande smittskyddslag är vid allmänfarlig sjukdom den undersökning som görs på anfordran av distriktsläkaren för att diagnostisera sjukdomen kostnadsfri för den enskilde. Kostnadsfriheten gäller hos distriktsläkaren eller den läkare som distriktsläkaren har hänvisat till. Fortsatt behandling får patienterna betala för i föreskriven ordning. För tuberkulos gäller särskilda regler inom ramen för dispensärverksamheten. De läkemedel som fordras i öppen vård får den enskilde själv bekosta. Vid veneriska sjukdomar ålägger lagen landstingen att ombesörja kostnadsfri undersökning och behandling för den enskilde i öppen vård. Även läkemedel vid behandling i öppen vård, liksom vissa läkarintyg skall tillhandahållas utan kostnad. Kostnaderna för sluten vård skall beträffande både allmänfarlig och venerisk sjukdom bekostas av landstingen, i den mån de inte ersätts genom den allmänna försäkringen. Laboratorieundersökningar vid vissa laboratorier skall utföras kostnadsfritt för den enskilde vid allmänfarlig och venerisk sjukdom om läkare i öppen vård eller miljö- och hälsoskyddsnämnden har bedömt undersökningen behövlig. Samma regler gäller också vid annan smittsam sjukdom om länsstyrelsen funnit undersökningen behövlig.

Enligt utredarens förslag till smittskyddslag är den enskilde skyldig att genomgå läkarundersökning efter anmodan av smittskyddsläkaren och följa smittskyddsläkarens beslut om isolering på sjukhus. Det är utredarens uppfattning att åtgärder som den enskilde genom lagbestämmelser är skyldig att underkasta sig på detta sätt och som inte kan undvikas, i princip bör vara kostnadsfria för den enskilde. En sådan regel kan vara

ekonomiskt fördelaktig för den enskilde, men den gagnar samtidigt också smittskyddet. En person skall t.ex. inte behöva undandra sig en för smittskyddet nödvändig läkarundersökning på grund av kostnadsskäl. Utredaren föreslår därför att läkarundersökning efter anmodan av smittskyddsläkaren och isolering på sjukhus skall vara kostnadsfria för den enskilde. Utredaren har övervägt om kostnadsfriheten bör omfatta undersökning och isolering som meddelas såväl genom landstingets försorg som genom privatpraktiserande läkare och privata sjukhus. Utredaren har emellertid stannat för att föreslå att bestämmelsen enbart bör gälla den landstingskommunala delen. Syftet med bestämmelsen torde vara uppfylld redan härigenom.

Vad gäller övriga läkarundersökningar utan föregående anmodan av smittskyddsläkaren samt vård och behandling i övrigt gör utredaren följande bedömning. Sett enbart från smittskyddssynpunkt är det naturligtvis önskvärt att all undersökning är kostnadsfri för den enskilde om den är föranledd av en allmänfarlig sjukdom eller misstanke därom. En bestämmelse med en sådan innebörd kan emellertid bli kostnadsdrivande om den även skall omfatta den enskildes egen misstanke om allmänfarlig sjukdom. Erfarenheter inom hälso- och sjukvården visar nämligen att en mängd ospecifika symtom kan föranleda sådan misstanke hos den enskilde. Alternativt skulle kunna krävas att den enskildes misstanke på något sätt skulle bekräftas av den undersökande läkaren för att undersökningen skulle vara gratis. Eftersom man i regel betalar för läkarbesöket i förskott skulle en sådan bestämmelse dock bli administrativt otymplig att tillämpa. På grund av dessa omständigheter bör den som själv söker läkare på egen misstanke om allmänfarlig sjukdom erlägga föreskriven avgift för besöket. Om det vid detta läkarbesök kan konstateras eller misstänkas att det föreligger en allmänfarlig sjukdom, eller ett smittämne som kan orsaka sådan sjukdom, bör den fortsatta undersökningen, vården och behandlingen som behövs från smittskyddssynpunkt vara kostnadsfri för den enskilde. Detta bör självfallet gälla även om det första läkarbesöket har gjorts på grund av anmodan av smittskyddsläkaren. Om sjukdomen kräver forsatt behandling som inte behövs från smittskyddssynpunkt bör patientavgift erläggas i vanlig ordning. Kostnadsfriheten är således endast motiverad av smittskyddets intresse.

Liksom vid isolering på sjukhus och läkarundersökning på grund av anmodan av smittskyddsläkaren bör den här avsedda kostnadsfriheten för undersökning, vård och behandling gälla enbart om den meddelas genom landstingets försorg. Utredaren föreslår en kostnadsfrihet för den enskilde vid undersökning, vård och behandling i enlighet med det anförda.

Genom utredarens förslag att slopa särregleringen av de veneriska sjukdomarna skall de i fråga om kostnadsfördelningen mellan landstinget och den enskilde betraktas som vilken annan sjukdom som helst. Syfilis föreslås dock bli en allmänfarlig sjukdom och därmed kostnadsfri för den enskilde. Starka skäl talar dock för att undersökning, vård och behandling av även gonorré och klamydiainfektion bör vara kostnadsfria trots att de inte är allmänfarliga. Dessa sjukdomar drabbar företrädesvis unga människor. Genom tidig behandling kan följdsjukdomar,

som kräver relativt lång behandlingstid på sjukhus, undvikas. En vanlig komplikation som äggledarinflammation kräver i genomsnitt behandling i sluten vård under 10 dagar till en kostnad för landstinget på ca 10 000 kr. Tidig behandling i öppen vård av gonorré och klamydiainfektion måste därför vara en angelägen förebyggande åtgärd. Dessutom är den del av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvården som täcks av patientavgifter relativt liten. Utredaren anser dock att det ankommer på landstingen själva att besluta om huruvida undersökning och behandling av gonorré och klamydiainfektion skall vara kostnadsfria för den enskilde.

Beträffande den enskildes kostnader för läkemedel innehåller den nuvarande smittskyddslagen inte några bestämmelser vid de allmänfarliga sjukdomarna. Detta innebär att den enskilde själv får stå för kostnaderna härför i öppen vård. Läkemedel som ges i sluten vård är däremot utan kostnad för den enskilde. Utredaren är inte beredd att föreslå någon ändring i detta avseende. Det bör dock erinras om det högkostnadsskydd för läkemedel som föreskrivs i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. Den prisnedsättning som stadgas däri gäller emellertid enbart sådana läkemedel som är förskrivna på grund av sjukdom. Utredaren anser emellertid att varje landsting självt kan besluta om att läkemedelsbehandling i förebyggande syfte skall ges utan kostnad för den enskilde.

1.7 Ansvarsbestämmelser i en ny smittskyddslag

FÖRSLAG

Den gällande ansvarsbestämmelsen om straff i vissa fall för könsligt umgänge vid venerisk sjukdom avskaffas. Därigenom upphör även skyldigheten för vissa läkare att anmäla sådana brott till åklagaren. Vidare upphävs läkarnas skyldighet att anmäla koppleribrott till åklagaren. Den som inte följer smittskyddsläkarens förhållningsregler eller beslut om läkarundersökning och isolering på sjukhus skall kunna dömas till böter.

1.7.1 Den nu gällande bestämmelsen i smittskyddslagen om straff vid sexuellt umgänge avskaffas

Smittskyddslagens ansvarsbestämmelse om överförande av venerisk sjukdom finns i 26 § och har följande lydelse:

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

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

Bestämmelsen om straff för den som lider av venerisk sjukdom och har könsligt umgänge med annan tillkom redan år 1918 som ett led i lagstiftningen om bekämpande av könssjukdomar. Det var således som en av flera åtgärder för att komma till rätta med utbredningen av dessa sjukdomar som bestämmelsen infördes.

Det är numera sällsynt att någon fälls till ansvar för detta brott. Under åren 1972—1982 lagfördes totalt sex personer med stöd av 26 § smittskyddslagen. Det skall jämföras med den utbredning som framför allt gonorré har. I den allmänna debatten har ofta framförts att tilltron till och respekten för rättsväsendet kan ta skada av den mängd "smärre" straffbestämmelser som finns i framför allt speciallagstiftningarna. Om en straffbestämmelse dessutom tillämpas ytterst sparsamt samtidigt som det kriminaliserade beteendet kan antas vara förhållandevis vanligt kan detta minska respekten för straffhotet i allmänhet. Å andra sidan kan man inte helt bortse från att straffstadgandet kan ha en viss preventiv effekt.

Straffhotet kan emellertid också ha den effekten att det avskräcker den som drabbats av en sexuellt överförbar sjukdom från att söka läkare och få vård för sjukdomen. Enligt gällande smittskyddslag är nämligen smittskyddsläkarna skyldiga att anmäla misstanke om brott enligt 26 § till åklagaren om det är påkallat för att hindra att brottsligheten fortsätter. Många läkare upplever att detta leder till angiveri och att det strider mot läkarens egentliga uppgifter att vårda och behandla patienten. Förtroendet mellan läkare och patient riskerar att rubbas. I praktiken är det också mycket sällsynt med sådana anmälningar.

Den aktuella straffbestämmelsen ter sig mot denna bakgrund inte särskilt ändamålsenlig. Dessutom är flera av de allmänfarliga sjukdomarna som utredaren föreslår skall regleras i den nya smittskyddslagen sexuellt överförbara. En eventuell straffbestämmelse torde därför behöva omfatta betydligt fler sjukdomar än vad som gäller f.n. Utredaren ifrågasätter därför värdet av ett fortsatt straffhot. Spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar borde i stället kunna minskas genom att våra attityder till dessa sjukdomar förändras. En sådan metod ter sig enligt utredaren mer fruktbar än bestraffning. Synen på dessa sjukdomar behöver ändras hos befolkningen i stort, men framför allt hos dem som är särskilt utsatta för att drabbas av sjukdomarna. Det gäller personer med många sexuella kontakter, vilka därför också snabbt kan sprida smittan vidare. Genom information och upplysning om sjukdomarna kan attityderna påverkas. Framför allt unga människor måste få kännedom om att risken att ådra sig dessa sjukdomar är stor vid många sexuella kontakter. De måste få ökad kännedom om de olika sexuellt överförbara sjukdomarna, deras smittsamhet och risker för hälsan. Med ökad kunskap följer förhoppningsvis en ökad benägenhet att söka läkare hos dem som har drabbats samt ett ökat ansvar att inte smitta andra. Ett annat steg mot att förändra inställningen till sjukdomarna är att, som utredaren har föreslagit i avsnittet 1.2.2, inte uppställa särskilda bestämmelser för just dessa sjukdomar. Från medicinsk smittskyddssynpunkt finns det nämligen ingen anledning att särskilja sexuellt överförbara sjukdomar från andra smittsamma sjukdomar. Om också straffbestämmelsen tas bort

finns det inte längre i smittskyddslagen några särbestämmelser för de veneriska eller andra sexuellt överförbara sjukdomarna. Detta bör medverka till att öka förtroendet för läkarna, så att de som smittats vågar söka läkare. Vad som här har angetts kan på sikt förväntas leda till förändringar i den personliga livsföringen hos dem som riskerar att drabbas av sjukdomarna och på så sätt minska spridningen av dem.

Även om straffbestämmelsen beträffande könsligt umgänge vid veneriska sjukdomar i den nuvarande smittskyddslagen inte får någon motsvarighet i den nya smittskyddslagen, finns det andra bestämmelser som har en preventiv verkan i detta avseende och som kan åberopas för att straffa den som på detta sätt utsätter någon annan för risk att bli smittad av en smittsam sjukdom. Smittskyddsläkaren kan nämligen genom sina förhållningsregler till en viss person föreskriva sexuell avhållsamhet. Som framgår av avsnittet 1.7.3 föreslår utredaren en bestämmelse om bötesstraff för den som bryter mot en sådan förhållningsregel. Dessutom förtjänar det i detta sammanhang att erinra om att det i 3 kap. brottsbalken, som gäller brott mot liv och hälsa, finns några straffstadganden som kan bli aktuella också vid överförande av sexuellt överförbara sjukdomar. Enligt 3 kap. 5 § kan den som tillfogar annan sjukdom dömas för misshandel (alt. grov misshandel enligt 6 §). Åsamkar någon av oaktsamhet annan person sjukdom som inte är ringa kan han dömas för vållande till kroppsskada eller sjukdom enligt 8 §. Slutligen stadgas i 9 § ansvar för framkallande av fara för annan för den som av grov oaktsamhet utsätter annan för allvarlig sjukdom. Det finns även i 13 kap. brottsbalken om allmänfarliga brott några bestämmelser om spridande av smitta, 7 och 9 §§. Gärningsbeskrivningarna i dessa båda lagrum omfattar i princip också sexuellt överförbara sjukdomar. En förutsättning för bestämmelsernas tillämpning är emellertid att *allmän* fara för människors liv eller hälsa framkallats genom överförandet av smittan.

Med hänvisning till de skäl som nu har redovisats föreslår utredaren att det i smittskyddslagen inte skall stadgas straff för sexuellt umgänge för den som har en sexuellt överförbar sjukdom.

1.7.2 Skyldigheten för vissa läkare att anmäla koppleribrott upphävs

I 29 § gällande smittskyddslag föreskrivs att smittskyddsläkarna skall anmäla till åklagaren om de i sin verksamhet enligt smittskyddslagen får uppgifter som ger anledning att anta att en gärning som avses i 26 § smittskyddslagen (könsligt umgänge) eller i 6 kap. brottsbalken (koppleri) har förövats. Skyldigheten att göra anmälan föreligger enbart när det är påkallat för att förhindra att brottsligheten fortsätter.

Med utredarens förslag försvinner anmälningsplikten vid könsligt umgänge. Anmälningsplikten vid koppleribrott ter sig föråldrad och kommer knappast till användning i dag. Därför föreslås att även denna bestämmelse upphör att gälla. Det kan noteras att enligt 14 kap. 2 § tredje stycket sekretesslagen hindrar inte sekretessen inom hälso- och sjukvården att anmälan görs till åklagarmyndighet eller polismyndighet angående misstanke om brott enligt bl.a. 6 kap. brottsbalken mot den som inte har fyllt 18 år.

1.7.3 Förseelse mot smittskyddsläkarens förhållningsregler m.m. kan straffas med böter

I gällande smittskyddslag stadgas i 27 § böter för den som bryter mot föreskrifter om isolering och inskränkning i sin verksamhet. Det gäller vid allmänfarlig sjukdom som behandlas i öppen vård. Under åren 1972 — 1982 har emellertid inte någon fällts till ansvar enligt detta stadgande.

Med utredarens förslag till smittskyddslag kan smittskyddsläkaren ge förhållningsregler i betydligt större omfattning än f.n. Sannolikt kommer det stora flertalet att följa förhållningsreglerna av hänsyn till sin omgivning. Det fåtal som inte är villiga att underkasta sig reglerna kan emellertid orsaka betydande skada om sjukdomen därigenom sprids. Därför bör den som inte följer förhållningsreglerna kunna ådömas böter. Smittskyddsläkarens beslut om läkarundersökning och isolering på sjukhus föreslås kunna genomföras med biträde av polis om den enskilde inte själv vill medverka. Ett sådant förfarande orsakar emellertid ofta stora kostnader och olägenheter. Med hänsyn till bl.a. detta anser utredaren att böter också bör kunna ådömas dem som inte följer dessa båda beslut. Utredaren förslår därför en utvidgad ansvarsbestämmelse i den nya smittskyddslagen med angivet innehåll.

1.8 Karantänsfrågor

FÖRSLAG

Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter för att hindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet. Karantänsväsendet, som f.n. regleras genom karantänsförordningen, bör förenklas och anpassas till bl.a. den föreslagna smittskyddslagen och hälsoskyddslagen.

1.8.1 Karantänsväsendet bör anpassas till det nya smittskyddet

Med stöd av den nuvarande smittskyddslagen har regeringen år 1975 utfärdat en karantänsförordning. Till grund för bestämmelserna i förordningen ligger av världshälsoorganisationen år 1969 antagna International Health Regulations (IHR), som Sverige har åtagit sig att följa. Det är utredarens uppfattning att regeringen även i fortsättningen bör få möjlighet att ge föreskrifter om hur dessa åtaganden skall följas och om andra karantänsfrågor. Utredaren föreslår därför att regeringen ges ett sådant bemyndigande också i den nya smittskyddslagen.

Utredaren lämnar inte något förslag till vad dessa föreskrifter skall innehålla men vill i det följande redogöra för några synpunkter i anslutning till den gällande karantänsförordningen.

IHR reglerar de tre karantänssjukdomarna pest, kolera och gula febern. Den fjärde karantänssjukdomen smittkoppor förklarades utrotad

år 1980 av världshälsoorganisationen. Karantänsförordningen innehåller bestämmelser till skydd mot att de tre karantänssjukdomarna förs in i landet eller sprids till utlandet. För karantänskontrollen ges i förordningen vissa organisatoriska bestämmelser.

Miljö- och hälsoskyddsnämnderna har ansvaret för att de åtgärder som föreskrivs i förordningen vidtas. Vissa speciella hamnar och flygplatser skall av socialstyrelsen utses att vara karantänshamnar och karantänsflygplatser. Vid dessa hamnar och flygplatser skall det finnas personal och utrustning för att kunna kontrollera trafiken. Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall vid varje sådan hamn eller flygplats förordna en karantänsläkare. Denne skall under nämnden leda den sanitära kontrollen vid hamnen eller flygplatsen. En mer utförlig redogörelse för IHR och karantänsförordningen finns i bilaga 2 om gällande rätt, m.m. under avsnitt 1.3 Karantänsförordningen och internationella hälsovårdsbestämmelser.

Det är således kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder som har ansvaret för karantänsväsendet. Kommunerna har också enligt den nuvarande smittskyddslagen ansvaret för smittskyddet beträffande de allmänfarliga sjukdomarna, där karantänssjukdomarna ingår. Med utredarens förslag till smittskyddslag ändras emellertid dessa förhållanden. Landstingen får ta över ansvaret för smittskyddet, som begränsas till personinriktade åtgärder. Smittspridning via objekt kommer att förhindras med stöd av andra lagstiftningar än smittskyddslagen. Utredaren anser att karantänsförordningen bör anpassas till dessa nya förhållanden.

Det kan ifrågasättas i vilken mån det numera behövs ett utbyggt karantänsväsende för att utföra den karantänskontroll som avses i förordningen. Pest, kolera och gula febern är i hög grad ett internationellt problem och vissa länder är hårt drabbade av sjukdomarna. I de länder där sjukdomarna kan spridas i befolkningen är det väsentligt att hindra spridning av sjukdomarna. Utredaren anser att Sverige självfallet bör delta i det internationella smittskyddsarbetet och följa IHR. Emellertid är sannolikheten för att någon av de tre sjukdomarna skulle orsaka epidemier i Sverige ytterst liten. Pest har inte förekommit i landet sedan år 1711 och all erfarenhet talar för att det är ytterst osannolikt att en person med pest kommer till Sverige med båt eller flyg inom inkubationstiden. Femton fall av kolera är kända i Sverige efter år 1969. Dessa fångades emellertid inte upp med karantänskontrollen utan först efter ankomsten. De gav inga kända sekundärfall. Gula febern kan inte spridas i Sverige eftersom den mygga som sprider sjukdomen inte kan leva här. I och med att smittkoppor förklarades utrotade försvann den sjukdom som innebar den allvarligaste risken för befolkningen i Sverige. Så till vida har IHR numera endast marginell betydelse för smittskyddet i Sverige. Om något fall trots allt skulle uppträda i Sverige kommer det sannolikt till hälso- och sjukvårdens kännedom, men det är osäkert om det fångas upp av karantänskontrollen. I detta avseende synes det nuvarande karantänsväsendet ha fått minskad betydelse.

1.8.2 Personinriktade karantänsåtgärder

Utredarens förslag till vilka sjukdomar som bör anses allmänfarliga innebär att de tre karantänssjukdomarna även fortsättningsvis bör hänföras till denna grupp. Detta betyder att de skall bekämpas i Sverige på samma sätt som andra allmänfarliga sjukdomar. Varje läkare som uppmärksammar en sådan sjukdom skall anmäla det till smittskyddsläkaren och denne har ansvar för att behövliga åtgärder vidtas mot sjukdomarna. Inom landstingen kommer det således att finnas en smittskyddsläkare med uppgift att hindra dessa sjukdomar från att spridas. Eftersom sannolikheten är större att fall av karantänssjukdomarna uppmärksammas av hälso- och sjukvården än av karantänsväsendet anser utredaren att smittskyddsläkaren bör kunna överta karantänsläkarens uppgifter såvitt gäller de personinriktade åtgärderna. De ingripanden mot personer som kan bli aktuella bör kunna ske med stöd av smittskyddslagen.

Enligt karantänsförordningen och socialstyrelsens anvisningar i anslutning till förordningen skall befälhavarna på fartyg och flygplan under vissa förhållanden lämna en hälsodeklaration för dem som finns ombord. Deklaration skall lämnas till tullmyndigheten. I den omfattningen sådan deklaration bedöms behövlig också i framtiden anser utredaren att den bör kunna lämnas per radio samtidigt som befälhavaren anmäler att fartyget skall anlöpa svensk hamn. Anmälan härom skall enligt gällande tullbestämmelser göras 24 timmar innan fartyget anlöper hamnen. Tullmyndigheten bör sedan enligt utredaren kunna åläggas skyldighet att till smittskyddsläkaren vidarebefordra anmälan om misstänkt karantänssjukdom ombord. Det finns då tid för denne att vidta behövliga åtgärder enligt smittskyddslagen då fartyget anlöper hamnen.

Om smittskyddsläkarna på detta sätt kan ta över karantänsläkarnas uppgifter kan karantänsorganisationen minskas betydligt. Det innebär också en förenkling av karantänsväsendet genom att fartyg och flygplan inte behöver hänvisas till särskilda hamnar eller flygplatser med karantänsläkare om det finns personer ombord som kan misstänkas ha någon karantänssjukdom.

1.8.3 Objektinriktade karantänsåtgärder

Beträffande de objektinriktade sanitära åtgärderna som miljö- och hälsoskyddsnämnden nu har att vidta enligt karantänsförordningen är att märka att flera av dessa regler anknyter till bestämmelser i framför allt hälsoskyddslagen, renhållningslagen och livsmedelslagen. Som exempel kan nämnas att nämnden enligt hälsoskyddslagen och renhållningslagen har tillsyn över de hygieniska förhållandena i hamnar och på flygplatser. Vid en översyn av karantänsförordningen anser utredaren att hänsyn bör tas till detta förhållande. I syfte att begränsa det nuvarande karantänsväsendet bör enligt utredaren gällande lagstiftningar anpassas så att de också inrymmer sådana objektinriktade åtgärder som kan behövas i karantänssammanhang. I de angivna lagstiftningarna är miljö- och hälsoskyddsnämnden lokal tillsynsmyndighet. Detta innebär att nämnden också i fortsättningen kan ha ansvar för de sanitära åtgärder som kan bli

aktuella mot olika objekt i dessa sammanhang, även om åtgärderna sker med stöd av t.ex. hälsoskyddslagen. En av de vanligaste åtgärderna för nämnden enligt karantänsförordningen är besiktning av fartyg för utfärdande av råttcertifikat och bekämpning av råttor ombord på fartyg. Med utredarens synsätt bör dessa åtgärder i stället kunna utföras av nämnderna med stöd av hälsoskyddslagen, som innehåller bestämmelser om ohyra och skadedjur. Om fartygets ankomst anmäls 24 timmar innan det anlöper hamnen finns det tid för nämnden att ordna med besiktning och bekämpning för råttcertifikat. Det bör även fortsättningsvis ankomma på tullmyndigheten att underrätta nämnden.

Med dessa synpunkter vill utredaren peka på att karantänsväsendet bör kunna förenklas genom att i så hög grad som möjligt inlemmas och samordnas med övrig lagstiftning. Genom att inte heller peka ut särskilda karantänshamnar eller flygplatser dit fartyg och flygplan hänvisas bör den rutinmässiga kontrollen av resande, fartyg, gods m.m. kunna förenklas och göras smidigare.

2 Lagen om ersättning till smittbärare

2.1 Allmänna utgångspunkter

2.1.1 Tidigare utredningar och bestämmelser på området

Vid epidemilagens tillkomst år 1919 infördes regler om ersättning av allmänna medel till den enskilde för kläder o.d. som hade förstörts i smittrenande syfte. Ett förslag att ersätta även förlorad arbetsförtjänst förorsakad av ingripanden för att hindra smittspridning vann dock inte gehör. Man ansåg det föga rättvist att en person som hade isolerats på grund av smittfara skulle få ersättning, medan den som hade insjuknat i en smittsam sjukdom inte hade rätt till ersättning.

Personer som kroniskt var bärare av smitta tillades emellertid en möjlighet att få ersättning efter en särskild prövning från fall till fall. Något senare utvidgades denna möjlighet att gälla även andra som hade isolerats som misstänkta smittbärare, under förutsättning att de levde under mycket knappa och ömmande omständigheter.

I samband med tillkomsten av 1947 års lag om allmän sjukförsäkring och senare i anslutning till ändringar i denna lag föreslogs att den som avstängdes från sitt arbete därför att han misstänktes föra smitta skulle få ersättning som om han vore sjuk. Förslagen ledde dock inte till någon åtgärd eftersom det ansågs att denna form av ersättning borde regleras i annat sammanhang.

I propositionen (1956:126 s. 25) med förslag till gällande lag om ersättning åt smittbärare konstaterades att sedan den obligatoriska sjukförsäkringen hade genomförts hade det tidigare åberopade rättviseargumentet mot ersättning åt smittbärare försvunnit. Förhållandet var snarare det omvända; det tedde sig inkonsekvent att det inte förelåg rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst vid isolering på grund av smittfara. Ingripandena mot smittbärare skedde i det allmännas intresse och såväl preventiva skäl som skälighetsaspekter talade för att ersättning skulle utges.

I samband med arbetet med den nuvarande smittskyddslagen gjordes inte någon översyn av ersättningsbestämmelserna åt smittbärare. I sitt yttrande över förslaget till smittskyddslag påtalade lagrådet detta förhållande. Lagrådet uttalade därvid, beträffande reglerna om ersättning åt kroniska smittbärare, att av den som inte är sjuk men som sprider smitta krävs det stora uppoffringar för andras bästa. Från rättvisesynpunkt och

för att den som är smittbärare inte skall hemlighålla detta borde han få tillfredsställande gottgörelse för ingripanden mot honom. Ju mer omfattande och fixerad ersättningsrätten var, desto större blev utrymmet för smittbekämpande åtgärder på mest effektiva sätt menade lagrådet.

2.1.2 Utvecklingen av sjukförsäkringen

I bilaga 2 avsnitt 4.2 finns en redogörelse för nuvarande lag. Som framgår där anknyter smittbärarersättningen i hög grad till sjukförsäkringens regelsystem. Under de nästan tre decennier som den nuvarande lagen om ersättning åt smittbärare har varit i kraft har sjukförsäkringen emellertid förändrats till viss del.

Vid tiden för lagens tillkomst gällde sjukförsäkringslagen från år 1947. Enligt denna var alla sjukkassemedlemmar som uppbar en inkomst på minst 1 200 kr. av förvärvsarbete samt s.k. hemmafruar sjukpenningförsäkrade. Försäkringen bestod av dels en grundsjukpenning, dels en tilläggssjukpenning som var obligatorisk för alla över en viss inkomst. Egna företagare, hemmafruar och studerande, som inte hade rätt till obligatorisk tilläggsförsäkring, kunde teckna en frivillig tilläggsförsäkring. Till grundsjukpenningen utgick barntillägg. Allt efter inkomsten var de försäkrade inplacerade i olika sjukpenningklasser. Under de 90 första dagarna av en sjukpenningperiod utgick tilläggssjukpenning med ett visst varierande belopp beroende på inkomstens storlek. Efter 90 dagars sjukdom minskades tilläggssjukpenningen. Vidare gällde en särskild karenstid om tre dagar. Den frivilliga tilläggssjukpenningen hade en karensförlängning med 15, 30 eller 90 dagar. Sjukpenningen, som var skattefri, motsvarade omkring två tredjedelar av inkomstbortfallet.

Reglerna om den nu gällande sjukförsäkringen finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring, som trädde i kraft år 1962. Enligt denna är alla som har en årsinkomst på minst 6 000 kr. samt s.k. hemmamakar obligatoriskt sjukpenningförsäkrade om de är inskrivna i försäkringskassan. Också den som har inkomst av annat förvärvsarbete än anställning omfattas av den obligatoriska försäkringen, dvs. således även egna företagare. Det görs inte någon uppdelning på grundsjukpenning och tilläggssjukpenning. Systemet med inplacering i olika sjukpenningklasser har försvunnit. I stället fastställs en sjukpenninggrundande inkomst för varje försäkrad. Inkomsten grundas, liksom tidigare, på en beräkning av den förväntade inkomsten ett år framåt i tiden. Sjukpenningen per dag, som numera är skattepliktig, utgör 90 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten upp till en viss nivå delad med 365. Någon karenstid finns inte längre vid den obligatoriska försäkringen på annat sätt än att sjukpenning i princip inte utgår för den dag då sjukfallet inträffade. Den som har inkomst av annat förvärvsarbete än anställning kan dock anmäla en karenstid för att minska egenavgiften till sjukförsäkringen. Karenstiden, som f.n. är 3, 33 eller 93 dagar, blir fr.o.m. den 1 januari 1986 3 eller 30 dagar.

Frivillig sjukpenningförsäkring kan f.n. tecknas av s.k. hemmamakar samt vissa studerande. Den 1 januari 1986 byggs försäkringen ut. Frivillig försäkring får då tecknas av den som inte har fyllt 55 år och som har

en sjukpenning understigande 48 kr. per dag från den obligatoriska försäkringen. Ersättningsbeloppet får motsvara högst garantinivån inom föräldraförsäkringen dvs. 48 kr. per dag. Ersättningen inom den frivilliga försäkringen är inte skattepliktig. Försäkringen får tecknas utan karenstid eller med en karenstid om 3 eller 30 dagar. För den frivilliga försäkringen skall den försäkrade erlägga viss avgift. Storleken av denna är beroende av försäkringens omfattning.

I samband med att den frivilliga försäkringen byggs ut slopas den s.k. hemmamakeförsäkringen. Övergångsbestämmelserna är emellertid generösa och försäkringsformen behålls för den som vid ikraftträdandet omfattas av denna.

Till skillnad mot tidigare har den som börjar studera efter att tidigare ha förvärvsarbetat under vissa villkor rätt att behålla sin tidigare fastställda sjukpenninggrundande inkomst under studietiden. Är förutsättningarna i övrigt uppfyllda har den studerande således vid sjukdom numera rätt till sjukpenning motsvarande sin tidigare sjukpenning under förvärvsarbetet. Sedan den 1 januari 1985 gäller vissa särskilda regler för den som uppbär studiestöd. Även arbetslösa och vissa andra grupper har under vissa förutsättningar rätt att behålla sin sjukpenninggrundande inkomst under arbetslösheten. Detta redogörs närmare för under avsnitt 2.4.1.

Utvecklingen inom sjukförsäkringen motiverar att lagen om ersättning åt smittbärare, som till stor del anknyter härtill, ses över. Särskilt påkallat är detta eftersom någon översyn av lagen inte gjordes i samband med tillkomsten av den gällande smittskyddslagen. Den nu aktuella översynen har dock huvudsakligen skett mot bakgrund av de förändringar som har skett inom sjukförsäkringen. En helt ny lagtext föreslås visserligen men lagen som helhet bygger fortfarande på samma principer som gällande lag.

2.1.3 Omfattningen av ersättning till smittbärare

Ersättningen åt smittbärarna utgör inte någon stor post i statsbudgeten. Den sammanlagda ersättningen var under budgetåret 1982/83 drygt 5 milj. kr. och budgetåret 1983/84 knappt 4 milj. kr.

Ersättningen åt de kroniska smittbärarna utgör en marginell andel därav. Kostnaderna för dessa var under de redovisade budgetåren 514 404 kr. resp. 251 786 kr. I genomsnitt får en kronisk smittbärare (dvs. efter 90 dagar som tillfällig smittbärare) ersättning under en tidsperiod av mellan två och tre månader.

Den årliga ersättningen åt de tillfälliga smittbärarna är större. De två senaste budgetåren, dvs. 1982/83 och 1983/84, har ersättning utgetts med 4 776 378 kr. resp. 3 713 736 kr.

2.2 Lagens tillämpningsområde

FÖRSLAG

Ersättning till smittbärare skall även i fortsättningen regleras i en särskild författning. Särreglerna för de kroniska smittbärarna upphör.

2.2.1 Ersättning till smittbärare bör även i fortsättningen regleras i en särskild författning

I diskussionen har ibland förts fram att föreskrifterna om ersättning till smittbärare skulle ingå i smittskyddslagen. Utredaren ställer sig emellertid kritisk till en sådan ordning. Den nuvarande smittbärarersättningen gäller inte enbart ingripande med stöd av smittskyddsförfattningarna utan även ingripanden på grund av livsmedelsförfattningarna. Att dela upp ersättningsfrågor, som handläggs på ett gemensamt sätt, på olika författningar synes opraktiskt.

En annan tanke som har förts fram är att låta föreskrifterna om smittbärarersättning, som ju bygger på ersättningsreglerna för sjukpenning, ingå i lagen om allmän försäkring. Det finns redan i dag hänvisningar till flera bestämmelser i lagen om allmän försäkring. Mot en sådan överflyttning av bestämmelserna talar det förhållandet att de båda författningarna omfattar olika personkretsar. Lagen om allmän försäkring gäller enbart svenska medborgare och dem som, utan att vara svenska medborgare, är bosatta i landet. Ersättning åt smittbärare kan däremot utgå till såväl svenska som utländska medborgare, vare sig de är bosatta i Sverige eller på tillfälligt besök. Ingripandena enligt smittskydds- och livsmedelsförfattningarna görs främst i det allmännas intresse och ersättningen åt smittbärarna har, bortsett från skälighetsaspekterna, även preventiva grunder. De preventiva synpunkterna är lika väsentliga beträffande den som bara tillfälligt vistas i landet som för den som är bosatt här. Att utvidga tillämpningsområdet för lagen om allmän försäkring vid smittbärarersättningen synes inte lämpligt.

En annan, och kanske viktigare, omständighet som talar mot att föra in smittbärarersättningen under lagen om allmän försäkring är det sätt på vilket förmånerna finansieras. De förmåner som regleras genom lagen om allmän försäkring finansieras huvudsakligen genom arbetsgivaravgifter och egenavgifter. Smittbärarersättningen däremot utgår av allmänna medel. Något skäl att ändra denna ordning anser utredaren inte finns.

Skulle man trots dessa mer principiella invändningar anse att ersättningsbestämmelserna borde föras in i lagen om allmän försäkring, uppstår praktiska svårigheter att bestämma var i lagen föreskrifterna skall införas. De förmåner i lagen som mest motsvarar smittbärarersättning, nämligen sjukpenning och föräldrapenning, kräver att den ersättningsberättigade är inskriven hos den allmänna försäkringskassan. En förutsättning härför är att den försäkrade uppnått 16 års ålder. Smittbärarersättning förutsätter inte inskrivning i försäkringskassa och kan i princip utgå även till barn under 16 år. Därtill kommer att sjukpenningen och

föräldrapenningen är s.k. dag för dag-ersättningar medan lagen om ersättning åt smittbärare dessutom innehåller ersättning för kostnader (resor). Dessa omständigheter talar för att föreskrifterna inte borde föras in under kapitlen om sjukpenning eller föräldrapenning, utan borde få ett eget kapitel. Detta innebär emellertid omfattande förändringar inom en "etablerad kapitelordning" inom lagen om allmän försäkring.

Vid en samlad bedömning anser utredaren att föreskrifterna om ersättning även i fortsättningen bör regleras i en särskild lag.

2.2.2 Särbestämmelserna för de kroniska smittbärarna bör upphöra

I gällande lag görs en åtskillnad mellan smittbärare som har varit föremål för ingripande under högst 90 dagar i följd (tillfälliga smittbärare) och smittbärare där ingripandet har pågått under längre tid (kroniska smittbärare). Skilda regler gäller för de olika kategorierna. Försäkringskassan beslutar om ersättning åt de tillfälliga smittbärarna. Ersättning kan utgå för inkomstförlust och för resa som varit nödvändig på grund av ingripandet. Ersättningen för inkomstbortfallet motsvarar i princip smittbärarens sjukpenning. Länsstyrelsen beslutar om ersättning åt de kroniska smittbärarna. Ersättningen avser inkomstbortfall eller annan förlust och prövas från fall till fall med hänsyn till behovet av ersättning, förlustens storlek och omständigheterna i övrigt.

Riksdagens socialförsäkringsutskott behandlade under hösten 1982 en motion om att låta försäkringskassan överta handläggningen av ersättningen åt de kroniska smittbärarna (SfU 1982/83:7). Utskottet uttalade därvid att regeringen skyndsamt borde lägga fram ett förslag om en sådan ändring i lagen om ersättning åt smittbärare. Sedan riksdagen bifallit utskottets hemställan att ge regeringen till känna vad utskottet anfört har regeringen överlämnat frågan till utredaren.

I propositionen (1956:126 s. 50 ff) med förslag till lag om ersättning åt smittbärare, m.m. anförde departementschefen beträffande de tillfälliga smittbärarna att huvudparten torde vara arbetstagare som för sitt uppehälle var beroende av en löpande inkomst och att det därför var angeläget att ersättningen ordnades så att utbetalning kunde ske fortlöpande. Försäkringskassorna ansågs mest lämpade för denna uppgift. Kassornas medverkan förutsatte emellertid enkla regler för bestämmandet av ersättningen och att inkomstförlusten inte skulle behöva prövas från fall till fall. Det ansågs bl.a. därför motiverat att knyta an till reglerna om sjukpenning. Detta medförde visserligen att en inkomstförlustprövning i det enskilda fallet kanske skulle ha lett till en något högre ersättning, men fördelarna med en enhetlig bedömning ansågs överväga.

Departementschefen framhöll vidare att det förekommer personer som hela livet eller i varje fall under mycket lång tid är smittförande och att dessa i ersättningshänseende måste behandlas på annat sätt än de tillfälliga smittbärarna. Om skiljelinjen mellan dessa två kategorier av smittbärare drogs vid 90 dagar efter ingripandet visade erfarenheterna att så gott som samtliga "icke-kroniska" smittbärare skulle få ersättning enligt de generella reglerna under hela avstängningstiden. I sjukförsäk-

ringslagen fanns vid denna tid, som tidigare har påpekats, också en tidsbegränsning vid 90 dagar. Efter denna tid minskade sjukförsäkringstillägget. De kroniska smittbärarna angavs utgöra en ytterst liten grupp. Som skäl för att ersättningen till dessa skulle avgöras efter en prövning av omständigheterna i varje enskilt fall anförde departementschefen bl.a. (s. 60) att det i regel var äldre personer som var kroniskt smittförande, och att många på grund av åldern redan hade fått sin arbetsförmåga nedsatt. Andra förlorade kanske under tiden för ingripandet efter hand sin arbetsförmåga. I vissa fall kunde det smittförande tillståndet hävas genom operativt ingrepp, och i andra fall kunde vederbörande efter omskolning övergå till annan sysselsättning, varför myndighetsingripande inte längre var nödvändigt. Eftersom kravet på ett enhetligt bedömande i dessa fall inte var direkt framträdande fanns inte heller särskilt behov av en central myndighet för prövningen, utan länsstyrelsen ansågs kunna få i uppdrag att besluta i ärendena.

Ett bärande motiv för uppdelningen mellan tillfälliga och kroniska smittbärare har således varit att man skulle göra en individuell prövning av ersättningsbehovet hos de kroniska smittbärarna. Ett annat skäl var att man genom omskolning och ändrade arbetsuppgifter skulle göra dessa längre arbetsavstängningar onödiga.

Utredaren har mot denna bakgrund undersökt handläggningen av ersättningsärenden beträffande kroniska smittbärare vid de länsstyrelser som har ingått i utredarens intervjuer med hälsovårdsinspektörer m.fl. samt vid länsstyrelserna i Stockholm och Malmö. Därvid har framkommit att länsstyrelserna i allmänhet fortsätter att utge ersättning med samma belopp som den tidigare utgivna ersättningen, vilken motsvarar sjukpenningen. Knappast i något fall har ersättning betalats ut för annat än inkomstförlust. Erfarenheterna visar att det ofta är unga människor som blir kroniska smittbärare. Inte någon av de tillfrågade handläggarna hade undersökt om rehabiliterande åtgärder hade varit erforderliga. Den smittade hade nästan alltid kunnat återvända till sin tidigare arbetsplats. Dessa uppgifter ger vid handen att det i praktiken inte sker någon särbehandling av de kroniska smittbärarna.

Mot denna bakgrund anser utredaren att de skäl som vid lagens tillkomst angavs för uppdelningen mellan tillfälliga och kroniska smittbärare inte längre föreligger. Därför föreslår utredaren att särbestämmelserna för de kroniska smittbärarna skall upphöra.

Härigenom kommer handläggningen av ersättningsfrågorna för samtliga smittbärare att falla på försäkringskassan. Eftersom de kroniska smittbärarna endast utgör ett fåtal fall per år kommer det sannolikt inte att medföra någon nämnvärd ökning av kassornas arbetsbelastning.

2.3 Beräkning av smittbärarpenning

FÖRSLAG

Smittbärarpenningen skall även i fortsättningen beräknas utifrån sjukpenningen. Den nuvarande minimiersättningen motsvarande "lägsta sjukpen-

ningen" till smittbärare som inte är berättigade till sjukpenning slopas. Smittbärarpenningen skall i stället helt baseras på smittbärarens inkomster och motsvara sjukpenningen vid denna inkomst. Den gällande föreskriften att inkomst av annat förvärvsarbete skall betraktas som inkomst av anställning vid beräkning av smittbärarersättning är obehövlig och får ingen motsvarighet i den nya lagen.

2.3.1 Smittbärarpenningen skall även i fortsättningen utgå med belopp som motsvarar sjukpenningen

Enligt gällande lag utgår ersättningen för inkomstbortfall med samma belopp som sjukpenningen enligt lagen om allmän försäkring, vilket innebär en i huvudsak 90-procentig ersättning av inkomstbortfallet. Anknytningen till sjukförsäkringen är som tidigare har anförts motiverad bl.a. av att försäkringskassornas medverkan kräver enkla regler för bestämmandet av ersättningen så att en prövning från fall till fall av inkomstförlustens storlek kan undvikas.

Från framför allt livsmedelsarbetarhåll har emellertid gjorts gällande att det är otillfredsställande att inte hela inkomstbortfallet täcks. I samband med översynen av livsmedelslagstiftningen ansåg livsmedelsstadgekommittén i sitt betänkande Ny livsmedelsstadga m.m., (SOU 1970:6 och 7) att frågorna om ersättning till arbetstagarna för förlorad arbetsförtjänst inte skulle regleras genom livsmedelslagstiftningen. Kommittén föreslog att dessa problem i stället skulle lösas genom avtal i vanlig ordning mellan arbetsmarknadens parter. I propositionen (1971:61 s. 217) med förslag till livsmedelslag m.m. slog departementschefen fast att frågan om en eventuell kompensation till arbetstagare inte hörde till livsmedelslagstiftningen.

Utredaren delar uppfattningen att denna förmån bör bygga på en enkel ersättningsprincip för att undvika att belasta försäkringskassorna med inkomstutredningar i varje särskilt fall. Den enklaste regeln är då att utgå från sjukpenningen. I den mån detta inte anses som en tillräcklig kompensation bör det även i fortsättningen bli en fråga för arbetsmarknadens parter. Utredaren föreslår därför inte några förändringar i detta avseende.

2.3.2 En minsta ersättning motsvarande "lägsta sjukpenningen" skall inte längre lämnas

Genom att ersättningen i gällande lag har knutits till sjukpenningen gällde det vid utarbetandet av lagen att lösa ersättningsfrågan för den som inte var berättigad att uppbära sjukpenning. Det gällde bl.a. personer under 16 år, vissa utlänningar samt de som inte kom upp i den föreskrivna årliga minimiinkomsten om 1 200 kr. Man löste problemet genom att behandla dessa grupper som om de vore obligatoriskt sjukpenningförsäkrade. De blev därigenom berättigade till smittbärarersättning motsvarande lägst grundsjukpenningen. När det gällde personer under 16 år ansågs det emellertid inte rimligt med en sådan ersättning utan föregående prövning. Därför föreskrevs att ersättning till den som inte har fyllt 16 år skall utgå endast om han visar att han har gått miste

om arbetsinkomst på grund av ingripandet.

I dag, då sjukförsäkringssystemet inte är uppbyggt kring en grundsjukpenning, tillämpas bestämmelsen så att ersättning alltid utgår med ett belopp som minst motsvarar en sjukpenning beräknad på den lägsta sjukpenninggrundande inkomsten, 6 000 kr. Det innebär att ersättning utgår med minst 15 kr. per dag.

Utredaren ifrågasätter om det även i framtiden är motiverat med en sådan "lägsta smittbärarpenning". Det kan visserligen hävdas att ett beslut om isolering i hemmet eller avstängning från arbetet sker av allmänna, preventiva skäl och att en minimiersättning härför kan utgöra en viss motivation för smittbäraren att följa beslutet. Emellertid är beloppet så pass lågt att det knappast kan utgöra någon större drivfjäder. Dessutom kommer hemmamakar, studerande och andra som är inskrivna i försäkringskassan med ingen eller låg förvärvsinkomst att fr.o.m. år 1986 få ett bättre försäkringsskydd enligt lagen om allmän försäkring genom den utbyggda frivilliga sjukpenningförsäkringen.

Mot denna bakgrund anser utredaren att det är obehövligt att smittbärarpenningen alltid skall utgå med minst ett belopp motsvarande lägsta sjukpenningen. Utredaren föreslår därför att bestämmelsen ändras så att den som inte är berättigad till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring får ersättning med ett belopp som motsvarar vad sjukpenningen skulle ha utgjort om den hade beräknats i enlighet med bestämmelserna i lagen om allmän försäkring. Detta innebär bl.a. att den som har en lägre årsinkomst än 6 000 kr. inte längre kommer att få någon smittbärarpenning. Inte heller kommer den som enbart har ett tillfälligt feriearbete understigande sex månader att få någon smittbärarpenning. För utlänningar och utlandssvenskar bör dock gälla att de får medräkna sina utländska förvärvsinkomster.

Den nuvarande bestämmelsen att den som är under 16 år måste visa att han går miste om arbetsinkomst för att få ersättning blir genom förslaget onödig.

2.3.3 Gällande föreskrift om inkomst av annat förvärvsarbete än anställning är obehövlig

I gällande lag föreskrivs att ersättning åt den som har inkomst av annat förvärvsarbete än anställning skall bestämmas som om hela årsinkomsten utgjorde inkomst av anställning. Bakgrunden till denna föreskrift är att vid tiden för lagens tillkomst var företagare och liknande obligatoriskt försäkrade för enbart grundsjukpenning. Denna kunde visserligen kompletteras med en frivillig tilläggssjukpenning men det var långt ifrån alla som hade en sådan. För åtskilliga grupper av småföretagare, som inte hade några anställda, medförde en isolering regelmässigt inkomstbortfall i samma utsträckning som för löntagare. En företagare som fick ersättning med den sjukpenning som motsvarade hela årsinkomsten skulle därför sällan bli överkompenserad sas det i förarbetena till gällande lag. Mot den bakgrunden föreskrevs att ersättningen skulle fastställas som om hela inkomsten utgjorde inkomst av tjänst och således oberoende av om företagaren hade en frivillig försäkring eller ej.

Numera omfattas emellertid också de som har inkomst av annat förvärvsarbete än anställning av den obligatoriska försäkringen. Den angivna föreskriften i gällande lag är därför obehövlig och utredaren föreslår inte någon motsvarighet i den nya lagen.

2.4 Förutsättningar för smittbärarpenning

FÖRSLAG

Även den som inte direkt lider en inkomstförlust skall, om han har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst, få smittbärarpenning. Om smittbäraren inte kan förvärvsarbeta alls utgår hel smittbärarpenning. I annat fall utgår halv smittbärarpenning.

2.4.1 Direkt inkomstförlust skall inte längre krävas för smittbärarpenning

Enligt den ursprungliga lydelsen av lagen angavs som förutsättning för att ersättning skulle kunna utgå att smittbäraren hade "underkastats observation eller isolering eller eljest inskränkning i arbete varmed han må taga befattning". Något krav på att inkomstförlust skulle ha uppkommit för smittbäraren uppställdes inte (prop. 1956:126 s. 81). Det motsvarade f.ö. vad som gällde och fortfarande gäller vid sjukpenning. För rätt till sjukpenning krävs sjukdom och nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdomen men inte inkomstförlust.

År 1959 infördes en rätt till ersättning också för resekostnad som hade varit erforderlig för ingripandet. I samband därmed föreskrevs att ersättning till smittbärare kunde utgå dels för inkomstbortfall, dels för resekostnad. Ersättningen för inkomstbortfallet motsvarade fortfarande smittbärarens sjukpenning. Vid denna tid gällde i princip att alla som hade rätt till en viss sjukpenning också hade en förvärvsinkomst som motsvarade sjukpenningen och att de vid sjukdom gick miste om denna inkomst.

Sjukförsäkringssystemet har successivt förändrats. Numera har flera kategorier försäkrade rätt att behålla sin tidigare fastställda sjukpenninggrundande inkomst (SGI) även om de inte längre har ett förvärvsarbete som ger någon inkomst. De har således vid sjukdom rätt till en sjukpenning motsvarande SGI:n trots att de inte har någon direkt inkomstförlust motsvarande SGI:n vid sjukdomen. Bestämmelser härom finns i 3 kap. 5 § tredje stycket lagen om allmän försäkring. Där föreskrivs att SGI:n inte får sänkas under tid då den försäkrade

1. bedriver studier för vilka han uppbär studiehjälp, studiemedel eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studiestödslagen (1973:349), studiestöd enligt lagen (1983:1030) om särskilt vuxenstudiestöd för arbetslösa eller bidrag enligt förordningen (1976:536) om utbildningsbidrag för doktorander,

2. bedriver studier för vilka han uppbär timersättning enligt förordningen (1976:327) om timersättning vid grundutbildning för vuxna (gäller fr.o.m. den 1 juli 1985),
3. är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut eller efter förmedling av arbetsmarknadsmyndighet genomgår yrkesutbildning,
4. är gravid och avbryter eller inskränker sitt förvärvsarbete tidigast sex månader före barnets födelse eller den beräknade tidpunkten härför (gäller fr.o.m. den 1 juli 1985) eller
5. är helt eller delvis ledig från sitt förvärvsarbete för vård av eget barn som inte fyllt ett år (gäller fr.o.m. den 1 juli 1985).

Beträffande den förstnämnda kategorin, studerande med studiestöd, gäller särskilda regler som trädde i kraft den 1 januari 1985. Huvudprincipen är att de studerande skall få behålla studiestödet under en eventuell sjukdomsperiod. Rätten att behålla en SGI under studietiden kombineras med att denna SGI görs vilande under den tid för vilken studiestödet utgår. När studietiden upphör skall den vilande SGI:n kunna aktiveras. Under studietiden skall vidare en särskild studietidssjukpenning kunna utgå beräknad på grundval av den inkomst en studerande kan ha vid sidan av studierna eller under ferietid (3 kap. 5 § fjärde stycket lagen om allmän försäkring).

Utöver dessa grupper har ytterligare några kategorier fått rätt att behålla sin SGI enligt föreskrifter utfärdade av riksförsäkringsverket (RFFS 1981:5). Det gäller försäkrade

6. som inte förvärvsarbetar av anledning som berättigar till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring eller motsvarande ersättning enligt lagstiftningen om arbetsskadeförsäkring eller om annan jämförbar ekonomisk förmån,
7. som fullgör värnpliktstjänstgöring eller vapenfri tjänst eller genomgår militär grundutbildning för kvinnor,
8. som är arbetslös före ingången av den månad varunder han fyller 65 år och är anmäld som arbetssökande på arbetsförmedling samt är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten,
9. som avbryter sitt förvärvsarbete eller minskar sin arbetstid för kortare tid än sex månader i följd,
10. som är ledig från sin anställning för studier inom det egna yrkesområdet eller
11. som bedriver studier inom det egna yrkesområdet i annat fall än som nämns i 10 dock för högst ett år.

Denna utveckling att låta olika grupper av försäkrade behålla sin SGI har skett successivt och något för alla kategorier gemensamt motiv härför synes inte föreligga. Olika överväganden har varit aktuella för olika kategorier.

Av det anförda framgår att sjukförsäkringssystemet har förändrats sedan lagens tillkomst, och att en betydande grupp försäkrade vid sjukdom numera har rätt till sjukpenning utan att de har något direkt in-

komstbortfall. Denna omständighet har vållat svårigheter vid tillämpningen av förevarande lag eftersom det för rätt till smittbärarersättning krävs inkomstbortfall.

I förarbetena till gällande lag har poängterats att ingripandena mot smittbärare sker i samhällets intresse. Dessa människor har inte nedsatt arbetsförmåga och skulle i och för sig kunna arbeta. De får avstå från arbete för att skydda andra människor. Man ifrågasatte därför om inte ersättningen åt smittbärare borde vara förmånligare än sjukpenningersättningen. Efter överväganden stannade man ändock för att knyta ersättningen till sjukpenningen sedan man hade konstaterat att med dåtidens regler blev smittbärarersättningen inte obetydligt bättre än sjukpenningersättningen.

Mot denna bakgrund anser utredaren att det skulle te sig högst otillfredsställande om studerande, arbetslösa och andra som här har redovisats skulle ha rätt till sjukpenning men inte smittbärarpenning därför att det inte förelåg något inkomstbortfall. Med hänsyn härtill föreslår utredaren att det för rätt till ersättning inte längre bör krävas inkomstbortfall.

Frågan blir då till vilka faktiska förhållanden rätten till ersättning skall knytas. För de förvärvsarbetande är det naturligt att anknyta till själva förvärvsarbetet. De som inte kan arbeta på grund av myndighetsingripandet har rätt till ersättning. De beslut som främst är aktuella i dessa sammanhang är beslut om isolering i hemmet eller på sjukhus, beslut om läkarundersökning samt beslut om avstängning från arbetet.

För de kategorier smittbärare som avses i detta avsnitt kan normalt inte beslut om avstängning från arbetet komma ifråga. De båda förstnämnda typerna av beslut kan däremot gälla också för dem som inte förvärvsarbetar. Det är endast beslut enligt smittskyddslagen som kan bli aktuella. Beslut enligt livsmedelslagen gäller enbart dem som arbetar inom livsmedelshantering.

Mot denna bakgrund föreslår utredaren att den nu aktuella kategorin smittbärare skall ha rätt till ersättning om smittskyddsläkarens beslut avser läkarundersökning eller isolering i hemmet eller på sjukhus.

Med den nu aktuella kategorin smittbärare avser utredaren de som har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. lagen om allmän försäkring. Rätt till smittbärarpenning bör emellertid under samma förutsättningar även tillkomma dels s.k. hemmamakar, dels frivilligt försäkrade. Båda dessa grupper har rätt till sjukpenning vid sjukdom även om de inte har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst.

Genom att slopa kravet på inkomstförlust blir ersättningsrätten åter mer lik rätten till sjukpenning. Mot förslaget att ta bort kravet på förlust av inkomst kan emellertid invändas att det kan finnas situationer då en smittbärare kan få smittbärarpenning och samtidigt uppbära förvärvsinkomst.

För smittbärare som är tillförsäkrad lön av allmänna medel under tiden för beslutet finns redan föreskrifter om att ersättning enbart utgår i den mån lönen understiger ersättningen enligt denna lag. Någon motsvarande bestämmelse om lön från annan än staten, kommun e.d. finns inte. Det synes dock inte heller behövas i framtiden. Det förekommer

sannolikt mycket sällan att privata arbetsgivare betalar lön trots att arbetstagaren inte är i arbete.

Den som blivit avstängd från sitt ordinarie arbete kan emellertid tänkas få inkomst under tiden genom att ta ett tillfälligt förvärvsarbete som kan utföras i hemmet eller på annat sätt så att det inte föreligger risk för smittspridning. Utredaren bedömer emellertid risken för en sådan "dubbelkompensation" ytterst liten. Det torde vara sällsynt att någon under den förhållandevis korta tid som ett ingripande i genomsnitt blir aktuellt kan skaffa sig ett sådant förvärvsarbete som inte innebär att han bryter mot avstängningsbeslutet. Dessutom skulle det bli mycket svårt att kontrollera ett eventuellt förbud för smittbäraren att ha inkomst av förvärvsarbete under den tid beslutet gäller.

För att skilja denna ersättning som knyter an till möjligheten att förvärvsarbeta från resekostnadsersättning — som också kan utges enligt denna lag — föreslår utredaren att den förstnämnda ersättningen kallas smittbärarpenning.

2.4.2 Hel och halv smittbärarpenning skall kunna lämnas

Ersättningen till smittbärare skall enligt gällande lag utgå "för dag räknat med det högsta belopp som han vid sjukdom är berättigad att uppbära" dvs. med ett belopp som motsvarar hel sjukpenning. I de flesta fall medför ett beslut om isolering i hemmet eller avstängning från arbetet att smittbäraren helt måste avstå från förvärvsarbete. Det finns emellertid fall, t.ex. inom livsmedelsbranschen, då smittbäraren till viss del, men inte helt, kan omplaceras till arbetsuppgifter som kan utföras trots smittbärarskapet. Beslut som innebär läkarundersökning av smittbäraren behöver inte heller medföra att smittbäraren måste avstå från förvärvsarbete hela dagen. I dessa och liknande fall finns det, enligt utredarens mening, ett behov av att kunna utge en reducerad smittbärarersättning.

Både vid sjukpenning och föräldrapenning finns denna möjlighet till differentierad ersättning. Sjukpenningen utgår såsom hel resp. halv sjukpenning. Hel sjukpenning förutsätter fullständig nedsättning av arbetsförmågan. För rätt till halv sjukpenning krävs att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften. Om arbetsförmågan är nedsatt med mindre än hälften utgår ingen ersättning alls. Hel föräldrapenning utges om föräldern helt avstår från förvärvsarbete. Föräldrapenning kan också utgå som halv och, inom vissa områden av föräldraförsäkringen, som en fjärdedels föräldrapenning om föräldern förvärvsarbetar i reducerad omfattning.

Mot denna bakgrund föreslår utredaren att smittbärarpenning skall kunna lämnas motsvarande både hel och halv sjukpenning. Hel smittbärarpenning skall lämnas om smittbäraren inte alls kan förvärvsarbeta. I övriga fall skall halv smittbärarpenning lämnas.

2.5 Några frågor i samband med ersättningen

FÖRSLAG

Inga särskilda regler bör gälla enligt denna lag beträffande tidpunkten då inkomständringar skall träda i kraft. Försäkringskassan skall, liksom vid långvarig sjukdom, ha ett rehabiliteringsansvar vid långvarigt smittbärarskap. Föräldrar till barn med en allmänfarlig sjukdom skall inte ha rätt till ersättning utöver föräldrapenningen. Studerande som är smittbärare bör få behålla studiestödet under samma förutsättningar som vid sjukdom.

2.5.1 Inga särregler för inkomständring bör införas i denna lag

Det har till utredaren påpekats att en negativ konsekvens av att den sjukpenninggrundande inkomsten skall läggas till grund för smittbärarersättningen är att det enligt föreskrifter i lagen om allmän försäkring (3 kap. 5 § andra stycket) tar 30 dagar innan en anmäld inkomständring föranleder ändring av sjukpenningens storlek. Skälen härför är bl.a. att förhindra spekulationer samt att viss handläggningstid behövs hos försäkringskassorna för att utreda och kontrollera inkomständringen. Sjukpenningkommittén har i sitt betänkande (Sjukersättningsfrågor, SOU 1981:22 s. 205) föreslagit att karenstiden skall nedbringas till 14 kalenderdagar. Frågan övervägs f.n. i socialdepartementet.

Redan vid tiden för tillkomsten av gällande ersättningslag fanns motsvarande föreskrift i dåvarande sjukförsäkringslagen. Utredningsmannen konstaterade därvid att det i vissa fall kunde tänkas att en person vid tiden för avstängningen hade en högre inkomst än som svarade mot sjukpenningklassen. Det kunde då synas otillfredsställande att ersättningen beräknades enbart med hänsyn till sjukpenningklassen och inte med hänsyn till den faktiska inkomsten. Utredningsmannen ansåg emellertid att detta i flertalet fall berodde på att den enskilde inte i vederbörlig ordning anmält inkomstförändringen till försäkringskassan. Även om det i vissa enstaka fall kunde tänkas att det inte förelåg någon försummelse utan att det enbart berodde på att inkomstförändringen inte trätt i kraft kunde dessa situationer i regel undvikas genom att anmälan om den högre inkomsten gjordes så snart den enskilde fått kännedom därom. Med hänsyn bl.a. till det anförda föreslog utredningsmannen inte några särskilda föreskrifter för dessa förhållanden.

Inte heller utredaren är beredd att föreslå några förändringar i detta förhållande. Frågan är uppmärksammad i andra sammanhang och utredaren anser att en särlösning endast för smittbärare inte är påkallad.

2.5.2 Försäkringskassan skall ha ett rehabiliteringsansvar vid långvarigt smittbärarskap

Av förarbetena till den gällande lagen framgår att ett av skälen till att ersättningen åt de kroniska smittbärarna skulle bedömas efter omständigheterna i varje enskilt fall var att rehabiliterande åtgärder mot smittbärarna kunde påverka ingripandena.

Genom utredarens förslag att upphäva särbestämmelserna för de kroniska smittbärarna kommer försäkringskassan att få hand om samtliga smittbärare. Enligt 2 kap. 11 § lagen om allmän försäkring har försäkringskassan ett rehabiliteringsansvar i de fall ersättning för sjukhusvård har utgetts under 90 dagar i följd eller då det föreligger annan skälig anledning härtill. Kassan skall undersöka om det finns möjlighet att vidta åtgärder som kan förkorta sjukdomstiden eller förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan. För detta ändamål finns särskilda rehabiliteringsgrupper inrättade såväl lokalt som centralt hos försäkringskassorna (se RFFS 1979:1). I grupperna ingår bl.a. både medicinsk expertis och företrädare för arbetsmarknaden.

Om försäkringskassorna i framtiden skall administrera ersättningen åt samtliga smittbärare anser utredaren det värdefullt om kassorna, med sina väl kvalificerade rehabiliteringsgrupper, också fick ett rehabiliteringsansvar motsvarande det i 2 kap. 11 § lagen om allmän försäkring för smittbärarna. Om smittbärarpenning har utgått under 90 dagar i följd bör kassorna således vara skyldiga att undersöka vilka åtgärder som kan vidtas så att ingripandet kan upphöra eller inskränkas.

På grund härav föreslår utredaren att det i lagen om ersättning åt smittbärare görs en hänvisning till den aktuella föreskriften i lagen om allmän försäkring.

2.5.3 Föräldrar till barn med en allmänfarlig sjukdom bör inte få ersättning utöver föräldrapenningen

Förälder som måste avstå från förvärvsarbete på grund av sjukdom eller smitta hos sitt barn eller hos barnets ordinarie vårdare har rätt till föräldrapenning för tillfällig vård av barn enligt 4 kap. 8 § lagen om allmän försäkring. Sådan föräldrapenning utgår endast tills barnet har fyllt tolv år samt under högst 60 dagar per barn och år. Den 1 juli 1985 utvidgades rätten till sådan ersättning till att gälla även barn som har fyllt tolv men inte sexton år om barnet på grund av sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp är i behov av särskild vård och tillsyn (4 kap. 8a § samma lag). Föräldrapenningen utgår med belopp som motsvarar förälderns sjukpenning.

Dessa 60 dagar räcker gott och väl till för flertalet barn. År 1983 utnyttjades 20 dagar eller mer endast för ca 2 procent av alla barn under tolv år (ca 1,3 milj. barn). Samtliga 60 dagar utnyttjades för endast 0,03 procent av alla barn, eller i 422 fall. En undersökning vid riksförsäkringsverket av de fall där alla 60 dagarna hade tagits i anspråk under första halvåret 1980 (68 barn) visade att drygt hälften av fallen berodde på sjukdom eller smitta hos barnets ordinarie vårdare. Resterande fall som gällde sjukdom eller smitta hos barnet innehöll 23 fall där alla 60 dagarna hade tagits ut i en följd. De sjukdomar som förekom hos barnen i dessa fall var av högst varierande art, t.ex. eksem, salmonellos, tumör, epilepsi, födoämnesallergi, öroninflammation, cystisk fibros, gomspalt, benförlängning och benfraktur.

De allmänfarliga sjukdomarna har således endast marginell betydelse i dessa sammanhang. Det är främst salmonellos och hepatit B som är

aktuella i dessa sammanhang. Barnen är ofta inte sjuka utan enbart smittbärare. Skolgången hindras vanligen inte till följd av sjukdomen.

Utredaren har övervägt att i lagen om ersättning åt smittbärare införa en till föräldrapenningen "subsidiär" ersättningsrätt; nämligen rätt till ersättning för en förälder till ett barn med en allmänfarlig sjukdom om de 60 dagarnas föräldrapenning för det året har förbrukats.

Även om de allmänfarliga sjukdomarna intar en särställning genom att det ligger i samhällets intresse att skydda sig mot att de sprids, finns det emellertid också andra grupper av sjukdomar och andra situationer där en utökad rätt till föräldraersättning är motiverad. Astma och allergi hos barn är exempel på fall där mer än 60 dagars föräldrapenning ofta kan behövas. Även olycksfall som benbrott o.d. kan kräva lång vårdtid. Mot denna bakgrund kan det ifrågasättas om det föreligger tillräckliga skäl att särbehandla barn med allmänfarliga sjukdomar. Vidare arbetar man med att förenkla föräldraförsäkringen och ha så generella bestämmelser som möjligt.

Därtill kommer att ett av skälen till att begränsa föräldrapenningen till 60 dagar är att man anser att efter denna tid bör den kommunala barnomsorgen ta ansvar för att de aktuella barnen kan få behövlig tillsyn. Även om en förälder har rätt till tjänstledighet för att vårda sitt barn kan inte helt bortses från de sociala effekterna detta kan ha på förälderns arbetssituation. För de flesta barn med hepatit och salmonellos gäller att barntillsynen kan ordnas genom familjedaghem, dagbarnvårdare e.d. Det är utredarens uppfattning att om kommunerna får tid att planera tillsynen brukar den också i de flesta fall kunna lösas.

Utredaren anser på grund härav att det inte föreligger tillräckliga skäl för att föreslå att barn med allmänfarliga sjukdomar skall särbehandlas i förhållande till andra barn i detta avseende.

Utredaren vill i detta sammanhang erinra om att frågan om att helt slopa tidsgränsen på 60 dagar för föräldrapenning för tillfällig vård av barn har behandlats i socialförsäkringsutskottet under vintern 1985 (SfU 1984/85:12 s. 11 f). Ett yrkande härom avstyrktes dock av utskottet.

2.5.4 Studiestöd bör lämnas till studerande som är smittbärare

Studerande som innan de påbörjar sina studier har förvärvsinkomst får under vissa omständigheter under studietiden behålla sin sjukpenninggrundande inkomst enligt lagen om allmän försäkring. För detta redogörs närmare under avsnittet 2.4.1. Även studerande utan tidigare förvärvsinkomster har under senare år fått ett förbättrat sjukförsäkringsskydd. Huvudprincipen är att studerande som uppbär vissa former av studiestöd får behålla detta även under perioder av styrkt sjukdom. Bestämmelser härom finns i studiestödslagen (1973:349). Förutsättningen för att studiestödet skall utgå under en sjukperiod är att sjukdomsperioden infaller under sådan studietid för vilken den studerande har beviljats studiestöd. Återbetalningspliktiga studiemedel som belöper på en sådan period skall normalt inte medräknas vid beräkningen av återbetalningsskyldigheten av studiestödet. Härvid gäller dock en karenstid på 14 dagar.

Smittbärarna har genom bestämmelserna i lagen om ersättning åt smittbärare i stort sett jämställts i ekonomiskt avseende med de sjuka. Utredaren anser därför att tid då studerande är smittbärare skall betraktas på samma sätt i studiestödslagen som då de studerande är sjuka. I den mån sjuka får behålla sitt studiestöd bör även smittbärare få behålla det och återbetalningsskyldigheten för sådana studiemedel bör vara densamma för både sjuka och smittbärare.

Studiestöd utgår om den studerande har varit helt oförmögen att studera på grund av sjukdomen. Sjukperioden måste godkännas av den allmänna försäkringskassan.

Utredaren anser att motsvarande bör gälla för smittbärare. De beslut som kan göra en smittbärare oförmögen till studier är framför allt beslut om isolering på sjukhus och i hemmet om den studerande därigenom förhindras att delta i t.ex. undervisning eller tentamina. Det är huvudsakligen beslut enligt smittskyddslagen som kan komma i fråga för studerande.

Bestämmelser om studiestöd åt smittbärare bör lämpligast införas i studiestödslagen och inte i lagen om ersättning åt smittbärare.

Med hänsyn härtill föreslår utredaren att föreskrifter i enlighet härmed införs i studiestödslagen.

3 Kungörelsen om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse

3.1 Allmänna utgångspunkter

3.1.1 Ersättningsfrågans bakgrund

Frågan om statens skyldighet att utge ersättning för andra intrång i den enskildes äganderätt och ekonomiska frihet än vid expropriation och liknande förfoganden över egendom har uppmärksammats vid olika tillfällen. Åren 1944 och 1949 hemställdes genom motioner i riksdagen om utredning av frågan men motionerna föranledde ingen åtgärd. Det ansågs bl.a. omöjligt att fastställa generella kriterier för ersättning eftersom en lagstiftning på området skulle beröra de mest skilda rättsområden. Man menade att det sannolikt bara skulle kunna uppställas allmänna och vaga förutsättningar för ersättning och bedömningen skulle ändå bli skönsmässig och avpassad till omständigheterna i det enskilda fallet.

År 1954 var frågan på nytt föremål för motioner i riksdagen. Riksdagen beslutade denna gång att hos regeringen anhålla om en utredning av frågan om ersättning vid lagenliga ingrepp i hälsovårdens intresse. Riksdagen uttalade därvid att man fick börja med att på vissa avgränsade områden försöka nå enhetliga normer för när ersättning kunde utgå och efter vilka grunder den skulle beräknas. Ett sådant avgränsat område ansågs just ingripanden i hälsovårdens intresse vara.

Utredningen ledde fram till dels lagen om ersättning åt smittbärare, dels kungörelsen om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse (ersättningskungörelsen). Ersättningen åt smittbärare har behandlats i det föregående avsnittet. I detta avsnitt behandlas ersättningskungörelsen.

3.1.2 Regler om ersättning vid myndighetsingripanden på grund av smittfara eller liknande finns i flera andra författningar

Enligt ersättningskungörelsen kan ersättning av statsmedel utgå vid myndighetsingripanden enligt livsmedelslagen (1971:511) och smittskyddslagen (1968:231) för att hindra spridning av smittsam sjukdom. Liknande ersättningsbestämmelser finns i flera andra författningar som reglerar myndighetsingripanden för att hindra smittspridning i olika sammanhang, t.ex. bland växter och djur. Ersättningsfrågan har emeller-

tid fått olika principiella lösningar i författningarna.

Både *växtskyddslagen (1972:318)* och *bisjukdomslagen (1974:211)* innehåller regler om ersättning av statsmedel för kostnader och förluster som har uppstått på grund av myndighetsbeslut enligt dessa lagar. Båda författningarna kännetecknas, liksom ersättningskungörelsen, av att de öppnar en möjlighet till ersättning i vissa fall där det kan anses obilligt att den enskilde själv skulle svara för förlusterna. De ger däremot inte en ovillkorlig rätt till ersättning.

I epizootilagen av år 1935 föreskrevs att ersättning av statsmedel för kostnad och förlust som var föranledd av stadganden i lagen skulle utgå enligt de föreskrifter Konungen utfärdade. Sådana föreskrifter meddelades i en ersättningskungörelse av samma år. En till epizootilagen motsvarande ersättningsbestämmelse fanns i 1961 års förordning om bekämpande av salmonella hos djur m.m., och i en kungörelse av samma år föreskrevs vissa regler för ersättningen. Även enligt dessa författningar har således rätten till ersättning vid myndighetsingripanden varit inskränkt.

Genom den nya *epizootilagen (1980:369)* intog emellertid lagstiftaren en annan principiell ståndpunkt. Lagen innehåller regler om bekämpningen av sådana allmänfarliga sjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa. Kostnad och förlust som uppstår på grund av myndighetsbeslut skall enligt lagen ersättas fullt ut. I lagen anges närmare vilka olika typer av kostnader och förluster som ersätts.

Ståndpunkten, att i lag föreskriva att kostnader och förluster som har sin grund i myndighetsbeslut skall ersättas till fullo av staten, fick dock inte någon motsvarighet i den nya *lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur* (salmonellalagen), som trädde i kraft några år efter epizootilagen. Salmonellalagen reglerar bl.a. myndighetsingripanden för att bekämpa och hindra spridning av uppkommen salmonellainfektion hos husdjur och andra djur i fångenskap. Lagen innehåller inga bestämmelser om ersättning till den som drabbas av kostnader och förluster på grund av ingripandet. Däremot finns det i *förordningen (1985:379) om bekämpande av salmonella hos djur* (salmonellaförordningen) regler om ersättning av statsmedel i vissa fall.

3.2 Ersättningsfrågans behandling beträffande salmonella hos djur

3.2.1 Någon laglig rätt till ersättning finns inte

Den nya epizootilagen utgjorde således en utvidgning av ersättningsrätten i förhållande till den tidigare epizootilagen och till andra författningar på området medan den efterföljande salmonellalagen innebar en återgång till äldre ersättningsprinciper.

I sitt yttrande över förslaget till den nya salmonellalagen konstaterade lagrådet bl.a. (prop. 1982/83:172 s. 27 f) att den i förslaget intagna stånd-

punkten i ersättningsfrågan stämde med regleringen i åtskillig annan lagstiftning. Lagrådet uttalade vidare bl.a.:

"Regeln i 2 kap. 18 § regeringsformen om ersättning vid expropriation och liknande ingrepp lär inte vara tillämplig i dessa fall (se t.ex. SOU 1975:75 s. 430). Med hänsyn till de likheter som onekligen föreligger mellan ingripanden enligt epizootilagen och enligt den nu föreslagna lagstiftningen kan det å andra sidan synas otillfredsställande, att ersättningsreglerna i de båda fallen i sådan grad skulle avvika från varandra. Det är möjligt att särskilda överväganden har gjort sig gällande för epizootilagens del, bl.a. att det här kan bli fråga om mycket omfattande ingripanden på grund av oväntade, ibland katastrofartade sjukdomsutbrott, medan salmonellarisken är något som de aktuella företagarna i viss mån måste räkna med. Också det förevarande lagförslaget kan dock läggas till grund för myndighetsbeslut med betydande ekonomisk räckvidd, och det kunde — med det betraktelsesätt varpå epizootilagen bygger — möjligen övervägas att även här tillerkänna den skadelidande en viss laglig rätt till ersättning i stället för att enbart ge möjlighet för myndigheterna att låta gottgörelse utgå i enskilda fall.

Frågan om ersättning vid beslut enligt den föreslagna lagen framstår sålunda som i viss mån tveksam. I annan lagstiftning har som nämnts även regler om billighetsersättning tagits in i själva lagen."

Lagrådet fann emellertid inte skäl att motsätta sig vad som föreslogs beträffande ersättningsfrågan.

I sin anmälan av lagrådsremissen anförde departementschefen bl.a. (s. 29 f):

"För egen del vill jag erinra om att det finns stora skillnader mellan de epizootiska sjukdomarna och salmonellainfektioner bland djur, vilka motiverar att frågan om ersättning behandlas på olika sätt. De djursjukdomar som regleras i epizootilagen förekommer normalt inte i vårt land. Ett utbrott av sådana sjukdomar kommer oväntat och ibland katastrofartat och föranleder mycket omfattande och kostsamma ingripanden. Salmonellasmitta finns däremot alltid i landet. Djurägarna måste därför räkna med möjligheten av ett salmonellaangrepp som en beaktansvärd risk i näringsutövningen. En djurägare kan även genom egna åtgärder i viss utsträckning förebygga att djurbesättningen angrips av salmonella och därigenom minska kostnaden för salmonellabekämpningen. Det finns därför inte skäl att tillerkänna djurägare som drabbas av förluster med anledning av ingripanden enligt den föreslagna lagen om bekämpande av salmonellainfektion hos djur en laglig rätt till ersättning av staten."

3.2.2 Ersättningsreglerna i salmonellaförordningen har inskränkts

I samband med regeringens förslag till ny salmonellalag anmälde departementschefen (prop. 1982/83:172 s. 9) att han avsåg att se över de gällande ersättningsbestämmelserna. Enligt dessa kunde som tidigare har nämnts ersättning av allmänna medel utgå i den omfattning regeringen föreskrev för kostnad och förlust som var föranledda av stadganden i 1961 års salmonellaförordning. Departementschefen framhöll att det var rimligt att bestämmelserna ändrades så att staten fick bära en mindre del av kostnaderna för salmonellabekämpningen än tidigare. Denna uppfattning delades av riksdagen.

I propositionen (1983/84:40 bilaga 7 s. 5 ff) om vissa ekonomiskpolitiska åtgärder återkom departementschefen till denna fråga. En reduktion av statens kostnader för salmonellabekämpning borde enligt departementschefen åstadkommas bl.a. genom att ersättningen till djurägarna och bidragen till de veterinärmedicinska laboratorierna skars ned. Statens sammanlagda kostnader för salmonellabekämpandet hade de senaste budgetåren varit ca 16 milj. kr., 24 milj. kr. och 13 milj. kr. De produktionsinriktningar som relativt sett hade förorsakat de största kostnaderna var uppfödning av slaktkyckling och specialiserad slaktnötproduktion. Departementschefen angav att han hade inhämtat att det för dessa produktioner fanns möjligheter att erbjuda tillräckligt försäkringsskydd för de kostnader och förluster som ersattes av staten. Departementschefen ansåg därför att statlig ersättning inte längre skulle utgå till dessa djurägare för vars produktion ett tillräckligt försäkringsskydd till rimliga kostnader kunde ordnas. För övrig djurhållning beträffande vilka krav på försäkring f.n. inte kunde ställas borde enligt departementschefen statlig ersättning utgå även i framtiden. Ersättningsnivån borde dock sänkas till högst 70 procent av kostnaderna och förlusterna.

Mot bakgrund av dessa uttalanden beräknades förslagsanslaget till Bekämpande av smittsamma djursjukdomar, m.m. till 5 milj. kr. i budgetpropositionen (1983/84:100 bilaga 11 punkt F 5) för budgetåret 1984/85. I en riksdagsmotion (1983/84:1302) i anledning härav yrkades att de då gällande statliga ersättningarna vid åtgärder i salmonellasmittade besättningar skulle utgå även det kommande budgetåret. Jordbruksutskottet avstyrkte motionen (JoU 1983/84:27) såvitt gällde ersättning vid slaktkycklingsproduktionen. Beträffande ersättning vid slaktnötsproduktionen konstaterade utskottet att flera grundläggande frågor fortfarande återstod att lösa. Det gällde bl.a. huvudmannaskap och organisation av hälsokontroll samt formerna för försäkringsskyddet och dess finansiering. Därför fanns det enligt utskottet starka skäl för att ikraftträdandet av ett nytt ersättningssystem för denna produktion sköts upp. Utskottet utgick dock från att den aviserade sänkningen till 70 procent genomfördes redan under budgetåret 1984/85 samt att det fortsatta planeringsarbetet inriktades på ett genomförande av försäkringsskydd m.m. för slaktnötsproduktionen vid ingången av budgetåret 1985/86. Riksdagen följde utskottet (rskr 274).

Ersättningsfrågan reglerades därefter i förordningen (1984:306) om bekämpning av salmonella hos djur. Förordningen trädde i kraft den 1 juli 1984.

I budgetpropositionen (1984/85:100 bilaga 11 punkt F 5) inför budgetåret 1985/86 beräknades förslagsanslaget till Bekämpande av smittsamma djursjukdomar, m.m. till 5 milj. kr. I en riksdagsmotion (1984/85:2036) yrkades att oförändrade ersättningsregler skulle gälla för bekämpandet av salmonella i specialiserad slaktnötsproduktion och att en utvärdering borde göras av det gällande ersättningssystemet avseende slaktkycklingsproduktion.

Enligt motionen hade den slopade ersättningen för åtgärder vid salmonellaangrepp i kycklingsbesättningar tillsammans med tillkomna försäkringspremier inneburit ökade kostnader för djurägarna. Kostnadsökningarna hade även drabbat konsumenterna i form av prishöjningar

m.m. Motionärernas principiella uppfattning var att staten skall stå för de kostnader som producenterna åsamkas på grund av statliga beslut och åtgärder i slaktdjursproduktionen i humanpreventivt syfte. Det fanns enligt motionärerna skäl att utvärdera det nya systemet för att få ett bättre begrepp om de verkliga kostnadskonsekvenserna och ökade smittspridningsriskerna. Beträffande slaktnötsproduktionen hade det enligt motionen av olika anledningar inte funnits förutsättningar att lösa de grundläggande frågorna angående huvudmannaskap och organisation för en rikstäckande hälsokontroll. Inte heller hade man enligt motionärerna funnit formerna för och finansieringen av ett rättvist försäkringsskydd. I motionen anfördes att det framstod som klart fördelaktigt att permanenta nuvarande system för den specialiserade slaktnötsproduktionen med hänsyn till att ersättningen för salmonellakostnader i köttdjursproduktionen med nuvarande regler inte kunde beräknas uppgå till mer än ca 0,5 milj. kr. per år. Detta borde enligt motionärerna jämföras med de problem, risker och kostnader som ett slopande av ersättningen skulle innebära.

I sitt betänkande (JoU 1984/85:25 punkt 26) om Bekämpande av smittsamma husdjurssjukdomar, m.m. ansåg jordbruksutskottet att motionen inte gav anledning att frångå tidigare gjorda ställningstaganden rörande ersättning för salmonellabekämpande åtgärder i slaktnötsproduktionen. Utskottet anförde att det fick förutsättas att näringen och berörda myndigheter hade fått tillräckligt rådrum att genomföra de åtgärder avseende slaktnötsproduktionen som krävs för att det nya ersättningssystemet skulle kunna träda i kraft i enlighet med tidigare riksdagsbeslut. Vad gällde kravet på en utvärdering av ersättningssystemet avseende slaktkycklingsproduktionen påpekade utskottet att de nya bestämmelserna trädde i kraft först den 1 juli 1984, varför frågan om en utvärdering knappast kunde vara aktuell ännu. Riksdagen följde utskottet (rskr 186).

Den gällande salmonellaförordningen trädde i kraft den 1 juli 1985. Enligt denna får ersättning lämnas för vissa kostnader och förluster som orsakas av beslut enligt lagen. Ersättning lämnas inte för vissa former av specialiserad slaktnötsproduktion och produktion av slaktkycklingar. För annan fjäderfäproduktion lämnas ersättning med högst 70 procent om besättningen står under föreskriven salmonellakontroll och i annat fall högst 50 procent. Vid övrig djuruppfödning lämnas ersättning med högst 70 procent.

3.3 Kammarkollegiets beslut om ersättning enligt ersättningskungörelsen

3.3.1 Utredaren har sammanställt besluten men inte närmare utvärderat praxis

En redogörelse för det närmare innehållet i gällande ersättningskungörelse finns i bilaga 2 avsnitt 4.3. Beslut om ersättningen fattas i första

instans av kammarkollegiet. Utredaren har tagit del av kollegiets avgöranden under åren 1978 — 1984. Avgörandena har ställts samman i form av enkel statistik. Utredaren har däremot inte i detalj studerat och utvärderat hur kollegiet har tillämpat ersättningsbestämmelserna i de enskilda fallen. I vissa av kollegiets ärenden har inte angivits om ingripandet mot smittspridning har skett med stöd av smittskyddslagen eller livsmedelslagen. Utredaren har i dessa fall utgått från den lagstiftning som åtgärden enligt utredarens bedömning sannolikt har vilat på. I ett par ärenden har såväl livsmedelslagen som smittskyddslagen åberopats. Det har i båda fallen rört sig om olika typer av livsmedel och utredaren har redovisat dessa som ingripanden med stöd av livsmedelslagen.

3.3.2 Tabellariska sammanställningar av besluten med kommentarer

Följande tabeller illustrerar utvecklingen av ersättningsärendena med avseende på antalet avgjorda ärenden, storleken på beviljad ersättning, ersättningens fördelning i olika sammanhang, m.m. I tabell 3:1 anges antalet avgjorda ersättningsärenden per år. Under rubriken bifall redovisas alla ärenden där ersättningsyrkandena har bifallits, oavsett om yrkandet har bifallits helt eller endast delvis. Tabellen visar att ersättning har beviljats i totalt ca 70 procent av ärendena. Bifallsprocenten är således mycket hög.

Tabell 3:1 Vid kammarkollegiet under resp. år avgjorda ärenden om ersättning enligt ersättningskungörelsen

År	Antal ärenden		
	Totalt	Bifall	Avslag
1978	19	11	8
1979	11	7	4
1980	8	6	2
1981	9	8	1
1982	5	3	2
1983	4	4	0
1984	4	4	0
Summa	60	43	17

Under de aktuella åren har endast sex ärenden överklagats. Tre ärenden gäller avslag i kammarkollegiet på yrkad ersättning. Kammarrätten har inte ändrat kollegiets beslut. Ett av dessa ärenden fullföljdes till regeringsrätten som inte meddelade prövningstillstånd. I de resterande tre ärendena har den sökande i kammarkollegiet fått bifall till endast en del av sitt ersättningsyrkande. Efter besvär hos kammarrätten bifölls anspråken fullt ut i ett av ärendena. I ett annat lämnades besvären utan bifall av kammarrätten och prövningstillstånd meddelades inte i regeringsrätten. I det tredje överklagade ärendet ändrade kammarrätten inte det överklagade beslutet och frågan om prövningstillstånd har ännu inte behandlats av regeringsrätten.

Av tabellen framgår även att antalet ersättningsärenden i kammarkollegiet har blivit färre med åren. Antalet ärenden var under mitten av 1960-talet och fram till början av 1970-talet ca 20 per år (se Justititeombudsmannens ämbetsberättelse 1973 s. 507). Under de två senaste åren har det endast varit fyra ärenden per år.

Ersättning enligt kungörelsen grundar sig på ingripanden med stöd av både smittskyddslagen och livsmedelslagen. Som framgår av tabell 3:2 varierar både antalet ärenden och beviljad ersättning kraftigt mellan åren. Tabellen visar ändå tydligt att det är ingripanden med stöd av livsmedelslagen som medför både det största antalet ärenden och de högsta ersättningarna.

Tabell 3:2 Antal ärenden och beviljad ersättning enligt ersättningskungörelsen vid ingripanden med stöd av smittskyddslagen (1968:231) resp. livsmedelslagen (1971:511)

År	Smittskyddslagen		Livsmedelslagen	
	Antal ärenden	Beviljad ersättning kr.	Antal ärenden	Beviljad ersättning kr.
1978	3	5 781	8	404 336
1979	1	600	6	44 943
1980	2	4 527	4	2 683 839
1981	3	13 924	5	677 972
1982	3	14 579	0	—
1983	1	12 967	3	202 199
1984	2	102 328	2	303 427
Summa	15	154 706	28	4 316 716

Ingripanden för att hindra smittspridning kan avse åtgärder mot både personer och objekt. Tabell 3:3 visar att flertalet ingripanden med stöd av smittskyddslagen gäller — såvitt avser ersättningsärendena — åtgärder mot personer. Framför allt gäller det avstängning från arbetet.

Tabell 3:3 Antalet ingripanden enligt smittskyddslagen uppdelade på personinriktade resp. objektinriktade ingripanden. I tabellen ingår endast ärenden där ersättning enligt ersättningskungörelsen har beviljats.

År	Antal ingripanden enligt smittskyddslagen	
	Personinriktade	Objektinriktade
1978	0	3
1979	1	0
1980	2	0
1981	2	1
1982	1	2
1983	1	0
1984	2	0
Summa	9	6

Beträffande de sex objektinriktade ingripandena i tabellen gäller två fall ett polioutbrott i Järna. En lekskola inrymd i en fastighet fick stänga. Såväl barnstugestiftelsen som fastighetsägaren fick ersättning. Resterande fyra fall gäller alla zoologiska affärer. Två fall rör ett utbrott av sjukdomen ornitos. Affärerna stängdes under en tid och fåglarna sattes i karantän. De andra två fallen rör båda misstanke om salmonella i akvarievatten och försäljningsförbud beträffande fiskar, växter o.d. I dessa två ärenden saknas uppgifter om vilken lagstiftning ingripandena grundar sig på. De redovisas under smittskyddslagen eftersom livsmedelslagen inte kan vara tillämplig.

Vissa ersättningsärenden är tämligen likartade. Särskilt framträder ersättning för olika typer av fjäderfä som har destruerats på grund av beslut enligt livsmedelslagen. I tabell 3:4 har ersättningen för fjäderfä i allmänhet och särskilt kyckling satts i relation till den totala ersättningen.

Tabell 3:4 Beviljad ersättning enligt ersättningskungörelsen dels totalt, dels specificerad på destruerade fjäderfä i allmänhet samt därav speciellt kycklingar

År	Beviljad ersättning		
	Totalt belopp kr.	Fjäderfä kr.	Därav kyckling kr.
1978	410 117	181 436	104 580
1979	45 543	33 356	33 356
1980	2 688 366	2 671 151	0
1981	691 896	590 519	155 025
1982	14 579	0	0
1983	215 166	138 890	138 890
1984	405 755	0	0
Summa	4 471 422	3 615 352	431 851

I samtliga fall har livsmedlen förstörts på grund av salmonellainfektioner. Detta har sitt intresse vid en jämförelse med ersättningsreglerna i salmonellakungörelsen. Under de sju aktuella åren har i genomsnitt drygt 80 procent av den totala ersättningen enligt ersättningskungörelsen gällt fjäderfä i allmänhet och knappt 10 procent speciellt kyckling. Merparten av ersättningen för fjäderfä gäller destruktion av ankor. Denna produktionsgren har emellertid på senare tid minskat kraftigt i landet.

Ersättning utgår vid ingripande enligt smittskyddslagen enbart om det gäller en allmänfarlig sjukdom. Vid ingripande enligt livsmedelslagen finns inte denna begränsning. I tabell 3:5 anges vilka sjukdomar som har legat bakom ingripandena i de olika ärendena.

Tabell 3:5 I besluten om beviljad ersättning åberopad sjukdom som har motiverat myndighetsingripandet

Misstänkt eller konstaterad sjukdom	Antal fall
Salmonellos	35
Dysenteri (shigellos)	1
Polio	2
Ornitos	2
Uppgift saknas	3

Tabellen visar att såvitt gäller ersättningsärendena är den vanligaste orsaken ett misstänkt eller konstaterat fall av salmonellos. De två poliofallen gällde samma sjukdomsutbrott i Järna år 1978. Även ornitosfallen hade ett samband med varandra.

3.4 Utredarens bedömning

SAMMANFATTNING

Behovet av en samlad översyn av samtliga ersättningssystem vid ingripanden i hälsovårdens eller liknande intressen har påtalats i andra sammanhang. Det är även utredarens uppfattning att ersättningskungörelsen bör ses över i ett vidare sammanhang. Utredaren anser att en samlad översyn av ersättningsbestämmelserna bör göras av en för den uppgiften mer lämpad kommitté. Utredaren pekar emellertid på vissa otidsenliga beloppsgränser i kungörelsen som bör justeras omedelbart.

3.4.1 Det finns ett behov av en samlad översyn av ersättningssystemet vid ingripanden i hälsovårdens eller liknande intressen

Ersättningskungörelsen trädde i kraft för närmare trettio år sedan. Redan för tolv år sedan påtalade justitieombudsmannen behovet av en översyn av kungörelsen och motsvarande regler i epizootilagen m.fl. författningar för bekämpande av smittsamma djursjukdomar (1973 års ämbetsberättelse s. 510 och 511).

"Man kan sätta i fråga, om inte senare utveckling på skadeståndsrättens område, främst att förslaget till skadeståndslag väsentligt utvidgar den enskildes möjlighet till ersättning för skada orsakad av myndighetsutövning, kan motivera en omprövning av ersättningsprinciperna i 1956 års kungörelse. Visserligen avser denna blott ersättning för rättsenliga ingrepp, vilken situation inte berörs i skadeståndslagen. Men bestämmelserna i kungörelsen bör ändå ses mot bakgrunden av då gällande begränsningar i rätten till skadestånd från det allmänna, vilka torde ha spelat en viss roll för bestämmelsernas utformning. — — —

Man kan emellertid ställa frågan, om inte en mera allmän översyn av de ganska splittrade och svåröverskådliga reglerna om ersättning vid myndighetsingripan-

den av denna typ kan vara påkallad, inte bara av skadeståndslagens tillkomst med dess nya syn på ersättningsfrågorna utan också av utvecklingen inom social och privat försäkring sedan 1950-talet, ändrade sociala värderingar och tillkomsten av ny lagstiftning om ingripanden i det allmännas intresse, t.ex. den nya livsmedelslagstiftningen. Härvid bör också motsvarande regler i epizootilagen m.fl. författningar för bekämpande av smittsamma djursjukdomar överses. Ett mera samlat grepp på dessa ersättningsproblem skulle underlätta reglernas tillämpning för allmänheten och myndigheterna."

Uttalandet ledde emellertid inte till någon samlad översyn av frågan.

Därefter har vid skilda tillfällen såväl epizootilagen som salmonellalagen setts över. Vid båda tillfällena har lagrådet — som dock inte motsatt sig lagförslagen — erinrat om justitieombudsmannens uttalande om behovet av en samlad översyn av ersättningsfrågan.

I sitt yttrande över förslaget till ny epizootilag anförde lagrådet bl.a. (prop. 1979/80:61 s. 48):

"Det förtjänar också nämnas att justitieombudsmannen i 1973 års ämbetsberättelse (s. 511) uttalat sig för en mera allmän översyn av reglerna om ersättning vid myndighetsingripanden i hälsovårdens och liknande intressen, varvid bl.a. epizootiförfattningarna nämnts. Ett mera samlat grepp på dessa ersättningsproblem skulle enligt justitieombudsmannens mening underlätta reglernas tillämpning för allmänheten och myndigheterna."

I samband med lagrådsremissen angående lagen om salmonella hos djur yttrade lagrådet (prop. 1982/83:172 s. 28):

"Frågan om ersättning vid beslut enligt den föreslagna lagen framstår sålunda som i viss mån tveksam. I annan lagstiftning har som nämnts även regler om billighetsersättning tagits in i själva lagen. Även om lagrådet inte finner skäl motsätta sig vad som föreslås i denna del torde det emellertid vara påkallat att den avsedda översynen av gällande ersättningsbestämmelser utsträcks till att omfatta reglerna om gottgörelse även vid andra myndighetsingripanden i hälsovårdens intresse och liknande fall (jfr JO:s ämbetsmannaberättelse 1973 s. 511 och prop. 1979/80:61 s. 48). Det nu gällande systemet av bestämmelser framstår som så splittrat och svåröverskådligt att en mera enhetlig reglering synes önskvärd."

Trots att behovet av en samlad översyn av ersättningsbestämmelserna sålunda har påtalats vid flera tillfällen har någon sådan översyn inte kommit till stånd. Omfattningen av och formerna för statens ersättningsskyldighet har snarare splittrats ytterligare genom de senaste lagstiftningarna på området.

3.4.2 Ersättningskungörelsen bör utredas i annat sammanhang

En översyn av ersättningskungörelsen bör givetvis göras så att ersättningsbestämmelserna förhåller sig rimliga till andra ersättningsbestämmelser i närliggande författningar. Av intresse i detta sammanhang är framför allt epizootilagen och salmonellalagen. Ersättningsfrågans olika behandling i dessa båda lagstiftningar med följdförfattningar kan motiveras av bl.a. att lagarna reglerar olika sjukdomar. Ersättningskungörel-

sen däremot omfattar ingripanden på grund av både salmonellos och andra mer ovanliga sjukdomar som kan jämföras med epizootierna. Så till vida kan ersättningskungörelsen inte anses stå närmare någon av dessa båda angränsande lagstiftningar.

Om man närmare betraktar kammarkollegiets avgöranden beträffande ersättning enligt kungörelsen finner man dock att flertalet ärenden (ca 80 procent) rör ingripanden för att hindra salmonellasmitta. Drygt 80 procent av den totala beviljade ersättningen gäller ersättning för destruerade fjäderfä med salmonellainfektion, varav knappt 10 procent gäller kycklingar. Många av ersättningsfallen har i det avseendet vissa likheter med de fall som regleras genom salmonellaförfattningarna.

Om ersättningsmöjligheterna enligt kungörelsen skulle behållas kan det därför te sig inkonsekvent att ersättning inte utgår så länge salmonella påträffas hos den levande kycklingen (salmonellaförordningen är tillämplig) medan ersättning utgår för den slaktade kyckligen som "blivit" livsmedel (ersättningskungörelsen är tillämplig). Motsvarande resonemang kan efter den 1 juli 1985 föras även beträffande viss nötkreatursproduktion.

Om ersättningsbestämmelserna istället skulle slopas kan det synas märkligt att ersättning utgår vid ingripande mot ett djur med en epizootisk sjukdom i syfte att hindra smittspridning till andra djur (epizootilagen) medan ersättning inte utgår vid ingripande mot t.ex. ett livsmedel för att hindra smittspridning till människor (ersättningskungörelsen).

Bl.a. dessa förhållanden gör att utredaren ställer sig tvekande till att ersättningsbestämmelserna i kungörelsen ses över separat. Behovet av en samlad översyn av ersättningssystemet vid ingripanden i hälsovårdens och liknande intressen har påtalats vid tidigare tillfällen. Utredaren vill mot den angivna bakgrunden instämma i behovet av en sådan samlad översyn.

Direktiven till utredaren gäller huvudsakligen en översyn av gällande smittskyddslag. Smittskyddskommittén är till övervägande del utsedd mot denna bakgrund och kommitténs kompetens gäller framför allt det området. Utredaren anser därför att det finns starka skäl som talar för att en samlad översyn av ersättningsbestämmelserna bör göras av en för den uppgiften mer lämpad kommitté än smittskyddskommittén.

Vid den företagna genomgången av ersättningskungörelsen och kammarkollegiets avgöranden har inte framkommit några påfallande missförhållanden. Ansökan om ersättning görs endast i ett fåtal fall per år, och ersättning beviljas i stor utsträckning. Ersättningskungörelsen kan därför sägas fungera tillfredsställande i vart fall under ytterligare någon tid. Om en översyn av kungörelsen skulle skjutas upp tills en samlad översyn av ersättningsfrågorna kunde ske skulle sannolikt inte några större olägenheter uppkomma i detta avseende.

Frågan blir då hur den föreslagna smittskyddslagen påverkar ersättningskungörelsen. Ersättning enligt kungörelsen kan utgå vid ingripanden enligt både smittskyddsförfattningarna och livsmedelsförfattningarna. I detta sammanhang är smittskyddsförfattningarna av mindre betydelse. Ingripanden enligt livsmedelsförfattningarna svarar för drygt 95 procent av den totala ersättningen enligt kungörelsen och för två

tredjedelar av antalet ärenden där ersättning har beviljats. Den nya smittskyddslagen innebär att objektinriktade ingripanden inte längre kan vidtas med stöd av lagen. Sådana åtgärder bör enligt utredarens mening i stället kunna ske enligt hälsoskyddslagen, arbetsmiljölagen, livsmedelslagen m.fl. lagstiftningar. I den mån livsmedelslagen kommer att ligga till grund för ingripandena i framtiden kommer ersättning enligt kungörelsen att kunna utgå i samma omfattning som f.n. Om ingripandena däremot görs med stöd av andra författningar kommer ersättning enligt kungörelsen inte att kunna utgå utan att kungörelsen ändras. Emellertid har de objektinriktade åtgärderna enligt gällande smittskyddslag, vilka lett till ersättning, varit få. Under den sjuårsperiod som utredaren har gått igenom finns det enbart sex sådana ingripanden. Av dessa kan dessutom enligt utredarens mening åtgärden som sådan ifrågasättas i åtminstone två fall.

Den nya smittskyddslagen kan således komma att innebära en viss inskränkning i möjligheten att kunna få ersättning enligt kungörelsen. Emellertid torde denna begränsning ha en mycket liten omfattning. Det kan dessutom noteras att motsvarande ingripanden som i dag görs enligt hälsoskyddslagen, arbetsmiljölagen m.m. inte medför rätt till ersättning. Med hänsyn härtill anser utredaren att det inte finns tillräckliga skäl att föregripa en samlad översyn av ersättningsfrågorna.

Mot den angivna bakgrunden lämnar utredaren inte något förslag till en omarbetad ersättningskungörelse.

3.4.3 Vissa beloppsgränser i kungörelsen bör justeras omedelbart

Även om utredaren således i enlighet med det tidigare anförda anser att en mera omfattande översyn av ersättningskungörelsen bör företas i ett vidare sammanhang vill utredaren ändå särskilt framhålla följande. Det finns vissa bestämmelser i ersättningskungörelsen som innehåller fasta beloppsgränser för ersättningen. Dessa belopp har i några fall inte ändrats sedan ersättningskungörelsen trädde i kraft år 1956. De är således mycket otidsenliga. Utredaren anser därför att det är angeläget att dessa belopp ändras utan avvaktan på en samlad översyn av ersättningsbestämmelserna. De bestämmelser utredaren särskilt åsyftar återfinns i 2, 3 och 6 §§ kungörelsen.

I 2 § behandlas ersättning för värdeförstöring och kostnad i samband med att ett varuparti förstörs eller på annat sätt åtgärdas eller omarbetas. Detta är den vanligaste ersättningsformen. Ersättningen utgår endast i den mån det sammanlagda beloppet som den skadelidande har fått vidkännas överstiger 100 kr. Denna "självrisk", som inte har justerats sedan kungörelsens tillkomst, ter sig mycket blygsam i förhållande till de belopp som numera kan utbetalas på grund av bestämmelsen. En normal självrisk vid företagsförsäkringar och liknande privata försäkringar är ca sju procent av basbeloppet. Det innebär f.n. ca 1 500 kr. Utredaren anser att detta belopp är en rimlig kostnad för den skadelidande att själv stå för. Det medför även att de mest obetydliga ersättningsanspråken inte längre behöver belasta myndigheterna.

I 3 § regleras ersättning för utbetalda löner åt personal som inte har kunnat beredas arbete på grund av avstängning av rörelsen. Ersättningen härför begränsas till 80 procent av lönebeloppet i den mån det inte överstiger 78 kr. per dag. Den procentuella reduceringen av ersättningen har sin grund i synsättet att den skadelidande själv skulle bära en viss del av förlusten.

Begränsningen av lönebeloppet är betingad av att ersättningen till smittbärare inte utgår med hela inkomstbortfallet, utan med belopp som svarar mot sjukpenningen. Denna var vid ersättningskungörelsens ikraftträdande maximerad till 20 kr. per dag. Sjukpenningen var dock till skillnad från lönebeloppet skattefri. Lönebeloppet var ursprungligen begränsat till 30 kr. men har höjts vid några tillfällen.

Ersättning för utbetalda löner är mycket sällsynt. Utredaren anser att det trots detta är angeläget att justera de begränsningar härför som ges i 3 §. Lönebeloppet borde enligt utredaren beräknas på företagets faktiska lönekostnader. Däri borde inräknas även arbetsgivaravgifter som numera utgör en stor del av lönekostnaden. Frågan om hela ersättningsunderlaget skall ersättas eller, som nu, enbart 80 procent därav är beroende av vilket synsätt som anläggs på det allmännas ersättningsskyldighet i dessa fall. En ändring av denna regel synes inte vara påkallad vid en omedelbar justering utan frågan torde lämpligen kunna lämnas åt den samlade översynen av ersättningsfrågorna.

Även 6 § innehåller en motsvarande begränsning av löneersättning. Denna paragraf gäller ersättning åt arbetstagaren, dvs. den som på grund av driftsavbrottet har gått miste om arbetsinkomst. Reduktionen av ersättningen följer samma principer som i 3 §. Denna bestämmelse tillämpas liksom den föregående ytterst sällan men bör trots det också justeras. I detta fall anser utredaren att paragrafen bör ändras så att ersättning lämnas med belopp som motsvarar arbetstagarens sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, eller vad som skulle ha utgjort sjukpenning om arbetstagaren hade varit sjukpenningförsäkrad. Bestämmelsen överensstämmer då bättre med ersättningsbestämmelserna för sjuka och smittbärare.

Slutligen vill utredaren erinra om att i 9 § anges att beslut om ersättning fattas av statskontoret. Sedan år 1973 handläggs emellertid dessa ärenden av kammarkollegiet, efter en omorganisation vid statskontoret.

II KOSTNADER OCH FINANSIERING

4 Smittskyddslagen

SAMMANFATTNING

Kommunernas kostnader för personinriktade åtgärder för att förhindra smittspridning kommer att minska. Landstingens totala kostnader för smittskyddet enligt den nya smittskyddslagen beräknas till omkring 12 milj. kr. per år. Eftersom landstingen redan har vissa mindre utgifter för smittskydd bedöms kostnadsökningen till följd av förslaget till ca 8 milj. kr. per år. Landstingen erhåller ersättning från sjukförsäkringen för sjukvård m.m. Särskild ersättning lämnas f.n. för förebyggande hälsovård. Denna ersättning kan förväntas utgå även fortsättningsvis och en del av ersättningen bör användas för smittskyddet. Utredarens förslag innebär inte några direkta ökade utgifter för staten.

4.1 Inledning

Detta avsnitt skall behandla hur utredarens förslag till ny smittskyddslag kan komma att påverka samhällets kostnader för smittskyddet. Utredarens förslag innebär i princip att kommunernas ansvar för smittskyddet enligt den nya smittskyddslagen helt upphör, medan landstingen däremot får ett utökat ansvar i förhållande till vad som gäller i dag. Detta medför en minskning av kommunernas kostnader för personinriktade åtgärder för att hindra smittspridning och en ökning av landstingens kostnader härför. Landstingets utvidgade ansvar i detta avseende gäller huvudsakligen administrationen av smittskyddet. Den medicinska delen av smittskyddet, i form av undersökning, vård och behandling av enskilda samt analyser av laboratorieprov har redan tidigare åvilat landstingen. Således kommer landstingens ökade kostnader till största delen att bestå av administrativa kostnader. Utredaren föreslår en viss utvidgning av den enskildes kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling vilket medför att landstingen i princip borde få minskade inkomster i form av uteblivna patientavgifter. Eftersom landstingen emellertid i hög utsträckning redan avstår från patientavgiften i dessa sammanhang kommer sannolikt de minskade intäkterna att vara ytterst marginella.

4.2 Kommunernas administrativa kostnader för smittskyddet enligt gällande smittskyddslag

Kommunernas smittskyddsarbete bedrivs huvudsakligen inom kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder. Eftersom nämnderna även arbetar med uppgifter enligt bl.a. livsmedelslagen och hälsoskyddslagen kan det vara vanskligt att beräkna nämndernas administrativa kostnader för smittskyddet. Trots att det således finns en viss osäkerhet i underlaget har utredaren försökt att beräkna den samlade arbetstiden inom kommunerna för det nuvarande smittskyddet.

I de tre största kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö finns det medel särskilt anslagna för smittskyddet. Enligt tillgängliga uppgifter finns det följande tjänster för smittskyddet (tabell 4:1).

Tabell 4:1 Tjänster för smittskyddet i Stockholms, Göteborgs och Malmö kommun.

Kommun	Antal tjänster motsvarande heltid		
	Stads-läkare	Sjuksköterskor, kanslister m fl	Summa
Stockholm	1	4	5
Göteborg	0,2	2,5	2,7
Malmö	0,5	2	2,5
Summa	1,7	8,5	10,2

Det bör observeras att i Göteborgs och Malmö kommuner, som inte ingår i landsting, handlägger personalen även vissa uppgifter vid de veneriska sjukdomarna, vilka annars enligt gällande lag skall handläggas av smittskyddsläkaren inom landstinget. Den angivna summan är "fast" anställd personal som sysslar med smittskydd. Vid epidemier och andra arbetsbelastningar biträds denna personal av bl.a. hälsovårdsinspektörer. Detta innebär att den totala arbetstiden inom smittskyddet är något högre.

I landets övriga kommuner beräknar utredaren grovt schematiskt att 3 procent av arbetstiden för ca 770 hälsovårdsinspektörer används för smittskydd. Beräkningen grundas på dels hälsovårdsstadgeutredningens undersökningar av miljö- och hälsoskyddsnämndernas arbete, dels de intervjuer som utredaren lät utföra våren 1982. Arbetstiden är ett genomsnitt och innehåller perioder av både hög och låg arbetsbelastning. Hälsovårdsinspektörernas arbetsinsats kan således beräknas till 23 årsarbeten eller tjänster motsvarande heltid. Därtill kommer stadsläkares och kanslisters arbete med smittskyddet. Stadsläkare finns endast i större kommuner och de ägnar endast några veckotimmar åt smittskydd eller konsulteras vid behov. Utredaren beräknar att stadsläkarnas samlade arbete inom smittskyddet motsvarar 5 tjänster. Kanslisternas arbete med smittskydd beräknar utredaren till sammanlagt 10 tjänster. I landets övriga kommuner skulle således miljö- och hälsoskyddsnämndernas arbetsinsats för smittskydd motsvara ca 38 tjänster. Totalt i landet finns

det enligt detta beräkningssätt ca 48 heltidstjänster för smittskyddet inom kommunerna.

Kostnaderna för smittskyddet i Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner bärs redan av sjukvårdshuvudmännen eftersom dessa kommuner inte ingår i landsting. För dessa kommuner innebär lagförslaget ingen förändring av kostnadsansvaret. Det genomsnittliga arbetet i dessa kommuner kan beräknas till ca 6 tjänster. För övriga 42 tjänster beräknar utredaren en ungefärlig lönekostnad, inkl. sociala avgifter, på 200 000 kr. per person. Detta innebär en total kostnad för smittskyddet i de övriga kommunerna på drygt 8 milj. kr. per år. I denna summa ingår även kostnader för vissa objektinriktade åtgärder, främst utredningar av livsmedelsburen smitta. Med utredarens förslag att ålägga landstingen ansvaret för de personinriktade åtgärderna kommer kommunernas kostnader att minska. Att beräkna hur stor del av ca 8 milj. kr. som hänför sig till personinriktade åtgärder låter sig emellertid inte göras.

Den angivna beräkningen av kommunernas kostnader för smittskyddet gäller endast administrativa kostnader. Det förtjänar emellertid att påpekas att kommunerna, genom miljö- och hälsoskyddsnämnderna, enligt den gällande smittskyddslagen även skall ersätta gång- och sängkläder och andra föremål som kan befaras sprida smitta och som därför har förstörts av nämnderna. Genom att dessa objektinriktade åtgärder inte längre föreslås reglerade i den nya smittskyddslagen upphör kommunernas kostnader härför. Dessa har emellertid varit ytterst marginella och lagförslaget innebär inte några egentliga kostnadsbesparingar i detta avseende.

4.3 Landstingens beräknade kostnader för smittskyddet enligt den föreslagna smittskyddslagen

4.3.1 Administrativa kostnader

Den föreslagna smittskyddslagen ålägger landstingen att utse en smittskyddsläkare. Enligt gällande lag finns det emellertid redan en smittskyddsläkare i varje landsting. Den tid dessa nu disponerar för smittskydd varierar kraftigt från heltid till någon eller några veckotimmar. Med utredarens förslag utvidgas smittskyddsläkarnas ansvar och arbetsuppgifter betydligt. Detta medför självfallet att smittskyddsläkarnas arbetstid kommer att öka. Inom ett landstingsområde med ungefär 250 000 invånare anser utredaren att det är rimligt att planera för en halv smittskyddsläkartjänst och en kanslisttjänst. Utredaren vill emellertid betona att denna personalstyrka är vad som torde krävas under normala förhållanden. Det ligger i smittskyddsarbetets natur att arbetsinsatsen måste anpassas efter behovet och att det vid större epidemier tillfälligt behövs mer personal. Detta bör kunna ske genom omdisponeringar inom landstingen. Med de föreslagna tjänsterna skulle den årliga personalkostnaden bli ca 400 000 kr. per år i ett landsting av genomsnittlig storlek. För hela landet skulle kostnaden uppgå till ca 12 milj. kr. per år.

Eftersom landstingen redan har vissa kostnader för smittskyddsläkare m.fl. innebär utredarens förslag inte en kostnadsökning för landstingen med 12 milj. kr. En tänkbar ökning är i stället ca 8 milj. kr.

4.3.2 Kostnader för undersökning, vård och behandling m.m.

Undersökning, vård och behandling av personer med allmänfarliga sjukdomar är både en sjukvårdande insats och en åtgärd för att hindra smittspridning. Ett effektivt smittskydd kan bidra till att minska kostnaderna för sjukvården. Kostnaderna för smittskyddet i detta avseende och kostnaderna för sjukvården påverkar således varandra och är delvis gemensamma. Därför är det knappast möjligt att skilja kostnaderna för denna del av smittskyddet från de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården. Kostnaderna för undersökning, vård och behandling av patienter med allmänfarliga sjukdomar skall också enligt utredarens förslag i princip finansieras på samma sätt som andra sjukdomar.

Ett undantag gäller dock patientavgifterna. Enligt förslaget skall all undersökning, vård och behandling som behövs ur smittskyddssynpunkt vid de allmänfarliga sjukdomarna i princip vara kostnadsfri för den enskilde. Det enda undantaget gäller det första läkarbesöket som en person gör på egen misstanke om allmänfarlig sjukdom. De minskade inkomsterna för landstingens därigenom uteblivna patientavgifter kommer troligen att bli ytterst marginella. Nuvarande lag föreskriver kostnadsfrihet för själva diagnostiseringen av sjukdomen, men inte för den fortsatta behandlingen. Praxis varierar dock och landstingen tar sannolikt sällan ut patientavgifter vid allmänfarlig sjukdom, i synnerhet inte vid epidemier. Med hänsyn härtill och till det relativt låga antal fall av allmänfarliga sjukdomar som förekommer blir inkomstminskningen troligen mycket måttlig.

Utredarens förslag att gonnorré inte längre skall regleras i smittskyddslagen kan i viss utsträckning komma att påverka landstingens kostnader. Enligt gällande lag åligger det landstingen att ombesörja kostnadsfri läkarundersökning och behandling. Genom utredarens förslag får landstingen själva avgöra om patientavgift skall tas ut eller inte vid denna sjukdom. Väljer landstingen att ta ut patientavgifter ger det vissa intäkter. Å andra sidan finns det risk för att sjukdomen medför ökade kostnader på sikt om de smittade inte söker vård i tid och på grund därav drabbas av följdsjukdomar med långa vårdtider.

Laboratoriekostnaderna för prov från patienter med allmänfarlig eller venerisk sjukdom ligger redan nu på landstingen. Genom utredarens förslag får landstingen genom sin smittskyddsläkare viss kontroll över hur omfattande provtagning som skall ske på människor enligt smittskyddslagen. Med nuvarande rutiner är det svårt att kostnadsmässigt skilja på prov som tas som ett led i vården av patienter och sådana som tas med hänvisning till smittskyddslagen. I fråga om vissa sjukdomar bör provtagningen kunna minskas utan att smittskyddet påverkas negativt. Salmonellasjuka undersöks ibland med upprepade prov till ett antal som i vissa fall skulle kunna reduceras utan att det blev till men för smittskyddet eller patientens hälsa.

Ovanstående redogörelse ger vid handen att landstingens totala kostnader för undersökning, vård och behandling vid allmänfarliga sjukdomar sannolikt inte kan väntas öka till följd av utredarens förslag.

4.4 En del av den särskilda ersättningen från sjukförsäkringen för förebyggande hälsovård kan finansiera smittskyddet

Den av landstingen bedrivna öppna sjukvården finansieras, förutom av landstingsskatt, till väsentlig del genom ersättningar från den allmänna försäkringen. Genom återkommande överenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen fastställs regler för dessa ersättningar för ett eller flera år framöver. Förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring grundas på överenskommelser om ersättningar för åren 1985 och 1986. I förordningen stadgas i 3 § att särskild ersättning skall lämnas för förebyggande hälsovård med 48 kr. för varje invånare per år. I överenskommelsen sägs att "ersättningen är avsedd att stimulera såväl individ- som samhällsinriktade förebyggande insatser. Speciell uppmärksamhet bör ges uppbyggnaden av samhällsmedicinska enheter (motsvarande)".

Smittskyddet är enligt utredarens mening en viktig del av samhällets förebyggande arbete. Det kan förutsättas att en sådan särskild ersättning för förebyggande hälsovård kommer att utgå från sjukförsäkringen även i framtiden. Utredaren anser att en del av dessa medel bör användas för smittskydd. Denna ersättning bör därför i framtiden beräknas med hänsyn till landstingens kommande ansvar för smittskyddet. Den organisation som utredaren föreslår för smittskyddet kan väntas motsvara ca 1 kr. 60 öre per innevånare och år. En sådan insats bör väl rymmas inom de medel som lämnas från sjukförsäkringen för förebyggande hälsovård.

4.5 Statens kostnader för smittskyddet

Statens direkta kostnader påverkas inte av förslaget. I statsbudgeten för 1984/85 beräknades ett förslagsanslag på ca 11,5 milj. kr. för epidemiberedskap. Därav beräknades ca 4,4 milj. kr. till epidemiologisk verksamhet och viss beredskapslagring att disponeras av statens bakteriologiska laboratorium och 0,2 milj. kr. till viss planerings- och beredskapsverksamhet m.m. att disponeras av socialstyrelsen. Resterande förslagsanslag avsåg bl.a. ersättning enligt lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare, ersättning enligt kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse samt vissa kostnader enligt 15 § smittskyddskungörelsen för läkemedel vid behandling i öppen vård av venerisk sjukdom.

Länsstyrelserna kommer att upphöra som tillsynsmyndigheter enligt förslaget till ny smittskyddslag. F.n. är länsstyrelsernas kostnader för smittskyddet obetydliga.

5 Lagen om ersättning till smittbärare

Utredarens förslag till ny lag om ersättning åt smittbärare innehåller inte några större förändringar som medför ökade kostnader. I några avseenden kan dock vissa marginella kostnadsökningar uppkomma. Genom att kravet på inkomstförlust slopas kommer även de som inte förvärvsarbetar men som har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst att kunna få smittbärarpenning. Det är en utvidgning i förhållande till vad som gäller i dag. Dessutom kan den föreslagna rätten till halv smittbärarpenning medföra att fler smittbärare får ersättning. Den nya lydelsen av reglerna för resekostnadsersättning innebär, åtminstone formellt, en mer omfattande rätt till ersättning än f.n. Det är mycket vanskligt att beräkna storleken på dessa kostnadsökningar. Det rör sig dock om mycket blygsamma belopp.

Den nuvarande minimiersättningen motsvarande "lägsta sjukpenningen" till smittbärare som inte är berättigade till sjukpenning slopas genom utredarens förslag. Därigenom kan vissa mindre besparingar göras. De kan beräknas uppgå till knappt 10 000 kr. per år.

III SPECIALMOTIVERING

6 Förslaget till smittskyddslag

Tillämpningsområde

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om skydd för befolkningen mot att allmänfarliga smittsamma sjukdomar sprids bland människor.

I 8 § finns bestämmelser om att även andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga skall vara anmälningspliktiga.

Syftet med lagrummet är att inledningsvis avgränsa smittskyddslagens tillämpningsområde. Paragrafen har ingen motsvarighet i nuvarande smittskyddslag.

Första stycket. Lagens bestämmelser avser att skydda befolkningen mot smittspridning. Det är snarare samhällets intresse än den enskilde individens som skall tillvaratas. Den enskildes behov av sjukvård när han drabbas av smitta är det i stället sörjt för genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Befolkningen skall skyddas mot att vissa smittsamma sjukdomar får stor utbredning. Även om "inga sjukdomsfall" är det idealiska tillståndet är det inte ett realistiskt tillstånd. Enstaka fall kan troligen inte undvikas — det är en ytterligare spridning och utbredning av sjukdomarna i samhället som i första hand skall hindras med stöd av smittskyddslagen.

Smittskyddslagen omfattar emellertid inte alla smittsamma sjukdomar utan endast dem som är särskilt allvarliga, i lagen benämnda allmänfarliga. Anledningen till detta är främst lagens karaktär av tvångslag och att tvångsingripandena har ansetts motiverade enbart vid de allmänfarliga sjukdomarna.

Självfallet skall ändå alla smittsamma sjukdomar i samhället bekämpas. Det kan emellertid normalt ske inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården och med hjälp av den organisation som byggs upp på grund av smittskyddslagens bestämmelser.

Smittskyddslagen reglerar endast smittsamma sjukdomar som kan spridas bland människor. Smittspridning bland djur regleras genom bl.a. epizootilagen (1980:369). Däremot åsyftas i paragrafen inte enbart smitta som sprids via direktkontakt mellan människor, utan även smitta som

sprids t.ex. över djur eller via en ventilationsanläggning eller ett livsmedel.

Andra stycket. I lagen finns en bestämmelse om att de allmänfarliga sjukdomarna skall anmälas. Även om en sjukdom inte är att anse som allmänfarlig och således inte omfattas av bestämmelserna i lagen kan det ändå finnas ett behov av att inträffade sjukdomsfall rapporteras exempelvis för att åtgärder mot sjukdomen skall kunna vidtas med stöd av annan lagstiftning. Eftersom de sjukdomar det här kan vara fråga om ofta upptäcks på samma sätt som de allmänfarliga sjukdomarna, dvs. inom hälso- och sjukvården, kan det vara praktiskt med ett enhetligt rapporteringssystem för samtliga sjukdomar. Därför finns det en föreskrift i lagen om att vissa andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga skall vara anmälningspliktiga.

2 §

Regeringen bestämmer dels vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga, dels vilka andra sjukdomar som skall vara anmälningspliktiga.

Med allmänfarliga sjukdomar avses sådana smittsamma sjukdomar

1. som har hög smittsamhet eller kan få explosiv utbredning,
2. som har hög dödlighet eller kan ge bestående skador och
3. som genom lämpliga personinriktade åtgärder kan hindras att sprida sig.

Paragrafens första stycke motsvarar 4 § första stycket, andra punkten i den gällande smittskyddslagen. Andra stycket saknar motsvarighet i gällande lag.

Första stycket. Liksom i den nuvarande smittskyddslagen bedöms det olämpligt att i lagen ange en förteckning över de sjukdomar som skall vara allmänfarliga eller i övrigt anmälningspliktiga. Om t.ex. en helt ny smittsam sjukdom uppträder i landet kan det vara angeläget att snabbt kunna förklara sjukdomen allmänfarlig. Därför har regeringen bemyndigats att bestämma vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga och vilka andra som skall vara anmälningspliktiga.

Andra stycket. I och med att regeringen bestämmer att en sjukdom skall vara allmänfarlig blir lagens bestämmelser tillämpliga på den som drabbas av sjukdomen. De åtgärder som regleras i lagen innebär ofta ingripanden i den enskildes personliga förhållanden och i vissa fall innefattar lagen även användning av tvång. Mot denna bakgrund är det ur rättssäkerhetssynpunkt väsentligt att det i lagen anges under vilka förutsättningar regeringen kan förklara en smittsam sjukdom allmänfarlig. Samtliga förutsättningar som anges under punkterna 1-3 måste vara uppfyllda. Sjukdomarna skall vid prövningen enligt 1 och 2 bedömas utan hänsyn till eventuella behandlingsmöjligheter och åtgärder mot smittspridning. Beträffande det närmare innehållet i dessa förutsättningar hänvisas till avsnittet 1.2.3.

Enligt 4 § andra stycket gällande smittskyddslag avses i lagen med sjukdom endast sjukdom i smittsamt skede. De åtgärder som regleras i lagen kan således bli aktuella bara om det föreligger en konkret risk för smittspridning. Den föreslagna smittskyddslagen skiljer sig från den nuvarande bl.a. så till vida att enbart de viktigaste åtgärderna regleras direkt i lagen. Även andra åtgärder som inte finns angivna i lagen ingår

emellertid i smittskyddet, t.ex. information till allmänheten och förebyggande hälsokampanjer. Dessa åtgärder anknyter inte till ett speciellt sjukfall utan är allmänna. På grund av detta kan inte tillämpningen av lagen begränsas till enbart sjukdomarnas smittsamma skede. En sådan bestämmelse är huvudsakligen värdefull för att skydda enskilda mot tvångsåtgärder i obefogade situationer. Enligt den föreslagna lagen kan tvång tillgripas enbart vid läkarundersökning och isolering på sjukhus. För att dessa åtgärder skall få vidtas krävs emellertid att de är påkallade ur smittskyddssynpunkt resp. att det föreligger risk för smittspridning. Dessa förutsättningar torde vara ett tillräckligt skydd för den enskilde i detta avseende.

3 §

Med smittskydd avses i denna lag personinriktade åtgärder för att hindra att smittämnen som kan orsaka allmänfarliga sjukdomar sprids bland människor.

Utöver vad som föreskrivs i denna lag finns i andra författningar bestämmelser som är av betydelse för att hindra smittspridning av såväl allmänfarliga som andra smittsamma sjukdomar.

Paragrafen saknar motsvarighet i den nuvarande smittskyddslagen.

Första stycket. I lagrummet ges en definition på begreppet smittskydd såsom det används i lagen. Med smittskydd avses således de åtgärder som kan vidtas för att hindra smittspridning.

Åtgärderna skall enligt definitionen vara personinriktade. Om smittkällan finns i den fysiska miljön kan i stället, eller samtidigt med de personinriktade åtgärderna, objektinriktade åtgärder bli nödvändiga för att hindra smittspridning. Det kan t.ex. gälla åtgärder mot förorenat vatten eller livsmedel. Även åtgärder mot smittförande djur räknas till objektinriktade åtgärder. Sådana ingripanden regleras inte i smittskyddslagen, utan dessa sker med stöd av annan lagstiftning, exempelvis hälsoskyddslagen (1982:1080), livsmedelslagen (1971:511) eller epizootilagen (1980:369). I smittskyddslagen avses med smittskydd endast åtgärder för att bekämpa allmänfarliga sjukdomar.

Begreppet åtgärd skall inte tolkas som enbart olika ingripanden utan ges en vidare mening där alla handlingar ingår vars yttersta syfte är att hindra eller förebygga smittspridning. Åtgärderna kan vara allmänna och rikta sig mot ett flertal människor, t.ex. information till allmänheten, men också individuella, exempelvis behandling av den sjuke eller personer i dennes omgivning. De materiella bestämmelserna i lagen reglerar enbart de viktigaste åtgärderna. Definitionen rymmer emellertid många olika åtgärder.

Andra stycket. Meningen med detta lagrum är att påminna om att åtgärder i syfte att hindra smittspridning kan vidtas i flera sammanhang än de som regleras genom smittskyddslagen. Avsikten är inte att smittskyddslagen skall ta över gentemot andra lagstiftningar utan att den skall verka jämsides med dessa. De viktigaste författningarna därvidlag är f.n. livsmedelslagen (1971:511), hälsoskyddslagen (1982:1080), arbetsmiljölagen (1977:1160) och miljöskyddslagen (1969:387). För att samhället effektivt skall kunna motverka smittspridning i olika sammanhang krävs en samordning av de olika åtgärder som kan vidtas med stöd

av de skilda författningarna. En förutsättning härför är att de olika myndigheterna som svarar för resp. åtgärder samarbetar med varandra. I 4 § andra stycket föreskrivs därför att landstingen, som svarar för smittskyddet inom landstingsområdet, skall samverka med berörda myndigheter i dessa frågor.

Landstingskommunernas ansvar för smittskyddet

4 §

Varje landstingskommun svarar för smittskyddet inom sitt område. I varje landstingskommun skall det finnas en smittskyddsläkare.

Landstingskommunen skall i frågor som rör smittskyddet samverka med andra myndigheter som har uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Vad som sägs i denna lag om landstingskommun skall också gälla kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

Det finns inte någon motsvarighet i den gällande smittskyddslagen till paragrafens första två stycken. Tredje stycket motsvaras i stort av 22 § första stycket i nuvarande lag.

Första stycket. Ansvaret för smittskyddet skall åvila landstingen. Till stor del innebär ansvaret för smittskyddet att landstingen skall svara för de resurser som smittskyddet kräver, t.ex. läkarundersökningar, möjlighet till isolering vid sjukhus o.d. Åliggandena enligt detta lagrum kan därför i hög utsträckning uppfyllas inom ramen för landstingens sjukvårdsorganisation.

Inom landstinget skall en särskild läkare verka som smittskyddsläkare. I regel är det en hälso- och sjukvårdsnämnd som leder hälso- och sjukvården inom landstinget, och smittskyddsläkaren bör utses av nämnden. Utredaren har inte angett några specifika behörighetsvillkor för smittskyddsläkaren. Det får ankomma på den som utser smittskyddsläkaren att se till att det blir en för uppgiften väl kvalificerad läkare. Om det behövs kan flera smittskyddsläkare utses inom landstinget. I skyldigheten att utse en smittskyddsläkare i landstingskommunen ligger självfallet också att ansvara för att det finns en eller flera ersättare för läkaren.

Andra stycket. Eftersom smittskyddslagen endast reglerar personinriktade åtgärder mot smittspridning är det för ett effektivt bekämpande av smittspridning nödvändigt att landstingen samverkar med andra myndigheter som kan bekämpa smittspridning genom objektinriktade åtgärder. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder har omfattande åligganden på den punkten. Nämnderna har bl.a. ansvaret inom kommunerna för hälsoskyddet enligt hälsoskyddslagen (1982:1080) samt för livsmedelshanteringen enligt livsmedelslagen (1971:511). Andra myndigheter med uppgifter som är av betydelse för smittskyddet är t.ex. yrkesinspektionen, länsstyrelsen och lantbruksnämnden. Landstingen skall självfallet också samarbeta med varandra.

Vid landstingens övergripande planering av smittskyddsverksamheten bör samverkan med andra myndigheter ske på central nivå. För ett fungerande smittskydd krävs emellertid att samarbetet bedrivs fortlöpande även av de enskilda befattningshavarna på regional och lokal nivå. Smittskyddsläkarna har enligt smittskyddslagen ansvaret för de

skilda åtgärder som kan komma ifråga både vid enstaka sjukdomsfall och vid epidemier. Det är naturligtvis mycket viktigt att dennes arbete samordnas med andra organs arbete för att hindra smittspridning. I 10 § tredje stycket stadgas en skyldighet för smittskyddsläkaren att i vissa fall underrätta andra myndigheter om sjukdomsfall.

Tredje stycket. Primärkommunerna Göteborg, Malmö och Gotland ingår inte i landstingskommunerna. Deras organisation är annorlunda och de har därmed andra förutsättningar att organisera sitt smittskydd. Enligt detta lagrum skall dock dessa primärkommuner och deras organ även fortsättningsvis jämställas med landstingskommunerna. Bestämmelsen har i huvudsak flyttats över från den nuvarande smittskyddslagen.

Den smittades skyldigheter

5 §

Med smittad förstås i denna lag
den som har en allmänfarlig sjukdom eller
den som utan att vara sjuk för smittämne som kan orsaka allmänfarlig sjukdom.

Med smittad jämställs den som skäligen kan misstänkas ha en allmänfarlig sjukdom eller bära smittämne som kan orsaka en sådan sjukdom.

Någon direkt motsvarighet till denna paragraf finns inte i den nuvarande smittskyddslagen. Emellertid gäller de flesta åtgärderna enligt lagen samma fyra personkategorier som här föreslås innefattade i begreppet smittad. Med smittad avses således först och främst den som är kliniskt sjuk och den som för ett smittämne utan att själv känna sig sjuk eller för omgivningen te sig sjuk. Även den som man ännu inte konstaterat sjukdom eller smittämne hos kan emellertid enligt andra stycket jämställas med smittad. Anledningen till detta är att det ur smittskyddssynpunkt är lika viktigt att kunna vidta åtgärder mot dem hos vilka smittämne har kunnat konstateras som mot dem som bara misstänks kunna föra smittan vidare. Det räcker emellertid inte med ett obestämt antagande om smitta utan det skall vara en medicinskt välgrundad misstanke i det enskilda fallet.

6 §

Den smittade är skyldig att

1. på anmodan av smittskyddsläkaren söka läkare samt låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om en allmänfarlig sjukdom föreligger,
2. till läkaren lämna för smittskyddet nödvändiga uppgifter om vilka personer smittämnet kan ha kommit från och till vilka det kan ha förts vidare samt lämna upplysningar i övrigt om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare,
3. följa smittskyddsläkarens förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt,
4. följa smittskyddsläkarens beslut om isolering på sjukhus enligt 12 §.

Paragrafen motsvarar delvis flera bestämmelser i den nuvarande smittskyddslagen t.ex. vissa stycken i 6 och 7 samt 12—14 §§. Avsikten med

lagrummet är att i ett sammanhang beskriva vilka skyldigheter den smittade har för att smittspridning skall kunna förhindras eller begränsas. Bestämmelsen avser alla som kan betecknas som smittade, dvs. även den som enbart misstänks ha en allmänfarlig sjukdom eller föra smittämne som kan orsaka sådan sjukdom.

Den första punkten reglerar skyldigheten för den smittade att på anmodan av smittskyddsläkaren söka läkare. Anmodan kan smittskyddsläkaren meddela med stöd av 11 § första stycket. Följs inte denna anmodan kan smittskyddsläkaren enligt andra stycket i samma paragraf besluta om läkarundersökning. En sådan läkarundersökning kan ytterst genomdrivas med tvång.

I skyldigheten att söka läkare ingår också en förpliktelse att låta läkaren göra vissa undersökningar och ta vissa prov för att fastställa vilket smittämne eller vilken sjukdom det rör sig om. Det ligger dock i sakens natur att skyldigheten är begränsad till undersökningar och provtagningar som behövs för smittskyddsändamål. Provtagningar och undersökningar som utförs för att utgöra underlag för behandlingar eller kliniska bedömningar ingår således inte i denna skyldighet. Förekomsten av ett smittämne eller en sjukdom fastställs vanligen genom laboratorieundersökningar av saliv, urin, avföring och liknande utsöndringar från den smittade. Dessa provtagningar, liksom blodprov, är den smittade skyldig att underkasta sig. Om undersökningarna och provtagningarna innebär större operativa ingrepp eller på något annat sätt kan utsätta den smittade för hälsorisker som inte är obetydliga får dessa emellertid inte utföras mot den smittades vilja. Exempel härpå är provtagningar på vätska från ryggmärgskanalen eller vävnader från inre organ. — I detta sammanhang kan påpekas att den smittade inte är skyldig att genomgå behandling med läkemedel eller andra medicinska behandlingar.

I *den andra punkten* fastslås att den smittade är skyldig att lämna information om hur han har kunnat få smittan och huruvida han kan ha spritt den vidare. Någon motsvarande bestämmelse finns inte i den gällande lagstiftningen. För ett effektivt smittskydd fordras emellertid att den som skall spåra smittkällan och andra led i smittspridningen har möjlighet att få upplysningar av detta slag. De uppgifter som kan bli aktuella är således upplysningar om från vilken person smittan kan ha kommit och till vilka den kan ha förts vidare. Om möjligt skall namn, gatuadress och födelsetid på dessa personer uppges. Beträffande sexuellt överförbara sjukdomar är det viktigt att den smittades sexuella kontakter anges. Det är också angeläget med upplysningar om den smittades arbetsmiljö, utlandsvistelser och andra liknande omständigheter som kan ha betydelse för smittans uppkomst och spridning. Upplysningarna skall enligt bestämmelsen lämnas till den undersökande läkaren men självfallet skall också sådana upplysningar vid behov lämnas till smittskyddsläkaren. Uppgifter om hälsotillstånd och andra personliga förhållanden är i princip skyddade av sekretess enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100), om det inte är klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Skyldigheten att lämna sådana upplysningar som är nödvändiga för smittskyddsarbetet är inte sank-

tionerad, dvs. den som vägrar drabbas inte av någon påföljd. En sådan påföljdsbestämmelse skulle i praktiken vara svår att utforma. Det har ändå ansetts viktigt för smittskyddsarbetet att uppgiftsskyldigheten slås fast i lagen.

Den tredje punkten anger att den smittade är skyldig att följa smittskyddsläkarens förhållningsregler. Förhållningsreglerna kan gälla t.ex. förbud för en salmonellasmittad person att besöka allmänna badinrättningar eller toaletter eller förbud för en person med syfilis att ha sexuella kontakter. Det kan också innebära isolering i hemmet eller avstängning från arbetet eller skolan. Smittskyddsläkaren får emellertid inte ge förhållningsregler som innebär behandling med läkemedel eller annan medicinsk behandling. Av bestämmelsen framgår att det enbart är smittskyddsläkaren som kan meddela de bindande förhållningsreglerna. Varje läkare som behandlar en smittad person skall visserligen ge råd om vilka åtgärder den smittade bör vidta för att hindra smittspridning, men någon förpliktelse för den smittade att följa råden finns inte. Varje läkares skyldighet att ge sådana råd finns reglerad i 7 § andra stycket.

Den fjärde punkten reglerar skyldigheten för den smittade att låta sig isoleras på sjukhus om smittskyddsläkaren har beslutat det. Beslutet om isolering kan verkställas med tvång om den smittade skulle vägra att medverka frivilligt. I 13 § anges under vilka förutsättningar isolering på sjukhus får ske.

Varje läkares uppgifter inom smittskyddet

7 §

Varje läkare skall uppmärksamma förekomsten av allmänfarliga sjukdomar i sin hälso- och sjukvårdande verksamhet och därvid utföra de undersökningar som behövs för att fastställa om en sådan sjukdom föreligger. Vid undersökningen skall läkaren försöka utröna sjukdomens smittkälla och smittvägar samt till vilka andra människor smittämnet kan ha spritt sig.

Läkaren skall ge den smittade information om sjukdomens art och smittsamhet samt råd om vilka åtgärder den smittade bör vidta för att hindra smittspridning.

Paragrafen saknar direkt motsvarighet i den nuvarande smittskyddslagen.

Första stycket. Genom den föreslagna bestämmelsen har alla läkare ålagts vissa skyldigheter inom smittskyddet. Skyldigheterna gäller oavsett tjänsteställning och huvudmannaskap. Även den som helt tillfälligt innehar en läkarbefattning eller den som privat men yrkesmässigt utövar läkaryrket omfattas av skyldigheten. Emellertid gäller den naturliga begränsningen att bestämmelsen enbart tar sikte på den vårdansvarige läkaren, dvs. inte läkaren på laboratoriet som svarar för analys av prov utan läkaren som får laboratoriesvaret.

Varje läkare skall vara uppmärksam på förekomsten av allmänfarliga sjukdomar, vilket innebär att läkaren skall ha dessa sjukdomar i åtanke, inte enbart när patienter söker för symtom på sjukdomarna utan också t.ex. vid allmänna hälsokontroller. Läkaren skall försöka fastställa sjukdomens art genom undersökningar och provtagningar. Detta innebär emellertid inte att varje privatpraktiserande läkare själv behöver utföra

kostsamma undersökningar utan den smittade bör naturligtvis kunna remitteras till sjukhus med erforderliga resurser för undersökningar och provtagningar. Den smittade är emellertid inte tvingad att genomgå prov som innebär större medicinska ingrepp, vilket närmare redogörs för under 6 § 1.

Varje läkare skall vidare göra vissa efterforskningar rörande smittspridningen. Avsikten med denna bestämmelse är inte att ålägga varje läkare att göra omfattande utredningar för att spåra smittkällan eller andra smittade. Bestämmelserna bör tolkas så att läkaren i samband med anamnesupptagningen (genomgången av den smittades sjukdomshistoria) också skall inhämta sådana uppgifter som kan vara till ledning för det fortsatta smittskyddsarbetet. Läkaren skall således genom frågor till den smittade utreda hur denne kan ha smittats och om andra kan ha utsatts för smittämnet. Eftersom smittämnen kan överföras på många andra sätt än direkt mellan människor skall läkaren genom frågor till den smittade också försöka ta reda på om smittämnet kan ha överförts t.ex. genom livsmedel, djur eller på någon annan väg. För det fortsatta smittskyddsarbetet är det också nödvändigt med upplysningar om huruvida den smittade arbetar inom t.ex. livsmedelshantering eller sjukvård, där smittan lätt kan föras vidare. Uppgifterna skall bilda underlag för anmälan till smittskyddsläkaren. Anmälningsblanketten för allmänfarliga sjukdomar bör kunna utformas så att den till viss del utgör en minneslista för dessa uppgifter. Det är sedan smittskyddsläkaren som har ansvaret för att utredningarna görs fullständiga. Om denne skulle anse att det behövs kompletterande undersökningar och utredningar bör dessa också till stor del kunna utföras av behandlande läkare.

Andra stycket. Genom bestämmelsen åläggs läkaren en informationsskyldighet gentemot den smittade om vilka åtgärder som kan vidtas för att hindra smittspridning. I hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Genom den föreliggande bestämmelsen skall den smittade också få information om hur smittspridning till andra kan undvikas. Den smittade har emellertid inte någon förpliktelse att följa råden och de kan inte genomdrivas med tvångsmedel. I huvudfallet får dock förutsättas att den smittade i eget intresse underkastar sig de åtgärder som behövs. Grunden till bestämmelsen är att smittskyddet så långt det är möjligt skall bedrivas av dem i hälso- och sjukvården som står de smittade närmast. Först om detta inte är tillräckligt skall smittskyddsläkaren mer direkt inträda. Detta hindrar inte att läkarna ger sina anvisningar efter samråd och i samarbete med smittskyddsläkaren och att det är smittskyddsläkaren som ytterst har ansvaret för smittskyddsarbetet.

8 §

Läkaren skall anmäla fall av konstaterad eller skäligen misstänkt allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom. Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium. Sådan anmälningsskyldighet gäller även vid varje anmärkningsvärd anhopning av fall av andra smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar.

Om läkaren har anledning att anta att den smittade inte kommer att följa de råd som läkaren skall ge enligt 7 § andra stycket eller om läkaren kan konstatera att den smittade inte har följt givna råd, skall läkaren omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

Paragrafen, som behandlar läkarens skyldighet att anmäla vissa sjukdomar till bl.a. smittskyddsläkaren samt underrätta denne om vissa förhållanden, saknar motsvarighet i gällande smittskyddslag. Bestämmelser om läkarnas anmälningsskyldighet finns f.n. i smittskyddskungörelsen.

Första stycket. Varje läkare som i sin verksamhet påträffar fall av allmänfarlig eller annan anmälningspliktig sjukdom skall anmäla detta till smittskyddsläkaren och till statens bakteriologiska laboratorium. Vilka sjukdomar som är allmänfarliga och vilka andra som är anmälningspliktiga anges i smittskyddsförordningen. Redan när läkaren misstänker att det kan röra sig om en sådan sjukdom kan anmälan göras. Sjukdomen behöver således inte vara konstaterad genom laboratorieundersökningar eller liknande. I anmälan kan läkaren uppge alternativa eller möjliga diagnoser. Vid misstänkta fall av t.ex. smittsamma hepatiter behöver läkaren alltså inte avvakta med anmälan till dess han har fått svar från laboratoriet om det gäller hepatit A, hepatit B eller någon annan typ. Det kan annars leda till att man förlorar värdefull tid för smittskyddsarbetet.

Varje fall av t.ex. magbesvär behöver emellertid inte anmälas som en misstänkt salmonella, utan det skall föreligga en skälig grund för misstanke just i det enskilda fallet. Alla läkare skall i princip anmäla fall av allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar. Om läkaren emellertid vet med säkerhet att anmälan görs av någon annan läkare behöver han inte själv göra anmälan.

Även anmärkningsvärda anhopningar av fall av smittsamma eller misstänkt smittsamma, allvarliga sjukdomar skall anmälas. Detta utvecklas närmare i den allmänna motiveringen under avsnitt 1.5.2.

Anmälan skall göras till smittskyddsläkaren i det landsting där den smittade vistas. Läkaren skall vid undersökningen kontrollera om den smittade avser att resa bort eller vistas någon annanstans än på sin ordinarie adress och i så fall ange det på anmälan. Smittskyddsläkaren kan då överväga att underrätta smittskyddsläkaren på den nya vistelseorten. Anmälan skall ligga till grund för det fortsatta smittskyddsarbetet och bör därför innehålla uppgifter till vägledning för detta arbete. Givetvis skall anmälan innehålla vissa upplysningar om sjukdomen och om den smittade. Det är därvid tillräckligt att den smittades födelstid anges. Fullständigt personnummer behöver inte användas. Eftersom smittskyddsläkaren har det yttersta ansvaret för att hindra vidare smittspridning är det viktigt att anmälan även innehåller uppgifter om vilka åtgärder den behandlande läkaren har vidtagit, vilka råd han har givit den smittade, i vilken omfattning den smittade kan förväntas följa dessa råd o.s.v. Därutöver skall anmälan bl.a. innehålla en redogörelse för misstänkta smittkällor och smittvägar. I det avseendet kan uppgifter om den smittades arbetsförhållanden eller motsvarande, utlandsresor m.m. ha betydelse. Det är också viktigt att det av anmälan framgår om det

föreligger risk för fortsatt smittspridning, t.ex. på grund av att den smittade arbetar med livsmedelshantering eller inom sjukvården.

I den föreslagna smittskyddsförordningen anges närmare detaljer om vilka uppgifter anmälan skall innehålla, hur snabbt anmälan om allmänfarliga sjukdomar skall göras, i vilka fall telefonanmälan skall ske m.m. Socialstyrelsen får utfärda närmare föreskrifter om vad anmälan skall innehålla.

Andra stycket. Undantagsvis kan det inträffa att den smittade vägrar att följa de råd läkaren har gett om vilka åtgärder som bör vidtas för att hindra smittspridning. Det kan också vara så att den smittade av olika skäl inte kan följa råden. I vissa fall kan detta stå klart för läkaren redan på ett tidigt stadium, i andra fall kanske läkaren först efter en tid upptäcker att råden inte följs. Läkaren skall i båda fallen omedelbart meddela detta till smittskyddsläkaren. Denne kan då avgöra vilka fortsatta åtgärder som bör vidtas.

Smittskyddsläkarens uppgifter

9 §

Smittskyddsläkaren skall inom landstingsområdet

1. planera, organisera och leda smittskyddsarbetet under hälso- och sjukvårdsnämnden,
2. följa och övervaka förekomsten av allmänfarliga sjukdomar,
3. stödja personal med smittskyddsuppgifter i deras arbete,
4. även i övrigt verka för ett effektivt smittskydd.

Paragrafen har inte någon motsvarighet i den gällande smittskyddslagen. Lagrummet har till syfte att allmänt beskriva de uppgifter som smittskyddsläkaren skall fullgöra inom smittskyddet. Nästkommande paragraf anger mer utförligt smittskyddsläkarens åligganden när en anmälan eller underrättelse i ett enskilt fall enligt 8 § föreligger.

Landstingen skall ha det övergripande ansvaret för smittskyddet inom landstingsområdet. Den närmare och mer detaljerade planläggningen och organisationen av smittskyddsarbetet skall däremot åligga smittskyddsläkaren, liksom den direkta ledningen av arbetet.

Smittskyddsläkaren skall vidare ha en överblick över de allmänfarliga sjukdomar som är aktuella inom landstinget och på så sätt ha kännedom om den rådande smittskyddssituationen. Med ledning härav och med stöd av sin kompetens och erfarenhet skall smittskyddsläkaren lämna övriga läkare, sjuksköterskor, kuratorer och annan personal inom landstingsområdet råd och upplysningar i deras smittskyddsarbete. Smittskyddsläkaren skall även i övrigt verka för smittskyddet inom landstingsområdet. Det kan innebära t.ex. att smittskyddsläkaren lämnar hälsoupplysning och information till allmänheten, massmedierna m.fl.

Som framgår av vad som anges i anslutning till 4 § skall smittskyddsläkaren arbeta i samverkan med andra organ som är berörda av smittskyddet.

10 §

När smittskyddsläkaren har fått en anmälan om allmänfarlig sjukdom enligt 8

§ första stycket skall han skyndsamt vidta behövliga åtgärder för att leda det fortsatta smittskyddsarbetet.

Smittskyddsläkaren får besluta om förhållningsregler i fråga om hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt levnadssätt i övrigt för den smittade.

Om objektinriktade åtgärder kan komma i fråga skall smittskyddsläkaren skyndsamt underrätta berörd tillsynsmyndighet om anmälan.

Någon motsvarighet till paragrafen finns inte i nuvarande smittskyddslag. Paragrafen beskriver smittskyddsläkarens åtgärder i samband med en anmälan om allmänfarlig sjukdom.

Första stycket. När ett fall av misstänkt eller konstaterad allmänfarlig sjukdom har anmälts till smittskyddsläkaren skall denne ta ställning till vilka utredningar och åtgärder som kan behöva vidtas i smittskyddets intresse. Skulle ytterligare utredningar, kompletterande undersökningar av den smittade o.d. krävas behöver smittskyddsläkaren inte själv utföra dessa. Såväl primärvården som vissa specialavdelningar inom landstinget är ofta mer lämpade för flertalet av de utredningar som kan komma i fråga. Självfallet kan många utredningar också göras inom den privata vården. Det är värdefullt om det omedelbara smittskyddsarbetet kan bedrivas så nära de smittade som möjligt. Vid epidemier eller andra utbrott av en allmänfarlig sjukdom bör företagshälsovården, skolhälsovården och liknande kunna bistå smittskyddsläkaren. Denne skall emellertid leda det samlade smittskyddsarbetet, och de utredningar m.m. som görs av andra skall ske i samarbete med smittskyddsläkaren.

Andra stycket. Härigenom bemyndigas smittskyddsläkaren att meddela bindande regler för den smittade om vad denne måste iaktta ifråga om hygien m.m. för att hindra smittspridning. Även om varje läkare enligt 7 § andra stycket är skyldig att ge den smittade råd om vilka åtgärder som kan vidtas för att hindra smittspridning är den smittade inte skyldig att följa dessa råd. Bindande förhållningsregler kan ges enbart av smittskyddsläkaren. Vad dessa närmare kan innebära redogörs för under 6 § 3. Om förhållningsreglerna inte följs kan den smittade enligt 19 § dömas till böter.

Tredje stycket. En anmälan om allmänfarlig sjukdom enligt denna lag kan ibland föranleda att objektinriktade åtgärder kan komma ifråga. Detta lagrum föreskriver att smittskyddsläkaren då skall underrätta berörda tillsynsmyndigheter. Det kommer sannolikt i första hand att gälla kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder som är den närmaste tillsynsmyndigheten enligt hälsoskyddslagen (1982:1080) och livsmedelslagen (1971:511). Det kan emellertid också komma att gälla t.ex. yrkesinspektionen om åtgärder enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) kan vara aktuella eller lantbruksstyrelsen eller länsstyrelsen om det gäller smittspridning via djur då epizootilagen (1980:369) eller lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur är tillämpliga.

Även i de fall smittskyddsläkaren får en anmälan om annan sjukdom än allmänfarlig kan det finnas skäl för smittskyddsläkaren att anmäla sjukdomen vidare till andra myndigheter om objektinriktade åtgärder för att hindra spridning av sjukdomen kan bli aktuella.

Bedömningen om objektinriktade åtgärder kan komma ifråga skall inte utgöra ett ställningstagande för ingripande i det enskilda fallet. Det

är snarare fråga om att det gäller en sådan sjukdom som kan spridas via t.ex. livsmedel eller vatten och omständigheterna i det enskilda fallet talar för att det kan finnas sådana smittvägar. Sedan berörd tillsynsmyndighet har underrättats är det den myndighetens sak att bedöma hur de fortsatta undersökningarna skall bedrivas och om eventuella ingripanden skall göras. Myndigheten och smittskyddsläkaren kan emellertid ha ömsesidig nytta av ett samarbete eftersom deras kunskaper och erfarenheter kan komplettera varandra. Den aktuella bestämmelsen bör ses som ett led i den samverkan som föreskrivs i 4 § andra stycket. Det kan också krävas att de olika insatserna samordnas för att effektivt kunna bekämpa smittspridningen. En person med salmonellos kan t.ex. få förhållningsregler att inte laga mat åt andra, inte vårda barn och gamla eller inte ha hand om djur. Skulle den smittade bo på en fastighet med dåliga vatten- och avloppsförhållanden kan emellertid också åtgärder behöva vidtas för att förebygga smittspridning härigenom. Smittskyddsläkaren bör då samråda med miljö- och hälsoskyddsnämnden. Gäller det en livsmedelsarbetare som är smittad med salmonella är samarbetet mellan smittskyddsläkaren och nämnden mycket viktigt. Den smittade kan då bli avstängd från arbetet både av smittskyddsläkaren med stöd av smittskyddslagen och av miljö- och hälsoskyddsnämnden enligt livsmedelslagen. Ett gott samarbete i detta sammanhang innebär således en förenkling för alla parter. Givetvis är dock smittskyddsläkaren inte bunden av nämndens beslut, utan denne skall fatta beslut efter vad som krävs från smittskyddssynpunkt.

Beslut om läkarundersökning

11 §

Om det behövs från smittskyddssynpunkt får smittskyddsläkaren anmoda den smittade att söka läkare för undersökning. Läkaren skall snarast lämna uppgift om resultatet av undersökningen till smittskyddsläkaren.

Om den smittade inte följer anmodan får smittskyddsläkaren besluta att den smittade skall inställa sig för undersökning hos en läkare, som smittskyddsläkaren skall anvisa.

Paragrafen har vissa likheter med delar av 6, 13 och 15 §§ i gällande smittskyddslag.

Första stycket. Det finns inte någon allmän skyldighet för var och en som tror sig lida av en allmänfarlig sjukdom att söka läkare. Däremot kan smittskyddsläkaren i det enskilda fallet, med stöd av denna bestämmelse, ålägga någon en sådan skyldighet. Läkarundersökningen måste emellertid vara motiverad från smittskyddssynpunkt, dvs. den skall behövas för att man skall kunna vidta åtgärder mot smittspridning. Undersökningen får inte enbart utgöra ett led i behandlingen av den enskilde. Allmänna rekommendationer att söka läkare kan inte heller göras i denna form. De som på detta sätt kan anmodas att söka läkare är de som i denna lag benämns "smittade" enligt definitionen i 5 §.

Smittskyddsläkaren kan inte med stöd av denna bestämmelse ålägga den anmodade personen att söka en viss speciell läkare. Däremot bör smittskyddsläkaren kunna föreskriva att läkaren skall ha en specialist-

kompetens enligt förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Smittskyddsläkaren bör i anmodan, som en information till den undersökande läkaren, ange vilka undersökningar och provtagningar som är aktuella. En föreskrift härom finns i 7 § i smittskyddsförordningen. Den undersökande läkaren skall redovisa resultaten av undersökningarna till smittskyddsläkaren. Eftersom anmodan sålunda kommer att innehålla en mängd olika anvisningar o.d. bör den lämpligen vara skriftlig. Självfallet bör den dock i brådskande situationer kunna ges muntligen och sedan bekräftas skriftligen.

Andra stycket. De föreslagna reglerna om läkarundersökning av smittade bygger i stor utsträckning på att den enskilde själv medverkar till åtgärden. Första steget är således att den som anmodats att söka läkare själv får välja läkare och bestämma tid för besöket. Om den smittade inte fullgör denna skyldighet blir nästa steg att smittskyddsläkaren beslutar att den smittade skall undersökas av en viss särskilt anvisad läkare. Ytterst kan detta beslut genomföras med biträde av polis enligt 16 §.

Beslut om isolering på sjukhus

12 §

Smittskyddsläkaren får besluta att den smittade skall isoleras på sjukhus

1. om det finns risk för smittspridning och
2. om isolering framstår som den enda tänkbara åtgärden för att hindra smittspridning eller om den smittade inte kan eller vill medverka till andra åtgärder.

Någon fullständig motsvarighet till paragrafen finns inte i gällande smittskyddslag. Reglerna i 7 och 13—15 §§ innehåller emellertid bestämmelser om vård på sjukhus.

Isolering på sjukhus är en effektiv åtgärd för att förebygga smittspridning. Det enda syftet med åtgärden i lagen är också att hindra smitta från att utbreda sig. Isolering på sjukhus är således inte en påföljd för dem som inte följer smittskyddsläkarens förhållningsregler. För sådana förseelser finns en särskild ansvarsbestämmelse i 19 §. Eftersom åtgärden — som ytterst kan genomföras med tvång — innebär ett omfattande ingrepp i den enskildes personliga förhållanden får den komma ifråga endast under de i punkterna 1 och 2 angivna förhållandena. Båda omständigheterna skall föreligga samtidigt.

Dessa villkor för isolering på sjukhus skall föreligga under hela tiden som isoleringen sker. Smittskyddsläkaren skall därför kontinuerligt pröva att grunderna för åtgärden alltjämt består. När förutsättningarna inte längre är uppfyllda skall smittskyddsläkaren genast förordna att isoleringen skall upphöra.

Punkt 1. Eftersom ändamålet med isoleringen på sjukhuset skall vara att hindra smittspridning är självfallet den grundläggande förutsättningen för att åtgärden skall bli aktuell att det föreligger en risk för smittspridning.

Punkt 2. Isolering på sjukhus får tillgripas om inga andra åtgärder finns för att hindra att smittan förs vidare. Det kan vara fallet t.ex. om sjukdomen har mycket hög smittsamhet. Hygienföreskrifter, isolering i

hemmet eller liknande är då inte alltid tillräckliga. Det krävs emellertid inte total avsaknad av andra åtgärder för att bestämmelsen skall bli tillämplig, utan åtgärderna måste vara realistiska för att tas i beaktande. Om de tillgängliga åtgärderna t.ex. är synnerligen kostnadskrävande eller av annat skäl fordrar alltför stora resurser hindrar de inte att den smittade kan isoleras på sjukhus.

Även om tänkbara åtgärder för att hindra smittspridning i och för sig kan vidtas och är tillräckliga är det inte säkert att de kan genomföras i det enskilda fallet. Det kan ha sin grund i praktiska omständigheter, t.ex. trångboddhet som gör att hygienföreskrifter eller isolering i hemmet blir verkningslösa. Det kan också bero på att den smittade på grund av psykisk eller fysisk sjukdom eller liknande inte kan klara av att sköta förhållningsreglerna. Vidare finns de fall då den smittade av olika anledningar, t.ex. religiösa eller etiska skäl, inte vill underkasta sig förhållningsreglerna eller genomgå läkemedels- eller annan medicinsk behandling. Också i dessa fall då den smittade inte kan eller vill medverka till andra åtgärder får isolering på sjukhus tillgripas.

Isoleringen skall genomföras så att den smittade verkligen hindras att smitta andra. I princip skall isoleringen ske på ett sjukhus. Infektionsklinikerna har ofta både lämpliga isoleringsrum och kunnig personal som kan hindra att smittämnet förs över till omgivningen. Även om åtgärden i paragrafen benämns "isolering på sjukhus" är det dock inte ett absolut krav att den genomförs just på ett sjukhus. Det kan finnas situationer då andra kategorier av vårdinrättningar och andra former för isoleringen är betydligt lämpligare. Det ankommer på smittskyddsläkaren att bedöma om den aktuella isoleringen kan anses vara tillfredsställande ur smittskyddssynpunkt.

I de fall isoleringen skall ske genom landstingets försorg gäller de allmänna reglerna om inskrivning på sjukhus dvs. det är ytterst hälso- och sjukvårdsnämnden som beslutar på vilket sjukhus isoleringen skall ske.

13 §

Smittad som är isolerad på sjukhus enligt 12 § får hindras att lämna sjukhuset.

Paragrafen har ingen motsvarighet i gällande smittskyddslag. Rättsläget har i praxis varit oklart. Det är sällan sjukhusen är utrustade så att det är möjligt att låsa in de smittade. Avsikten med bestämmelsen är inte heller att ställa krav på sjukhuset att skaffa sådan utrustning. Paragrafen uttrycker emellertid en rättighet att hindra smittade att lämna sjukhuset. Kan sjukvården inte själv klara detta kan den med stöd av 16 § få biträde av polismyndigheten med detta. För att isoleringen på sjukhuset skall bli effektiv ur smittskyddssynpunkt innebär bestämmelsen självfallet att den smittade får hindras att lämna inte bara sjukhuset utan även det rum där han hålls isolerad.

Underrättelse om smittskyddsläkarens beslut, m.m.

14 §

Smittskyddsläkaren skall underrätta den smittade om innehållet i sina beslut

om förhållningsregler enligt 10 § andra stycket, om läkarundersökning enligt 11 § andra stycket och om isolering på sjukhus enligt 12 §. Den smittade skall därvid upplysas om hur beslutet kan överklagas. Om underrättelsen har skett muntligt skall den smittade utan dröjsmål även få ett skriftligt meddelande om innehållet i beslutet.

Paragrafen saknar motsvarighet i den nu gällande smittskyddslagen. Den smittade skall underrättas dels om innehållet i de beslut som kan genomföras med tvång eller medföra böter, dels om hur dessa beslut kan överklagas. Huvudregeln bör vara att underrättelsen skall vara skriftlig. I brådskande situationer kan dock den smittade få underrättelsen muntligen. Den skall då efterföljas av ett skriftligt beslutsmeddelande. I vissa fall kan det vara en förutsättning för att beslutet skall kunna överklagas eller för att ersättning enligt lagen om ersättning åt smittbärare skall kunna utgå. Det torde också vara mest praktiskt för den smittade att i skriftlig form få beslut som innehåller detaljerade förhållningsregler, namn på läkare osv.

15 §

Smittskyddsläkarens beslut som anges i 14 § får överklagas hos länsrätten genom besvär. Besluten skall gälla omedelbart om det inte sägs något annat i besluten.

I den nuvarande smittskyddslagen finns bestämmelser om besvär m.m. i 33 §. Med den förändrade organisationen och det ändrade beslutsförfarandet måste besvärsreglerna ändras. Länsrätten skall vara besvärsinstans över smittskyddsläkarens beslut om läkarundersökning, förhållningsregler och isolering på sjukhus. Besluten måste ofta kunna verkställas utan dröjsmål för att ha någon effekt. Därför har den nuvarande regeln om "omedelbar efterrättelse" överförts till den föreslagna lagen.

Biträde av polismyndighet

16 §

Polismyndigheten skall lämna det biträde som behövs för att

1. genomföra läkarundersökning enligt 11 § andra stycket,
2. föra en smittad till sjukhus för isolering enligt 12 §,
3. återföra en smittad, som har avvikit från ett sjukhus där han enligt beslut av smittskyddsläkaren skall vara isolerad, eller kvarhålla honom där.

Begäran om biträde enligt första stycket får göras av smittskyddsläkaren. Biträde enligt första stycket 3 får även begäras av den läkare som ansvarar för vården.

Paragrafen har sin motsvarighet i 25 § gällande smittskyddslag.

Första stycket. Med hänsyn till de allvarliga konsekvenserna de allmänfarliga sjukdomarna kan få om de sprids i samhället, måste vissa åtgärder för att hindra smittspridning få genomföras mot den enskildes vilja. Läkarundersökning av den smittade är i regel en förutsättning för ytterligare åtgärder och isolering på sjukhus är den åtgärd som ytterst kan tillgripas för att hindra att smitta förs vidare. Därför får dessa båda åtgärder genomföras med hjälp av polismyndighet om den enskilde själv

inte vill medverka. Det bör emellertid framhållas att smittskyddsarbetet så långt möjligt skall bedrivas i samförstånd med de smittade och att biträde av polis skall begäras först sedan det står klart att den smittade inte kommer att medverka till åtgärden.

Andra stycket. Smittskyddsläkaren får alltid begära handräckning enligt första stycket. Om en person som isolerats vid sjukhus har avvikit, eller det finns risk att han kommer att göra det, kan det emellertid fordras ett snabbt agerande. Därför kan även den läkare som ansvarar för vården begära handräckning.

Den smittades kostnader för läkarundersökning

17 §

Läkarundersökning enligt 11 §, som utförs vid en landstingskommunal vårdinrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg, är kostnadsfri för den smittade.

Isolering på sjukhus enligt 12 § som meddelas genom landstingets försorg är kostnadsfri för den smittade.

Bestämmelser om den enskildes kostnader för läkarundersökning och behandling samt för laboratorieundersökning och sluten vård finns i 6, 18 och 23 §§ i den nu gällande smittskyddslagen.

Första stycket. Den grundläggande tanken bakom den föreslagna bestämmelsen är att den som enligt smittskyddslagen är skyldig att låta sig undersökas av läkare inte skall behöva betala för läkarbesöket. Principen gäller emellertid enbart läkarundersökningar som utförs genom landstingets försorg. Det kan t.ex. vara vid en vårdcentral eller på någon annan mottagning för primärvården eller på ett sjukhus eller genom hembesök. Den som väljer att gå till en privatpraktiserande läkare får själv betala föreskriven patientavgift för läkarbesöket. Kostnadsfriheten gäller inte enbart de undersökningar som läkaren själv utför utan även t.ex. röntgen- och laboratorieundersökningar.

Andra stycket. I konsekvens med vad som angetts under första stycket skall också isolering på sjukhus, som är en tvingande åtgärd, vara kostnadsfri för den smittade. Även här gäller kostnadsfriheten under förutsättning att isoleringen sker på en landstingskommunal vårdinrättning eller motsvarande eller att landstinget i annat fall tar det fulla kostnadsansvaret för isoleringen. Det bör observeras att föreskriften avser de vårdavgifter landstingen enligt 17 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får ta ut av patienten. Det avdrag för sjukhusvård som försäkringskassan gör på eventuellt utgående sjukpenning enligt 3 kap. 4 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring berörs inte av bestämmelsen.

18 §

Annan läkarundersökning än enligt 11 § av den som söker vård på grund av misstanke om allmänfarlig sjukdom är inte kostnadsfri vid det första läkarbesöket. Den undersökning, vård och behandling som därefter är behövlig från smittskyddssynpunkt och som meddelas vid en landstingskommunal vårdinrättning eller på annat sätt genom landstingets försorg är kostnadsfri för den smittade.

I den nuvarande smittskyddslagen finns bestämmelser om den enskildes kostnader för läkarundersökning och behandling i 6 och 18 §§.

I lagen stadgas inte någon allmän skyldighet att söka läkare för den som vet eller misstänker att han lider av en allmänfarlig sjukdom. Med beaktande av den utgångspunkt som har angetts under 17 § skall därför den som själv söker läkare för att bli undersökt, på grund av att han misstänker sig lida av en allmänfarlig sjukdom, i vederbörlig ordning betala för läkarbesöket. Om den undersökte är försäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och det gäller offentlig läkarvård eller vård av privatpraktiserande läkare som är ansluten till försäkringen skall högst fastställd patientavgift enligt gällande läkarvårdstaxa (1974:699) erläggas.

Om det vid läkarundersökningen visar sig att den undersökte har en allmänfarlig sjukdom eller för smittämne som kan orsaka sådan sjukdom eller det finns skälig anledning att misstänka en sådan sjukdom eller sådant smittämne och om ytterligare undersökningar, vård eller behandling behövs från smittskyddssynpunkt skall dessa fortsatta åtgärder vara kostnadsfria för den smittade. Visserligen kan inte den smittade tvingas till vård eller behandling, men det finns ändock skäl att låta dessa åtgärder vara utan avgift. Det är nämligen tänkbart att den smittade av kostnadsskäl vägrar underkasta sig vård eller behandling. För att hindra smittspridning kan det då vara nödvändigt att tillgripa isolering på sjukhus. För landstingen är detta troligen betydligt mer kostsamt än uteblivna patientavgifter. Fortsatt undersökning, vård och behandling skall vara motiverad ur smittskyddssynpunkt för att vara kostnadsfri. Det kan t.ex. vid hepatit ur kliniska aspekter krävas tätare provtagningar än vad som behövs för smittskyddet. Principen får emellertid inte dras för hårt — de flesta åtgärder har en dubbelt verkande effekt. Vidare krävs för kostnadsfrihet, liksom i 17 §, att åtgärden meddelas genom landstingets försorg. Kostnadsfriheten gäller all undersökning, vård och behandling som meddelas av läkare eller av sjuksköterskor och annan vårdpersonal samt oavsett om den smittade är intagen vid en vårdinrättning eller ej. I likhet med vad som gäller vid isolering på sjukhus kan dock vid sluten vård avdrag göras på eventuell utgående sjukpenning utan hinder av detta lagrum.

Den smittades kostnader för behandling med läkemedel regleras inte särskilt i smittskyddslagen utan följer de allmänna bestämmelserna som finns på detta område, bl.a. lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. Vad gäller läkemedelsbehandling i förebyggande syfte kan varje landsting besluta att sådan behandling skall ges utan kostnad för den enskilde.

Ansvarsbestämmelse

19 §

Den som inte följer smittskyddsläkarens beslut
om förhållningsregler enligt 10 § andra stycket,
om läkarundersökning enligt 11 § andra stycket eller
om isolering på sjukhus enligt 12 § döms till böter.

I 27 § gällande smittskyddslag finns bestämmelser om ansvar bl.a. för dem som i öppen vård åsidosätter föreskrifter om isolering och inskränkning i sin verksamhet. Den föreslagna paragrafen är avsedd att omfatta alla förhållningsregler som smittskyddsläkaren ger, således även regler om avhållsamhet från sexuellt umgänge. Bestämmelsen gäller inte andra läkares råd om åtgärder för att hindra smittspridning. Böter skall också kunna ådömas den som inte följer smittskyddsläkarens beslut om läkarundersökning och isolering på sjukhus.

Tillsyn

20 §
Socialstyrelsen utövar tillsynen över smittskyddet.

Paragrafen motsvaras av 3 § i gällande smittskyddslag.

Tillsynsfunktionen sammanfaller i stora delar med styrelsens uppgifter som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården. Tillsynen över smittskyddet innebär bl.a. att kontrollera hur smittskyddet bedrivs i landstingen. Styrelsen skall även ge allmänna råd och vägledande information för smittskyddsarbetet. Styrelsen skall i sin tillsynsverksamhet framhålla samarbete, informationsutbyte och rådgivning. Ledningsansvaret för smittskyddet skall ligga på landstingen och deras smittskyddsläkare. Vid stora epidemier skall styrelsen medverka genom råd om utredningar och åtgärder till berörda smittskyddsläkare.

Socialstyrelsen skall i sin verksamhet som tillsynsmyndighet över smittskyddet biträdas av statens bakteriologiska laboratorium. Laboratoriet har ställning som nationellt expertorgan inom smittskyddet. Det verkar i kraft av sin vetenskapliga och kunskapsmässiga kompetens men har inte några egentliga myndighetsfunktioner. I den nu gällande instruktionen (1965:786) för statens bakteriologiska laboratorium anges bl.a. laboratoriets ställning inom smittskyddet. Laboratoriets organisation är f.n. under översyn.

Förberedelser för krigs- och beredskapstillstånd

21 §
Landstingskommunerna skall under fredstid vidta förberedelser för smittskyddet under krigs- och beredskapstillstånd.

Paragrafen har ingen motsvarighet i den nuvarande smittskyddslagen.

Lagrummet överensstämmer emellertid med 6 § i lagen (1964:63) om kommunal beredskap och bygger på principen att samma myndighet skall ha ansvar för en funktion både i fredstid och under krigs- och beredskapstillstånd. I 6 § i den angivna lagen sägs bl.a. att det åligger landstingen att redan i fredstid vidta de förberedelser som behövs för att landstingen skall kunna upprätthålla eller utöva för totalförsvaret viktiga verksamheter, som åligger landstingen enligt särskild lag eller författning eller ändå bedrivs av landstingen.

Ytterligare föreskrifter

22 §

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter

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

2. om smittskyddet för försvarsmakten,

3. om smittskyddet i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara,

4. samt även i övrigt enligt denna lag till skydd för enskilda.

Regeringen får överlåta åt annan myndighet att meddela föreskrifter enligt 1—2 och 4.

I paragrafen har samlats de bemyndiganden riksdagen ger regeringen. Vissa av dessa får regeringen delegera vidare till andra myndigheter.

Den första punkten motsvarar helt 32 § i gällande smittskyddslag. Med stöd av bestämmelsen har regeringen utfärdat den gällande karantänsförordningen samt träffat internationella och nordiska överenskommelser om karantänsväsendet.

Andra punkten är överförd direkt från 31 § i den nuvarande smittskyddslagen.

Den tredje punkten saknar direkt motsvarighet i gällande smittskyddslag, men i 30 § ges vissa bestämmelser för krigssituationer. I det föreslagna lagrummet föreskrivs att regeringen får meddela särskilda bestämmelser om smittskyddet i bl.a. krig. Regeringen får alltså med stöd av denna paragraf meddela bestämmelser för krigssituationer vilka i erforderlig utsträckning tar över den lagstiftning om smittskydd som gäller under fredstid. Liksom i fråga om annan beredskapslagstiftning kan sådana författningar utfärdas redan i fredstid. Vid krig och beredskap ökar smittskyddet i betydelse genom att risken för epidemier ökar. I sådana situationer är det värdefullt att kunna använda den erfarenhet och kunskap som finns genom att utnyttja den vanliga fredsorganisationen. Smittskyddet är i hög grad beroende av ett etablerat kontaktnät och av att informationskanalerna fungerar. Det finns därför enligt utredarens mening ingen anledning att ändra organisationen för smittskyddet vid krig och beredskap. Härigenom fullföljs regeln att samma myndighet skall ansvara för en funktion både i fred och krig. Det kan i stället, med hänsyn till vikten av ett fungerande smittskydd i krig, finnas skäl att förstärka den organisation som finns i fred. Landstingen bör då samarbeta med krigslänsstyrelsen ifråga om smittskyddet på samma sätt som ifråga om hälso- och sjukvården.

I *den fjärde punkten* har regeringen bemyndigats meddela ytterligare föreskrifter som kan behövas för att trygga den enskildes situation inom smittskyddet.

7 Förslaget till lag om ersättning till smittbärare

I samband med översynen av gällande lag om ersättning åt smittbärare har utredaren föreslagit en helt ny lydelse av lagen. Det är emellertid endast beträffande 2—4 §§ i den föreslagna lagen (motsvarande 1—3 §§ i nuvarande lag) som mer genomgående omarbetningar har skett. Föreskrifterna i 10—12 §§ gällande lag om ersättning åt kroniska smittbärare föreslås upphävas. I övrigt har huvudsakligen en språklig översyn vidtagits. Den föreslagna lagen benämns lagen om ersättning *till* smittbärare, till skillnad från den gällande som benämns lagen om ersättning *åt* smittbärare.

Tillämpningsområde

1 §

Smittbärare har enligt denna lag rätt till smittbärarpenning och resekostnadsersättning av allmänna medel.

Med en smittbärare förstås i denna lag

1. den som har eller kan misstänkas ha en smittsam sjukdom men vars arbetsförmåga inte är nedsatt till följd av sjukdomen eller
2. den som utan att vara sjuk för eller kan misstänkas föra smittämne.

Första stycket. Häri anges vilka ersättningsformer denna lag reglerar. Smittbärarpenningen regleras i 2—6 §§ och resekostnadsersättningen i 7 §.

Andra stycket. Lagrummet motsvarar i princip 1 § andra stycket gällande lag. I första punkten åsyftas de som har eller misstänks ha en sjukdom, men som inte har rätt till sjukpenning därför att deras arbetsförmåga inte är nedsatt. I andra punkten anges de som inte har rätt till sjukpenning därför att "sjukdom" inte föreligger. Till smittbärare räknas även personer som är sysselsatta i livsmedelshantering och som utan att vara sjuka har ett sår eller någon annan skada som kan göra livsmedel som de hanterar otjänligt som människoföda.

I den nya lagen indelas smittbärare inte längre i tillfälliga och kroniska smittbärare. Samma regler gäller för alla smittbärare och försäkringskassan handlägger samtliga ersättningsärenden.

Smittbärarpenning

2 §

En smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut enligt smittskyddslagen (1986:00) av smittskyddsläkaren eller enligt livsmedelslagen (1971:511) av tillsynsmyndighet som anges i den lagen.

Om beslutet gäller läkarundersökning eller isolering i hemmet eller på sjukhus enligt smittskyddslagen har även den som inte måste avstå från förvärvsarbete rätt till smittbärarpenning om han

1. har en fastställd sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring eller
2. har en frivillig sjukpenningförsäkring enligt 21 kap. samma lag eller
3. är berättigad till sjukpenning enligt 3 kap. 1 § andra stycket samma lag i dess lydelse före den 1 januari 1986.

I denna paragraf ges förutsättningarna för rätt till smittbärarpenning.

Första stycket. Lagrummet motsvarar 1 § första stycket gällande lag och förutsättningarna är i princip desamma som föreskrivs däri. I gällande lag anges dock i 2 § att denna ersättning utgår för inkomstförlust. I förslaget uppställs inte längre något krav på inkomstförlust. Detta utvecklas närmare i den allmänna motiveringen under avsnittet 2.4.1.

Till skillnad mot gällande lag anges i lagrummet vilken myndighet som skall ha beslutat om åtgärden som ger rätt till ersättning. I utredarens förslag till ny smittskyddslag har endast smittskyddsläkaren tillagts rätt att kunna fatta beslut om åtgärder mot enskilda vilka kan innebära inskränkningar i möjligheten att förvärvsarbeta. Enligt livsmedelsförfattningarna kan tillsynsmyndighet besluta härom. I praktiken innebär det vanligen den lokala tillsynsmyndigheten, som är kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd. Övriga tillsynsmyndigheter är statens livsmedelsverk och länsstyrelserna. De beslut som är aktuella i detta sammanhang är främst beslut om isolering i hemmet eller på sjukhus och beslut om avstängning från arbetet. Även beslut om läkarundersökning kan emellertid medföra att smittbäraren delvis måste avstå från förvärvsarbete. I 4 § anges att smittbärarersättning även kan lämnas för del av dag.

Enligt gällande lag kan ersättning utgå vid ingripanden enligt smittskyddslagen enbart om ingripandena avser allmänfarliga sjukdomar. Ingripanden mot veneriska sjukdomar berättigar inte till ersättning. Någon motsvarande inskränkning behövs inte i den nya lagen eftersom det i den föreslagna smittskyddslagen inte längre finns några särbestämmelser för veneriska sjukdomar. Lagen gäller enbart allmänfarliga sjukdomar. Bland de allmänfarliga sjukdomarna finns sådana som är sexuellt överförbara, t.ex. den tidigare veneriska sjukdomen syfilis. Smittskyddsläkarens beslut om åtgärder rörande en syfilispatient gäller dock sällan förbud att förvärvsarbeta. Däremot kan beslutet gälla läkarundersökning och på så sätt medföra frånvaro från arbetet. — Beslut enligt livsmedelslagen begränsas inte till ingripanden mot allmänfarliga sjukdomar utan gäller liksom tidigare alla smittämnen och smittsamma sjukdomar som kan göra livsmedel otjänligt som människoföda.

För att skilja den ersättning som utgår på grund av att smittbäraren

inte kan förvärvsarbeta från ersättning för resekostnad enligt 7 § benämns den förstnämnda ersättningen smittbärarpenning.

Andra stycket. Detta lagrum saknar motsvarighet i gällande lag. Avsikten är att ange under vilka förutsättningar vissa smittbärare kan ha rätt till smittbärarpenning trots att de inte direkt måste avstå från förvärvsarbete. Tanken är att dessa smittbärare skall ha rätt till smittbärarpenning i samma utsträckning som de har rätt till sjukpenning vid sjukdom.

De smittbärare som åsyftas i lagrummet är i första punkten de som enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och i anslutning därtill meddelade författningar har rätt till en viss sjukpenninggrundande inkomst trots att de för tillfället av olika anledningar inte förvärvsarbetar. Bestämmelserna härom finns i 3 kap. 5 § tredje och fjärde stycket lagen om allmän försäkring samt i riksförsäkringsverkets författningssamling (RFFS 1980:3 och 1981:5). Vilka olika grupper som omfattas av dessa föreskrifter framgår närmare av den allmänna motiveringen under avsnitt 2.4.1.

Andra punkten gäller dem som är frivilligt sjukpenningförsäkrade enligt 21 kap. lagen om allmän försäkring. Det gäller f.n. hemmamakar och studerande. Efter den 1 januari 1986 kommer det att gälla även bl.a. andra försäkrade som saknar förvärvsinkomst.

Tredje punkten enligt detta stycke gäller s.k. hemmamakar. Enligt 3 kap. 1 § andra stycket lagen om allmän försäkring är dessa berättigade till sjukpenning även om de inte har någon fastställd sjukpenningrundande inkomst. Den sistnämnda bestämmelsen kommer att upphöra den 1 januari 1986. Övergångsbestämmelserna är emellertid sådana att de som omfattas av hemmamakeförsäkringen vid denna tidpunkt också i fortsättningen skall få vara hemmamakeförsäkrade.

Eftersom föreskriften i detta stycke rör enbart dem som inte förvärvsarbetar är det endast beslut enligt smittsskyddslagen som kan bli aktuella. Beslut enligt livsmedelsförfattningarna gäller enbart dem som arbetar i livsmedelshantering. Beslutet skall innebära att smittbäraren skall vara isolerad i hemmet eller på sjukhus eller genomgå läkarundersökning. Beslut om andra förhållningsregler, t.ex. av hygienisk natur, skall inte kunna grunda rätt till smittbärarpenning.

3 §

Smittbärarpenning lämnas med belopp som svarar mot smittbärarens sjukpenning och sjukpenningtillägg enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Är smittbäraren inte berättigad till sjukpenning bestäms smittbärarpenningen till det belopp sjukpenningen skulle ha utgjort om den hade beräknats med stöd av bestämmelserna i lagen om allmän försäkring. Den som inte är bosatt i landet får därvid medräkna förvärvsinkomster från arbetsgivare som är bosatta utomlands och utländska juridiska personer.

Paragrafen anger hur smittbärarersättningen skall beräknas.

Första stycket. I detta stycke ges huvudregeln för beräkning av smittbärarpenningen. Föreskriften motsvarar 3 § första stycket, första punkten i gällande lag. Enbart redaktionella ändringar har vidtagits.

Föreskriften i andra punkten i den nuvarande lagen om den som har

inkomst av annat förvärvsarbete än inkomst av anställning har upphört. Se härom i den allmänna motiveringen under avsnittet 2.3.3.

Andra stycket. Lagrummet behandlar beräkningen av smittbärarpenningen till dem som inte är berättigade till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring. De kategorier som står utanför sjukförsäkringen är de vars årsinkomst understiger 6 000 kr., personer som inte har fyllt 16 år samt utländska medborgare som inte är bosatta i landet. För dessa personer skall smittbärarpenningen beräknas till det belopp sjukpenningen skulle ha utgjort om den hade bestämts med stöd av bestämmelserna om beräkning av sjukpenninggrundande inkomst enligt lagen om allmän försäkring eller tillämpningsföreskrifter meddelade i anslutning till lagen. Detta innebär t.ex. att den som enbart har ett tillfälligt ferie-arbete understigande sex månader inte kommer att få någon smittbärarpenning. Ersättningen skall i fortsättningen helt baseras på smittbärarens inkomster och motsvara sjukpenningen vid denna inkomst. Precis som vid sjukpenning skall därvid hänsyn tas till enbart inkomster överstigande 6 000 kr. De som har lägre inkomster kommer således inte längre att få någon smittbärarpenning.

I lagen om allmän försäkring ges i 3 kap. 2 § andra punkten en begränsning beträffande inkomst från en arbetsgivare som är bosatt utomlands eller en utländsk juridisk person. För att utlänningar och s.k. utlandssvenskar med förvärvsinkomster i utlandet, vilka omfattas av lagen om ersättning åt smittbärare även om de bara tillfälligt vistas i Sverige, skall få tillgodoräkna sig dessa inkomster vid beräkningen av smittbärarpenningen ges i andra meningen en särskild föreskrift härom.

4 §

Hel smittbärarpenning lämnas om beslutet enligt 2 § innebär att smittbäraren inte kan förvärvsarbeta alls. I annat fall lämnas halv smittbärarpenning.

Smittbärarpenningen lämnas för varje dag beslutet består.

Första stycket. Lagrummet behandlar rätten till hel resp. halv smittbärarpenning. Bestämmelsen saknar motsvarighet i gällande lag. Utredarens överväganden härför redovisas utförligare i den allmänna motiveringen, avsnitt 2.4.2. Hel smittbärarpenning skall lämnas om smittbäraren inte alls kan förvärvsarbeta på grund av beslutet enligt 2 §. I annat fall skall halv smittbärarpenning lämnas. Det bör observeras att halv smittbärarpenning inte utges under samma förutsättningar som halv sjukpenning. För att rätt till sjukpenning skall föreligga krävs att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften. Vid fullständig nedsättning utges hel sjukpenning, i annat fall halv. För ersättning krävs således alltid en nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Smittbärarpenning kan däremot lämnas så snart någon enbart till en viss del måste avstå från förvärvsarbete. Halv smittbärarpenning kan således lämnas även om inskränkningen i arbetet enbart är t.ex. en fjärdedel.

Andra stycket motsvarar delvis 2 § i gällande lag. Smittbärarpenningen skall utgå med bortseende från regler om karensdagar och fridagar enligt lagen om allmän försäkring.

5 §

Smittbärarpenningen skall minskas med nedan angivna förmåner i den mån dessa utgår samtidigt

1. sjukpenning och sjukpenningtillägg enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring,
2. havandeskapspenning och föräldrapenning enligt lagen om allmän försäkring,
3. livränta enligt lagen om arbetsskadeförsäkring som smittbäraren uppbär på grund av att han är smittbärare,
4. livränta, som smittbäraren uppbär på grund av att han är smittbärare, och sjukpenning enligt annan lag eller särskild författning eller enligt regeringens förordnande och som bestäms av eller utbetalas av riksförsäkringsverket eller allmän försäkringskassa,
5. ersättning enligt utländsk lagstiftning om arbetsskadeförsäkring som smittbäraren uppbär på grund av sjukdom eller att han är smittbärare.

Lagrummet motsvarar 5 § i gällande lag. Punkt 2 är emellertid nytillkommen. Dessa ersättningsformer fanns inte vid tillkomsten av 1956 års författning. I övrigt är ändringarna enbart av redaktionell art.

6 §

Om smittbäraren uppbär lön av allmänna medel för den tid beslutet enligt 2 § avser, skall smittbärarpenningen utges endast i den mån lönen understiger smittbärarpenningen.

Lagrummet motsvarar 6 § i den nuvarande lagen. Ändringen är redaktionell.

Resekostnadsersättning

7 §

Smittbärare har rätt till skälig ersättning för resekostnad i samband med läkarundersökning, vård och behandling eller annan motsvarande åtgärd som meddelas med stöd av bestämmelserna i smittskyddslagen (1986:00) eller livsmedelslagen (1971:511).

Lagrummet motsvarar i princip 2 § andra punkten i gällande lag. Den nuvarande bestämmelsen gäller emellertid endast för resa som har varit nödvändig på grund av "ingripandet", dvs. då smittbäraren på grund av myndighetsingripande har fått vidkännas en inskränkning i arbetet.

Avsikten med den föreslagna lydelsen är att resekostnadsersättning skall kunna lämnas även om smittbäraren inte måste avstå från förvärvsarbete och även om något myndighetsbeslut om åtgärden inte föreligger. I många fall kan visserligen ersättning för resekostnad utges med stöd av bestämmelserna i lagen (1962:381) om allmän försäkring. En formell förutsättning för sådan ersättning är emellertid att "sjukdom" föreligger. För många smittbärare gäller emellertid att de inte har någon sjukdom utan endast sprider smitta.

De åtgärder som skall kunna föranleda resekostnadsersättning är inte enbart läkarvård o.d. utan även t.ex. behandling hos distriktssköterska, lämnande av laboratorieprov m.m. Åtgärden skall ha meddelats på

grund av bestämmelserna i smittskyddslagen eller livsmedelslagen och gäller således bara de sjukdomar som är aktuella enligt dessa lagar.

Ersättningen skall, liksom tidigare, fastställas efter en skälighetsbedömning i varje enskilt fall. Det är viktigt att påpeka att de aktuella bestämmelserna i smittskyddslagen och livsmedelslagen har till syfte att hindra smittspridning och att resorna därför skall företas på ett sådant sätt att det syftet inte förhindras. Det kan t.ex. vara olämpligt att en person med en smittsam sjukdom färdas med allmänna kommunikationer. Den som har föreskrivit åtgärden kan i förekommande fall ange lämpligt färdsätt. Vid beräkningen av ersättningen kan dock viss vägledning hämtas från 11 och 12 §§ sjukreseförordningen (1975:964).

Ansökan om ersättning

8 §

Ansökan om ersättning skall göras skriftligen hos den allmänna försäkringskassan som anges i 9 §.

Till ansökan om smittbärarpenning skall fogas smittskyddsläkarens eller tillsynsmyndighetens beslut enligt 2 §. I ansökan skall smittbäraren på heder och samvete uppge om han har rätt till förmån enligt 5 § eller lön enligt 6 §.

Till ansökan om resekostnadsersättning skall fogas ett intyg om läkarundersökningen eller motsvarande åtgärd. Intyget skall vara undertecknat av den som har föreskrivit åtgärden.

Paragrafens första och andra stycke motsvarar 8 § i gällande lag. Preskriptionsregeln på två år har tagits bort. I övrigt är ändringarna endast av redaktionellt slag. Det tredje stycket saknar motsvarighet i gällande lag. Intyget skall vara undertecknat av t.ex. undersökande läkare eller den som har föreskrivit provtagning på laboratorium.

Hur ärendena handläggs

9 §

Ersättning enligt denna lag bestäms och utbetalas av den försäkringskassa hos vilken smittbäraren är inskriven.

Är smittbäraren inte inskriven i någon försäkringskassa skall ärendet handläggas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde han är bosatt. Är smittbäraren inte bosatt inom landet handläggs ärendet av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde beslutet enligt 2 § har fattats eller, då sådant beslut inte föreligger vid resekostnadsersättning, av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde smittbäraren vistas.

Behörig försäkringskassa får uppdra åt annan försäkringskassa att handlägga ärendet.

Paragrafen motsvarar 7 § i gällande lag. Föreskriften har emellertid justerats med hänsyn till att det vid resekostnadsersättning inte krävs något beslut om åtgärden.

10 §

Vid ersättning enligt denna lag skall följande bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring tillämpas

2 kap. 11 §,
3 kap. 4 § andra stycket, 15 §, 16 § andra stycket och 17 § samt
20 kap. 3—13 §§.

Ersättningen till smittbärare får minskas eller dras in om smittbäraren inte följer förhållningsregler som är förenade med smittskyddsläkarens eller tillsynsmyndighetens beslut enligt 2 §.

Paragrafen motsvarar i huvudsak 9 § i nuvarande lag. Bestämmelsen i 4 § gällande lag har förts samman med dessa föreskrifter. Med den förslagna lagen kommer särbestämmelserna beträffande de kroniska smittbärarna att upphöra att gälla. Försäkringskassorna kommer därigenom att handlägga ersättningsfrågan till samtliga smittbärare, således även under längre tid än 90 dagar. Det är därför viktigt att det rehabiliteringsansvar kassorna har enligt 2 kap. 11 § lagen om allmän försäkring kommer att omfatta även smittbärarna. Därför görs i förevarande lagrum en hänvisning till även denna bestämmelse och följaktligen även till bestämmelsen i 20 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring. Hänvisningen till 3 kap. 5 § tredje stycket har tagits bort eftersom den inte längre har betydelse i detta sammanhang.

IV SÄRSKILDA YTTRANDEN

Av Lennart Rinder

Genom uttalanden m.m. av framstående experter inom mikrobiologiens olika områden och egen läsning av några vetenskapliga uppsatser har jag bibringats uppfattningen att AIDS-smittämnet (HTLV-III m.fl. benämningar) ur *biologisk* synpunkt intar en särställning bland de i naturen kända smittämnena till följd av dess aggressivitet gentemot de mänskliga cellernas innersta delar, mot immunförsvarets skyddsceller och dess variabilitet m.m. Jämförelsevis ter sig ur sådana *biologiska* synpunkter tidigare även i Sverige hotfulla smittämnen som smittkoppor och polio vad gäller virus och pest och kolera vad gäller bakterier som tämligen beskedliga.

Trots AIDS-smittämnets måhända unikt *biologiskt* aggressiva karaktär är det emellertid med intill visshet gränsande sannolikhet klarlagt att spridningen av smittämnet endast sker genom sådana mekanismer att någon allmän smittspridning till hela eller mycket omfattande delar av befolkningen *inte* rimligen behöver uppkomma. Situationen skulle vara helt annorlunda om AIDS, som många andra virussjukdomar, spreds som luftburen smitta och genom alldagliga kontakter, då de praktiska möjligheterna att förhindra smittspridning är närmast obefintliga utan att samhällslivet helt avstannar. Ur *epidemiologisk* synpunkt finns inte grund för stämningar av stor oro, skräck eller panik bland ännu inte smittade personer. Förutsättningarna att begränsa spridningen av AIDS i Sverige får allmänt betraktas som goda. Säkerligen kommer forskningen och det intensiva utvecklingsarbetet att leda till praktiskt användbara motåtgärder som på ett relativt enkelt sätt, t.ex. genom läkemedelsbehandling, kan neutralisera smittsamhet och t.o.m. bota sjukdomssymtom hos den redan sjuke.

AIDS är emellertid en utomordentligt allvarlig sjukdom för den som med eller utan egen förskyllan drabbas därav. Jag anser därför att man måste söka tillvarata alla möjligheter att begränsa den vidare spridningen till dem som ännu inte är smittade, såväl inom de i dag aktuella riskgrupperna som befolkningen i allmänhet. Därvid får man acceptera att få åtgärder är helt invändningsfria och helt saknar oönskade "biverkningar". Ställningstagandet till lämpligheten att låta bestämmelserna i smittskyddslagstiftningen omfatta AIDS i dess olika stadier är förvisso svårt. Jag anser emellertid att övervägande skäl talar för att AIDS bör

ingå bland de allmänfarliga sjukdomarna i den föreslagna lagstiftningen och f.ö. även borde föras in i den nu gällande smittskyddskungörelsen.

Ett infogande av AIDS i smittskyddslagstiftningen vore ett markant uttryck för att samhället ser med stort allvar och engagemang på denna sjukdoms konsekvenser för olika befolkningsgrupper och på nödvändigheten att vidta och acceptera alla praktiska verksamma motåtgärder. Det torde för allmänheten vara svårförståeligt att jämförelsevis banala infektionssjukdomar som salmonella och olika gulsotsformer — de senare f.ö. med snarlika spridningsvägar som AIDS — upphöjs till allmänfarliga sjukdomar medan AIDS inte markeras på detta sätt.

Jag är övertygad om att man i det helt övervägande antalet fall kan räkna med att den enskilde, som visats ha AIDS-infektion och kan vara smittsam, av egen kraft och av hänsyn till andra inrättar sin livsföring så att helt säkert sjukdomen inte kan överföras till andra som ännu inte är smittade på samma sätt som smittskyddsåtgärder lojalt och i gott samförstånd brukar vidtas när det gäller de sjukdomar som omfattas av dagens smittskyddslagstiftning. I enstaka fall skulle emellertid viss isolering och andra åtgärder av tvingande karaktär kunna bedömas vara nödvändiga för att säkerställa att smittspridning hindras. Det vore därför onödigt krångel och omvägar och nästan rättsligt manipulativt att använda lagstiftning som inte alls eller i vart fall inte primärt har smittskyddet som syfte som den rättsliga grunden för ingripanden. Det synes mig rakare och enklare att basera dessa på den smittskyddslagstiftning som principiellt tämligen oförändrad och utan svårare olägenheter tillämpats i det svenska samhället sedan många decennier.

Jag har allmänt en stor tilltro till symbolvärdet och den allmännormativa betydelsen inom olika samhällsområden, och då inte minst hälso- och sjukvården, av att använda lagstiftningsinstrumentet i en demokratisk rättsstat med den förankring hos folkflertalets representanter som detta innebär. Det är på detta plan som jag tror att den viktigaste effekten av ett infogande av AIDS i smittskyddslagstiftningen skulle erhållas.

Av Karl-Henrik Ström

Enligt förslaget till ny smittskyddslag fattas alla beslut om olika former av ingripanden mot enskilda smittbärare m.fl. av den landstingsanställde smittskyddsläkaren. Förutsättningarna för att verksamt använda det instrument som en ny smittskyddslagstiftning innebär påverkas bl.a. av möjligheterna till rimlig ekonomisk kompensation i anslutning till de ingripanden som görs i smittskyddets intresse. En samlad bedömning av smittskyddet enligt förslaget till ny lag måste därför innefatta även de följdförfattningar som reglerar ersättningarna till personer som på olika sätt "drabbas" av åtgärderna. Det finns eljest en viss risk för att smittskyddsläkaren kan känna sig tvingad att ta ur smittskyddssynpunkt ovidkommande ekonomiska hänsyn vid sina beslut.

Enligt min mening har utredaren inte tillräckligt beaktat detta. Översynen av lagen om ersättning till smittbärare är tillfredsställande medan

någon översyn av kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse inte ingår i utredningens betänkande. Som skäl för detta åberopas bl.a. *att* direktiven inte uttryckligen omfattar ersättningsförfattningarna, *att* hittillsvarande erfarenheter visar att ersättningarna varit av begränsad omfattning och därmed har mindre betydelse *och att* en översyn bör samordnas med en översyn av vissa ersättningsförfattningar inom andra områden.

Dagens situation på smittskyddsområdet har med all tydlighet visat att förhållandena snabbt kan förändras och förvärras. Det är därför svårt att förutsäga den framtida betydelsen av ersättningsmöjligheterna med utgångspunkt i hur ersättningarna enligt den nuvarande smittskyddslagen hittills utnyttjats.

En samordnad översyn av de angivna ersättningsförfattningarna är naturligtvis önskvärd. Det är emellertid ovisst om och när en sådan översyn kommer att ske. Den föreslagna smittskyddslagen måste enligt min uppfattning redan från början göras till ett verksamt redskap för att begränsa spridningen av allmänfarliga sjukdomar. Det är därför nödvändigt att ersättningsförordningen snabbt ses över i syfte att skapa en garanti för att lagens åtgärdsmöjligheter, som till övervägande del kommer att läggas i händerna på smittskyddsläkaren som enmansmyndighet, inte kringskärs av bristande ersättningsmöjligheter.

BILAGA 1

Utredarens direktiv

Översyn av smittskyddsförfattningarna

Dir: 1982:7

Beslut vid regeringssammanträde 1982-02-18

Statsrådet Ahrland anför.

Bestämmelser om skydd mot allvarliga smittsamma sjukdomar finns i smittskyddslagen (1968:231, ändrad senast 1981:581) och i smittskyddskungörelsen (1968:234). Lagen indelar sjukdomarna i allmänfarliga, veneriska och övriga smittsamma sjudomar.

Nuvarande ansvarsförhållanden

Inom kommunerna bär i första hand hälsovårdsnämnden ansvaret för att erforderliga åtgärder vidtas till skydd mot smittsamma sjukdomar. Länsstyrelserna vakar över att dessa sjukdomar bekämpas i länen. Landstingen har genom en särskild smittskyddsläkare, distriktsläkare, distriktssköterskor samt infektionskliniker och mikrobiologiska laboratorier ansvaret för viktiga uppgifter inom smittskyddet. Inträffade fall av smittsamma sjukdomar rapporteras till bl.a. smittskyddsläkaren och statens bakteriologiska laboratorium. Högsta tillsynen över verksamheten utövas av socialstyrelsen. Styrelsen meddelar råd och anvisningar till ledning för hälsovårdsnämnderna. Vid sidan av de centrala smittskyddsförfattningarna finns några författningar som har nära anknytning till smittskyddslagen. Som exempel kan nämnas karantänsförordningen (1975:1019), lagen (1956:294) om ersättning åt smittbärare och kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripande i hälsovårdens intresse. Till lagen om ersättning åt smittbärare finns en tillämpningskungörelse. I de tre sistnämnda författningarna regleras vissa frågor om ersättning på grund av myndigheters ingripanden med stöd av bl.a. smittskyddslagen.

Skäl för översyn

Socialstyrelsen, miljö- och hälsovårdsnämnden i Stockholms kommun och Riksförbundet för allmän hälsovård har i olika framställningar till regeringen aktualiserat frågan om en översyn av smittskyddsförfattningarna. Miljö- och hälsovårdsnämnden i Stockholm har påpekat att ansvarsfördelningen mellan olika

berörda myndigheter behöver närmare preciseras särskilt när det gäller ansvaret för information i samband med epidemier.

Smittskyddet är i likhet med många andra områden inom den allmänna hälsovården föremål för en fortlöpande förändring. Nya rön i fråga om smittsamma sjukdomars orsaker och spridningsmönster innebär ofta ändrade förutsättningar för organisationen av samhällets beredskapsskydd.

I 1 § smittskyddskungörelsen anges 22 sjukdomar såsom allmänfarliga. Det kan ifrågasättas, om vissa av de uppräknade sjukdomarna numera behöver betraktas som allmänfarliga. Å andra sidan kan det finnas andra smittsamma sjukdomar som bör hänföras till gruppen allmänfarliga sjukdomar.

Vad jag nu anfört motiverar enligt min mening en samlad översyn av smittskyddsförfattningarna. För detta ändamål bör en särskild utredare tillkallas.

Utredarens uppdrag

Utredaren bör se över smittskyddslagen och angränsade författningar med hänsyn till det behov av skydd mot smittsamma sjukdomar som kan bedömas vara erforderligt.

Vissa olägenheter föreligger enligt socialstyrelsen med det nuvarande rapporteringssystemet. Det är angeläget att utredaren tar ställning till behovet av rapportering och även beaktar att rapporteringssystemet byggs upp så att det fyller sin viktiga funktion i bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Behovet av anpassning av smittskyddslagens bestämmelser till närliggande lagstiftning t.ex. livsmedelslagen (1971:511) och epizootilagen (1980:369) bör beaktas.

Utredaren bör arbeta med den utgångspunkten att i smittskyddsförfattningarna också skall tas in föreskrifter om skyldighet för den som har att svara för skyddet mot smittsamma sjukdomar att under fredstid vidta de förberedelser som behövs för att smittskyddet även under beredskapstillstånd och krig skall kunna fylla uppställda krav.

Under senare år har frågan om det är lämpligt att använda tvångsmedel för förebyggande och behandling av sexuellt överförda sjukdomar ofta debatterats. Jag anser att tiden nu är mogen att pröva frågan om det alltjämt finns ett behov av att särreglera de veneriska sjukdomarna. I detta sammanhang bör uppmärksammas att de sexuellt överförbara sjukdomarna är betydligt fler än de som regleras i smittskyddslagen.

Den uppgiftsfördelning mellan kommun, landstingskommun och de statliga organen på regional och central nivå som smittskyddslagen och kungörelsen bygger på har i allt väsentligt fungerat väl. Från vissa kommuners sida har dock ifrågasatts om det är lämpligt att kommunerna står som huvudmän för karantänsläkarna. Utredaren bör överväga denna fråga.

Det är vidare av värde att få belyst hur samarbetet mellan kommun, landsting och länsstyrelse i smittskyddsfrågor fungerar efter avvecklingen av länsläkarorganisationen den 1 juli 1981.

I min anmälan till propositionen (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag m.m. berörde jag — med anledning av ett påpekande från lagrådet — frågan om att till smittskyddslagen föra över en bestämmelse om landstingens skyldighet att erbjuda vård vid smittsam sjukdom. Utredaren bör överväga detta. Jag diskuterade vidare frågan om att ur den nya lagstiftningen utmönstra vissa detaljbestämmelser om organisationen av hälso- och sjukvården. Jag var inte då beredd att avskaffa begrepp som distriktsläkare, öppen och sluten vård, sjukhus m.m. med hänsyn till att de förekommer i andra lagar, t.ex. smittskyddslagen. I enlighet med vad jag anförde i denna proposition bör förutsättningarna att avskaffa nämnda begrepp i den nya smittskyddslagen prövas.

I den nya lagen bör bestämmelser av detaljreglerande karaktär om möjligt undvikas. Sådana bestämmelser bör meddelas av socialstyrelsen efter bemyndigande av regeringen i den mån det behövs. Det bör understrykas att smittskyddslagen till sin karaktär är en tvångslagstiftning, dvs. åtgärder kan vidtas, vård och behandling meddelas etc. utan den enskildes samtycke. Behovet av rättsäkerhet måste därför tillgodoses i lagstiftningen.

I detta sammanhang bör nämnas att en särskild arbetsgrupp (Kn 1980:03) inom regeringskansliet har till uppgift att se över de statliga myndigheternas tillsyn och kontroll av kommunal och landstingskommunal verksamhet. Samråd bör ske med arbetsgruppen. I översynen bör även ingå en språklig och redaktionell överbearbetning. Det är viktigt att språket i en lag eller författning är klart och lättfattligt och detta är särskilt viktigt när bestämmelserna ofta måste tillämpas under pressande förhållanden.

Utredaren bör vara oförhindrad att ta upp även andra frågor som har samband med uppdraget och som kan komma att aktualiseras under arbetets gång. I sitt arbete bör utredaren samråda med berörda statliga myndigheter samt Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Utredaren skall vidare utgå ifrån vad som föreskrivs i direktiven (Dir. 1980:20) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående finansiering av reformer.

Med hänvisning till vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om allmän hälsovård

att tillkalla en särskild utredare att se över smittskyddsförfattningarna,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns kommittéanslag.

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)

BILAGA 2

Redogörelse för gällande lagstiftning m.m.

Innehållsförteckning

1 *Smittskyddslagstiftningen* 187
1.1 Kortfattad historik 187
1.2 Smittskyddslagen och smittskyddskungörelsen . . . 187
1.3 Karantänsförordningen och internationella karantänsöverenskommelser 200

2 *Viss närliggande lagstiftning* 207
2.1 Hälso- och sjukvårdslagen samt tillsynslagen 207
2.2 Hälsoskyddslagen, livsmedelslagen, epizootilagen, m.fl. 208
2.3 Sekretesslagens bestämmelser inom hälso- och sjukvårdens område 212
2.4 Instruktioner för vissa myndigheter m.fl. 213
2.5 Beredskapsförfattningar 214

3 *Smittskyddslagstiftning i Danmark* 217

4 *Ersättningsbestämmelser* 221
4.1 Lagen (1962:381) om allmän försäkring 221
4.2 Lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare 222
4.3 Kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse 223

1 Smittskyddslagstiftning

1.1 Kortfattad historik

Med 1968 års smittskyddslag (1968:231) sammanfördes bestämmelserna i epidemilagen (1919:443), lagen (1918:460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar och tuberkulosförordningen (1939:113). Ett mål med 1968 års lag var att skapa en överskådligare lagstiftning grundad på ett epidemiologiskt synsätt. Metoderna för åtgärder mot spridning av de allvarligare smittsamma sjukdomarna var desamma oavsett om det gällde epidemilagens sjukdomar, könssjukdomar eller tuberkulos. Ansvaret för smittskyddet lades i första hand på kommunerna. Departementschefen framhöll dock, i proposition 1968:36 med förslag till smittskyddslag, m.m. att ansvaret för de rent sjukvårdande uppgifterna alltid kommer att vila på sjukvårdshuvudmännen. Med den nya lagstiftningen försvann en rad detaljbestämmelser. Numera består smittskyddsförfattningarna av smittskyddslagen (ändrad senast 1981:581, i det följande förkortad SmL), smittskyddskungörelsen (1968:234, ändrad senast 1981:682, i det följande förkortad SmK), karantänsförordningen (1975:1019, ändrad senast 1981:617, i det följande förkortad KF) samt en rad myndighetsföreskrifter som utgår från lagen.

1.2 Smittskyddslagen och smittskyddskungörelsen

Allmänna bestämmelser

Ansvarsfördelning

Kommunen skall vidtaga erforderliga åtgärder till skydd mot smittsamma sjukdomar hos människor. Inom kommunen är det miljö- och hälsoskyddsnämndens uppgift (SmL 1 §). Länsstyrelsen skall övervaka att smittsamma sjukdomar bekämpas i länet och se till att miljö- och hälsoskyddsnämnderna vidtar lämpliga åtgärder för ändamålet. Landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd skall utse en särskild smittskyddsläkare för länet, som skall ha vissa, särskilt angivna uppgifter vid veneriska sjukdomar (SmL 2 §).

Socialstyrelsen har högsta tillsynen över att smittsamma sjukdomar

bekämpas inom landet. Till ledning för miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall socialstyrelsen utfärda allmänna råd (SmL 3 §).

Indelning av smittsamma sjukdomar

De smittsamma sjukdomarna indelas enligt lagen i allmänfarliga sjukdomar, veneriska sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar. Regeringen bestämmer vilka sjukdomar som skall vara allmänfarliga respektive veneriska (SmL 4 §).

Sjukdomar i smittsamt skede

Det är endast sjukdomar i smittsamt skede som regleras i lagen. För att en venerisk sjukdom skall anses vara i smittsamt skede gäller att det skall föreligga symtom på smittsamhet eller att sådana symtom kan befaras. Detsamma gäller om det finns risk för att sjukdomen kan överföras till avkomma i fosterstadiet (SmL 4 §).

Övriga smittsamma sjukdomar kan förklaras allmänfarliga

Övriga smittsamma sjukdomar som fått större utbredning på en ort eller som uppträder i en allvarlig form kan förklaras allmänfarliga av länsstyrelsen. Ett sådant förordnande gäller för viss tid och kan avse hela länet eller delar av det (SmL 4 §).

Allmänfarliga sjukdomar

Följande sjukdomar är allmänfarliga:

pest
kolera
gula febern
smittkoppor
} *karantänsjukdomar*

tyfoid
paratyfoid
salmonelladiarré
bacillär dysenteri (shigellos)
amöbadysenteri
meningokocksjukdom
polio
primär, icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation
Weils sjukdom och andra leptospiroser
epidemisk gulsot (hepatit A)
inokulationsgulsot (hepatit B)
difteri
mjältbrand
papegojsjuka och andra ornitoser
fläckfeber
återfallsfeber

tuberkulos
lepra

(SmK 1 §)

Anmälningsskyldighet för hushållsföreståndare m.fl.

Om det har inträffat ett befarat fall av allmänfarlig sjukdom inom ett hushåll och om den sjuke inte behandlas av läkare skall hushållsföreståndare genast underrätta distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare härom. Föreståndare för hotell, pensionat, internat, vandrarhem, vårdanstalt eller annan inrättning har samma skyldighet. Det gäller också föreståndare på campingplats eller läger. Befälhavare på fartyg skall lämna uppgift om sjukdomsfall ombord (SmL 5 §). Om läkarnas anmälningsskyldighet redogörs för längre fram.

Den som åsidosätter denna skyldighet kan dömas till böter (SmL 27 §).

Skyldighet att låta undersöka sig

Den som har eller misstänks ha en allmänfarlig sjukdom är skyldig att låta undersöka sig av distriktsläkare om denne begär det. Distriktsläkaren kan även hänvisa till annan läkare. Den som skall undersökas är också skyldig att tillåta provtagning. Undersökningen skall vara kostnadsfri för den enskilde (SmL 6 §).

Skyldighet att låta sig vårdas, isoleras samt att följa givna föreskrifter

Den som har eller misstänks ha en allmänfarlig sjukdom måste låta sig intas för vård på sjukhus om han inte kan behandlas i öppen vård med hänsyn till risken för smittspridning (SmL 7 §). Den som intagits på sjukhus enligt lagen är skyldig att stanna kvar och låta sig vårdas till dess han med hänsyn till smittfaran kan behandlas i öppen vård (SmL 8 §).

Den som behandlas i öppen vård är skyldig att följa erforderliga föreskrifter om isolering och om inskränkning i sin verksamhet (SmL 7 §). Om dessa föreskrifter åsidosätts kan böter ådömas (SmL 27 §).

Distriktsläkare och stadsläkare beslutar om intagning på sjukhus m.m.

Distriktsläkare eller stadsläkare beslutar om intagning på sjukhus eller föreskrifter om isolering och inskränkning i verksamheten vid behandling i öppen vård (SmL 7 §).

Läkare skall ge föreskrifter

Den läkare som konstaterar eller misstänker att en patient har en allmänfarlig sjukdom skall ge denne föreskrifter för att hindra spridning av smitta. Den läkare som vårdar den sjuke skall se till att föreskrifterna följs (SmK 2 §). Om distriktsläkaren får kännedom om att fall av allmänfarlig sjukdom inträffat i hans distrikt eller misstänker sådant fall skall han ge föreskrifter för att hindra spridning av smitta om ingen annan

läkare gjort det. Distriktsläkare kan även låta distriktssköterska eller miljö- och hälsoskyddsnämndens personal ge nödvändiga föreskrifter. Om det behövs, skall distriktsläkaren besöka den plats där sjukdomsfallet inträffat för att ge föreskrifter eller för att ta reda på om det är frågan om en allmänfarlig sjukdom. Han skall också se till att föreskrifterna följs (SmK 3 §).

Utskrivning av patient från sjukhus

Överläkare på sjukhus skall besluta om utskrivning skall ske av den som intagits på sjukhus enligt smittskyddslagen. Den som vägras att lämna sjukhuset kan få beslutet prövat av länsrätten (SmL 21§). Den sjukhusläkare som tänker skriva ut en patient med allmänfarlig sjukdom skall före utskrivningen samråda med distriktläkaren, stadsläkaren eller motsvarande läkare i den kommun där patienten skall vistas. Lider patienten av tuberkulos skall läkaren även samråda med tuberkulosdispensären på vistelseorten. När patienten skrivs ut, skall miljö- och hälsoskyddsnämnden och smittskyddsläkaren för länet underrättas. Vid fall av tuberkulos skall även tuberkulosdispensären underrättas. I underrättelsen skall den utskrivande läkaren ange vilka föreskrifter som patienten fått för att hindra smittspridning (SmK 5 §).

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall utreda orsaken och vidta åtgärder

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall ofördröjligen utreda orsaken till konstaterade eller misstänkta fall av allmänfarlig sjukdom. Utredningen skall ske efter samråd med distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare. Nämnden skall vidta de åtgärder som krävs för att hindra att sjukdomen utbreds. Nämnden skall hålla länsstyrelsen underrättad om utredningen och om de åtgärder som vidtagits (SmL 9 §).

Distriktsläkare och distriktssköterska biträder miljö- och hälsoskyddsnämnden

Socialstyrelsen kan förordna annan läkare än distriktsläkare att fullgöra de uppgifter enligt smittskyddslagen som åligger distriktsläkaren. Distriktsläkaren och distriktssköterskan skall biträda miljö- och hälsoskyddsnämnden när den skall fullgöra sina uppgifter enligt smittskyddslagen (SmL 22 §). Om det finns flera distriktsläkare i en kommun, skall landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd utse en av dem att ha hand om smittskyddet (SmK 25 a §).

Länsstyrelsen kan begära utredning när sjukdom inträffat i annan kommun

Länsstyrelsen har rätt att begära att miljö- och hälsoskyddsnämnden även utreder fall av allmänfarlig sjukdom som inträffat eller misstänks inom annan kommun (SmL 9 §).

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall smittrena

Vid behov skall miljö- och hälsoskyddsnämnden ombesörja att smitt-

rening sker av den sjukes bostad och annan lokal där han har uppehållit sig. Smittrening skall också ske av gång- och sängkläder samt andra föremål. Smittreningen skall vara kostnadsfri för den enskilde. Om det behövs får nämnden låta förstöra gång- och sängkläder samt föremål. Det som förstörs skall ersättas av nämnden. Staten och landstinget svarar för smittrening av egna fordon. Den som har fått nämndens uppdrag att utföra smittreningen får inte vägras tillträde till det utrymme där smittreningen skall ske (SmL 10 §).

Regeringen kan besluta om extraordinära åtgärder

Regeringen kan, utöver vad som annars föreskrivs i smittskyddslagen, besluta om isolering av befolkningen inom ett visst område och därmed jämförbar åtgärd samt om förstöring eller förändring av egendom. Den kan också förbjuda eller inskränka hur egendom får användas. Det skall dock föreligga särskilda skäl för att sådana åtgärder skall vidtas för att hindra utbredningen av allmänfarliga sjukdomar. Regeringen kan ge länsstyrelsen samma befogenhet (SmL 11 §).

Länsstyrelsen kan förbjuda allmän sammankomst

Länsstyrelsen har rätt att förbjuda allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar om det behövs för att hindra att en allmänfarlig sjukdom sprids (SmK 4 §).

Veneriska sjukdomar

Följande sjukdomar är veneriska:

syfilis
— medfödd
— förvärvad
gonorré
mjuk schanker
veneriskt lymfogranulom

(SmK 6 §)

Skyldighet att söka läkare och låta behandla sig

Den som har anledning att misstänka att han har venerisk sjukdom är skyldig söka läkare. Han är även skyldig att låta behandla sig och följa läkarens föreskrifter om behandling och åtgärder för att hindra smittspridning (SmL 12 §).

Kostnadsfri undersökning och behandling i öppen vård

Landstinget skall tillhandahålla kostnadsfri undersökning och behandling i öppen vård för den som har eller misstänks ha venerisk sjukdom. Läkarintyg som behövs enligt smittskyddslagen skall tillhandahållas

utan kostnad för den enskilde. Läkemedel för behandling i öppen vård av venerisk sjukdom skall även vara kostnadsfria för den enskilde (SmL 18 §).

Vissa utsedda läkare

Landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd skall utse särskilda läkare som skall ge kostnadsfri undersökning och behandling (SmK 14 §).

Fria läkemedel

Staten skall betala läkemedelskostnaden om behandlingen skett hos annan läkare än den landstinget utsett. Utbetalningen sker genom socialstyrelsen, mot recept där behandlande läkare antecknat att kostnaden skall betalas av statsmedel (SmK 15 §).

Läkares skyldigheter i förhållande till patienten

När en läkare konstaterar eller misstänker venerisk sjukdom hos en patient, skall han upplysa patienten om sjukdomens art och smittfarlighet. Läkaren skall ge patienten föreskrifter om hur sjukdomen skall behandlas och om åtgärder för att hindra att sjukdomen sprids. Läkaren skall fråga patienten om vem som smittat honom och vem som kan ha smittats av patienten (SmK 7 §).

Särregler för den som inte kan ta vård om sig själv eller är yngre än 18 år

Om den sjuke inte kan ta vård om sig själv skall läkaren underrätta vårdnadshavaren om sjukdomen och vilka föreskrifter som gäller för patienten. Denna regel skall följas om patienten inte kan ta vård om sig själv på grund av sjukdom eller psykisk utvecklingsstörning. Även i det fall den sjuke är yngre än 18 år får läkaren lämna underrättelse om sjukdomen och om föreskrifter till vårdnadshavaren. Läkaren avgör om omständigheterna är sådana att det behövs en underrättelse till vårdnadshavaren (SmK 7 §).

Skyldighet för kontakter att låta undersöka sig

Om den som har venerisk sjukdom uppger att han varit i förbindelse med annan person på sådant sätt att smitta kunnat överföras skall smittskyddsläkaren för länet anmana denne att låta sig undersökas av läkare och visa intyg om resultatet av undersökningen (SmL 15 §).

Sjuka och smittade som försummar sina skyldigheter

Sjuka som försummar sin behandling eller avbryter den skall anmälas skriftligt till smittskyddsläkaren för länet av behandlande läkare. Den som försummar att låta inta sig på sjukhus för nödvändig vård skall anmälas till smittskyddsläkaren för länet. I en sådan anmälan som gäller vård på sjukhus skall läkaren ange varför denna vårdform behövs (SmK 9 §).

Smittskyddsläkaren skall vidta de åtgärder som behövs för att behandling resp. undersökning av sjuka och smittade skall kunna genomföras (SmK 11 §).

Anmaning

Om någon försummar att söka läkare, att låta behandla sig eller att följa givna föreskrifter skall han anmanas att göra det. Om smittskyddsläkaren har grundad anledning att befara att den försumlige skall sprida smitta skall denne anmanas att låta intaga sig på sjukhus.

Smittskyddsläkaren skall anmana den försumlige skriftligt. Anmaningen skall innehålla en erinran om vilka påföljder som kan komma i fråga om den försumlige inte följer anmaningen. Gäller anmaningen ett barn yngre än 15 år skall anmaningen ställas till den som har vård om barnet (SmL 13 §).

Om en anmaning riktas mot en person som fullgör militärtjänstgöring eller är intagen på anstalt eller inrättning som han inte får lämna på egen begäran, skall en kopia av anmaningen skickas till militärläkaren eller den läkare som har ansvar för sjukvården på anstalten eller inrättningen. Det är denne läkares uppgift att se till att anmaningen följs (SmK 10 §).

Den som inte följer smittskyddsläkarens anmaning skall anmälas till länstyrelsen (SmK 11 §).

Anmaning av sjuka och smittade inom annat landstingsområde

När smittskyddsläkaren för länet anmanar en person, som vistas i annat landstingsområde, skall han skicka en kopia av anmaningen till smittskyddsläkaren i detta område. Följs inte anmaningen övertar smittskyddsläkaren i vistelseområdet handläggningen (SmK 11 §).

Tvång vid öppen vård, länsstyrelsen

Den som inte följer smittskyddsläkarens anmaning kan tvingas till undersökning eller behandling i öppen vård genom att länsstyrelsen beslutar att åtgärden skall genomföras. Polismyndigheten skall ge handräckning om det behövs. Länsstyrelsen kan besluta om nämnda åtgärder utan att den försumlige först anmanas om det finns skäl att antaga att den försumlige inte lyder anmaningen (SmL 14 §).

Tvång vid sjukhusvård, länsrätten

Länsrätten kan besluta att den försumlige skall intas på sjukhus för behandling, om det finns grundad anledning att antaga att han skall sprida smitta. På samma sätt som länsstyrelsen kan länsrätten besluta om intagning på sjukhus utan att den försumlige anmanats (SmL 14 §).

Smittskyddsläkaren kan besluta om tvångsåtgärder i vissa fall

Smittskyddsläkaren för länet kan besluta om tvångsåtgärder i stället för länsstyrelsen och länsrätten. Det får endast ske om länsstyrelsens eller

länsrättens beslut inte kan avvaktas utan fara. Smittskyddsläkarens beslut skall omedelbart underställas den myndighet som normalt skall besluta. Läkarens beslut skall gälla till dess att länsstyrelsen eller länsrätten beslutar på annat sätt (SmL 14 §).

Skyldighet att underkasta sig sluten vård

Den som tagits in på sjukhus enligt smittskyddslagen måste stanna kvar och underkasta sig nödvändig vård till dess det finns grundad anledning att antaga att han inte längre kommer att sprida smitta (SmL 16 §).

Upplysning om falska uppgifter

Åklagaren har rätt att få upplysning om vem som lämnat uppgift om sexuell kontakt om det finns anledning att misstänka att uppgiften är falsk (SmL 17 §).

Straff för spridning av venerisk sjukdom

Den som vet eller misstänker att han har venerisk sjukdom och har sexuell kontakt kan dömas till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller den som med uppsåt eller av oaktsamhet utsätter någon annan för risk att smittas av venerisk sjukdom på annat sätt. Om ett sådant brott begåtts mot make får åklagaren väcka åtal endast om målsägaren begär det eller om åtal är påkallat från allmän synpunkt (SmL 26 §).

Anmälan om spridning av venerisk sjukdom

Misstänker smittskyddsläkaren brott mot 26 § är han skyldig att anmäla detta till åklagaren när det behövs för att förhindra att brottsligheten fortsätter. Vid förundersökningen om någon är skäligen misstänkt för brott mot 26 § har åklagaren rätt att få ta del av resultatet av läkarundersökning som begärts av smittskyddsläkaren. Om åtal har väckts har även domstolen rätt att få sådan uppgift (SmL 29 §).

Anmälan om koppleri och otukt

Om smittskyddsläkaren i sin verksamhet enligt smittskyddslagen får anledning att misstänka koppleri eller främjande av otukt är han skyldig att anmäla detta till åklagaren. Brotten är reglerade i 6 kap. 7 § brottsbalken (SmL 29 §).

Övriga bestämmelser

Övriga smittsamma sjukdomar

Om det inträffar en annan smittsam sjukdom än allmänfarlig eller venerisk, kan länsstyrelsen ålägga miljö- och hälsoskyddsnämnden att verkställa utredning om orsaken till sjukdomen och vidta de åtgärder som fordras för att hindra att sjukdomen sprids (SmL 20 §).

Kommuner som inte tillhör landsting

För kommuner som inte hör till landstingskommuner (Göteborg, Malmö och Gotland) gäller smittskyddslagstiftningens bestämmelser om landstingskommuner, om inte något annat bestäms (SmL 22 §).

Kostnader för laboratorieundersökningar och för sluten vård på sjukhus

Landstingskommunen svarar för kostnaderna för vissa laboratorieundersökningar som läkare i öppen vård eller miljö- och hälsoskyddsnämnd anser behövs vid misstanke om allmänfarlig sjukdom eller venerisk sjukdom. Undersökningarna skall utföras på ett laboratorium som socialstyrelsen godkänt för ändamålet. Om länsstyrelsen anser att det behövs laboratorieundersökningar av prov vid misstanke om annan smittsam sjukdom, gäller samma regel. Kostnaderna för sluten vård på sjukhus av sjuka och smittbärare med allmänfarlig eller venerisk sjukdom, skall täckas av landstinget om de inte ersättes enligt lagen om allmän försäkring (SmL 23 §).

Polishandräckning

Polismyndigheten skall lämna handräckning i följande fall:

* på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd för att tvinga någon till undersökning eller sjukhus för vård vid allmänfarlig sjukdom,
* på begäran av miljö- och hälsoskyddsnämnd för att den skall kunna utföra smittrening,
* på begäran av länsstyrelse eller länets smittskyddsläkare för att tvinga veneriskt sjuka eller misstänkt sjuka (även kontakter) till undersökning, behandling och sluten vård på sjukhus,
* på begäran av länets smittskyddsläkare eller överläkare på sjukhus för att hämta tillbaka den som rymmer från sjukhus trots att han är skyldig att stanna kvar (SmL 25 §).

Åtgärder vid krig, krigsfara och andra utomordentliga förhållanden

Då landet är i krig eller krigsfara och vid andra utomordentliga förhållanden kan regeringen besluta om avspärrning av visst område för att hindra att en smittsam sjukdom sprids. I krig kan regeringen delegera rätten att besluta om avspärrning till myndigheter. Den som beslutar om avspärrning beslutar också om och under vilka förutsättningar någon får passera in i eller ut från det avspärrade området (SmL 30 §).

Särskilda föreskrifter för försvarsmakten

Regeringen kan för försvarsmakten besluta om särskilda föreskrifter som avviker från smittskyddslagen. Denna rätt kan av regeringen delegeras till en myndighet (SmL 31 §).

Karantänsparagrafen

Regeringen kan besluta om särskilda åtgärder för att hindra att smittsamma sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet. Denna rätt kan delegeras till en myndighet av regeringen (SmL 32 §). I avsnitt 1.3 redogörs för karantänsförordningen som utfärdats av regeringen.

Besvärsordning

Talan mot beslut enligt smittskyddslagen skall föras genom besvär. Beroende på vad beslutet gäller förs talan hos olika myndigheter (SmL 33 §).

* Hos länsrätten anförs besvär mot miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut om intagning på sjukhus vid allmänfarlig sjukdom.
* Hos länsstyrelsen anförs besvär mot annat beslut av miljö- och hälsoskyddsnämnden.
* Hos kammarrätten anförs besvär mot länsstyrelses beslut om:
  - behandling i öppen vård samt om föreskrifter vid allmänfarlig sjukdom,
  - smittrening,
  - undersökning eller behandling i öppen vård av veneriskt sjuka eller misstänkt sjuka,
  - undersökning och behandling av kontakter till personer med venerisk sjukdom.
* Regeringen prövar övriga beslut av länsstyrelsen.

De beslut som fattats av miljö- och hälsoskyddsnämnden, länsstyrelsen, länsrätten och kammarrätten gäller omedelbart om inte annat bestäms (SmL 33 §).

Överprövning genom underställelse

När en distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare beslutar om föreskrifter i samband med behandling i öppen vård, av någon med allmänfarlig sjukdom, skall beslutet underställas miljö- och hälsoskyddsnämnden. Det skall ske om det begärs av den som berörs av beslutet. Gäller läkarens beslut intagning på sjukhus vid allmänfarlig sjukdom skall beslutet på motsvarande sätt underställas länsrätten om den som skall intas begär det. Vidare gäller att miljö- och hälsoskyddsnämnden självmant får pröva beslut som läkare meddelar om åtgärder mot personer vid allmänfarlig sjukdom (SmL 7 §).

Beslutar länets smittskyddsläkare, om att någon skall inställas hos läkare för undersökning eller behandling vid venerisk sjukdom, skall beslutet alltid omedelbart underställas länsstyrelsen. Om smittskyddsläkarens beslut gäller intagning på sjukhus vid venerisk sjukdom skall beslutet på motsvarande sätt alltid omedelbart underställas länsrätten (SmL 14 §).

Regeringen kan ge ytterligare föreskrifter

Regeringen kan ge ytterligare föreskrifter om hur smittskyddslagen skall tillämpas. Regeringen kan även delegera denna uppgift till en myndighet (SmL 34 §).

Socialstyrelsen kan ge ytterligare föreskrifter m.m.

Regeringen har bestämt att socialstyrelsen kan ge föreskrifter för tillämpning av smittskyddslagen. Styrelsen fastställer blanketter och formulär, som skall tillhandahållas kostnadsfritt (SmK 27 §).

Anmälningsförfarandet

Läkare har anmälningsskyldighet beträffande följande sjukdomar:

1. allmänfarliga sjukdomar (jfr. tidigare avsnitt),
2. veneriska sjukdomar (jfr. tidigare avsnitt),
3. vissa övriga smittsamma sjukdomar enligt följande uppräkning

botulism
elakartad gastroenterit hos barn yngre än två år
listerios
scharlakansfeber
tularemi
undulantfeber
stelkramp
filarios
schistosomiasis
trikinos
malaria
toxoplasmos
samt icke smittsamt fall av tuberkulos, om inte sjukdomen uppenbarligen är läkt

(SmK 16 §).

Anmälan av allmänfarliga sjukdomar och andra anmälningspliktiga sjukdomar som inte är veneriska

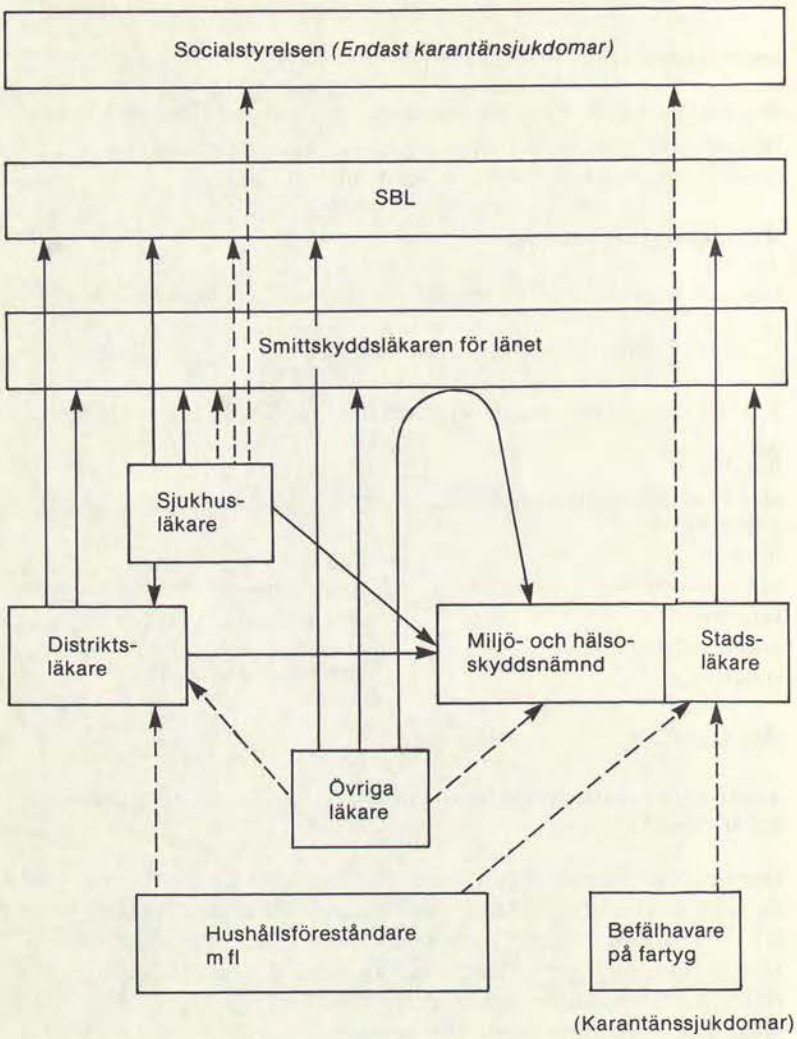
Om en läkare finner att en patient som han behandlar eller är ansvarig för lider av en sådan sjukdom skall han anmäla sjukdomsfallet. Anmälan skall vara skriftlig och göras senast dagen efter det att sjukdomen har konstaterats. Av figur 1 framgår hur anmälan skall göras. Statens bakteriologiska laboratorium, miljö- och hälsoskyddsnämnden, smittskyddsläkaren och distriktsläkaren är mottagare.

Om en läkare i öppen vård samtidigt undersöker eller behandlar ett flertal patienter som han misstänker lider av någon nu aktuell sjukdom skall han ofördröjligen, genom t.ex. telefonsamtal, underrätta distriktsläkaren eller stadsläkaren. Läkare på sjukhus skall i motsvarande situation underrätta smittskyddsläkaren.

Om någon som misstänks lida av karantänssjukdom tas in på sjukhus skall läkaren ofördröjligen genom telefonsamtal underrätta smittskyddsläkaren, socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium.

Anmälningsplikt föreligger inte om den anmälningsskyldige läkaren vet att någon annan läkare har anmält sjukdomen (SmK 17—19 §§).

Figur 1. I figuren visas vilka vägar som anmälan skall gå mellan avsändare och mottagare. Heldragna pilar betecknar skriftlig anmälan. Streckade pilar betecknar anmälan som i vissa fall skall ske omgående.



SBL skall fortlöpande sammanställa inkomna anmälningar. Laboratoriet skall med lämpliga mellanrum sända redogörelser för sammanställningarna till berörda myndigheter, läkare och veterinärer (SmK 21 §).

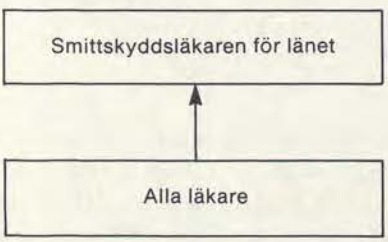
Anmälan av veneriska sjukdom

Om en läkare konstaterar att en patient har en venerisk sjukdom skall han anmäla detta senast följande dag. Anmälan ställs till smittskyddsläkaren för länet och skall innehålla uppgifter om den sjukes kön, födel-

setid och hemort, men inte den sjukes namn. I anmälan skall läkaren ange namn och adress på personer som den sjuke uppgivit att han haft sexuell kontakt med. Läkaren har dock rätt att inte lämna uppgift om vilka kontakter patienten haft om de låter undersöka sig utan dröjsmål. Om de uppgivna kontakterna inte låter undersöka sig skall den anmälande läkaren underrätta smittskyddsläkaren för länet om detta.

Har den anmälande läkaren själv undersökt kontakter som patienten uppgivit, skall han anmäla detta till smittskyddsläkaren för länet. En sådan anmälan skall innehålla uppgifter om den undersöktes kön, födelsetid och hemort. Den kontakt som sökt annan läkare för undersökning skall styrka detta med intyg och motsvarande uppgifter skall anmälas till smittskyddsläkaren för länet (SmK 8 §). I figur 2 visas hur anmälan om venerisk sjukdom sker.

Figur 2. Figuren visar anmälan av venerisk sjukdom.



Socialstyrelsen kan föreskriva ändrad anmälningsplikt

Socialstyrelsen kan utvidga eller begränsa anmälningsplikten för viss tid. Styrelsen har även rätt att ge distriktsläkare och stadsläkare särskilda bestämmelser om att fall av smittsamma sjukdomar skall anmälas eller att anmälan skall vidarebefordras (SmK 22 §).

Anmälan av smittbärare — smittbärarregister

När en läkare finner att en person som utan att vara sjuk är infekterad av ett smittämne som kan orsaka en allmänfarlig sjukdom, skall han anmäla denne smittbärare till smittskyddsläkaren i det län där smittbäraren stadigvarande vistas. Anmälan skall vara skriftlig (SmK 23 §). När en smittbärare skrivs ut från sjukhus skall smittskyddsläkaren och miljö- och hälsoskyddsnämnden underrättas (SmK 5 §). Socialstyrelsen kan för viss sjukdom begränsa skyldigheten att anmäla smittbärare. Socialstyrelsen kan ålägga smittskyddsläkaren att föra register över smittbärare, samt föreskriva att distriktsläkare och stadsläkare skall anmäla smittbärare till registret (SmK 23 §).

Anmälan om den som rymmer från sjukhus

Om någon rymmer från ett sjukhus där han enligt smittskyddslagen är skyldig att stanna kvar, skall den läkare som har hand om vården av

honom anmäla detta. Anmälan skall ske omgående. Är det fråga om allmänfarlig sjukdom anmäls rymningen till miljö- och hälsoskyddsnämnden, vid venerisk sjukdom skall anmälan gå till smittskyddsläkaren i länet (SmK 24 §).

1.3 Karantänsförordningen och internationella karantänsöverenskommelser

Med stöd av bemyndigande i smittskyddslagen (32 §) har regeringen utfärdat karantänsförordningen. Den grundas bl.a. på en överenskommelse som har träffats internationellt inom världshälsoorganisationen, International Health Regulations (IHR-WHO 1969, reviderad år 1973 och år 1981). Sverige har även slutit avtal med Danmark, Finland och Norge om karantänsväsendet. I det följande redogörs först för grunddragen i IHR, därefter för den svenska karantänsförordningen och slutligen för avtalet med våra nordiska grannländer.

Grunddragen i IHR

IHR antogs som en internationell överenskommelse år 1969 av WHO:s generalförsamling. Vissa tillägg gjordes år 1973 om kolera. Sedan smittkopporna förklarats utrotade i maj 1980 reviderades IHR år 1981. Den tredje upplagan kom ut år 1983. Sverige var representerat vid sammanträdena, och får därmed anses bundet av överenskommelsen.

Syftet med IHR

Avsikten med IHR är att hindra att vissa smittsamma sjukdomar sprids mellan länder, utan att trafiken mellan länderna störs. Överenskommelsen om karantänsväsendet skall vara grunden för varje nations egna bestämmelser. Det är således de nationella bestämmelserna som gäller. I vissa länder har den nationella lagstiftande församlingen beslutat om karantänsbestämmelser, i andra länder, som Sverige, har regeringen utfärdat karantänsbestämmelser.

IHR:s innehåll

IHR består av 101 artiklar, eller regler, fördelade på nio delar, dessutom finns appendix och annex som förtydligar vad som gäller. Här återges endast vilka delar som ingår:

I Definitioner

II Anmälning av sjukdomar och epidemiologisk information till och från WHO

III Nationella och lokala hälsovårdsmyndigheters skyldighet att upprätthålla en viss hygienisk standard i hamnar och på flygplatser

IV Smittskyddsåtgärder och karantänskontroll
* allmänna förutsättningar
* åtgärder vid avresa
* åtgärder vid resa mellan hamnar och flygplatser
* åtgärder vid ankomst till hamn eller flygplats
* åtgärder ifråga om last, gods, bagage och post

V Särskilda regler för var och en av karantänssjukdomarna:
* pest
* kolera
* gula febern

VI Hälsodeklarationer från fartyg och flygplan, samt vaccinationsbevis för resande

VII Avgifter för annat än medicinsk undersökning och vaccinationer

VIII Diverse föreskrifter — bl.a. om åtgärder mot malariamyggor på flygplan och fartyg samt om överenskommelser mellan nationer ifråga om karantänsväsendet

IX Övergångsbestämmelser ifråga om IHR, reservationer av stater, förändringar i IHR.

IHR reglerar endast de tre karantänssjukdomarna pest, kolera och gula febern samt i vissa avseenden malaria. De regler som finns i IHR anger det mest restriktiva förfarandet som får tillämpas. Däremot finns vissa möjligheter att göra undantag och ge reglerna en liberalare tolkning. Resande, fartyg, flygplan, tåg, gods, bagage och post skall ges samma behandling i alla länder ifråga om karantänsprocedurer.

Smittat område och inkubationstid

Om det uppträder fall av någon av karantänssjukdomarna inom en stats territorium skall denna stat förklara det aktuella området smittat, resp. fritt från smitta enligt IHR. För karantänssjukdomarna gäller följande inkubationstider enligt IHR: pest 6 dygn, kolera 5 dygn och gula febern 6 dygn. Den som kommer från ett området som förklarats smittat inom inkubationstiden kan isoleras — sättas i "karantän".

Hälsodeklaration

Befälhavare på fartyg och flygplan i internationell trafik skall lämna en hälsodeklaration beträffande alla ombord vid ankomst till hamn eller flygplats.

Sjuka och misstänkt sjuka skall isoleras och vårdas

Hälsovårdsmyndigheten (i Sverige miljö- och hälsoskyddsnämnden lo-

kalt och socialstyrelsen centralt) svarar för att den som har en karantänssjukdom isoleras och vårdas så att sjukdomen inte sprids till andra länder.

Vaccinationsbevis

Den som har ett giltigt vaccinationsbevis enligt IHR och kommer från ett smittat område får inte nekas in- eller utresa.

Råttcertifikat

Pest kan spridas med den svarta råttan. Fartyg i internationell fart skall därför kunna visa ett giltigt bevis på att råttor utrotats ombord eller att fartyget är fritt från råttor. Detta bevis kallas i det följande råttcertifikat.

Last, gods och bagage

Endast last och gods från ett smittat område får bli föremål för åtgärder enligt IHR, t.ex. desinfektion. Smittrening och bekämpning av insekter får endast ske av bagage som tillhör resande som har eller misstänks ha en karantänssjukdom. Det gäller även resande som medför eller misstänks medföra infekterat material eller insekter som kan överföra karantänssjukdomar.

Brev, tidningar m.m.

Brev, tidningar, böcker och andra trycksaker får inte underkastas åtgärder enligt IHR.

Karantänsförordningen

Inledande bestämmelser

I karantänsförordningen anges bestämmelser till skydd mot att karantänssjukdomarna (pest, kolera och gula febern) förs in i eller ut från landet med land-, luft- eller sjötrafik. I fråga om trafiken mellan Sverige, Danmark, Finland och Norge gäller vissa särbestämmelser (KF 1 §).

Miljö- och hälsoskyddsnämnden svarar för åtgärder

Det är kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd som skall svara för att föreskrivna åtgärder vidtas enligt KF (KF 2 §).

Karantänshamn och karantänsflygplats

Vissa hamnar och flygplatser skall ha hand om karantänskontrollen och ha viss personal och utrustning. De benämns karantänshamnar och karantänsflygplatser och utses av socialstyrelsen efter samråd med berörd kommun (KF 3 §).

Karantänsläkare

Vid karantänshamn eller -flygplats skall det finnas en karantänsläkare som förordnats av miljö- och hälsoskyddsnämnden efter samråd med socialstyrelsen. Han skall ha god kännedom om IHR. Karantänsläkaren skall leda den sanitära kontrollen, utföra läkarundersökningar, ge vaccinationer och utfärda vaccinationsbevis. Karantänsläkaren har samma befogenheter som en distriktsläkare enligt smittskyddslagen. Miljö- och hälsoskyddsnämnden kan delegera rätten att besluta enligt KF till karantänsläkare eller distriktsläkare där karantänsläkare saknas. Läkares beslut skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde (KF 5—7 §§).

Smittat område

Om ett område kan betraktas som smittat enligt IHR skall socialstyrelsen förklara området smittat om det finns risk att sjukdomen sprids till eller från Sverige (KF 8 §).

Hänsyn och aktsamhet

Åtgärder enligt KF skall utföras utan dröjsmål och så att de inte vållar onödigt obehag, fara för någons hälsa, skada på transportmedel eller brandfara (KF 10 §).

Avfall från fartyg

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall hindra fartyg att släppa ut avfall som kan sprida karantänssjukdom (KF 11 §).

Åtgärder vid ankomst

Lots- eller tulltjänsteman som kommer ombord skall informera befälhavaren om vad som gäller ifråga om karantänskontrollen (KF 17 §).

Hälsodeklaration

Fartygets befälhavare skall överlämna en hälsodeklaration vid ankomsten till första svenska hamn. Hälsodeklarationen överlämnas till en tulltjänsteman som vidarebefordrar den till miljö- och hälsoskyddsnämnden. Vissa undantag finns för trafiken inom Norden, Europa och med Nordamerika (KF 12 §).

Ankomst från smittat område

När ett fartyg kommer från en hamn i ett smittat område inom inkubationstiden för sjukdomen (5—6 dygn), skall tullpersonalen omedelbart underrätta karantänsläkaren. Det gäller också om det finns någon ombord som vistats inom smittat område och som kommer med fartyget inom inkubationstiden (KF 13 §).

Gods och bagage från smittat område eller som kan ha samband med smitta

Gods som kommer från smittat område och bagage som medförs av person från smittat område skall behandlas på det sätt som socialstyrelsen föreskrivit och i enlighet med IHR. Detta gäller även föremål som misstänks vara smittade eller som resande för med sig som kan vara eller är smittade. Personer som visar sig ha insekter som kan överföra karantänssjukdom får befrias från ohyra. Föremålen får smittrenas (KF 14 och 19 §§).

Misstanke om karantänssjukdom hos resande — "Karantän"

Smittskyddslagens regler om intagning på sjukhus, behandling i öppen vård eller andra inskränkningar i någons rörelsefrihet skall tillämpas om någon misstänks lida av en karantänssjukdom. Dessa är allmänfarliga sjukdomar (SmL 7 §). Den sjuke eller misstänkt sjuke kan sättas i "karantän" genom att intas på sjukhus (KF 14 §).

Fartyg får inte vägras tillträde till hamn

Fartyg får inte vägras tillträde till hamn enligt KF. Om miljö- och hälsoskyddsnämnden anser att karantänsåtgärder behövs, men om det saknas utrustning i den hamn fartyget anlöpt, skall fartyget hänvisas till närmaste hamn som har den utrustning som krävs (KF 15 §).

Befälhavare som vägrar att följa nämndens beslut

Vägrar befälhavaren att underkasta sig de åtgärder nämnden kräver enligt KF får fartyget inte hindras att fortsätta sin resa. Det får dock inte anlöpa annan svensk hamn. Fartyget kan tillåtas att föra ombord vatten, bränsle och andra förnödenheter om det kan ske utan risk för att smitta överförs (KF 16 §).

Motsvarande regler gäller för flygplan

För flygplan gäller motsvarande regler som för båtar. Trafikpersonalen på internationella flygplatser har samma informationsskyldighet gentemot flygplanet som lots- och tullpersonalen. Om ett flygplan landar på annan plats än en karantänsflygplats skall befälhavaren genast underrätta miljö- och hälsoskyddsnämnden eller annan offentlig myndighet. Gods som kommit med flygplanet får inte föras från landningsplatsen utan nämndens tillstånd (KF 18 §).

Brev, tidningar och trycksaker får inte smittrenas

Brev, tidningar och trycksaker får inte smittrenas eller underkastas annan åtgärd enligt KF. Detta gäller inte om det är fråga om resandes bagage. För postpaket som kommer från ett kolerasmittat område och som misstänks innehålla livsmedel gäller att det skall returneras eller får smittrenas om mottagaren medger det (KF 20 §).

Åtgärder vid avresa

Miljö- och hälsoskyddsnämnd i kommun med karantänshamn eller -flygplats skall se till att den som tagits in på sjukhus på grund av karantänssjukdom hindras att lämna landet.

Den som har karantänssjukdom, men inte intagits på sjukhus, får inte nekas att lämna landet. Han skall meddela nämnden när han skall resa och vart. Nämnden skall meddela hälsovårdsmyndigheten på bestämmelseorten om avresan och om vilka föreskrifter den lämnat resenären (KF 21 §).

Godsbehållare och transportmedel

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall förebygga att smittämne överförs med godsbehållare och transportmedel (KF 21 §).

Råttbekämpning

Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall vidta de åtgärder som behövs för att utrota råttor i hamnar, och för att säkra hamnens anläggningar mot råttor (KF 22 §). På fartyg som trafikerar andra hamnar än i Sverige, Danmark, Finland och Norge skall råttor bekämpas regelbundet om fartyget inte är fritt från råttor. Befälhavaren på fartyget skall vid ankomst visa ett giltigt bevis att råttor utrotats ombord eller att fartyget är fritt från råttor. Beviset gäller 6 månader (KF 23, 24 och 26 §§).

Om råttcertifikat saknas

Fartyg som saknar giltigt certifikat skall anmälas till miljö- och hälsoskyddsnämnden av tullens personal. Vissa nämnder har rätt att utfärda råttcertifikat efter besiktning eller råttbekämpning om sådan behövs. Andra nämnder skall hänvisa fartyget till en hamn där nämnden av socialstyrelsen fått denna befogenhet eller till karantänshamn (KF 24, 25 och 27 §§).

Nämndens kostnader

Nämnden har endast rätt att ta ut avgift för smittrening, ohyresbekämpning, råttbekämpning och råttbesiktning. Socialstyrelsen fastställer taxan efter samråd med vissa centrala verk (KF 28 §).

Kostnader för sluten vård

Kostnader för sjuka och misstänkt sjuka som vårdas på sjukhus för karantänssjukdom skall betalas av landstinget om det inte sker enligt lagen om allmän försäkring (SmL 23 § och KF 29 §).

Socialstyrelsen har högsta tillsynen

Socialstyrelsen har den högsta tillsynen över karantänsväsendet och skall fullgöra de uppgifter som ankommer på den nationella hälsovårds-

myndigheten enligt IHR. Styrelsen skall meddela de allmänna råd som behövs. Rikspolisstyrelsen, sjöfartsverket, luftfartsverket och tullverket skall höras innan socialstyrelsen utfärdar allmänna råd om karantänsväsendet som berör dessa myndigher eller deras personal (KF 30 och 31 §§).

Medverkan av polis-, passkontroll-, tull-, lots-, hamn-, flygplats- och sjöfartsverkspersonal

Personal vid polis, tull, passkontroll, lotsväsendet och hamnar samt trafikpersonalen vid internationella flygplatser skall övervaka att karantänsförordningen efterlevs inom sina verksamhetsområden. Det gäller även sjöfartsverkets personal. Polis- och passkontrollpersonal skall medverka vid kontrollen av vaccinationsbevis vid internationella flygplatser (KF 32 §).

Ansvar

Befälhavare som inte lämnar hälsodeklaration eller som lämnar felaktiga uppgifter skall dömas till böter. Det gäller också den som inte underrättar miljö- och hälsoskyddsnämnden när han landar med flygplan utanför karantänsflygplats vid ankomst från utlandet. Det gäller också den som bryter mot socialstyrelsens karantänsföreskrifter (KF 34 §).

Besvär

Miljö- och hälsoskyddsnämndens beslut kan prövas av länsstyrelsen genom besvär. Beslut som fattats enligt KF måste åtlydas omedelbart (KF 34 §).

Avtal med Danmark, Finland och Norge

Norden en enhet

För att förenkla karantänskontrollen vid resa mellan Danmark, Norge och Sverige träffades ett avtal år 1955. Finland anslöt sig till avtalet år 1959. Innebörden i avtalet är att de fyra länderna betraktas som en enhet i samband med karantänskontrollen. Fartyg, flygplan och resande som kommer till eller lämnar något av de fyra länderna från eller till annat land utanför Norden behöver endast kontrolleras vid ankomst eller avresa. Vid resa mellan de fyra länderna krävs ingen kontroll. De nationella hälsovårdsmyndigheterna skall hålla varandra underrättade.

2 Viss närliggande lagstiftning

Vid sidan av smittskyddlagen finns flera andra lagar som har betydelse för att förebygga eller motverka smittspridning. Därtill kommer lagar om ersättning samt sekretesslagstiftningen. Brottsbalken innehåller regler om brott mot liv och hälsa och om allmänfarliga brott. Vissa myndighetsinstruktioner berör smittskyddsfrågor.

I detta avsnitt skall redogöras för några av dessa författningar. De författningar som reglerar ersättningsfrågorna behandlas i avsnittet 4. I den allmänna motiveringen under avsnitt 1.7.1 berörs brottsbalkens bestämmelser.

2.1 Hälso- och sjukvårdslagen samt tillsynslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Syfte

Lagen anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Landstingskommunens ansvar

Landstingskommunen har ansvar för hälso- och sjukvården. Genom lagen anges tre vägar för denna verksamhet:

* landstinget har ett vårdansvar gentemot den enskilde,
* hälso- och sjukvården skall vara medicinskt förebyggande,
* hälso- och sjukvården skall verka för miljöinriktade insatser.

Frivillighet för den enskilde

En grundregel i lagen är att den vård och de åtgärder som vidtas enligt lagen skall vara frivilliga för den enskilde. Det finns endast två undantag från denna regel. Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall och smittskyddslagen ger möjlighet till isolering och behandling mot den enskildes vilja.

Rätt till information

I lagen betonas patientens rätt till information om sitt eget hälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds.

Tillsynslagen (1980:11)

I lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. anges personalens skyldigheter i förhållande till patienter inom den enskilda sjukvården. Personalen skall ge sakkunnig, omsorgsfull vård. Vården skall så långt det är möjligt utformas och ges i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt. Den personal som arbetar inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Personal i det allmännas verksamhet har tystnadsplikt enligt sekretesslagen (1980:100), personal inom den enskilda sjukvården enligt tillsynslagen.

Socialstyrelsen skall vaka över att lagen följs. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan pröva om något brutit mot lagen och ställa honom till ansvar.

2.2 Hälsoskyddslagen, livsmedelslagen, epizootilagen, m.fl.

Hälsoskyddslagen (1982:1080)

I lagen definieras hälsoskydd som åtgärder för att hindra att sanitära olägenheter uppkommer och för att undanröja sådana. Sanitär olägenhet är en störning som kan vara skadlig för människors hälsa och som inte är ringa eller helt tillfällig. Inom kommunen skall miljö- och hälsoskyddsnämnden se till att sanitära olägenheter inte förekommer. Hälsoskyddslagen ger miljö- och hälsoskyddsnämnden rätt att ingripa mot smittspridning när smittämnen överförs i den inre och yttre miljön på annat sätt än direkt mellan människor. Den bakteriologiska kontrollen av vatten i strand- och bassängbad är ett exempel.

Livsmedelslagen (1971:511)

Lagen innehåller flera bestämmelser som syftar till att motverka smittspridning med livsmedel inkl. dricksvatten. Miljö- och hälsoskyddsnämnden har det lokala tillsynsansvaret. Det är förbjudet att överlåta livsmedel som kan antagas vara smittförande eller skadliga.

I lagen och de bestämmelser som följer av lagen ges detaljerade regler om hur livsmedel skall hanteras och om hur lokalerna skall vara ordnade för att bl.a. hindra att livsmedlen förorenas eller blir otjänliga som människoföda. För att skydda livsmedel mot att förorenas ställs bl.a. krav på personalens hygien. Det gäller särskilt handhygien i samband med toalettbesök.

Hälsoundersökning och avstängning från livsmedelsarbete

Vid nyanställning inom livsmedelshantering krävs i princip en hälsoundersökning. Varje år skall viss personal som hanterar livsmedel avge en hälsodeklaration och få hygieninformation. Efter utomnordiska resor skall livsmedelsanställda i vissa fall lämna avföringsprover som undersöks med avseende på salmonella- och shigellabakterier. Den som är sjuk eller smittbärare kan stängas av från arbetet av miljö- och hälsoskyddsnämnden.

Epizootilagen (1980:369)

Smittsamma djursjukdomar

Lagen gäller sådana allmänfarliga djursjukdomar som kan spridas genom smitta bland djur eller från djur till människa, epizootiska sjukdomar, t.ex. rabies och tuberkulos. Den som har hand om ett djur och misstänker att det lider av en epizootisk sjukdom skall omedelbart anmäla detta till en veterinär. Veterinär som har grundad anledning att misstänka att ett fall av en epizootisk sjukdom inträffat skall besluta om isolering av gården om det behövs för att hindra smittspridning ("spärrförklaring").

När ett fall av en epizootisk sjukdom konstaterats skall länsstyrelsen besluta om isolering och övriga åtgärder som behövs för att hindra smittspridning ("smittförklaring").

Möjliga åtgärder

Regeringen eller, i dess ställe, lantbruksstyrelsen kan ge föreskrifter om att vissa åtgärder får eller skall vidtas:

* avlivning av smittade eller misstänkt smittade djur,
* avlivning av andra djur (epizootislakt),
* oskadliggörande av döda djur,
* smittrening,
* vaccination eller annan förebyggande behandling,
* undersökning av djur i kontrollsyfte,
* djurhållning,
* transporter av varor och djur.

Sedan länsstyrelsen beslutat om smittskyddsåtgärder måste den som har utrustning och personal, för bl.a. slakt och smittrening, ställa sina resurser till förfogande.

Tillsyn

Lantbruksstyrelsen är central tillsynsmyndighet och länsstyrelsen regional. Inom länet har länsveterinären huvudansvaret för detta.

Ersättning

Den som lidit en förlust genom ett myndighetsingripande har rätt till ersättning under vissa förutsättningar. När någon medverkat med utrustning eller personal i smittbekämpningen har han rätt till ersättning. Ersättning beslutas av lantbruksstyrelsen efter ansökan. (Se även avsnitt 3.1.2 i den allmänna motiveringen.)

Ansvar

Den som bryter mot lagen kan dömas till böter. Egendom kan förverkas.

Polishandräckning

Polismyndigheten skall lämna den handräckning som behövs.

Besvär

Länsstyrelsen prövar veterinärs beslut om spärrförklaring. Länsstyrelsens och lantbruksstyrelsens beslut i enskilda fall prövas av kammarrätten, i övrigt av regeringen.

Myndighetsföreskrifter

Lantbruksstyrelsen har utfärdat en kungörelse i anslutning till epizootilagen där vissa myndigheters och veterinärers åligganden beskrivs, liksom åtgärder, ersättningsfrågor och föreskrifter till djurägare m.fl. Lantbruksstyrelsen har vidare i en kungörelse om anmälningspliktiga djursjukdomar m.m. meddelat föreskrifter om anmälningspliktiga sjukdomar, vilka förutom de epizootiska omfattar ett 25-tal andra sjukdomar, varav flera är s.k. zoonoser (överförbara mellan djur och människa), som t.ex. listerios, tularemi, trikinos, ornitos m.fl.

Lagen (1983:738) om bekämpande av salmonella hos djur

Lagen innehåller bestämmelser om åtgärder för att bekämpa och hindra spridningen av salmonella hos husdjur och andra djur som hålls i fångenskap. Lantbruksstyrelsen får enligt lagen besluta om bl.a. slakt och isolering av djur samt smittrening. Liksom i epizootilagen finns regler om ersättning till den som lidit förlust på grund av myndighetsingripandet. (Se även avsnitt 3.2 i den allmänna motiveringen.)

Miljöskyddslagen (1969:387)

Lagen innehåller regler om utsläpp av spillvatten i vattendrag och sjöar, om användning av mark, byggnader och anläggningar som kan orsaka störningar för omgivningen. Störningen kan ske i form av luftförorening, buller, skakning, ljus eller annat om störningen inte är helt tillfällig. För vissa större anläggningar som bedriver miljöfarlig verksamhet krävs tillstånd av koncessionsnämnden för miljöskydd eller länsstyrel-

sen. Lagen har stor betydelse för att motverka vattenförorening och därmed att förebygga smittspridning genom kommunalt avloppsvatten. Miljöskyddsförordningen (1981:574) innehåller bl.a. bestämmelser med krav på att anläggningar för verksamhet där hybrid-DNA används skall ha tillstånd.

Vattenlagen (1983:291)

Lagen innehåller bl.a. regler om vattentäkter och om byggande i vatten. I lagen finns aktsamhetsregler och en möjlighet för länsstyrelsen att besluta om skyddsområde för vattentäkt. Lagen ger viss möjlighet att skydda vattentäkter mot förorening och därmed mot smittspridning genom dricksvatten (jfr även livsmedelslagen).

Renhållningslagen (1979:596)

Lagen reglerar uppsamling, förvaring, bortforsling och slutgiltigt omhändertagande av hushållsavfall. Lagen innehåller en allmän aktsamhetsregel som säger att avfall skall hanteras på sådant sätt att det inte uppkommer olägenhet från hälso- och miljövårdssynpunkt. Miljö- och hälsoskyddsnämnden är tillsynsmyndighet. Vissa renhållningsbestämmelser fanns tidigare i hälsovårdsstadgan. Ett syfte med renhållningslagen är att hindra smittspridning genom avfall, latrin samt smittvägen över flugor, råttor och vatten.

Byggnadslagen (1947:385) och byggnadsstadgan (1959:612)

Dessa författningar reglerar den fysiska samhällsplaneringen och hur byggnader får utformas. Genom denna lagstiftning finns möjlighet att kräva att samhällen och bostäder byggs så att kravet på sundhet tillgodoses. I begreppet sundhet ligger bl.a. tillgång på rent vatten, dagsljus och tillräcklig bostadsyta per person. Bostadsförhållanden har betydelse för risken för smittspridningen. Det gäller särskilt trångboddhet och möjligheterna att upprätthålla en god personlig hygien. Regeringen har nyligen lagt en proposition (1985/86:1) med förslag till en ny plan- och bygglag som skall ersätta nuvarande byggnadslag och byggnadsstadga.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Lagen kan användas för att motverka eller avhjälpa hälsorisker inom arbetsmiljön. Lagen är generellt formulerad och omfattar även smittämnen. Lagen tillämpas i vissa fall för att skydda arbetstagare mot smitta. Det gäller t.ex. laboratoriepersonal som hanterar infektiöst material och kraven på särskild ventilation av avloppsreningsverk för att skydda personalen på verken.

Lagen (1982:821) om transport av farligt gods

Lagen omfattar även gods med benägenhet att orsaka infektioner.

2.3 Sekretesslagens bestämmelser inom hälso- och sjukvårdens område

Sekretess till skydd för enskilds personliga förhållanden

Sekretesslagen (1980:100) avser det allmännas verksamhet. Bestämmelserna om sekretess inom hälso- och sjukvårdens område finns i 7 kap. 1—3 §§. Reglerna gäller även vid åtgärder mot smittsamma sjukdomar och för verksamheten vid statens bakteriologiska laboratorium. Huvudregeln är att sekretess gäller för uppgifter om den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte är klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Från huvudregeln om sekretess finns, såvitt gäller smittskyddslagsstiftningen, ett undantag. Beslut om frihetsberövande åtgärder är offentliga, om det avser annan sjukdom än venerisk. För beslut i ärenden om veneriska sjukdomar gäller således sekretess. Det skall observeras att det endast är sådana uppgifter som framgår av beslutet om frihetsberövande som är offentliga medan det material som ligger till grund för beslutet är sekretesskyddat.

Sekretess gäller enligt 7 kap. 6 § sekretesslagen vidare för den som lämnat en anmälan eller uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Skyddet gäller dock endast under förutsättning att anmälaren eller någon närstående riskerar att utsättas för våld eller annat allvarligt men om identiteten röjs.

Sekretess gentemot andra myndigheter

Enligt bestämmelserna i 1 kap. 3 § sekretesslagen gäller i princip sekretess också i förhållandet mellan myndigheter. Den s.k. generalklausulen i 14 kap. 3 § sekretesslagen, enligt vilken en uppgift får lämnas till en annan myndighet efter en intresseavvägning, gäller inte inom hälso- och sjukvården. Om en myndighet har fått en begäran att lämna ut uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd, skall myndigheten — oavsett om begäran kommer från en enskild eller en annan myndighet — pröva om utlämnandet kan medföra men för den uppgiften gäller eller någon närstående. Sekretess utgör emellertid enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen inte hinder mot att lämna ut en uppgift om det sker på grund av en uppgiftsskyldighet i lag eller förordning (jfr 29 § smittskyddslagen och smittskyddskungörelsen).

Sekretess gentemot den enskilde själv

Av 14 kap. 4 § sekretesslagen följer vidare att sekretess till skydd för enskild inte gäller i förhållande till den enskilde själv och att sekretessen kan efterges av honom. Dock kan sekretess inom hälso- och sjukvården gälla även i förhållande till den enskilde själv. Det gäller uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom (7 kap. 3 § samma lag).

Register

För att allmänheten skall kunna använda sin rätt att ta del av allmänna handlingar krävs ett register över de handlingar som finns hos myndigheten. Enligt 15 kap. 1 § sekretesslagen är en myndighet därför i princip skyldig att registrera allmänna handlingar, som kommer in till eller upprättas hos myndigheten. Det finns dock vissa undantag från registreringsskyldigheten. Så kan t.ex. regeringen, om särskilda skäl föreligger, föreskriva att vissa handlingar som förekommer i betydande omfattning vid en myndighet inte behöver registreras. I sekretessförordningen finns föreskrifterna om detta. Ett sjukhus behöver t.ex. inte registrera patientjournaler som upprättats i samband med patientbesök och statens bakteriologiska laboratorium behöver inte registrera remisser som gäller patientprov.

När register förs skall de enligt 15 kap. 2 § sekretesslagen innehålla:

1. datum då handlingen kom in eller upprättades,
2. diarienummer.

Dessa båda uppgifter är ovillkorliga. Därutöver skall registren innehålla:

3. uppgift om från vem handlingen har kommit in eller till vem den har expedierats,
4. i korthet vad handlingen rör.

Om dessa senare uppgifter skulle innehålla sekretessbelagt material får de dock utelämnas eller särskiljas. I annat fall skulle ju inte registret kunna hållas offentligt. — I sådana fall där registren endast skulle omfatta punkt 1 och 2 får regeringen förordna att undantagen för 3 och 4 inte skall gälla, dvs. registret skall innehålla samtliga uppgifter och frågan om sekretess för registret som helhet får bedömas på sedvanligt sätt med hänsyn till registrets innehåll. Skälet för detta är att det annars skulle bli för betungande för myndigheten att föra omfattande dubbelregister.

2.4 Instruktioner för vissa myndigheter m.fl.

Vissa myndigheter och andra statliga institutioner har arbetsuppgifter inom smittskyddet som inte klart framgår av lagstiftningen, eller där lagstiftningen inte är tydlig. Det gäller framför allt statens bakteriologiska laboratorium (SBL) samt länsstyrelserna.

Instruktion (1965:786) för SBL

SBL leds enligt sin instruktion av en föreståndare. Inom laboratoriet finns sju avdelningar, varav en epidemiologisk. Laboratoriets arbetsuppgifter och organisation har nyligen setts över (Ds S 1984:7).

* SBL har enligt sin instruktion till uppgift att inom humanmedicinens mikrobiologiska och epidemiologiska områden utföra praktiskt vetenskapliga undersökningar, framställa och tillhandahålla sera, ympämnen och andra bakteriologiska preparat, följa det epidemiologiska läget och vidta eller föreslå erforderliga åtgärder, bedriva vetenskaplig forskning samt undervisning och utbildning.

* Det åligger SBL särskilt, att utföra undersökningar av prov från personer som är eller kan vara smittade av allmänfarliga sjukdomar eller andra infektionssjukdomar, samt om undersökningen inte bör utföras på annat laboratorium, prov på vatten, livsmedel eller annat material som kan innehålla smittämnen.

* SBL skall även pröva metoder för diagnostiska undersökningar och för framställning av bakteriologiska preparat, så att de fyller utvecklingens krav.

* Laboratoriet skall utveckla smittskyddsåtgärder genom vetenskaplig forskning och genom praktiska laboratorie- och fältundersökningar.

* SBL har till särskild uppgift att bevaka det epidemiska läget, hålla beredskap och underrätta socialstyrelsen om det behövs åtgärder från styrelsens sida.

* Det är SBL:s uppgift att biträda försvarsmakten och socialstyrelsen i frågor som rör civil och militär beredskap.

Länsstyrelseinstruktionen (1971:460)

Enligt instruktionen skall länsstyrelsen särskilt ta befattning med bl.a. miljöskyddet, livsmedelskontrollen och hälsoskyddet. Det ankommer på länsstyrelsen att inom sitt verksamhetsområde övervaka att det som åligger statlig myndighet, kommun, landstingskommun eller enskild blir fullgjort enligt lag eller annan författning.

Inom länsstyrelsen åligger det chefen för naturvårdsenheten att särskilt svara för att hälsovårdssynpunkter beaktas. Länsstyrelsen är tillsynsmyndighet bl.a. enligt smittskyddslagen och epizootilagen.

Länsläkarorganisationen hade fram till år 1981, då den avskaffades, ett särskilt ansvar, enligt smittskyddslagen och enligt sin instruktion (1965:792), att biträda länsstyrelsen ifråga om smittskyddet. Länsläkarens uppgifter i fråga om de veneriska sjukdomarna har numera förts över till smittskyddsläkaren i länet. Han är utsedd och anställd av landstinget.

2.5 Beredskapsförfattningar

Det finns en rad författningar som reglerar förhållandena vid beredskap och krig. Civilförsvarslagen (1960:74) och civilförsvarskungörelsen

(1960:337) samt lagen (1964:63) om kommunal beredskap och kommunal beredskapskungörelse (1964:722) ger ramarna. Tre andra författningar som har särskilt intresse för smittskyddet i krig och beredskap bör nämnas.

Hälso- och sjukvård i krig regleras i hälso- och sjukvårdslagen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen svarar landstingskommunen för hälso- och sjukvården även i krig. Regeringen kan dessutom meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket befunnit sig i krig eller krigsfara. Det sker då genom ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen.

Krigslänsstyrelsen

Vid beredskap och krig ersätts den ordinarie länsstyrelsen av krigslänsstyrelsen. Krigslänsstyrelsens uppgifter beskrivs bl.a. i förordningen (1975:1004) med krigsinstruktion för länsstyrelserna. Krigslänsstyrelsen har långtgående befogenheter och har till uppgift att leda viss statlig, kommunal och landstingskommunal verksamhet.

Tidigare hade krigslänsstyrelsen det direkta detaljerade ledningsansvaret även för sjukvården, men genom den nya hälso- och sjukvårdslagen svarar landstinget för ledningen av hälso- och sjukvården. Landstinget har dock skyldighet att samverka med krigslänsstyrelsen och följa dess beslut i stort.

Vaccination vid krig, krigsfara, m.m.

Lagen (1952:270) om skyddsympning vid krig eller krigsfara m.m. ger regeringen rätt att besluta att alla som befinner sig inom landet eller en viss del av det skall vaccineras för att hindra smittspridning. Beslut om vaccinering kan även fattas när andra utomordentliga förhållanden gör det nödvändigt. Ett beslut om vaccination kan även gälla vissa befolkningsgrupper som är eller kan bli särskilt utsatta för smitta.

3 Smittskyddslagstiftning i Danmark

Smittskyddslagstiftningen i de övriga nordiska länderna liknar i många avseenden den svenska lagstiftningen före år 1968. Danmark är det land som senast har sett över sin lagstiftning. Det skedde år 1979 och den danska lagstiftningen innehåller flera nyheter, som gör att det är av intresse att referera den tämligen utförligt.

Syfte och avgränsning

Lagen om åtgärder mot smittsamma sjukdomar, den 21 mars 1979 (Nr 114) syftar till att hindra att smittsamma sjukdomar (vissa uppräknade) sprids i landet och till att smitta av dessa sjukdomar förs in i landet eller sprids till utlandet.

Lagen omfattar allmänfarliga sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar enligt följande uppräkningar:

Allmänfarliga	*Övriga smittsamma sjukdomar*
Smittkoppor	Kolera
Fläcktyfus	Tyfoidfeber
Återfallsfeber	Paratyfoidfeber
Pest	Salmonellos
Lepra	Dysenteri (shigellos)
Marburgsjukdom	Polio
Lassafeber	Meningokockmeningit
Ebolasjukdom	Meningokocksepsis
	Tuberkulos
	Hepatit A

På framställning av sundhedsstyrelsen kan inrikesministeriet ändra listorna.

Lagen är inte tillämplig på könssjukdomar. De är reglerade i annan äldre lagstiftning.

Epidemikommissioner i varje amtskommun

I varje amtskommun (närmast landstingskommun) väljs en epidemikommission. Den skall bestå av en polismästare, en länsläkare, en vete-

rinär, en tullchef samt ytterligare tre personer. Polismästaren är ordförande.

Tullväsendet, polisen, hamnväsendet, luftfartsväsendet, lotsar och stadsveterinärer är skyldiga att biträda kommissionen. Epidemikommissionen kan delegera vissa uppgifter till kommissionens medlemmar eller till en läkare som knyts till kommissionen. Inrikesministeriet kan besluta om att kommissionerna skall ha biträde av läkare.

Åtgärder mot spridning av smittsamma sjukdomar

Epidemikommissionens uppgifter

* Epidemikommissionen kan besluta att den som har eller misstänks ha en allmänfarlig sjukdom skall undersökas av läkare och även låta isolera sig på sjukhus om det behövs. Detta kan ske med polishandräckning.
* Epidemikommissionen har rätt att spärra av ett område där det uppträder en allmänfarlig sjukdom. Kommissionen kan förbjuda offentliga möten inom området. Sådana åtgärder skall snarast möjligt hävas.
* Om någon misstänks ha dött i en allmänfarlig sjukdom kan epidemikommissionen efter samråd med sundhedsstyrelsen, besluta att den döde skall obduceras.
* Epidemikommissionen kan besluta om de undersökningar som behövs för att fastställa en smittsam sjukdoms art, orsaker och utbredning.
* När det finns risk att smitta sprids med livsmedel kan kommissionen helt eller delvis stänga verksamheten och förbjuda smittbärare att arbeta inom den.
* Epidemikommissionen kan förbjuda den som lider av en sjukdom, som är reglerad i lagen, att använda allmänna kommunikationsmedel.
* Kommissionen kan låta genomföra smittrening av smittade människor, lösöre, fast egendom och transportmedel. Efter samråd med sundhedsstyrelsen kan kommissionen genomföra andra mindre omfattande åtgärder mot smittspridning.

Inrikesministerns uppgifter

* Om spridningen av en allmänfarlig sjukdom inte kan hindras genom att isolera sjuka och smittbärare, kan inrikesministern påbjuda tvångsbehandling efter förslag av sundhedsstyrelsen.
* Inrikesministern kan på förslag av sundhedsstyrelsen besluta om tvångsmässig vaccination inom ett område eller av en begränsad personkrets.

* När någon av de övriga (uppräknade) smittsamma sjukdomarna uppträder i en elakartad form eller får stor utbredning eller om de hygieniska förhållandena innebär en särskilt stor risk för smittspridning kan reglerna om allmänfarliga sjukdomar tillämpas. Inrikesministern kan besluta om sådana åtgärder på förslag av sundhedsstyrelsen.

Åtgärder mot att smittsamma sjukdomar förs in i landet

* Fartyg och flygplan som anländer från utlandet skall genom befälhavaren lämna hälsodeklaration för dem som är ombord.
* De som uppehåller sig ombord på ett fartyg eller ett flygplan, som kommer från utlandet, får inte ha kontakt med personer iland innan epidemikommissionen ger sin tillåtelse. Om möjligt bör sådan tillåtelse ges per radio. Tullväsendet har till uppgift att meddela fartyget kommissionens tillstånd. Dessa uppgifter kan delegeras. Vissa fartyg, t.ex. färjor och flygplan är inte bundna av reglerna om inrikesministern medger det.
* Resande som kommer till Danmark lyder under den danska smittskyddslagens regler om åtgärder.
* Inrikesministern fastställer regler om hur gods, bagage och post kan behandlas för att hindra spridning av de sjukdomar som finns reglerade i lagen. Han skall också ge regler om råttbekämpning. Epidemikommissionen skall på begäran utfärda karantänsbevis, som anger vilka myndighetsingripanden som förekommit ifråga om transportmedel, gods samt resande och deras bagage. Beviset skall vara utan avgift.

Diverse regler

* Vid åtgärder som har karaktären av frihetsberövande skall epidemikommissionen ge besvärshänvisning till domstol.
* Var och en som får vetskap om att någon i hans omgivning lider av en allmänfarlig sjukdom skall snarast möjligt anmäla detta till en läkare eller polis (om det inte redan är gjort). Anmälan skall utan dröjsmål vidarebefordras till epidemikommissionen.
* Inrikesministern kan besluta om särskilda regler vid smittsamma sjukdomar på skolor och institutioner.
* På förslag av sundhedsstyrelsen kan inrikesministern föreskriva särskilda regler ifråga om smittämnen för sjukdomar som regleras i smittskyddslagen.
* Inrikesministern kan ge föreskrifter om hur döda skall behandlas och transporteras för att motverka smittspridning.
* Sundhedsstyrelsen kan fastställa regler om vilka personer eller grupper av personer som skall tuberkulosundersökas.

* Sundhedsstyrelsen kan ge regler om läkares och länsläkares medverkan i smittskyddsarbetet.
* Den som lidit en förlust genom ett myndighetsingripande enligt smittskyddslagen har rätt till ersättning av allmänna medel. Hur stor ersättning som skall utbetalas bestämmer epidemikommissionen efter förhandling med den som anser sig ha lidit en förlust. Om han inte är nöjd med ersättningen hänskjuts frågan till domstol.
* Om inte straff förekommer enligt annan lagstiftning kan den som bryter mot lagen straffas med böter, häkte eller fängelse i högst sex månader.

Kostnader och avgifter

Amtskommunerna skall ha kostnadsansvar för alla åtgärder som vidtas enligt lagen. Det finns dock några undantag som bl.a. gäller vissa tjänster i samband med karantänsväsendet. För sådana tjänster får avgifter tas ut, t.ex. vid råttbekämpning på fartyg.

4 Ersättningsbestämmelser

I detta avsnitt skall redogöras för några författningar som reglerar frågan om rätt till ersättning för den som drabbas av en smittsam sjukdom.

4.1 Lagen (1962:381) om allmän försäkring

Denna lag reglerar bl.a. rätten till sjukpenning och föräldrapenning för tillfällig vård av barn. Sådan ersättning kan under vissa förutsättningar utgå till den som är försäkrad enligt lagen och inskriven hos allmän försäkringskassa. Försäkrade är svenska medborgare och övriga som är bosatta i Sverige. Försäkrade som uppnått 16 års ålder och är bosatta i landet skall vara inskrivna hos försäkringskassan. Försäkringen handhas av försäkringskassan och finansieras huvudsakligen genom socialavgifter.

Sjukpenning

Sjukpenning enligt 3 kap. utgår vid sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst hälften. Vid fullständig nedsättning utgår hel sjukpenning, i annat fall halv (7 §). Hel sjukpenning utgår per dag med 90 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365 (4 §). Den sjukpenninggrundande inkomsten är den årliga inkomst i pengar eller naturaförmåner som en försäkrad kan antas komma att få för eget arbete antingen som anställd eller av annat förvärvsarbete än anställning (2 §).

Föräldrapenning för tillfällig vård av barn

Rätt till föräldrapenning för tillfällig vård av barn föreligger enligt 4 kap. 8—10 §§ för förälder som behöver avstå från förvärvsarbete i samband med bl.a. sjukdom eller smitta hos barnet eller dess ordinarie vårdare. Med smitta avses enligt uttalanden i förarbetena de fall då någon har fått en smittsam sjukdom eller på annat sätt är smittförande samt då någon misstänks för att sprida smitta. De sjukdomar som åsyftas är dels de allmänfarliga sjukdomar som anges i smittskyddskungörelsen, dels mer allvarliga barnsjukdomar som medför risk att en sjukdom sprids. Om ett barn får huvudlöss skall det jämställas med smitta. Föräldrapenning

utgår endast för barn som inte fyllt tolv år och under högst 60 dagar per år. Tillfällig föräldrapenning kan dock utges även för barn mellan tolv och sexton år om barnet har ett särskilt behov av vård eller tillsyn utöver vad som i allmänhet är fallet beträffande barn i den åldern.

Föräldrapenningen utgår med belopp som motsvarar förälderns sjukpenning.

4.2 Lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare

Lagen innehåller bestämmelser om ersättning åt dem, som utan att vara sjuka, är föremål för ingripanden på hälsovårdens område. Ingripandena görs i det allmännas intresse för att hindra smittspridning. Från skälighetssynpunkt men även från bl.a. preventiv synpunkt har det ansetts att den som drabbats av inkomstförlust till följd av ingripandena bör ersättas för detta. Kostnaderna för ersättning åt smittbärare åvilar staten. Till lagens finns en kungörelse (1956:294) med tillämpningsföreskrifter.

Allmänna förutsättningar för ersättning

Ersättning utgår till smittbärare som på grund av en myndighets ingripande underkastas observation eller isolering eller på annat sätt inskränkning i sitt arbete för att förebygga smittspridning. Ingripandet skall ha skett med stöd av smittskyddsförfattningarna om allmänfarliga sjukdomar eller livsmedelsförfattningarna. Med smittbärare avses den som utan att ha förlorat sin arbetsförmåga lider av smittsam sjukdom eller på annat sätt är smittförande samt den som kan misstänkas bära smitta. Från lagens tillämpningsområde utesluts således bl.a. den som har blivit arbetsoförmögen på grund av en allmänfarlig sjukdom. Denne har i stället rätt till sjukpenning, om förutsättningarna härför i övrigt är uppfyllda. Smittbärare indelas i tillfälliga och kroniska beroende på om ingripandet varar högst 90 dagar i följd eller mer (1 §).

Tillfälliga smittbärare

De tillfälliga smittbärarna har rätt till ersättning för dels inkomstbortfall, dels kostnader för resor (2 §). Ersättningen för inkomstbortfall utgår med belopp som i princip motsvarar smittbärarens sjukpenning och sjukpenningtillägg, eller vad som skulle ha utgått i sjukpenning om han hade varit försäkrad enligt lagen om allmän försäkring. Den som inte har fyllt 16 år måste dock för att få ersättning för inkomstbortfall visa att ingripandet har medfört förlust av arbetsinkomst (3 §). Ersättningen för inkomstbortfall skall minskas i samband med sjukhusvistelse (4 §). Från ersättningen skall avräknas bl.a. sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring samt lön av allmänna medel som den smittade har rätt till under tiden för ingripandet (5 och 6 §§).

Ersättning för resa utgår om den varit nödvändig på grund av myn-

dighetens ingripande (2 §). Förutsättningarna för att reseersättning skall kunna utgå är inte närmare angivna i lagen utan ersättningen grundas på en skälighetsprövning från fall till fall.

Ersättning åt de tillfälliga smittbärarna handläggs och beslutas av den allmänna försäkringskassan (7 §). Till ansökan om ersättning, som skall göras skriftligen och inom två år, skall fogas bevis om ingripandet (8 §). I 9 § hänvisas till vissa bestämmelser i lagen om allmän försäkring om bl.a. indragning och nedsättning av sjukpenningen. Dessutom stadgas att den som inte följer givna föreskrifter kan helt eller delvis mista rätten till ersättning.

Kroniska smittbärare

Kroniska smittbärare, som tillfogats inkomstbortfall eller annan förlust "må" erhålla skälig ersättning. Denna beräknas i varje särskilt fall med hänsyn till behovet av ersättning, förlustens storlek och omständigheterna i övrigt (10 §). Länsstyrelsen handlägger dessa frågor och fattar beslut härom (12 §). Till ansökan om ersättning, vilken skall vara skriftlig, skall fogas beslut om ingripande samt en utredning av den förlust som sökanden har haft (11 §).

Besvär

Eftersom ärendena om smittbärarersättning handläggs och beslutas av två olika myndigheter är också besvärsreglerna olika. Besvär över beslut av den allmänna försäkringskassan rörande de tillfälliga smittbärarna anförs hos försäkringsrätten medan länsstyrelsens beslut angående de kroniska smittbärarna överklagas hos kammarrätten. Högsta instans är försäkringsöverdomstolen resp. regeringsrätten.

4.3 Kungörelsen (1956:296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse

I samband med tillkomsten av lagen om ersättning åt smittbärare infördes särskilda regler för företagsförluster m.m. Bestämmelserna härom skiljer sig från reglerna om ersättning åt smittbärare främst i det avseendet att bestämmelserna inte skapar en *rätt* till ersättning, utan snarare öppnar en *möjlighet* till ersättning i vissa fall där det har ansetts obilligt att den enskilde själv skulle svara för förlusterna. Det är mot den bakgrunden bestämmelserna intogs i en särskild kungörelse. I författningstexten anges inte särskilt att ersättningsbestämmelserna i princip enbart avser företagsförluster. De förluster som ersätts är emellertid huvudsakligen av två slag, dels förluster för förstörda varor, dels förluster på grund av driftsavbrott eller annat intrång i näringen. Ersättningsbestämmelserna redovisas f.ö. i förarbetena till kungörelsen under rubriken "Ersättning för företagsförluster m.m.".

Ersättningsreglerna gäller då ingripande har skett med stöd av bestämmelserna i smittskyddslagen om allmänfarliga sjukdomar eller livsmedelslagen för att hindra spridning av smittsam sjukdom (1 §).

Ersättning kan lämnas för värdeförluster och kostnader avseende varuparti som enligt ingripandet skall förstöras eller på annat sätt åtgärdas eller som på grund av ingripandet inte kan säljas eller användas. Förlusten skall vara en direkt följd av beslutet om ingripandet. Indirekta förluster ersätts inte, t.ex. om en vara på grund av rådande förhållande inte har kunnat säljas. Värderingen görs enligt den s.k. återanskaffningsprincipen. Endast värdeförluster överstigande 100 kr. ersätts. Beloppet ansågs enligt uttalanden i förarbetena utgöra en lämplig gräns för vad den skadelidande under alla omständigheter själv borde svara för (2 §).

Ersättning kan vidare under vissa förutsättningar lämnas för utbetalda löner till personal som på grund av stängning av rörelsen inte har kunnat beredas arbete. Från ersättningen skall avräknas den ersättning arbetstagaren är berättigad till enligt lagen om ersättning åt smittbärare. Ersättningen är maximerad till 80 procent av lönebeloppet, dock att ersättning inte får beräknas på lönebelopp som överstiger 78 kr. per dag. Detta innebär att ersättning för lönekostnad kan utges med högst 62 kr. 40 öre per dag. Grunden för den procentuella reduktionen är den för hela lagstiftningen gällande principen att en del av skadan skall bäras av den skadelidande själv. Begränsningen av ersättningsunderlaget betingas av att ersättningen till smittbärare inte utgår med hela inkomstbortfallet utan endast med det belopp som motsvarar sjukpenningen. Vid kungörelsens tillkomst begränsades ersättningsunderlaget till den då maximala sjukpenningen med ett visst påslag (3 § första stycket).

Ersättning kan också lämnas för vissa utgifter som blivit onyttiga till följd av ingripandet, t.ex. hyra för lokal som inte har kunnat utnyttjas. Fasta utgifter i rörelsen som belöper på avstängningstiden skall dock inte ersättas (3 § andra stycket).

Kostnader för laboratorieundersökning kan, vid allmänfarliga sjukdomar och under vissa omständigheter, ersättas om de överstiger 1 000 kr. (4 §).

Om särskilda skäl föreligger kan den som har vållats väsentligt intrång i näringen eller avsevärd minskning i arbetsförtjänsten få ytterligare ersättning. Ersättning för direkta utgifter som företagaren haft för att verkställa ingripanden, som t.ex. kostnader för vakthållning, kan också utgå (5 §).

De ersättningsbestämmelser som nu har redovisats gäller enligt förarbetena ersättningar till företagaren själv. Även arbetstagare har emellertid under en viss tid rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst på grund av driftsavbrott om förlusten inte ersätts på annat sätt, t.ex. som sjukpenning eller ersättning åt smittbärare. Ersättningen begränsas på samma sätt som lönekostnaden i 3 §, dvs. ersättning utgår med 80 procent av inkomstbortfallet, i den mån detta inte överstiger 78 kr. per dag (6 §).

Ersättning enligt kungörelsen skall minskas med vad som kan utgå på grund av försäkringsavtal (7 §). Vidare finns vissa allmänna begräns-

ningar för rätt till ersättning vid vållande, vårdslöshet eller försummelse av den skadelidande (8 §).

Beslut om ersättning enligt kungörelsen fattades tidigare av statskontoret efter utredning och yttrande av länsstyrelsen. Besvär över besluten anfördes hos Kungl. Maj:t. Efter en organisatorisk förändring vid statskontoret beslutar sedan den 1 januari 1973 kammarkollegiet i första instans om ersättning enligt kungörelsen. Länsstyrelsen gör emellertid fortfarande utredning i ärendet och yttrar sig över ansökan. Kollegiets beslut överklagas genom besvär hos kammarrätten. Högsta instans är regeringsrätten.

BILAGA 3

Bedömning av vissa smittsamma sjukdomar med kortfattade motiveringar.

Innehållsförteckning

1 *Förslag till allmänfarliga sjukdomar* 229
Amöbadysenteri 229
Difteri 229
Dysenteri 229
Ebolasjukdom 230
Gula febern 230
Hepatit A 230
Hepatit B 230
Hepatit non-A non-B 231
Kolera 231
Lassafeber 231
Marburgsjukdom 231
Meningokockinfektion 231
Mjältbrand 232
Paratyfoidfeber 232
Pest 232
Polio 233
Salmonellos 233
Syfilis 233
Tuberkulos 233
Tyfoidfeber 233

2 *Förslag till andra anmälningspliktiga sjukdomar utöver de allmänfarliga* 234
Botulism 234
Gonorré 234
Klamydiainfektion 234
Legionärsjuka 234
Malaria 235

Mikrobiell matförgiftning 235
Ornitos 235
Rabies 235
Stelkramp 236
Trikinos 236
Tularemi 236

3 Vissa andra smittsamma sjukdomar 237
Elakartad gastroenterit hos barn under 2 år 237
Filarios 237
Listerios 237
Scharlakansfeber 237
Schistosomiasis 237
Toxoplasmos 237
Undulantfeber 237

Campylobacterinfektion 238
Fästingburen hjärnhinneinflammation 238
Genital herpes 238
Influensa 238
Könsvårtor 238
Skandinavisk epidemisk njursjukdom 238
Yersinios 238

I bilagan redogörs för hur utredaren har bedömt vissa smittsamma sjukdomar mot bakgrund av de tre kriterierna på allmänfarlighet. I enlighet med kriterierna är sjukdomarnas smittsamhet samt dödlighet eller risk för bestående skador redovisade utifrån sjukdomarnas obehandlade tillstånd. Det bör dock observeras att vid många sjukdomar finns tillgång till medicinsk behandling som gör att dödligheten och risken för bestående skador sjunker väsentligt, t.ex. vid kolera. Uppspårning av smittkälla och smittvägar liksom information och upplysning är väsentliga åtgärder i allt smittskyddsarbete om än i större eller mindre utsträckning vid olika sjukdomar. Därför har dessa åtgärder inte särskilt anmärkts under rubriken smittskydd. För de sjukdomar som redovisas under avsnitten 1 och 2 har i förekommande fall angivits den internationella beteckningen enligt International Classification of Diseases (ICD).

1. Förslag till allmänfarliga sjukdomar

AMÖBADYSENTERI (Amoebiasis) ICD-9-006

Smittsamhet: måttlig till hög. Kontaktsmitta, främst genom homosexuella kontakter. Kan även spridas med livsmedel.

Dödlighet och bestående skador: låg letalitet (< 1 %). Kan ge bestående leverskador.

Smittskydd: behandling till smittfrihet och förhållningsregler om hygien.

Utredarens bedömning: sjukdomen får vid en samlad bedömning anses uppfylla kriterierna på allmänfarlighet även om det andra kriteriet är något svagt. Sjukdomen bör anses allmänfarlig.

DIFTERI (Diphteria) ICD-9-032

Smittsamhet: måttlig till hög. Främst kontaktsmitta inom familjen, men smittar även genom droppinfektion och via föremål.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (5-10 %). Kan leda till hjärtskador.

Smittskydd: behandling till smittfrihet, isolering och förhållningsregler om hygien. Profylax genom vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

DYSENTERI (Shigellosis) ICD-9-004

Smittsamhet: hög, kan spridas explosivt med livsmedel. Tarm- och kontaktsmitta.

Dödlighet och bestående skador: måttlig till hög letalitet (upp till 20 %). Kan ge ledinflammationer.

Smittskydd: behandling till smittfrihet, förhållningsregler om hygien och livsmedelshantering.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

EBOLASJUKDOM (Ebola virus infection) ICD-9-078.89

Se avsnitt 1.2.4

GULA FEBERN (Febris flava) ICD-9-060

Smittsamhet: ingen i Sverige. Blodsmitta. De myggarter som sprider sjukdomen finns inte i Sverige.

Dödlighet och bestående skador: måttlig till hög letalitet. Inga bestående skador.

Smittskydd: Profylax genom vaccination.

Utredarens bedömning: i Sverige uppfylls inte det första kriteriet på allmänfarlighet. Sjukdomen ingår emellertid som en karantänsjukdom i International Health Regulations (IHR se bilaga 2, avsnitt 1.3) vilket innebär bl.a. att sjukdomen skall rapporteras internationellt och att vissa åtgärder enligt IHR skall vidtas. Mot den bakgrunden anser utredaren att sjukdomen bör tillhöra de allmänfarliga, trots att samtliga kriterier inte är uppfyllda (jfr kolera och pest).

HEPATIT A (Hepatitis epidemica) ICD-9-070.1

Smittsamhet: hög i vissa miljöer (t.ex. familjer, daghem, intravenösa missbrukare, promiskuösa) kan spridas explosivt med livsmedel. Blod- och tarmsmitta.

Dödlighet och bestående skador: låg letalitet (< 1 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: förhållningsregler om hygien. Profylax genom immunglobulin.

Utredarens bedömning: det andra kriteriet är svagt medan det första är starkt. En samlad bedömning av samtliga kriterier leder till att förutsättningarna för allmänfarlighet får anses föreligga. Sjukdomen bör vara allmänfarlig.

HEPATIT B (Hepatitis ex inoculatione) ICD-9-070.3

Smittsamhet: hög. Smittar genom blod, saliv och sperma. Gravida kvinnor kan smitta fostret.

Dödlighet och bestående skador: måttlig letalitet (1 %). Kan ge bestående leverskador. Risk för kroniskt bärarskap.

Smittskydd: förhållningsregler om hygien. Profylax genom immunglobulin och vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

HEPATIT non-A non-B (Non-A non-B hepatitis) ICD-9-070.5

Smittsamhet: se hepatit B.

Dödlighet och bestående skador: se hepatit B.

Smittskydd: förhållningsregler om hygien.

Utredarens bedömning: Vid en samlad bedömning av kriterierna och med beaktande av att övriga virushepatiter föreslås vara allmänfarliga anser utredaren att kriterierna får anses uppfyllda och sjukdomen bör anses allmänfarlig.

KOLERA (Cholera) ICD-9-001

Smittsamhet: måttlig, kan spridas explosivt med livsmedel och vatten. Tarmsmitta. I Sverige är risken för smittspridning låg i fredstid.

Dödlighet och bestående skador: mycket hög letalitet (50 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: behandling till smittfrihet. Profylax genom vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen ingår i IHR. Oavsett i vad mån kriterierna kan anses uppfyllda anser utredaren att sjukdomen bör betraktas som allmänfarlig av samma skäl som gula febern och pest.

LASSAFEBER (Lassa fever) ICD-9-078.89

Se avsnitt 1.2.4

MARBURGSJUKDOM (Marburg disease) ICD-9-078.89

Se avsnitt 1.2.4

MENINGOKOCKINFEKTION (Infectio meningoccica) ICD-9-036

Smittsamhet: hög i vissa miljöer med många närkontakter mellan människor. Kontaktsmitta.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (minst 10 %). Kan ge bestående skador i det centrala nervsystemet.

Smittskydd: behandling till smittfrihet och isolering. Profylax genom antibiotika eller vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

MJÄLTBRAND (Anthrax) ICD-9-022

Smittsamhet: måttlig. Kan smitta genom inandning av bakteriesporer från sjuka människor. Smittar dock främst genom kontakt med infekterade djur och produkter från dem.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (5-20 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: behandling till smittfrihet, isolering samt vaccinering.

Utredarens bedömning: samtliga kriterier är uppfyllda och sjukdomen bör anses allmänfarlig.

PARATYFOIDFEBER (Febris paratyphoides) ICD-9-002.1—9

Smittsamhet: hög, kan spridas explosivt med livsmedel. Tarm- och kontaktsmitta.

Dödlighet och bestående skador: måttlig letalitet (1 %). Bestående skador är sällsynta.

Smittskydd: behandling till smittfrihet och förhållningsregler om hygien.

Utredarens bedömning: det andra kriteriet är något svagt men kan uppvägas av de övriga. Vid en samlad bedömning av kriterierna kan förutsättningarna för allmänfarlighet anses uppfyllda. Sjukdomen bör anses allmänfarlig.

PEST (Pestis) ICD-9-020

Smittsamhet: hög vid luftburen smitta. Kan även spridas med svarta råttor och loppor. Dessa djur finns inte i Sverige och sannolikheten för spridning till Sverige är liten.

Dödlighet och bestående skador: mycket hög letalitet (50 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: behandling till smittfrihet och isolering.

Utredarens bedömning: samtliga kriterier på allmänfarlighet är uppfyllda. Sjukdomen ingår i IHR. Sjukdomen bör anses som allmänfarlig.

POLIO (Poliomyelitis acuta) ICD-9-045

Smittsamhet: hög. Tarm-, vatten- och kontaktsmitta.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (minst 5 %). Bestående förlamningsskador hos 30 % av de sjuka.

Smittskydd: isolering och förhållningsregler om hygien. Profylax genom vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

SALMONELLOS (Salmonellosis) ICD-9-003

Smittsamhet: måttlig, kan spridas explosivt med livsmedel. Tarmsmitta.

Dödlighet och bestående skador: låg letalitet (< 1 %) (se dock avsnitt 1.2.3). Kan i sällsynta fall ge bestående skador i form av ledinflammationer. Sjukdomen är farligast för nyfödda och gamla.

Smittskydd: förhållningsregler om hygien och om livsmedelshantering.

Utredarens bedömning: tveksamt om sjukdomen uppfyller det andra kriteriet på allmänfarlighet. Vid en samlad bedömning av samtliga kriterier anser dock utredaren att kriterierna får anses uppfyllda i tillräcklig grad för att sjukdomen skall kunna bedömas allmänfarlig.

SYFILIS (Syphilis) ICD-9-090—097

Se avsnitt 1.2.4

TUBERKULOS (Tuberculosis) ICD-9-010—018

Smittsamhet: hög vid nära kontakt mellan människor främst inom familjen, i övrigt måttlig. Dropp- och kontaktsmitta.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet. Bestående skador i form av lung-, skelett- och hjärnskador hos 20 % av sjuka som inte behandlas.

Smittskydd: behandling till smittfrihet, ev. isolering och förhållningsregler om hygien. Profylax genom vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

TYFOIDFEBER (Febris typhoides) ICD-9-002.0

Smittsamhet: hög, kan spridas explosivt med livsmedel. Tarm- och kontaktsmitta.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (10 %). Kan leda till bestående men i form av hjärtskada.

Smittskydd: behandling till smittfrihet, isolering och förhållningsregler om hygien. Profylax genom vaccination.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller samtliga kriterier och bör anses allmänfarlig.

2. Förslag till andra anmälningspliktiga sjukdomar utöver de allmänfarliga.

BOTULISM (Botulismus) ICD-9-005.1

(jfr mikrobiell matförgiftning nedan)

Smittsamhet: ingen smittsamhet. Kan få explosiv utbredning med livsmedel. Mikrobiell matförgiftning.

Dödlighet och bestående skador: mycket hög letalitet (ca 30 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: det första och det tredje kriteriet på allmänfarlighet är inte uppfyllda och sjukdomen kan därför inte anses allmänfarlig. Objektinriktade åtgärder mot sjukdomen vidtas med stöd av livsmedelsförfattningarna. Sjukdomen är mycket allvarlig och det är viktigt att den rapporteras så att åtgärder snabbt kan vidtas. Med hänsyn till att det är praktiskt att samla anmälningsskyldigheten för vissa sjukdomar i en författning bör sjukdomen vara anmälningspliktig enligt smittskyddslagen trots att den inte är smittsam.

GONORRE (Infectio gonococcica) ICD-9-098

Se avsnitt 1.2.4

KLAMYDIAINFEKTION (Infectio chlamydiae) – – –

Se avsnitt 1.2.4

LEGIONÄRSSJUKA (Legionnaire's disease) ICD-9-482.8

Smittsamhet: tämligen hög, kan spridas explosivt via luftkonditioneringsanläggningar. Luftburen smitta. Smitta mellan människor är inte beskriven.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (5-10 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: det tredje kriteriet är inte uppfyllt och sjukdomen kan därför inte anses allmänfarlig. Objektinriktade åtgärder vidtas mot smittspridning med stöd av bl.a. hälsoskyddslagen. Eftersom sjukdomen kan vara allvarlig och kan spridas genom lufburen smitta bör den vara anmälningspliktig.

MALARIA (Malaria) ICD-9-084

Smittsamhet: låg i Sverige, men hög inom sitt normala utbredningsområde. Blodsmitta. Överförs framför allt med myggor. Normalt finns inte förutsättningar för detta spridningssätt i Sverige.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet. Ger återkommande feberattacker.

Smittskydd: profylaktisk behandling.

Utredarens bedömning: det första och det tredje kriteriet är inte uppfyllda och sjukdomen kan därför inte anses allmänfarlig. Sjukdomen är anmälningspliktig enligt International Health Regulations och bör därför vara anmälningspliktig.

MIKROBIELL MATFÖRGIFTNING (Intoxicatio alimentaria) ICD-9-005

Med mikrobiell matförgiftning avses här sådana matförgiftningar som orsakas av toxiner från mikroorganismer, t.ex. stafylokocker. (Botulism redovisas separat, se ovan).

Smittsamhet: ingen smittsamhet, kan få explosiv utbredning med livsmedel inkl. vatten.

Dödlighet och bestående skador: varierar starkt med smittämne.

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: förutsättningarna för allmänfarlighet är inte uppfyllda. Av samma skäl som har angivits för botulism bör dessa förgiftningar vara anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen, trots att de inte är smittsamma.

ORNITOS (Ornithosis) ICD-9-073

Se avsnitt 1.2.4.2

RABIES (Rabies) ICD-9-071

Smittsamhet: hög. Sjukdomen överförs främst genom bett av infekterade djur. Rabiesvirus finns inte i Sverige. Smittar inte mellan människor.

Dödlighet och bestående skador: mycket hög letalitet (närmare 100 %).

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: det första och det tredje kriteriet på allmänfarlighet är inte uppfyllda och sjukdomen kan därför inte anses allmänfarlig. Åtgärder mot smittspridning riktas mot djur med stöd av epizootilagen. Sjukdomen är synnerligen allvarlig. Det är viktigt att sjukdomsfall som upptäcks i Sverige snabbt anmäls så att smittspårning omedelbart kan ske och åtgärder vidtas. Därför bör sjukdomen vara anmälningspliktig.

STELKRAMP (Tetanus, Tetanus neonatorum) ICD-9-037,9-771.3

Smittsamhet: måttlig till hög. Smittämnet finns i bl.a. jord. Smittar inte mellan människor.

Dödlighet och bestående skador: mycket hög letalitet (30-90 %).

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: det tredje kriteriet är inte uppfyllt och sjukdomen kan därför inte anses allmänfarlig. Sverige har förbundit sig att rapportera stelkrampsfall till WHO. Med hänsyn härtill bör sjukdomen vara anmälningspliktig.

TRIKINOS (Trichinosis) ICD-9-124

Smittsamhet: måttlig. Smittar via infekterat kött. Smittar inte mellan människor.

Dödlighet och bestående skador: måttlig letalitet (ca 1 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: sjukdomen uppfyller inte kriterierna och kan därför inte anses allmänfarlig. Objektinriktade åtgärder vidtas med stöd av livsmedelsförfattningarna. Det är liksom vid botulism och andra mikrobiella matförgiftningar värdefullt att samla anmälningsskyldigheten för vissa sjukdomar i en författning. Sjukdomen bör därför vara anmälningspliktig enligt smittskyddslagen.

TULAREMI (Tularaemia) ICD-9-021

Smittsamhet: kan få explosiv utbredning. Sjukdomen överförs främst från infekterade gnagare och myggor samt deras närmiljö. Smittar inte mellan människor.

Dödlighet och bestående skador: hög letalitet (5 %). Inga bestående skador.

Smittskydd: personinriktade åtgärder är inte aktuella.

Utredarens bedömning: kriterierna för allmänfarlighet är inte uppfyllda och sjukdomen kan därför inte anses allmänfarlig. Objektinriktade åtgärder vidtas mot smittspridning med stöd av bl.a hälsoskyddslagen. Sjukdomen är allvarlig och snabba åtgärder är viktiga. Sjukdomen bör därför vara anmälningspliktig.

3. *Vissa andra smittsamma sjukdomar*

Tidigare anmälningspliktiga sjukdomar

Sjukdom	Uppfyller inte kriterium nr på allmänfarlighet 1.	2.	3.	Anmälan leder inte till åtgärder mot smittspridning p g a det enskilda fallet	Ingår i den frivilliga laboratorierapporten till SBL
Elakartad gastroenterit hos barn <2 år			X	X	
Filarios	X		X	X	X
Listerios			X	X	X
Scharlakansfeber		X	X	X	
Schistosomiasis/Bilharzios	X			X	X
Toxoplasmos			X	X	X
Undulantfeber			X		X

Andra smittsamma sjukdomar

Sjukdom	Uppfyller inte kriterium nr på allmänfarlighet 1.	2.	3.	Anmälan leder inte till åtgärder mot smittspridning p g a det enskilda fallet	Ingår i den frivilliga laboratorierapporten till SBL
Campylobacterinfektion		X	X		X
Fästingburen hjärnhinneinflammation		X	X	X	X
Genital herpes		X	X	X	X
Influensa			X		X
Könsvårtor		X	X	X	
Skandinavisk epidemisk njursjukdom			X		
Yersinios		X	X		X

Statens offentliga utredningar 1985

Kronologisk förteckning

1. Församlingar i samverkan. C.
2. Livsmedelsforskning II. Jo.
3. Leva som äldre. S.
4. Rättshjälp. Ju.
5. Barn genom befruktning utanför kroppen m. m. Ju.
6. Förköp av bostadsrätter. B.
7. Arbetsmarknadsverkets ansvarsområde. A.
8. Beredskapsarbete i AMS-regi. A.
9. Kulturarbetsförmedling. A.
10. Pantsättning av patent. Ju.
11. Ny räntelag. Ju.
12. Skolbarnsomsorgen. S.
13. Fornlämningar och exploatering. U.
14. Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. S.
15. Handel med alkoholdrycker. S.
16. Den svenska psalmboken. Texter och melodier. Volym 1. C.
17. Den svenska psalmboken. Historik, principer, motiveringar. Volym 2. C.
18. Den svenska psalmboken. Text och musikkommentarer. Volym 3. C.
19. Den svenska psalmboken. Ackompanjemang. Volym 4. C.
20. Sammanhållen skatteförvaltning. Fi.
21. Ökat förtroendemannainflytande i försäkringskassorna. S.
22. Förskola — skola. U.
23. Svensk säkerhetspolitik inför 90-talet. Fö.
24. Ordningslag m. m. Ju.
25. Kunskap för kemikaliekontroll. Jo.
26. JO-ämbetet. R.
27. Gripen anhållen häktad. Ju.
28. Aktivt folkstyre i kommuner och landsting. C.
29. Principer för ny kommunallag. C.
30. Skola för delaktighet. C.
31. Dagens äldre. S.
32. Hushållning för välfärd. Fi.
33. Några barn- och ungdomsfrågor 1982—1985. SB.
34. Gruppförsäkring. Fi.
35. Ersättningar och förmåner inom frivilligförsvaret. Fö.
36. Värnplikten i samhället. Fö.
37. Om smittskydd. S.

Statens offentliga utredningar 1985

Systematisk förteckning

Riksdagen
JO-ämbetet. [26]

Statsrådsberedningen
Några barn och ungdomsfrågor 1982—1985. [33]

Justitiedepartementet
Rättshjälp. [4]
Barn genom befruktning utanför kroppen m. m. [5]
Pantsättning av patent. [10]
Ny räntelag. [11]
Ordningslag m. m. [24]
Gripen anhållen häktad. [27]

Försvarsdepartementet
Svensk säkerhetspolitik inför 90-talet. [23]
Ersättningar och förmåner inom frivilligförsvaret. [35]
Värnplikten i samhället. [36]

Socialdepartementet
Leva som äldre. [3]
Skolbarnsomsorgen. [12]
Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten [14]
Handel med alkoholdrycker [15]
Ökat förtroendemannainflytande i försäkringskassorna. [21]
Dagens äldre. [31]
Om smittskydd. [37]

Finansdepartementet
Sammanhållen skatteförvaltning [20]
Hushållning för välfärd. [32]

Utbildningsdepartementet
Fornlämningar och exploatering [13]
Förskola — skola [22]

Jordbruksdepartementet
Livsmedelsforskning II. [2]
Kunskap för kemikaliekontroll. [25]

Civildepartementet
Församlingar i samverkan. [1]
Den svenska psalmboken. Texter och melodier. Volym 1. [16]
Den svenska psalmboken. Historik, principer, motiveringar. Volym 2. [17]
Den svenska psalmboken. Text och musikkommentarer. Volym 3. [18]
Den svenska psalmboken. Ackompanjemang. Volym 4. [19]
Aktivt folkstyre i kommuner och landsting. [28]
Principer för en ny kommunallag. [29]
Skola för delaktighet. [30]

Arbetsmarknadsdepartementet
Arbetsmarknadsverkets ansvarsområde. [7]
Beredskapsarbete i AMS-regi. [8]
Kulturarbetsförmedling. [9]

Bostadsdepartementet
Förköp av bostadsrätter. [6]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningens nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1985-09-11
STOCKHOLM



LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISSN 0375-250X
ISBN 91-38-08383-4