Ett smittskydd för framtiden

Slutbetänkande av Utredningen om stärkt framtida smittskydd

Stockholm 2026

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2026:25

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Multiply Solutions
Tryck och remisshantering: Multiply Solutions, Stockholm 2026

ISBN 978-91-525-1515-0 (tryck)
ISBN 978-91-525-1516-7 (pdf)
ISSN 0375-250X

Några ord från utredaren

I februari 1985 kom jag som ung läkare till Roslagstulls infektionssjukhus i norra Stockholm. Det som mötte mig där gjorde stort intryck på mig. På sjukhuset vårdades några av landets första aidspatienter. Deras svåra lidanden, våra dåliga möjligheter att ge dem lindring och stämningen i samhället kom att färga hela mitt fortsatta yrkesliv.

Under de första åren av den svenska hivepidemin diskuterades smittskyddslagen och enskildas skyldigheter närmast febrilt i vårt land. De mer fantasifulla förslagen kring hur smittspridningen skulle bekämpas kan vi lämna därhän i detta sammanhang, men tonläget måste ändå beskrivas som uppskruvat. Inte sällan var den givna utgångspunkten att de som smittats, och därmed fått en dödsdom, ensidigt och undantagslöst hade ett ansvar för att begränsa vidare smittspridning.

Jonas Gardells boktrilogi ”Torka aldrig tårar utan handskar” speglar väl den situation som rådde i vården och i samhället i stort.

Relativt snart lämnade jag det kliniska arbetet och blev forskare och laboratorieläkare, på Statens bakteriologiska laboratorium (som senare blev Smittskyddsinstitutet) och Karolinska Institutet, med hiv som ett särskilt fokus.

När jag doktorerade 1990 var hiv en sjukdom som fanns på allas läppar. Det året dog 128 personer i landet av aids, främst unga och tidigare helt friska män. Totalt hade mer än 2 500 fall av hiv rapporterats.

Människor som är rädda pekar gärna på syndabockar. Under den här tiden lades grunden för den stigmatisering av personer som lever med hiv som ännu efter fyra decennier finns kvar.

Vår smittskyddslag och det som åläggs enskilda, däribland en skyldighet att i vissa fall informera om sin sjukdom, är starkt färgad av samhällets behov av att hantera hiv. Informationsplikten har

varit framgångsrik såtillvida att den har ätit sig in i det allmänna medvetandet. Lagen har blivit norm. Det har skapats en förväntan bland människor att nya sexpartners ska berätta om sin status. Det måste de ju enligt lagen. Något så djupt personligt som en sjukdomsdiagnos – vilket inom sjukvården omgärdas av stark sekretess – har för hiv blivit var mans egendom.

I takt med utredningens arbete har jag stegvis kommit att ifrågasätta min egen tidigare så självklara uppfattning att smittskyddslagens informationsplikt behövs för att begränsa smittspridningen.

Instinktivt kan det framstå som rimligt att alla inblandade till varje pris ska ha samma information om smittrisken i en given situation. I verkligheten är mänskliga relationer och kommunikation något som svårligen låter sig ringas in i en reglering.

De senaste decenniernas medicinska utveckling och tillgång till hivbehandling har dessutom radikalt förändrat situationen för hiv i Sverige. Enskilda har numera starka incitament att söka vård vid misstanke om hiv. Den som får diagnosen får omedelbart behandling som stoppar sjukdomsutvecklingen och dessutom inom några månader innebär noll smittrisk vid sex. Risken för att smittas med hiv av någon som känner till sin diagnos har därför gått från låg till nära obefintlig.

Det går i dag inte att dra någon annan slutsats än att informationsplikten är otidsenlig. Det som krävs för att ytterligare minska spridningen av hiv i Sverige är det jag och många läkare med mig vet alltid har fungerat: låga trösklar till provtagning och vård, ett gott omhändertagande och en välfungerande smittspårning.

Som en del i en genomgripande förändring av smittskyddslagen föreslår vi därför att det inte längre ska kunna finnas en skyldighet att informera sexpartners om hiv.

På ett personligt plan känns det berikande och närmast lite omtumlande att få medverka till att förändra lagstiftningen eftersom hiv har funnits i min yrkesverksamma närhet i mer än 40 år. På ett större plan känns det historiskt eftersom hiv på så många sätt är själva sinnebilden för en smittsam sjukdom och har präglat flera generationers syn på sexualitet, sexuella minoriteter och människor som fastnat i intravenöst missbruk.

De första stegen mot det som blev den nuvarande smittskyddslagen togs för 30 år sedan. I detta betänkande lämnar vi en rad ytterligare förslag som vi menar förbättrar samhällets smittskydd och

ger oss en modernare, flexiblare och mer rättssäker smittskyddslag. Lagen ska ännu tydligare än i dag utgå från att människor frivilligt och aktivt vill undvika att föra smitta vidare och för detta främst behöver råd och stöd från sin läkare. Covid-19-pandemin kan sägas ha visat vägen i och med att ”den svenska strategin” framgångsrikt baserades på frivilliga beteendeförändringar.

I betänkandet avslutar vi också lagstiftningsfrågorna kring pandemiberedskapen som vi påbörjade med delbetänkandet som vi levererade förra året. Även en framgångsrik pandemibekämpning börjar i det lilla – det egna ansvaret, omsorgen om medmänniskorna, de grundläggande åtgärderna som var och en kan förväntas vidta. För samhällets beredskap behövs det därtill en reglering som gör att det offentliga kan ta sitt ansvar, så väl i regionernas och smittskyddsläkarnas verksamhet som i det vårdhygieniska arbetet på sjukhus och i särskilda boenden för äldre. Detta lämnar vi också förslag om. Slutligen menar vi att rapportering med rikskod, som i dag är förbehållen hiv, klamydia, gonorré och syfilis, bör tas bort när så är möjligt.

Jag vill tacka regeringen för förtroendet att som ett av de större projekten i slutet av mitt arbetsliv, tillsammans med sekretariatet, experter och sakkunniga ha fått ta mig an dessa frågor. Det har varit mycket lärorikt.

Stockholm i april 2026

Jan Albert

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Jakob Forssmed

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag för att stärka beredskapen inför framtida pandemier. Professorn och överläkaren Jan Albert förordnades som särskild utredare. Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 19 september 2024 utvidgades uppdraget till att även omfatta en översyn av vissa ytterligare frågor kopplade till smittskyddslagen och smittskyddsförordningen.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08).

Revisionsdirektören Ann-Christin Johnreden var anställd som huvudsekreterare mellan den 4 september 2023 och den 30 april 2025. Juristen Fredrik Robertsson var anställd som sekreterare mellan den 2 september 2023 och den 15 mars 2025 och anställdes som huvudsekreterare från och med den 16 mars 2025.

Sekreterare i utredningen har också varit regionjuristen Peter Gröön sedan den 11 september 2023, juristen Jessica Storm mellan den 11 september 2023 och den 31 mars 2025, och dåvarande kanslirådet och numera rådmannen Annika Pallvik Fransson mellan den 23 december 2023 och den 30 april 2025 och därefter på nytt sedan den 1 oktober 2025. Mellan den 15 maj och den 30 september 2025 var hon förordnad som expert.

Sekreterare i utredningen har vidare varit rådmannen Kerstin Andres mellan den 1 november 2024 och den 31 januari 2025, juristen Li Nordström mellan den 1 februari och den 10 augusti 2025, departementssekreteraren Kristina Ingemarsdotter Persson mellan den 8 mars 2025 och den 2 mars 2026, samt rådmannen Karin Erkenstam sedan den 17 mars 2025.

Praktikanten Elsa Solvin deltog i sekretariatets arbete mellan den 15 januari 2024 och den 31 maj 2024.

Som sakkunniga förordnades från och med den 19 december 2023 departementssekreteraren Annica Edgarsson (Socialdepartementet), departementssekreteraren Lars Karlander (Finansdepartementet), ämnesrådet Helena Rosén (Socialdepartementet), rättssakkunniga Ida Ståhle (Kulturdepartementet) och kanslirådet Theresa Winnberg Elliot (Finansdepartementet).

Annica Edgarsson entledigades från och med den 26 juni 2024. Ida Ståhle entledigades från och med den 23 oktober 2024.

Ämnesrådet Andreas Johansson (Socialdepartementet) förordnades som sakkunnig från och med den 26 juni 2024. Ämnesrådet Emma Alskog (Kulturdepartementet) förordnades som sakkunnig från och med den 23 oktober 2024.

Emma Alskog entledigades från och med den 15 maj 2025.

Som experter förordnades från och med den 19 december 2023 professorn Petter Brodin (Karolinska Institutet), avdelningschefen Sara Byfors (Folkhälsomyndigheten), avdelningschefen Anna Carlsson (Länsstyrelsen i Dalarnas län), infektionsläkaren David Ekqvist (Svenska Infektionsläkarföreningen), utredaren Axana Haggar (Socialstyrelsen), handläggaren Fredrik Landberg (Polismyndigheten), utredaren Ulrika Vestin (Sveriges Kommuner och Regioner), smittskyddsläkaren Thomas Wahlberg (Smittskyddsläkarföreningen) och särskilde rådgivaren Svante Werger (dåvarande Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, numera Myndigheten för civilt försvar).

Petter Brodin, Anna Carlsson, Ulrika Vestin och Svante Werger entledigades från och med den 15 maj 2025.

Teamleadern Sofia Medin (Sveriges Kommuner och Regioner) förordnades som expert från och med den 15 maj 2025.

Utredningen har samlat experter och sakkunniga till totalt tolv möten varav fem i arbetet med slutbetänkandet, fått skriftliga synpunkter under arbetets gång samt utifrån behov haft enskilda möten med flera av experternas respektive organisationer. Arbetet har bedrivits i nära samråd med expertgruppen och betänkandet är därför skrivet med användande av vi-form.

Utredningen överlämnade den 23 april 2025 delbetänkandet *Stärkt pandemiberedskap* (SOU 2025:48). Genom att slutbetänkandet *Ett*

smittskydd för framtiden (SOU 2026:25) härmed överlämnas är uppdraget slutfört.

Stockholm i april 2026

Jan Albert

Fredrik Robertsson
Karin Erkenstam
Peter Gröön
Annika Pallvik Fransson

Innehåll

Sammanfattning **21**

Summary **29**

1 Författningsförslag **39**

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) 39

1.2 Förslag till lag om ändring i miljöbalken 70

1.3 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken 71

1.4 Förslag till lag om ändring i epizootilagen (1999:657) 73

1.5 Förslag till lag om ändring i zoonoslagen (1999:658) 74

1.6 Förslag till lag om ändring i livsmedelslagen (2006:804) 75

1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa 76

1.8 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 79

1.9 Förslag till lag om ändring i lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid 80

1.10 Förslag till förordning om ändring i smittskyddsförordningen (2004:255) 82

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning 86

1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2005:422) om övervakning av zoonoser och zoonotiska smittämnen hos djur och i livsmedel 87

1.13 Förslag till förordning om ändring i livsmedelsförordningen (2006:813) 88

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd 90

1.15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten 91

2 En ny inriktning för smittskyddet 93

2.1 Smittskyddslagen 94

2.2 En ny inriktning 102

2.3 Hur utredningsarbetet har bedrivits 107

2.4 Betänkandet bygger på förslagen i delbetänkandet 112

2.5 Betänkandets disposition 113

3 En flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar 115

3.1 Kostnadsfrihet, subventioner och patientavgifter 116

3.1.1 Kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen är begränsad till allmänfarliga sjukdomar 116

3.1.2 Avgifter och subventioner för hälso- och sjukvård och läkemedel utanför smittskyddslagen 119

3.2 En mer ändamålsenlig reglering av sjukdomars klassificering 120

3.2.1 Kostnadsfriheten bör kunna gälla fler sjukdomar 120

3.2.2 Regeringen bör få föreskriva om vilka andra sjukdomar än de allmänfarliga som ska vara kostnadsfria 124

3.2.3 Smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårningspliktiga sjukdomar bör förstärkas ... 129

3.3 En ordning för att hålla förteckningarna över smittsamma sjukdomar aktuella ... 132

3.3.1 Sjukdomarnas klassificering bör ses över i ett inledande regeringsuppdrag ... 132

3.3.2 En löpande översyn av klassificeringen bör författningsregleras ... 135

4 Utredningens överväganden om informationsplikt vid hiv ... 141

4.1 Bakgrund till uppdraget ... 141

4.2 Från dödsdom till kroniskt bärarskap utan smittsamhet vid sex ... 143

4.3 Skyldigheten enligt smittskyddslagen att informera sexpartners om hiv ... 153

4.4 Det finns tillämpningsproblem beträffande skyldigheten att informera ... 166

4.5 En internationell utblick ... 170

4.6 En skyldighet att informera vid sex är inte ändamålsenlig för hiv ... 175

5 Ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda ... 181

5.1 Enskildas skyldigheter i dag ... 184

5.2 Förmedling och journalföring av förhållningsregler i praktiken ... 195

5.3 Nuvarande parallella system avseende den enskildes skyldigheter är inte ändamålsenligt ... 201

5.4 En möjlighet för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler bör inte tas bort ... 206

5.5 Rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler behöver stärkas ... 211

5.6 Förhållningsregler ska endast ges när råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde ... 213

5.7 Förhållningsregler ska vara individuellt utformade ... 220

5.8 Förhållningsregler kan vara tidsbegränsade eller gälla tills vidare ... 224

5.9 Särskilda bestämmelser om regelbundna överväganden och omprövning av förhållningsregler ... 226

5.10 Förhållningsregler ska ges såväl muntligt som skriftligt och journalföras ... 228

5.11 Informationsplikten ska tas bort men en skyldighet att informera kan ges som en förhållningsregel i vissa fall ... 231

5.12 Justeringar bör göras av de moment som kan ges som förhållningsregler ... 234

5.13 Bestämmelserna om efterlevnaden av förhållningsregler ska vara kvar ... 244

5.14 Det ska framgå av smittskyddslagen att den enskilde har rätt till råd och stöd ... 248

5.15 Smittskyddslagen ska förtydligas i fråga om den enskildes rättigheter och skyldigheter ... 252

5.16 Bestämmelserna om smittbärarersättning behöver justeras ... 255

5.17 Några förändringar av den enskildes medverkan vid läkarundersökning och smittspårning föreslås inte ... 257

6 Ändamålsenliga uppgifter vid övervakning av sexuellt överförbara sjukdomar ... 261

6.1 Integritetsskydd vid anmälningar har funnits länge ... 261

6.2 Fyra sjukdomar anmäls med rikskod ... 265

6.3 En nordisk utblick ... 273

6.4 Rikskod är inte ändamålsenligt och bör tas bort 275
6.5 Rikskod bör tas bort först efter en översyn av Sminet 284
6.6 Anmälningar bör endast innehålla uppgifter som är nödvändiga 289

7 Ytterligare stärkt skydd mot omfattande smittspridning 293

7.1 Författningsberedskap vid misstanke om en smittsam sjukdom som inte har klassificerats 294
7.1.1 Utredningen har i uppdrag att stärka beredskapen 294
7.1.2 Reglering av smittskyddets beredskap 295
7.1.3 Smittskyddets beredskap i praktiken 304
7.1.4 Hur allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar betecknas och beskrivs 305
7.1.5 Smittämnet måste inte vara identifierat för att det ska kunna vara fråga om en smittsam sjukdom 313
7.1.6 Det bör utredas om fler sjukdomar bör klassificeras som samhällsfarliga i beredskapssyfte 318
7.1.7 Snabbförfarandet bör justeras för att bli mer ändamålsenligt i beredskapshänseende 321
7.1.8 Folkhälsomyndigheten bör i undantagsfall få besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens beslut 326
7.1.9 Avspärrningsbestämmelsen bör inte ändras 339

7.2 Ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor 343
7.2.1 Utredningen ska föreslå hur samordningsansvaret bör utformas 343
7.2.2 Vårdhygien, vårdrelaterade infektioner och vårdskador 344
7.2.3 Reglering på vårdhygienområdet 349
7.2.4 Uppdelningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten på smittskydds- och vårdhygienområdena 356

7.2.5 Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har olika perspektiv på vårdhygien- och VRI-frågorna 362
7.2.6 Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner har fått en mer framskjuten roll i den nya AMR-strategin 370
7.2.7 Organisation och kompetens inom vårdhygien på regional och kommunal nivå..... 376
7.2.8 Kunskap, utbildning och följsamhet i den vårdhygieniska verksamheten..... 378
7.2.9 Genomförda granskningar och framförda synpunkter på nuvarande ordning..... 380
7.2.10 Syftet med ett nationellt samordningsansvar 384
7.2.11 Folkhälsomyndigheten bör få i uppgift att samordna vårdhygienfrågorna nationellt 389

7.3 Organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkaren..... 399
7.3.1 Utredningen har i uppdrag att utreda vissa tidigare väckta frågor..... 399
7.3.2 Det regionala smittskyddsarbetet 401
7.3.3 Tidigare granskningar pekar på brister i de regionala smittskyddens organisering 409
7.3.4 Utredningens enkätundersökningar 415
7.3.5 Stärkt robusthet och kontinuitet för smittskyddsläkaren 417
7.3.6 Smittskyddsläkarens placering i regionen bör regleras 419
7.3.7 Obligatorisk biträdande smittskyddsläkare behövs inte..... 423
7.3.8 Smittskyddsläkarens benämning bör ändras 425

8 Förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter och barns rättigheter 429

8.1 Rättsliga utgångspunkter 430

8.2 Förslagen om en flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar..... 436

8.3 Förslagen om ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda..... 443

8.4 Förslagen om ytterligare stärkt skydd mot omfattande smittspridning 449

8.5 Förslagen om ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter är i linje med nationella och internationella målsättningar för hiv 455

9 En samlad integritetsskyddsanalys av förslagen 461

9.1 Rättsliga utgångspunkter 462

9.2 Förslaget om att förstärka smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårning 466

9.3 Förslagen om ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda 467

9.4 Förslaget om att Folkhälsomyndigheten ska få fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder 468

9.5 Förslagen om smittbärarersättningen 474

10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 477

10.1 Ikraftträdandebestämmelser 477

10.2 Övergångsbestämmelser 479

10.2.1 Äldre förhållningsregler bör gälla under en övergångsperiod 479

10.2.2 Övergångsbestämmelser för bestämmelserna om den regionala smittskyddsläkaren 482

10.2.3 Rapporteringen av den årliga översynen bör börja 2029 483

10.2.4 För övriga författningsändringar behövs inga övergångsbestämmelser 484

11 Förslagens konsekvenser 485

11.1 Krav på konsekvensanalysen 485

11.2 Vad ska förslagen leda till? 487

11.3 Konsekvenser för staten och finansieringsförslag 489

11.3.1 Folkhälsomyndigheten 489

11.3.2 Försäkringskassan ... 491
11.3.3 Polismyndigheten ... 493
11.3.4 Allmänna förvaltningsdomstolar ... 493
11.3.5 Myndigheter inom vårdhygienområdet ... 494
11.3.6 Smittskyddslagens tillsynsmyndigheter ... 494
11.3.7 Övriga myndigheter ... 494

11.4 Konsekvenser för regioner, kommuner och den kommunala självstyrelsen ... 495
11.4.1 Behandlande läkares och annan hälso- och sjukvårdspersonals uppgifter ... 496
11.4.2 Smittskyddsläkarnas uppgifter ... 499
11.4.3 Organisatorisk placering och benämning av smittskyddsläkaren ... 503
11.4.4 Nationell samordning av vårdhygienfrågor ... 505
11.4.5 Framtida föreskrifter om kostnadsfrihet ... 505

11.5 Behov av informationsinsatser ... 506

11.6 Konsekvenser för enskilda ... 507

11.7 Konsekvenser för företag och civilsamhälle ... 512

11.8 Övriga konsekvenser ... 512

11.9 Förhållandet till tjänste- och anmälningsdirektiven ... 514

11.10 Förhållandet till IHR 2005 ... 516

12 Författningskommentar ... 517

12.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) ... 517

12.2 Förslaget till lag om ändring i miljöbalken ... 564

12.3 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken ... 564

12.4 Förslaget till lag om ändring i epizootilagen (1999:657) ... 566

12.5 Förslaget till lag om ändring i zoonoslagen (1999:658) ... 567

12.6 Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (2006:804) ... 567

12.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa 568

12.8 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 569

12.9 Förslaget till lag om ändring i lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid 570

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2023:106 573

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2024:88 593

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2025:9 601

Bilaga 4 Kommittédirektiv 2025:96 603

Bilaga 5 Resultat från utredningens enkätundersökningar 605

Bilaga 6 Samverkan och samråd 687

Sammanfattning

En ny inriktning för smittskyddet

Förslagen i detta slutbetänkande är dels sådana som avser att förebygga och begränsa konsekvenserna av en pandemi eller annan omfattande eller allvarlig smittspridning, dels sådana som avser smittskyddet i normalläge.

I betänkandet berörs flera delar av smittskyddslagen. Vi har dock inte haft i uppdrag att föreslå en ny smittskyddslag. Förslagen utgår därför från lagens nuvarande grundläggande struktur. Vidare utgår förslagen i förekommande fall från att förslagen som vi lämnat i delbetänkandet *Stärkt pandemiberedskap* (SOU 2025:48) genomförs.

Utredningen anser att smittskyddet behöver förändras på flera punkter. Förslagen i detta betänkande innebär tillsammans sådana betydande förändringar att det enligt vår uppfattning är rimligt att tala om att smittskyddet får en ny inriktning.

Informationsplikten för hiv i samband med sex tas bort

Personer med hiv har sedan mitten av 1980-talet kunnat åläggas att informera sexpartners om sin sjukdom. År 1989 infördes det en skyldighet för läkare att meddela sina hivpatienter en sådan plikt. Genom nuvarande smittskyddslag utökades år 2004 skyldigheten till att gälla alla allmänfarliga sjukdomar om beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. En skyldighet att informera sexpartner kan även ges som en förhållningsregel.

Hiv överförs till allra största del via samlag. Genom främst effektiv läkemedelsbehandling har den epidemiologiska och medicinska situationen för hiv i dag kraftigt förbättrats. Personer som diagnosticeras kan efter några månader med effektiv sådan behandling inte längre överföra viruset vid sex. I dag är det uppskattningsvis endast

drygt två procent av de i Sverige som känner till sin hivdiagnos som alls kan vara smittsamma vid sex. Vårt arbete indikerar att överföring av hiv i Sverige i dag enbart i mycket sällsynta fall sker från någon som känner till sin diagnos. Den reella risken att smittas av hiv utgörs i stället av personer som inte känner till sin diagnos. Att informationsskyldighet vid sex alltjämt skulle gälla för personer med känd hivinfektion innebär enligt utredningens uppfattning att lagstiftningen skulle signalera en risk som inte är motiverad utifrån de verkliga förhållandena.

Det finns enligt utredningen även principiella invändningar mot att behålla informationsplikten. En skyldighet att röja privata uppgifter om sin hälsa får anses som ett långtgående ingrepp i privatlivet. Utredningen ställer sig också mycket tveksam till om informationsplikten har haft någon egentlig effekt på att minska spridningen av hiv. Det går inte att dra slutsatsen att den låga svenska incidensen av hiv är informationspliktens förtjänst.

Vidare visar både tidigare studier och resultat i våra egna enkätundersökningar att det finns tillämpningsproblem som vi anser är bekymmersamma. Våra resultat indikerar bl.a. att enskilda kan omfattas av informationsplikt under längre tid än vad som är motiverat av smittskyddsskäl.

Sammantaget anser utredningen att informationsplikten vid hiv inte är ändamålsenlig i samband med sex och därför i det sammanhanget bör avskaffas.

En ändamålsenlig reglering av enskildas ansvar

Smittskyddslagens utgångspunkt i frivillighet bör bli ännu tydligare än i dag och rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler stärkas. Vi föreslår flera förändringar i syfte att uppnå detta.

Den enskildes rätt till medicinska och praktiska råd och psykosocialt stöd förtydligas. I många fall är det ur smittskyddssynpunkt, även för allmänfarliga sjukdomar, tillräckligt att ge sådana råd och sådant stöd i samförstånd med den enskilde. Uppgifter om detta ska journalföras. I socialförsäkringsbalken föreslås anpassningar så att även sådana råd kan läggas till grund för smittbärarpenning på motsvarande sätt som ett beslut om förhållningsregler.

Vi föreslår att förhållningsregler ska kunna meddelas av behandlande läkare enbart när medicinska och praktiska råd inte kan ges i

samförstånd med den enskilde. Förhållningsreglerna ska alltid vara individuellt utformade, och det ska anges i lagen vad detta innebär.

Förhållningsregler ska vidare kunna vara tidsbegränsade eller gälla tills vidare. Den behandlande läkaren ska fortlöpande och minst en gång per år överväga om de förhållningsregler som beslutats fortfarande behövs.

På samma sätt som i dag ska förhållningsreglerna kunna prövas av smittskyddsläkaren och därefter överklagas till förvaltningsrätten. Vi föreslår att det ska framgå av smittskyddsförordningen att beslutet om förhållningsregler ska innehålla bl.a. en motivering av beslutet och upplysningar om möjligheterna till omprövning och överklagande.

Vi föreslår justeringar i de moment som förhållningsregler får omfatta. Förhållningsreglerna ska enligt vårt förslag kunna omfatta en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare, inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet, en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, samt en skyldighet att anpassa sitt beteende på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring i situationer som innebär en beaktansvärd risk för sådan överföring.

När det gäller skyldigheten att informera om sitt smittbärarskap föreslår vi att den informationsplikt som följer direkt av smittskyddslagen tas bort. En skyldighet för den enskilde patienten att informera om smittan till andra människor som han eller hon kommer i kontakt med ska enbart kunna ges som en förhållningsregel och gälla vid en beaktansvärd risk för att smittan överförs. Det ska endast gälla situationer då det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken för smittoöverföring med ett anpassat beteende. Förslaget innebär bl.a. att förhållningsregler om att informera inte ska kunna ges beträffande sexuella kontakter för sexuellt överförbara sjukdomar.

En ändamålsenlig och flexibel klassificering av sjukdomar

Vi lämnar flera förslag som syftar till en mer ändamålsenlig och flexibel klassificering av smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen.

Vi föreslår att sådan kostnadsfrihet för patienten som i dag gäller för läkemedel, undersökning, vård och behandling som bedöms minska risken för smittspridning även bör kunna omfatta sjukdomar som inte anges som allmänfarliga i smittskyddslagen. En sjukdom ska t.ex. kunna vara enbart smittspårningspliktig men ändå vara förenad med kostnadsfrihet för den enskilde. En sådan ordning kan möjliggöra att sjukdomar klassificeras på ett mer ändamålsenligt och flexibelt sätt. Regeringen föreslås få ett bemyndigande att föreskriva om vilka sjukdomar det ska gälla. Bestämmelserna i socialförsäkringsbalken anpassas så att även sådana sjukdomar som regeringen har föreskrivit ska omfattas av kostnadsfrihet ger rätt till smittbärarersättning i vissa fall.

Vi föreslår att skyldigheten för behandlande läkare att anmäla till smittskyddsläkaren när personer som uppges i en smittspårning inte utan dröjsmål söker läkare också ska gälla vid sjukdom som inte är allmänfarlig. Ändringen syftar till att förstärka smittspårningen men kan också underlätta en framtida förändrad klassificering av vissa sjukdomar.

Regeringen bör även ge Folkhälsomyndigheten ett regeringsuppdrag att systematiskt se över klassificeringen av smittsamma sjukdomar. Någon systematisk revision av sjukdomarnas klassificering som samhällsfarliga, allmänfarliga, anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga har inte genomförts sedan smittskyddslagen infördes 2004, trots att det medicinska kunskapsläget och behandlingsmöjligheterna för flera sjukdomar har förändrats. I uppdraget bör även ingå att bedöma vilka av de anmälningspliktiga sjukdomarna som bör förenas med kostnadsfrihet för patienten och därmed bli föremål för föreskrifter med stöd av bemyndigandet till regeringen som vi nämnt ovan. Det bör också ingå att, i syfte att stärka beredskapen, överväga om ytterligare sjukdomar behöver anges som samhällsfarliga.

Folkhälsomyndigheten ska ges i uppgift att därefter årligen se över om förteckningarna av sjukdomar i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen är ändamålsenliga och proportionerliga samt överväga om nya smittsamma sjukdomar behöver klassificeras. Översynen ska redovisas tillsammans med eventuella förslag till regeringen senast den 1 oktober varje år.

Anmälan med rikskod bör tas bort efter en översyn av personuppgiftsbehandlingen i Sminet

Fall av fyra allmänfarliga sjukdomar med huvudsakligen sexuell smittväg – gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis – anmäls med s.k. rikskod, som konstrueras utifrån de två första och de fyra sista siffrorna i personnumret. Koden innebär ett integritetsskydd för den enskilde men leder till flera nackdelar för Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna när det gäller det nationella och regionala smittskyddsarbetet. Utredningen anser att ordningen med rikskod inte längre är ändamålsenlig.

Innehållet i det digitala rapporteringssystemet Sminet kommer att skifta karaktär om regleringen av rikskod upphävs. Antalet anmälningar som innehåller känsliga personuppgifter skulle inte öka, men däremot skulle angivande av personnummer och namn innebära att enskilda enklare kan identifieras. Med nuvarande reglering och epidemiologiska situation beträffande de fyra sjukdomarna rör det sig om ett betydande antal registrerade varje år som skulle beröras. Regleringen om rikskod bör därför tas bort, men först efter den av regeringen annonserade översynen av regleringen av personuppgiftsbehandlingen i Sminet.

Ytterligare stärkt beredskap för omfattande smittspridning

Vårt delbetänkande handlade till stor del om beredskap inför framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning. I slutbetänkandet lämnar vi ytterligare förslag som på liknande sätt syftar till att förhindra, fördröja eller bättre kunna hantera situationer med eller inför vad som kan utvecklas till en omfattande eller på annat sätt allvarlig smittspridning.

Extraordinära smittskyddsåtgärder ska kunna vidtas innan en sjukdom har klassificerats

Vi föreslår att Folkhälsomyndigheten under vissa förutsättningar ska få besluta om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning i avvaktan på att regeringen genom det så kallade snabb-

förfarandet har föreskrivit om att smittskyddslagens bestämmelser om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss sjukdom. Besluten ska upphöra efter sju dagar om regeringen inom den tiden inte har beslutat sådana föreskrifter. Syftet är att ha beredskap för att vidta adekvata smittskyddsåtgärder även i ett scenario där det finns en överhängande risk för omfattande eller på annat sätt allvarlig smittspridning men den sjukdom som det rör sig om, eller misstänks röra sig om, ännu inte är klassificerad som samhällsfarlig enligt smittskyddslagen. Smittskyddsläkaren ska verkställa besluten om karantän och hälsokontroll.

Bestämmelserna om snabbförfarandet föreslås justeras för att bli mer ändamålsenliga i beredskapshänseende och möjliggöra att en sjukdom som tidigare varit klassificerad som allmänfarlig eller samhällsfarlig men tagits bort kan klassificeras på nytt om ett sådant behov uppstår.

Som vi tidigare nämnt anser vi också att fler sjukdomar bör övervägas att klassificeras som samhällsfarliga sjukdomar i beredskapssyfte.

Folkhälsomyndigheten ska samordna vårdhygienfrågorna

Folkhälsomyndigheten föreslås få ansvar för nationell samordning av arbetet med vårdhygien som rör människor. Inom ramen för sitt samordnande ansvar ska myndigheten bidra till en god och likvärdig vårdhygien över landet genom att vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till berörda aktörer. Förhållandena inom den kommunala hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen ska särskilt uppmärksammas.

Syftet med ett nationellt samordningsansvar av vårdhygienfrågor bör vara att minska vårdrelaterade infektioner bland patienter och brukare och stärka det vårdhygieniska arbetet i hela landet.

I dag är det främst Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten som har uppdrag på vårdhygienområdet. Socialstyrelsen har främst ett verksamhets- och patientsäkerhetsperspektiv på frågorna. Folkhälsomyndigheten har främst ett smittskydds- och antibiotikaresistensperspektiv på frågorna. Begreppet vårdhygien är dock brett och handlar om arbetssätt och rutiner som inkluderar flera andra myndigheter.

Inte minst ur ett pandemiberedskapsperspektiv bedömer vi att det finns stora synergieffekter med att Folkhälsomyndigheten, som redan samordnar smittskyddet på nationell nivå och har betydande internationella uppgifter och kontaktytor på området, även samordnar vårdhygienområdet. Arbetet med vårdrelaterade infektioner har också fått en mer framskjuten position i Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035, vilket också bidrar till slutsatsen att Folkhälsomyndigheten bäst kan ansvara för den nationella samordningen på vårdhygienområdet.

Smittskyddsläkarna ska placeras högt upp i regionen och byta namn till regional smittskyddsläkare

Utredningen föreslår att smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under. Syftet är att stärka smittskyddsläkarnas robusthet, vilket är värdefullt inte minst som beredskapsåtgärd inför framtida pandemier.

Vi föreslår också att benämningen smittskyddsläkare ändras till regional smittskyddsläkare, för att tydliggöra kopplingen till regionen.

Genomförande och konsekvenser av förslagen

Författningsförslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2027. Beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet föreslås fortsätta gälla under en övergångsperiod, som längst till och med den 30 juni 2028. Den behandlande läkaren ansvarar för att så snart som möjligt under denna tid ta ställning till om förhållningsregler behövs i enlighet med de nya bestämmelserna.

Vi bedömer att genom de ändringar vi föreslår anpassas samhällets smittskydd till de förändrade förutsättningar som medicinsk utveckling och kunskap inneburit, inte minst för en sjukdom som hiv, och de förändringar som kan komma att ske i framtiden. Våra förslag bidrar till ett mer ändamålsenligt, proportionerligt och rättssäkert omhändertagande framför allt av individer som har eller misstänks ha en allmänfarlig sjukdom, men gör också hanteringen av andra smittsamma sjukdomar mer ändamålsenlig.

De förslag som främst är inriktade på att stärka pandemiberedskapen kommer förbättra möjligheterna att skydda människors liv och hälsa vid exceptionella förhållanden som kräver skyndsamma åtgärder. De bidrar också till en mer ändamålsenlig pandemihantering, där upprätthållande av förtroendet för de åtgärder som vidtas och värnande om grundläggande fri- och rättigheter är viktiga beståndsdelar.

Flera av förslagen innebär ändringar i åtaganden som statliga myndigheter, domstolar, regioner och kommuner redan har i dag och innebär inte några omedelbara ekonomiska konsekvenser vare sig för dem eller för företag eller andra enskilda. Bemyndigandet till regeringen att föreskriva om kostnadsfrihet för andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga ger dock upphov till ekonomiska konsekvenser för staten och regioner när det används. Dessa konsekvenser kan inte beräknas nu utan får analyseras när sådana föreskrifter tas fram.

Vi bedömer att de förslag som ålägger Folkhälsomyndigheten nya uppdrag och uppgifter får begränsade budgetära konsekvenser. Vi redovisar en beräkning och finansiering av dessa kostnader i kapitel 11.

Summary

A new direction

The proposals in this final report can be divided into two categories: those that aim to prevent and limit the consequences of a pandemic or other widespread transmission, and those that concern communicable disease control under normal circumstances.

The report addresses several sections of the Communicable Diseases Act (*smittskyddslagen*). However, we have not been commissioned to propose a new regulation of communicable diseases. Therefore, the proposals are based on the current foundations of the Act. Furthermore, where applicable, the proposals are based on the implementation of those submitted in the interim report, 'Strengthened Pandemic Preparedness' (SOU 2025:48).

The inquiry asserts that the communicable disease control needs to change in several respects. The proposals in this report together entail such significant changes that, in our view, it is justified to speak of Swedish communicable diseases control taking a new direction.

The obligation to disclose HIV status to sexual partners should be repealed

Since the mid-1980s, people with HIV have been subject to obligations to inform sexual partners of their status. Since 1989, physicians have been required to impose such obligation on their patients. Under the current Communicable Diseases Act from 2004, the obligation was extended to cover all diseases classified as a disease that is dangerous to public health *(allmänfarlig sjukdom)* should a considerable risk of transmission arise. An obligation to inform sexual partners may also be imposed as a rule of conduct (*förhållningsregel*).

HIV is primarily transmitted through sexual intercourse. Mainly thanks to effective drug treatment, the epidemiological and medical situation regarding HIV has improved significantly. After a few months of effective such treatment, people diagnosed with HIV can no longer transmit the virus through sex. Today, it is estimated that only slightly more than two per cent of those in Sweden who know their HIV status could be infectious during sex. Our findings indicates that very few of those who contract HIV in Sweden today are infected by someone who knows their status. The real risk of contracting HIV instead comes with people who are unaware of their diagnosis. According to the inquiry, maintaining a duty to disclose in connection with sex for people who know their HIV status would mean that the legislation signals a risk that is not justified based on the actual circumstances.

There are also principled objections to retaining the duty to inform. An obligation to disclose private health information can be considered an extensive invasion of privacy. The inquiry also expresses considerable doubt that the obligation to disclose HIV status has had an impact on reducing the HIV incidence in Sweden. It is not possible to conclude that the low incidence of HIV in Sweden is due to the obligation to disclose HIV status.

Furthermore, previous studies as well as the inquiry's survey results have revealed worrying implementation problems regarding decision on rules of conduct. Our results indicate, among other things, that individuals may be subject to a duty to inform for longer periods than what is justified by infection control considerations.

The inquiry concludes that the obligation to disclose HIV status to sexual partners is disproportionate and should therefore be repealed.

Appropriate regulation of individuals' responsibilities

The voluntary principle underlying the Communicable Diseases Act should be stated more clearly than it is today, and legal certainty should be strengthened regarding decisions on rules of conduct. We propose several changes to achieve this.

The individual's right to medical and practical advice, as well as psychosocial support, should be clarified. From a communicable disease control perspective, advice and support given with the pa-

tient's consent is often sufficient, even for infections classified as dangerous to public health. Details of given advice and support should be documented in the patient's medical records. We propose amendments to the Social Insurance Code so that a medical certificate, confirming given advice and support, can provide a basis for disease carrier's benefit (*smittbärarpenning*) in the same way as a decision on rules of conduct.

We propose that rules of conduct should only be imposed by the treating physician when medical and practical advice cannot be given in with the patient's consent. The rules of conduct must always be individually adapted, and the Communicable Diseases Act shall specify what this means.

Furthermore, rules of conduct may be issued temporary or apply until further notice. The treating physician shall continuously, and at least once a year, assess whether the rules of conduct that have been decided are still necessary.

As is currently the case, patients shall be able to request a review of the rules of conduct from the County Medical Officer (*regionala smittskyddsläkaren)* and subsequently be able to appeal to the administrative court. We propose that the Communicable Diseases Ordinance (*smittskyddsförordningen*) should state that the decision on rules of conduct must include grounds for the decision and information on the possibilities for review and appeal.

We propose adjustments to the areas that the rules of conduct may cover. According to our proposal, the rules of conduct may include the following: an obligation to maintain regular contact with the treating physician; restrictions on work, school attendance or participation in certain other activities; an obligation to observe special hygiene routines; an obligation to adapt one's behaviour to minimise the risk of transmission in situations involving a significant risk of transmission.

We propose that the obligation to inform others of one's infection status, as set out in the Communicable Diseases Act, be removed. The individual patient should only be obliged to inform others of their infection status following a formal decision on rules of conduct and where there is a significant risk of transmission. However, this should only apply in situations where it is not possible, or not considered sufficient, to minimise the risk of transmission through behavioural changes. The proposal entails that rules of conduct imposing a

duty to inform shall not be issued in connection with sex for sexually transmitted infections.

Appropriate and flexible classification of diseases

We are submitting proposals for a more appropriate and flexible classification of infectious diseases in the Communicable Diseases Act and the Communicable Diseases Ordinance.

Currently patients are exempt from paying fees for medicines, examinations, care and treatment that reduce the risk of transmitting of infections classified as dangerous to public health in the Communicable Diseases Act. Such fee-exemption should also be possible to apply for infectious diseases not classified as dangerous to public health. For instance, a disease could be classified as subject to mandatory contact tracing (*smittspårningspliktig*) and at the same time eligible for fee-exemption. This would allow for a more appropriate and flexible classification of diseases. We propose that the government be authorised to prescribe which diseases this should apply to. Furthermore, we propose amending the provisions of the Social Insurance Code so that patients with any of the diseases covered by fee-exemption are entitled to disease carrier's benefit.

We propose that the treating physician's obligation to promptly report to the County Medical Officer when individuals identified through contact tracing fail to seek medical attention should also apply to diseases that are not classified as dangerous to public health. While the proposal is intended to strengthen contact tracing, it could also facilitate the future reclassification of certain diseases. The government should also give the Public Health Agency an assignment to conduct a systematic review of the current classification of infectious diseases in the Communicable Diseases Act. Despite changes of the medical knowledge base and treatment options for several diseases, no systematic review of the classification of diseases – as dangerous to society (*samhällsfarlig*), dangerous to public health (*allmänfarlig*), notifiable (*anmälningspliktig*) and subject to mandatory contact tracing (*smittspårningspliktig*)– has been carried out since the current Communicable Diseases Act was introduced in 2004. The assignment should also include assessing which notifiable diseases should be covered by fee-exemption for patients. The review

should also include a consideration whether any disease should be classified dangerous to society for the purpose of strengthening preparedness.

We suggest that the Public Health Agency is assigned the task of reviewing annually whether the classification of diseases in the Communicable Diseases Act and the Communicable Diseases Ordinance is appropriate and proportionate. This should include consideration of whether new infectious diseases need to be classified. The review and any recommendations should be reported to the government by October 1 each year.

Notifications with pseudonym codes (*rikskod*) should be repealed

Cases of four sexually transmitted infections – gonorrhoea, HIV, chlamydia and syphilis – which are classified as dangerous to public health, must be reported using a pseudonym code (*rikskod*), composed by the first two and last four digits of a patient's personal identification number. Although the code ensures confidentiality for individuals, it presents several disadvantages for the Public Health Agency and the County Medical Officers with regard to national and regional communicable disease control measures. The inquiry asserts that the pseudonym codes are no longer appropriate.

Repealing the requirement to use pseudonym codes would change the content of the *Sminet* digital reporting system. Although the number of case reports containing sensitive personal data would not increase, the inclusion of personal identification numbers and names would make it easier to identify individuals. Under the current legislation and epidemiological situation regarding the four diseases, a significant proportion of registered individuals each year that would be affected. Therefore, the pseudonym codes should be repealed, only after the announced review of the *Sminet* personal data processing regulation has been completed.

Further strengthening of preparedness for widespread transmission

Our interim report largely focused on preparedness for future pandemics or other widespread transmission.[1] In the final report, we present additional proposals with a similar aim: to prevent, delay or better manage situations that could develop into widespread transmission.

Extraordinary communicable disease control measures should be able to be taken before a disease has been classified

We propose that the Public Health Agency, under certain conditions, should be authorised to conduct health checks at entry points, quarantine individuals and cordon off areas, pending a decision by the Government whereby the Communicable Diseases Act provisions on diseases dangerous to society (*samhällsfarlig sjukdom*) would apply to a particular communicable disease. These measures will cease to apply after seven days if the Government has not decided by this time. The aim is to ensure that adequate communicable disease control measures can be taken, even in a scenario where there is an imminent risk of widespread or in other ways severe transmission, but the disease in question has not yet been classified as dangerous to society under the Communicable Diseases Act. The County Medical Officer shall enforce the decisions regarding quarantine and health checks.

We propose to amend the provisions whereby the Government may provisionally prescribe that the Communicable Diseases Act provisions on diseases that are dangerous to public health or dangerous to society shall apply to a particular communicable disease. Our proposal aims at allowing for the reclassification of diseases that have previously been classified as dangerous to society or as dangerous to public health.

[1] In the interim report, we did not limit the scope to pandemics, but also recurrently used the term *widespread transmission*. We defined this term as 'a sudden occurrence of community transmission within a limited geographic area or the entire country of a communicable disease that is transmitted from person to person'.

As previously mentioned, we are also of the view that more diseases should be considered for classification as diseases dangerous to society for preparedness purposes.

The Public Health Agency shall coordinate infection prevention and control in healthcare settings

We propose that the Public Health Agency be given responsibility for national coordination of infection prevention and control. The Public Health Agency shall contribute to high-quality and equal healthcare hygiene throughout the country by supporting and driving forward the relevant stakeholders. Particular attention shall be paid to conditions within municipal health and care services.

The purpose of the national coordination should be to reduce healthcare-associated infections and to strengthen infection prevention and control practices throughout the country.

The primary responsibility for infection prevention and control in healthcare settings currently lies with the National Board of Health and Welfare and the Public Health Agency. The National Board of Health and Welfare primarily addresses these issues from an operations management and patient safety perspective. The Public Health Agency, on the other hand, focuses on communicable disease control and control and antibiotic resistance. However, the concept of infection prevention and control in healthcare settings is broad and also covers methods and routines involving several other government agencies.

From a pandemic preparedness perspective, we believe that significant synergies would be realised by having the Public Health Agency nationally coordinate infection prevention and control in healthcare settings, given that the Agency already coordinates communicable disease control and has several international responsibilities and networks in that area. Additionally, work on healthcare-associated infections had been given a more prominent position in Sweden's strategy against antimicrobial resistance for 2026–2035, which also supports the conclusion that the Public Health Agency is the best candidate to be responsible for the national coordination.

County Medical Officers should be placed high within the regional organisation and renamed 'Regional County Medical Officers'

The inquiry proposes that County Medical Officers shall report directly to the top management position in the regional committee (*nämnd*) under which they operate. The aim is to strengthen the resilience of County Medical Officers, which would be particularly valuable as a preparedness measure for future pandemics.

We also propose changing the title County Medical Officer to 'Regional County Medical Officer', to clarify their regional role.

Implementation and consequences of the proposals

The proposals are proposed to enter into force on July 1, 2027. Decisions on rules of conduct made before the entry into force are proposed to apply for a maximum of one year, i.e. until June 30, 2028. The treating physician is responsible for deciding as soon as possible during this period whether rules of conduct are needed also in accordance with the new provisions.

We assess that, through the changes we propose, society's communicable disease control will be adapted to the changed conditions brought about by medical advances and increased knowledge, particularly regarding a disease such as HIV, and to changes that may occur in the future. The changes will ensure more appropriate, proportionate and legally certain care of individuals, particularly those who are infected or believed to be infected with a disease classified as dangerous to public health. The proposals will also improve the mangagement of other infectious diseases.

The proposals aimed primarily at strengthening pandemic preparedness will improve our ability to protect human lives and health in exceptional circumstances requiring urgent action. They also contribute to more effective pandemic mitigation, for which maintaining public confidence in the measures taken and safeguarding fundamental rights is crucial.

Several of the proposals imply changes to the current commitments of government agencies, courts, regions and municipalities. However, the changes are not expected to have any immediate financial impact on the bodies mentioned, nor private companies or individuals. When exercised, the authorisation granted to the govern-

ment to prescribe fee-exemption for notifiable diseases other than those classified as dangerous to public health will have financial implications for the state and the regions. As the financial impact depends on what specific diseases are included, it is not possible to quantify the costs at this stage; they will need to be assessed when the authorisation is exercised.

We estimate that our proposals imposing new assignments and tasks on the Public Health Agency will have limited budgetary consequences. A calculation of these costs and their financing is presented at in chapter 11.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)

dels att 2 kap. 2 § och 4 kap. 5–9 §§ ska upphöra att gälla,

dels att rubrikerna närmast före 4 kap. 6, 8 och 9 §§ ska utgå,

dels att 1 kap. 9 och 11 §§, 2 kap. 1, 3, 5 och 7 a §§, 3 kap. 1–3, 5–8, 9 och 12 §§, 4 kap. 1–4 §§, 5 kap. 2 och 3, 5–8, 11 och 18 §§, 6 kap. 1–12 §§, 7 kap. 3 a §, 8 kap. 1 och 2, 5, 9 och 12 §§ och 9 kap. 2 och 3 §§, rubrikerna till 4 kap. och 6 kap. och rubrikerna närmast före 4 kap. 1 och 2 §§, 6 kap. 1 § och 9 kap. 2 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas ett nytt kapitel, 4 a kap., fem nya paragrafer, 3 kap. 10 a §, 6 kap. 3 a § och 9 kap. 2 a–2 c §§, och närmast före 4 kap. 3 och 4 §§ och 9 kap. 3 § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 kap.
	9 §[1]
I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare.	I varje region ska det finnas en *regional* smittskyddsläkare.
En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under nämnden.	*Den regionala smittskyddsläkaren* utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under nämnden *och vara*

[1] Senaste lydelse 2019:915.

direkt underställd den högsta chefsbefattningen under nämnden.

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

Den regionala smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

Lydelse enligt SOU 2025:48 *Föreslagen lydelse*

11 §

Regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Regionen ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan).

Smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen.

Den regionala smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

2 kap.

1 §

Var och en *skall* genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder *medverka till att* förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

Var och en *ska* genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

3 §[2]

Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna

Regionen, och under regionen *den regionala* smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en

[2] Senaste lydelse 2019:915.

skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.	ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.

Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom smittskyddet ska vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

5 §[3]

En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, ska utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.	En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, ska utan dröjsmål anmäla detta till *regionala* smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Anmälningsskyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även

– läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik,
– den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, och
– läkare som utför obduktion.

7 a §[4]

En veterinär ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet.	En veterinär ska utan dröjsmål underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet.

[3] Senaste lydelse 2019:915.
[4] Senaste lydelse 2009:309.

3 kap.

1 §

Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom *skall* skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs.

Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning *skall* läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren.

En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom *ska* skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs.

Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning *ska* läkaren utan dröjsmål anmäla detta till *den regionala* smittskyddsläkaren.

2 §[5]

Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger, får förvaltningsrätten på ansökan av smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning. Beslut om sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Vid undersökningen får det inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Den läkare som utfört undersökningen *skall* omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger, får förvaltningsrätten på ansökan av *den regionala* smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning. Beslut om sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Den läkare som utfört undersökningen *ska* omedelbart underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

[5] Senaste lydelse 2009:840.

3 §

Om den som undersökts för en allmänfarlig sjukdom byter behandlande läkare, *skall* den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och smittskyddsläkaren om detta.

Om den som undersökts för en allmänfarlig sjukdom byter behandlande läkare, *ska* den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och *den regionala* smittskyddsläkaren om detta.

5 §

Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen, *skall* han eller hon underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får överta smittspårningsärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Sådant övertagande eller överlämnande får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.

Har smittspårningsärendet tagits över av smittskyddsläkaren *skall* den enskilde patienten lämna sådana upplysningar som avses i 4 § första stycket till honom eller henne.

Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen, *ska* han eller hon underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får överta smittspårningsärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Sådant övertagande eller överlämnande får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.

Har smittspårningsärendet tagits över av *den regionala* smittskyddsläkaren *ska* den enskilde patienten lämna sådana upplysningar som avses i 4 § första stycket till honom eller henne.

6 §

Om en person som har underrättats enligt 4 § andra stycket om misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, *skall* den som enligt 4 § första stycket ansvarar för smittspårningen utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Om en person som har underrättats enligt 4 § andra stycket om misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom *eller annan smittspårningspliktig sjukdom* inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, *ska* den som enligt 4 § första stycket ansvarar för smittspårningen utan dröjsmål anmäla detta till *den regionala* smittskyddsläkaren.

7 §

En anmälan enligt 1 § tredje stycket eller 6 § *skall* innehålla uppgifter om

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

En sådan anmälan *skall* alltid innehålla en redogörelse för de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om att en person bär på en allmänfarlig sjukdom.

En anmälan enligt 1 § tredje stycket eller 6 § *ska* innehålla uppgifter om

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för *den regionala* smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

En sådan anmälan *ska* alltid innehålla en redogörelse för de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om att en person bär på en allmänfarlig sjukdom.

Lydelse enligt SOU 2025:48

8 §

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får

Föreslagen lydelse

8 §

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får

smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.	*den regionala* smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det finns grundad anledning att anta att det i ett visst geografiskt område pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område eller från ett annat område som står i nära förbindelse med området, samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå en hälsokontroll på platsen för inresan.

Smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut enligt andra stycket.	*Den regionala smittskyddsläkaren* ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut enligt andra stycket.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
9 §[6]	
Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen *skall* hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.	Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får *den regionala* smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen *ska* hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.
Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *smittskyddsläkaren* i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.	Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *beslutsmyndigheten* i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

[6] Senaste lydelse 2004:877.

10 a §

I 9 kap. 2 a–2 c §§ finns bestämmelser om att Folkhälsomyndigheten under vissa förutsättningar får besluta om sådan hälsokontroll vid inresa, karantän respektive avspärrning som avses i 8, 9 och 10 §§.

12 §[7]

Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,
2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,
3. *skall* hållas i karantän enligt 9 §, eller
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §

får inte resa ut ur landet. *Smittskyddsläkaren skall* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *skall* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *skall* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

3. *ska* hållas i karantän enligt 9 §, eller
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §

får inte resa ut ur landet. *Den regionala smittskyddsläkaren ska* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *ska* dock i god tid före avresan meddela den *regionala* smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *ska* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

[7] Senaste lydelse 2006:1571.

4 kap.

Vissa *smittskyddsåtgärder*	**Vissa *rättigheter och skyldigheter vid smittsam sjukdom***
Råd och stöd	***Skyddsplikt***
1 §	
Den behandlande läkaren skall ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk.	*Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk.*
Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.	
Förhållningsregler	***Rätt till medicinska och praktiska råd***
2 §	
Den behandlande läkaren skall besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse	*Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom har rätt till medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Den behandlande läkaren ansvarar för att sådana råd ges.*
1. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,	

2. förbud mot att donera blod och organ,

3. förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,

4. skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför ickemedicinska ingrepp om smittbärarskap,

5. skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,

6. skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning,

7. skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, eller

8. skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsreglerna skall meddelas skriftligt så snart det är möjligt samt tas in i den undersöktes patientjournal. Läkaren skall så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

Rätt till psykosocialt stöd

3 §

Om patienten begär det skall smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsregler enligt 2 §. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra förhållningsreglerna på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut skall meddelas den behand-

Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom har vid behov rätt till psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring. Sådant stöd ska ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.

lande läkaren och av denne tas in i patientjournalen.

Patienten skall av den behandlande läkaren informeras om möjligheten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.

Dokumentation

4 §

Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att han eller hon själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende.

Uppgifter om de råd och stöd som lämnas enligt 2 och 3 §§ ska antecknas i den enskildes patientjournal.

4 a kap. Vissa smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom

Individuellt utformade förhållningsregler

Behandlande läkare får besluta om individuellt utformade förhållningsregler

1 § När en patient bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och medicinska och praktiska råd enligt 4 kap. 2 § inte kan ges i samförstånd med honom eller henne, ska den behandlande läkaren besluta om individuellt utformade förhållningsregler.

Att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade innebär att de ska vara anpassade till den allmänfarliga sjukdomens spridningssätt, patientens smittsamhet och andra personliga förhållanden.

2 § Förhållningsreglerna får avse

1. en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare
2. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
3. en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, och
4. en skyldighet att anpassa sitt beteende på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring i situationer som innebär en beaktansvärd risk för sådan överföring.

För situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smittan överförs och det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken med ett anpassat beteende, får förhållningsreglerna även avse en skyldighet att lämna information om smittan till människor som patienten då kommer i kontakt med.

3 § Beslut om förhållningsregler gäller tills vidare om den behandlande läkaren inte beslutar något annat.

4 § Beslut om förhållningsregler ska meddelas muntligt och skriftligt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om innehållet i det skriftliga beslutet.

Bestämmelser om ändring, upphörande och regelbundna överväganden av beslutet

5 § Den behandlande läkaren ska ändra ett beslut om förhållningsregler när det finns anledning till det. När ett beslut om förhållningsregler inte längre behövs, ska han eller hon besluta att det ska upphöra.

6 § Den behandlande läkaren ska minst en gång per år överväga om beslutet om förhållningsregler fortfarande behövs.

Den regionala smittskyddsläkaren kan ompröva beslutet

7 § Om patienten begär det ska den regionala smittskyddsläkaren ompröva ett beslut om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra beslutet på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut ska meddelas patienten och den behandlande läkaren.

Dokumentation

8 § Beslut enligt 1, 5 och 7 §§ och överväganden enligt 6 § ska antecknas i den enskildes patientjournal.

Efterlevnaden av förhållningsreglerna

9 § Den behandlande läkaren ska så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

10 § Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna och läkaren bedömer att han eller hon inte själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende, ska läkaren anmäla detta till den regionala smittskyddsläkaren.

Underrättelseskyldighet

11 § Om den regionala smittskyddsläkaren genom en anmälan enligt 10 § misstänker eller får veta att en patient inte har informerat närstående om smittrisken, trots att patienten meddelats en sådan förhållningsregel enligt 2 § andra stycket, och smittskyddsläkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas, ska han eller hon underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

12 § Om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, ska den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården där underrättas av den

behandlande läkaren, när denne får kännedom om intagningen, om smittan och om de medicinska och praktiska råd eller förhållningsregler som meddelats den intagne.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, ska den ansvarige läkaren anmäla detta till den regionala smittskyddsläkaren.

Vård och behandling

13 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom ska av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende ska detta också erbjudas den enskilde.

14 § Om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor ska läkaren anmäla detta till den regionala smittskyddsläkaren.

Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

Innehållet i anmälan

15 § I en anmälan enligt 10 § eller 14 § första stycket ska den behandlande läkaren ange

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för regionala smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

Bemyndiganden om vissa undantag

16 § Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga, meddela föreskrifter om undantag från

1. skyldigheten att besluta om förhållningsregler enligt 1 §, och

2. anmälningsskyldigheten och underrättelseskyldigheten i 11 §.
Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
5 kap.	
2 §[8]	
Förvaltningsrätten beslutar i fråga om isolering enligt 1 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Till ansökan *skall* smittskyddsläkaren foga en utredning om den enskildes situation och behov samt om vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen *skall* också innehålla en individuell vårdplan som visar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och på vilket sätt sådana insatser kan tillhandahållas.	Förvaltningsrätten beslutar i fråga om isolering enligt 1 § efter ansökan av *den regionala* smittskyddsläkaren. Till ansökan *ska* smittskyddsläkaren foga en utredning om den enskildes situation och behov samt om vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen *ska* också innehålla en individuell vårdplan som visar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och på vilket sätt sådana insatser kan tillhandahållas.
3 §[9]	
Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten.	Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får *den regionala* smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten.

Tillfällig isolering som fastställts av förvaltningsrätten får bestå i högst två veckor, räknat från den dag beslutet verkställdes.

[8] Senaste lydelse 2009:840.
[9] Senaste lydelse 2009:840.

5 §[10]

Isolering enligt 1 § får bestå i högst tre månader, räknat från den dag beslutet verkställdes. I denna tid inräknas inte tillfällig isolering.

Efter ansökan av smittskyddsläkaren får förvaltningsrätten, om det finns särskilda skäl, besluta om fortsatt isolering. Sådant beslut får avse högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

Sådan ansökan *skall* ha kommit in till rätten innan tiden för gällande beslut om isolering har löpt ut. Isoleringen *skall* fortsätta i avvaktan på att rätten beslutar med anledning av ansökan.

Efter ansökan av *den regionala* smittskyddsläkaren får förvaltningsrätten, om det finns särskilda skäl, besluta om fortsatt isolering. Sådant beslut får avse högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

Sådan ansökan *ska* ha kommit in till rätten innan tiden för gällande beslut om isolering har löpt ut. Isoleringen *ska* fortsätta i avvaktan på att rätten beslutar med anledning av ansökan.

6 §[11]

Har beslut fattats om isolering enligt 1 § ska smittskyddsläkaren genast underrätta den region eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade behöver. Smittskyddsläkaren ska lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

Regionen eller kommunen ska i samråd med smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov när isoleringen upphör.

Har beslut fattats om isolering enligt 1 § ska *den regionala* smittskyddsläkaren genast underrätta den region eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade behöver. Smittskyddsläkaren ska lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

Regionen eller kommunen ska i samråd med *den regionala* smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov när isoleringen upphör.

[10] Senaste lydelse 2009:840.
[11] Senaste lydelse 2019:915.

7 §

Begär den isolerade att isoleringen *skall* upphöra är smittskyddsläkaren skyldig att utan dröjsmål pröva den isolerades begäran.

Begär den isolerade att isoleringen *ska* upphöra är *den regionala* smittskyddsläkaren skyldig att utan dröjsmål pröva den isolerades begäran.

8 §

Finns inte längre skäl för isolering enligt 1 eller 3 § *skall* smittskyddsläkaren omedelbart besluta att isoleringen *skall* upphöra. Frågan om isoleringens upphörande *skall* övervägas fortlöpande.

Finns inte längre skäl för isolering enligt 1 eller 3 § *ska den regionala* smittskyddsläkaren omedelbart besluta att isoleringen *ska* upphöra. Frågan om isoleringens upphörande *ska* övervägas fortlöpande.

11 §

Beslut i frågor som avses i 9 § andra och tredje styckena samt 10 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med smittskyddsläkaren.

Beslut i frågor som avses i 9 § andra och tredje styckena samt 10 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med *den regionala* smittskyddsläkaren.

18 §

Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 17 § beslutas av smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Smittskyddsläkaren får överlåta åt chefsöverläkaren att pröva frågor om tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukhusets område.

Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 17 § beslutas av *den regionala* smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Den regionala smittskyddsläkaren får överlåta åt chefsöverläkaren att pröva frågor om tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukhusets område.

6 kap.	
Smittskyddsläkaren	*Regionala smittskyddsläkaren*
Smittskyddsläkarens **ansvar**	*Regionala smittskyddsläkarens* **ansvar**
1 §	
Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkarenligt 1 kap. 9 §. Smittskyddsläkaren *skall* planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.	*Den regionala smittskyddsläkaren* har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar enligt 1 kap. 9 §. Smittskyddsläkaren *ska* planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.
2 §[12]	
I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att	I *den regionala* smittskyddsläkarens uppgifter ingår att
1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en *skall* kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,	1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en *ska* kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,

2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,

3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,

4. stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,

5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,

6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken,

[12] Senaste lydelse 2006:194.

7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt

8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

3 §

Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 1 § tredje stycket *eller 3 kap. 6 § skall* smittskyddsläkaren utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad, om en sådan läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen *skall* det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 1 § tredje stycket *ska den regionala* smittskyddsläkaren utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad, om en sådan läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen *ska* det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

3 a §

Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 6 § ska den regionala smittskyddsläkaren, om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom, utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad, om en sådan läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

Rör anmälan en annan smittspårningspliktig sjukdom ska den regionala smittskyddsläkaren underrätta den enskilde om att han eller hon kan ha smittats av sjukdomen och uppmana honom eller henne att uppsöka läkare. Smittskyddsläkaren ska ha ett personligt sam-

	tal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.
	4 §
Efter att ha fått en anmälan enligt *4 kap. 4 § första stycket, 4 kap. 5 § andra stycket* eller *4 kap. 7 § första stycket skall* smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen *skall* det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.	Efter att ha fått en anmälan enligt *4 a kap. 10 §, 4 a kap. 12 § andra stycket* eller *4 a kap. 14 § första stycket ska regionala* smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen *ska* det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.
	5 §
Om smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet *skall* han eller hon påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt *skall* smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.	Om *den regionala* smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet *ska* han eller hon påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt *ska* smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.
	6 §
Smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.	*De regionala smittskyddsläkarna ska* samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.

7 §[13]

Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta de myndigheter eller den kommun, som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur eller objekt som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom, om iakttagelser som är av betydelse för det objektinriktade smittskyddet.

Smittskyddsläkaren skall på begäran få fortlöpande information om de beslut som fattas och de andra åtgärder som vidtas eller planeras med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658) när det är av betydelse för smittskyddet för människor.

Smittskyddsläkaren, andra berörda myndigheter och kommunen har rätt till samråd med anledning av den information som lämnas enligt första eller andra stycket.

Den regionala smittskyddsläkaren ska skyndsamt underrätta de myndigheter eller den kommun, som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur eller objekt som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom, om iakttagelser som är av betydelse för det objektinriktade smittskyddet.

Den regionala smittskyddsläkaren ska på begäran få fortlöpande information om de beslut som fattas och de andra åtgärder som vidtas eller planeras med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658) när det är av betydelse för smittskyddet för människor.

Den regionala smittskyddsläkaren, andra berörda myndigheter och kommunen har rätt till samråd med anledning av den information som lämnas enligt första eller andra stycket.

7 a §[14]

Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för.

Den regionala smittskyddsläkaren ska skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksam-

[13] Senaste lydelse 2006:831.
[14] Senaste lydelse 2006:194.

hetsområde som vårdgivaren ansvarar för.

8 §[15]

En smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i en annan region.

En *regional* smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i en annan region.

9 §[16]

Om smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig sjukdom, är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna honom eller henne de uppgifter som behövs,

Om *den regionala* smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig sjukdom, är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av den regionala smittskyddsläkaren lämna honom eller henne de uppgifter som behövs,

1 myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet, och

2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.

10 §

Den som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården *skall* lämna upplysningar till smittskyddsläkaren om denne i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna

Den som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården *ska* lämna upplysningar till *den regionala* smittskyddsläkaren om denne i ett enskilt fall begär det och behöver det för att

[15] Senaste lydelse 2019:915.
[16] Senaste lydelse 2012:948.

fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.	kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

11 §[17]

Om smittskyddsläkaren vid en utredning enligt 4 § har anledning att anta att socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården kan lämna upplysningar som behövs för utredningen, ska smittskyddsläkaren underrätta berörd myndighet.	Om *den regionala* smittskyddsläkaren vid en utredning enligt 4 § har anledning att anta att socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården kan lämna upplysningar som behövs för utredningen, ska smittskyddsläkaren underrätta berörd myndighet.

En sådan underrättelse ska innehålla uppgifter om den enskildes identitet och de förhållningsregler han eller hon ska följa för att förebygga smittspridning.

12 §[18]

Uppmärksammar socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården, efter att ha fått underrättelse enligt 11 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler, ska detta anmälas till den smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om smittskyddsläkaren enligt 8 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i en annan region, ska anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.	Uppmärksammar socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården, efter att ha fått underrättelse enligt 11 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler, ska detta anmälas till den *regionala* smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om smittskyddsläkaren enligt 8 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i en annan region, ska anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

Den skyldighet som avses i första stycket gäller i två månader från det att underrättelsen enligt 11 § mottagits.

[17] Senaste lydelse 2014:763.
[18] Senaste lydelse 2019:915.

7 kap.

3 a §[19]

Hälsokontroll som beslutas med stöd av 3 kap. 8 § första eller andra stycket är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen.	Hälsokontroll som beslutas med stöd av 3 kap. 8 § första eller andra stycket *eller 9 kap. 2 a § första stycket* är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen.

8 kap.

1 §[20]

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller	*Den regionala smittskyddsläkarens* beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller
1. förhållningsregler enligt *4 kap. 3 §*,	1. förhållningsregler enligt *4 a kap. 7 §*,

2. tillfällig isolering enligt 5 kap.3 §,

3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,

4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,

5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 §,

7. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller

8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut *att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning* får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.	Folkhälsomyndighetens beslut *enligt denna lag* får överklagas till allmän förvaltningsdomstol *om beslutet gäller*

[19] Senaste lydelse 2012:452.
[20] Senaste lydelse 2014:1549.

	1. avslag på ansökan om undantag från beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § eller 9 kap. 2 a § första stycket,
	2. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §,
	3. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §, eller
	4. karantän enligt 9 kap. 2 a § första stycket.
Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.	Andra beslut av *regionala* smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

2 §[21]

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. isolering enligt 5 kap. 1 §,
3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,	6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket *eller 9 kap. 2 a § första stycket*,
7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller	7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, eller

8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

[21] Senaste lydelse 2004:877.

5 §[22]

Förvaltningsrätten *skall* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt *4 kap. 3 §*,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 §.

Förvaltningsrätten *ska* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt *4 a kap. 7 §*,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*.

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *skall* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *skall* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *ska* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *ska* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § *skall* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § *ska* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom

[22] Senaste lydelse 2009:840.

fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

9 §[23]

Offentligt biträde *skall* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

Offentligt biträde *ska* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,

5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket *eller 9 kap. 2 a § första stycket*,

6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller

6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, eller

7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Offentligt biträde *skall* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

Offentligt biträde *ska* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

12 §[24]

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av *den regionala* smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes

[23] Senaste lydelse 2004:877.
[24] Senaste lydelse 2014:1549.

tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,

4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,

5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, eller

6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

9 kap.

Vissa bemyndiganden

När riksdagens beslut inte kan avvaktas

2 §[25]

Om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller bilaga 2 inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar *skall* tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket.

En sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt

– att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller

Om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller bilaga 2 inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar *ska* tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket.

[25] Senaste lydelse 2004:877.

– att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.	
Föreskrifter som meddelas med stöd av *denna paragraf skall* snarast underställas riksdagens prövning.	Föreskrifter som meddelas med stöd av *första stycket ska* snarast underställas riksdagens prövning.
	2 a §
	Folkhälsomyndigheten får fatta beslut om hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning under motsvarande förhållanden som i 3 kap. 8 § första eller andra stycket, 9 § första stycket eller 10 § första stycket, om det finns en överhängande risk för spridning här i landet av en smittsam sjukdom och regeringens föreskrifter enligt 9 kap. 2 § om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen inte kan avvaktas.
	Ett beslut enligt första stycket upphör att gälla om regeringen inte inom sju dagar föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen.
	2 b §
	Den regionala smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll vid inresa och karantän enligt 2 a § första stycket.

2 c §

Det som i övrigt föreskrivs om hälsokontroll vid inresa, karantän eller avspärrning i 3 kap. 8 a §, 9 § andra stycket, 10 § andra stycket, 11 § och 12 § första stycket 3 och 4 samt 8 kap. 12 § första stycket 4–6 och andra stycket ska gälla även vid beslut enligt 2 a § första stycket.

Vissa bemyndiganden

3 §[26]

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara anmälningspliktiga.

Regeringen får meddela föreskrifter om att läkemedel, undersökning, vård och behandling som förskrivaren respektive läkaren bedömer minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfria för patienten också för en annan anmälningspliktig sjukdom än de allmänfarliga. För en sådan sjukdom ska bestämmelserna i 7 kap. 1, 2, 3, 4 och 4 a §§ gälla på motsvarande sätt som för en allmänfarlig sjukdom.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

2. Bestämmelsen i 1 kap. 9 § andra stycket i den nya lydelsen tillämpas dock från och med den 1 januari 2029.

3. Den som är utsedd till smittskyddsläkare i regionen den 1 juli 2027 ska från och med detta datum anses ha utsetts till regional smittskyddsläkare.

[26] Senaste lydelse 2014:1549.

4. Beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet gäller längst till och med den 30 juni 2028. För dessa beslut gäller de äldre föreskrifterna om förhållningsregler, om inte något annat följer av punkterna 5–7.

5. Den behandlande läkaren ska så snart som möjligt under övergångsperioden ta ställning till om förhållningsregler behövs i enlighet med de nya bestämmelserna i 4 a kap. och vid behov fatta ett beslut i enlighet därmed. Den behandlande läkaren ska samtidigt upphäva det tidigare beslutet om förhållningsregler.

6. Är patienten isolerad enligt 5 kap. 1 § första stycket andra punkten på grund av att det finns grundad anledning att anta att denne inte följer de förhållningsregler som beslutats, eller finns det sådant gällande isoleringsbeslut som inte är verkställt, är det i stället den regionala smittskyddsläkaren som ska ta ställning och fatta beslut i enlighet med femte punkten. Detta ska ske senast den 10 juli 2027. Inom samma tid ska den regionala smittskyddsläkaren, om förutsättningarna för det är uppfyllda, på nytt ansöka hos förvaltningsrätten om isolering. Till dess ansökan har prövats av förvaltningsrätten gäller de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna.

7. Om ett mål i allmän förvaltningsdomstol om isolering enligt 5 kap. 1 § första stycket andra punkten inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet, ska rätten pröva förutsättningarna för isolering utifrån de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna. På motsvarande sätt och inom samma tid som föreskrivs i sjätte punkten ska dock den regionala smittskyddsläkaren ta ställning till behovet av förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna och vid behov på nytt ansöka om isolering.

1.2 Förslag till lag om ändring i miljöbalken

Härigenom föreskrivs att 9 kap. 14 § miljöbalken ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	9 kap.
	14 §[1]
Kommunen *skall* utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.	Kommunen *ska* utan dröjsmål underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

[1] Senaste lydelse 2004:169.

1.3 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs att 46 kap. 5 § och 110 kap. 24 § socialförsäkringsbalken ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
46 kap.	
5 §	
En smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av	
1. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (2006:804) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, *eller*	1. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (2006:804) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag,
	2. råd som en behandlande läkare har gett smittbäraren enligt 4 kap. 2 § smittskyddslagen med anledning av en allmänfarlig sjukdom eller en annan anmälningspliktig sjukdom för vilken kostnadsfrihet är föreskrivet enligt 9 kap. 3 § andra stycket den lagen,
2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1 och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller *har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterar otjänligt som människoföda.*	3. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1 och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller *en annan sjukdom för vilken kostnadsfrihet är föreskrivet enligt 9 kap. 3 § andra stycket smittskyddslagen, eller*
	4. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1

och som syftar till att klarlägga om han eller hon har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterar otjänligt som människoföda.

Första stycket gäller inte när det är fråga om

1. hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § smittskyddslagen, eller

2. beslut som avser avspärrning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

1. hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § *eller 9 kap. 2 a §* smittskyddslagen, eller

2. beslut som avser avspärrning enligt 3 kap. 10 § *eller 9 kap. 2 a §* smittskyddslagen.

110 kap.

24 §

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut som avses i 46 kap. 5 § första stycket 1 ska det fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på sådant förhållande som anges i 46 kap. 5 § första stycket 2 eller en ansökan om resekostnadsersättning enligt 46 kap. 20 § ska det fogas ett intyg om den företagna åtgärden.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på sådant förhållande som anges i 46 kap. 5 § första stycket 2 *eller 3* eller en ansökan om resekostnadsersättning enligt 46 kap. 20 § ska det fogas ett intyg om den företagna åtgärden.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.4 Förslag till lag om ändring i epizootilagen (1999:657)

Härigenom föreskrivs att 3 a § epizootilagen (1999:657) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 a §[1]	
En veterinär eller någon annan som i sitt yrke kommer i kontakt med djur eller produkter av djur och som har anledning att misstänka att ett fall av epizootisk sjukdom har inträffat ska skyndsamt anmäla detta till Statens jordbruksverk och länsstyrelsen. Anmälningsskyldigheten gäller även den som är ansvarig för ett laboratorium där sådan sjukdom har konstaterats eller där det finns anledning att misstänka fall av sådan sjukdom.	
Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, distriktsveterinären och den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Om det är fråga om en epizootisk sjukdom hos fisk, ska också Havs- och vattenmyndigheten underrättas, och om misstanken gäller sådan epizootisk sjukdom som kan överföras till människor även Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren.	Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, distriktsveterinären och den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Om det är fråga om en epizootisk sjukdom hos fisk, ska också Havs- och vattenmyndigheten underrättas, och om misstanken gäller sådan epizootisk sjukdom som kan överföras till människor även Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och *regionala* smittskyddsläkaren.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

[1] Senaste lydelse 2013:631.

1.5 Förslag till lag om ändring i zoonoslagen (1999:658)

Härigenom föreskrivs att 3 § zoonoslagen (1999:658) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
Om en veterinär har anledning misstänka att ett fall av zoonos har inträffat, ska han eller hon omedelbart göra en undersökning för att fastställa sjukdomens eller smittämnets art och i övrigt göra vad som är nödvändigt för att förhindra att smitta sprids. Den som har djuren i sin vård är skyldig att tåla det intrång och underkasta sig de åtgärder samt lämna den hjälp som behövs för undersökningen.	
Veterinären ska skyndsamt underrätta Statens jordbruksverk och länsstyrelsen. Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren.	Veterinären ska skyndsamt underrätta Statens jordbruksverk och länsstyrelsen. Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren.
Om ett fall av zoonos konstateras, ska länsstyrelsen skyndsamt underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, smittskyddsläkaren, den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt distriktsveterinären.	Om ett fall av zoonos konstateras, ska länsstyrelsen skyndsamt underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, *regionala* smittskyddsläkaren, den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt distriktsveterinären.
Det som sägs om veterinär i andra stycket gäller också den som är ansvarig för det laboratorium där ett fall av zoonos konstaterats.	

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

---

[1] Senaste lydelse 2013:632.

1.6 Förslag till lag om ändring i livsmedelslagen (2006:804)

Härigenom föreskrivs att 25 § livsmedelslagen (2006:804) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	25 §
Efter en underrättelse från smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel *skall* kontrollmyndigheten omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning.	Efter en underrättelse från *den regionala* smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel *ska* kontrollmyndigheten omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Härigenom föreskrivs att 8, 16 och 19 §§ lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
8 §	
Smittskyddsläkaren skall samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser.	*Den regionala smittskyddsläkaren ska* samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser.
Smittskyddsläkaren skall hjälpa kommuner och myndigheter när de utför uppgifter enligt denna lag.	*Den regionala smittskyddsläkaren ska* hjälpa kommuner och myndigheter när de utför uppgifter enligt denna lag.

16 §[1]

Innan ett fartyg anlöper första svenska hamn eller senast vid ankomsten till hamnen ska befälhavaren på fartyget lämna information om hälsotillståndet ombord till Kustbevakningen om

1. befälhavaren har anledning att anta att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa finns ombord,

2. fartyget kommer från en hamn i ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa och ankomsten sker inom inkubationstiden för en smittsam sjukdom, eller

3. det ombord på fartyget finns en person som har vistats inom ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa under sådan tid att inkubationstiden för en smittsam sjukdom inte har gått ut vid fartygets ankomst till hamnen.

När Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första stycket, ska myndigheten omedelbart underrätta smittskyddsläkaren och Folkhälsomyn-	När Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första stycket, ska myndigheten omedelbart underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren och Folk-

[1] Senaste lydelse 2024:744.

digheten om innehållet i informationen. Om informationen gäller fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten ska även försvarsinspektören för hälsa och miljö omedelbart underrättas.	hälsomyndigheten om innehållet i informationen. Om informationen gäller fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten ska även försvarsinspektören för hälsa och miljö omedelbart underrättas.

Det som sägs i första och andra styckena om fartyg och hamn ska även gälla luftfartyg respektive flygplats. Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket ska i stället fullgöras till Tullverket.

19 §[2]

Om ett fartyg eller luftfartyg vid ankomsten till landet lägger till eller landar vid någon annan plats än en karantänshamn eller en karantänsflygplats och om någon av de situationer som anges i 16 § första stycket föreligger, ska befälhavaren omedelbart lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket, Kustbevakningen, smittskyddsläkaren eller kommunen. Med undantag för om det föreligger en nödsituation, får under sådana omständigheter inga människor lämna fartyget eller luftfartyget och ingen last lossas utan tillstånd från ansvariga myndigheter.	Om ett fartyg eller luftfartyg vid ankomsten till landet lägger till eller landar vid någon annan plats än en karantänshamn eller en karantänsflygplats och om någon av de situationer som anges i 16 § första stycket föreligger, ska befälhavaren omedelbart lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket, Kustbevakningen, *regionala* smittskyddsläkaren eller kommunen. Med undantag för om det föreligger en nödsituation, får under sådana omständigheter inga människor lämna fartyget eller luftfartyget och ingen last lossas utan tillstånd från ansvariga myndigheter.

När de åtgärder som ansvariga myndigheter anser är nödvändiga har vidtagits, får fartyget eller luftfartyget fortsätta till den hamn eller flygplats som var dess destination eller till annan lämplig hamn eller flygplats.

Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket gäller inte i förhållande till Kustbevakningen.

[2] Senaste lydelse 2024:744.

Den skyldighet som befälhavare på fartyg har att lämna information enligt första stycket gäller inte i förhållande till Tullverket.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.8 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 35 kap. 20 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

35 kap.

20 §[1]

Sekretess gäller hos Polismyndigheten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till honom eller henne lider men om uppgiften röjs och uppgiften hänför sig till

1. verksamhet som enbart innefattar hjälp eller annat bistånd åt enskild,

2. ärende om omhändertagande eller handräckning enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård eller om vård av missbrukare utan samtycke inom socialtjänsten,

3. ärende om handräckning enligt

a) lagstiftningen om omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, vård av unga utan samtycke inom socialtjänsten eller insatser för barn i form av skyddat boende med samtycke för endast en av vårdnadshavarna, eller

b) lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård,

4. ärende som avses i 21 kap. föräldrabalken,

5. verksamhet som innefattar handräckning enligt smittskyddslagstiftningen eller annat bistånd åt smittskyddsläkare, eller	5. verksamhet som innefattar handräckning enligt smittskyddslagstiftningen eller annat bistånd åt *regionala* smittskyddsläkare, eller

6. verksamhet som syftar till att upprätthålla ett utreseförbud enligt 31 a eller 31 d § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

[1] Senaste lydelse 2024:273.

1.9 Förslag till lag om ändring i lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 §	
Vid extraordinära händelser i fredstid får en huvudman besluta att en förskoleenhet, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet enligt skollagen (2010:800) ska stängas tillfälligt	
1. om huvudmannen bedömer att en så stor andel av personalen vid verksamheten är frånvarande med anledning av en sådan samhällsfarlig sjukdom som finns angiven i bilaga 2 till smittskyddslagen (2004:168) eller i förordning som meddelats med stöd av 9 kap. 2 § samma lag att det under viss tid inte går att bedriva verksamheten,	
2. efter samråd med *smittskyddsläkare* som en åtgärd för att motverka spridning av en sådan sjukdom,	2. efter samråd med *den regionala smittskyddsläkaren* som en åtgärd för att motverka spridning av en sådan sjukdom,
3. om verksamheten bedrivs i ett område som Folkhälsomyndigheten har beslutat ska vara avspärrat enligt smittskyddslagen, eller	
4. med anledning av en rekommendation från Folkhälsomyndigheten som berör skolområdet.	
Huvudmannen ska dock, trots ett beslut enligt första stycket, enligt föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar, erbjuda	
1. förskola för barn som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver sådant särskilt stöd i sin utveckling som endast kan erbjudas i förskola,	
2. fritidshem för elever som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver sådant särskilt stöd i sin utveckling som endast kan erbjudas i fritidshem, eller	

3. förskola, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. skollagen för barn eller elever som har en vårdnadshavare som deltar i samhällsviktig verksamhet.

Föreskrifter som avses i andra stycket får innebära lättnader för huvudmannen i förhållande till kraven på utbildningen i skollagen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.10 Förslag till förordning om ändring i smittskyddsförordningen (2004:255)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddsförordningen (2004:255)

dels att 3, 8 och 9 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas fyra nya paragrafer, 6 a–6 c och 7 h §§, och närmast före 6 a § och 7 h § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 §
En anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) *skall* göras skriftligen senast dagen efter den dag då den som är skyldig att göra anmälan	En anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) *ska* göras skriftligen senast dagen efter den dag då den som är skyldig att göra anmälan
– misstänkt eller konstaterat fall av smittsam sjukdom, eller	
– misstänkt eller funnit smittämne av sådan sjukdom vid analys i ett laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik.	
Om den som är skyldig att göra anmälan misstänker att flera patienter har smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom *skall* denne, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.	Om den som är skyldig att göra anmälan misstänker att flera patienter har smittats av samma anmälningspliktiga sjukdom *ska* denne, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om detta.
	Klassificering av smittsamma sjukdomar
	6 a §
	Folkhälsomyndigheten ska fortlöpande följa och bedöma om förteckningarna över allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar i bilaga 1 och 2 till smittskyddslagen (2004:168), förteckningen över anmälningspliktiga sjukdomar i bi-

laga 1 och myndighetens förteckning över smittspårningspliktiga sjukdomar, är ändamålsenliga och om det finns andra smittsamma sjukdomar som bör anges i förteckningarna.

Folkhälsomyndigheten ska i samband med detta också överväga om det finns andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga som bör omfattas av kostnadsfrihet för patienten för läkemedel, undersökning, vård och behandling som bedöms minska risken för smittspridning.

6 b §

Folkhälsomyndigheten ska årligen den 1 oktober lämna en rapport om översynen enligt 6 a § till regeringen.

Om myndigheten finner att förteckningarna behöver ändras eller att andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga bör omfattas av kostnadsfrihet för patienten, ska myndigheten lämna sådana förslag.

6 c §

Innan Folkhälsomyndigheten rapporterar till regeringen enligt vad som föreskrivs i 6 b §, ska myndigheten höra andra myndigheter, regioner och organisationer som Folkhälsomyndigheten bestämmer.

	Innehållet i beslut om förhållningsregler
	7 h §
	Beslut enligt 4 a kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168) ska förutom de individuellt utformade förhållningsreglerna innehålla en motivering och en upplysning om bestämmelserna i 4 a kap. 5 och 6 §§ smittskyddslagen (2004:168) om ändring, upphörande och regelbundna överväganden av beslutet.
	Beslutet ska också innehålla information om patientens möjlighet att få beslutet omprövat av den regionala smittskyddsläkaren enligt 4 kap. 7 § smittskyddslagen och om möjligheten att överklaga smittskyddsläkarens beslut enligt 8 kap. 1 § samma lag.
	8 §
Om en behandlande läkare har anledning att anta att en person har smittats av en allmänfarlig sjukdom, *skall* läkaren på ett lämpligt sätt underrätta personen om hans eller hennes skyldighet att söka läkare för undersökning. Om den underrättade personen låter sig undersökas av någon annan läkare än den som har underrättat honom eller henne, *skall* personen snarast visa för den underrättande läkaren att han eller hon har blivit undersökt och meddela denne resultatet av undersökningen.	Om en behandlande läkare har anledning att anta att en person har smittats av en allmänfarlig sjukdom, *ska* läkaren på ett lämpligt sätt underrätta personen om hans eller hennes skyldighet att söka läkare för undersökning. Om den underrättade personen låter sig undersökas av någon annan läkare än den som har underrättat honom eller henne, *ska* personen snarast visa för den underrättande läkaren att han eller hon har blivit undersökt och meddela denne resultatet av undersökningen.

Om den behandlande läkaren inte omgående kan nå personen med en underrättelse *skall* läkaren omedelbart underrätta smittskyddsläkaren enligt 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168).	Om den behandlande läkaren inte omgående kan nå personen med en underrättelse *ska* läkaren omedelbart underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren enligt 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168).
9 §[1]	
Om en smittskyddsläkare i ett ärende har underrättat socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården enligt 6 kap. 11 § smittskyddslagen (2004:168), ska smittskyddsläkaren om han eller hon har lämnat över ärendet till en annan smittskyddsläkare meddela berörd myndighet *till vilken smittskyddsläkare ärendet har lämnats.*	*Efter en underrättelse till* socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården enligt 6 kap. 11 § smittskyddslagen (2004:168) ska *den regionala* smittskyddsläkaren, om han eller hon har lämnat över ärendet till en annan smittskyddsläkare, meddela berörd myndighet *detta.*

1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.
2. Bestämmelserna i 6 b § tillämpas första gången år 2029.

[1] Senaste lydelse 2014:1295.

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs att 14 § förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

14 §[1]

Regionen ska till läkaren betala ut skillnaden mellan det arvode som följer av bestämmelserna i denna förordning och den patientavgift som läkaren fått ta ut.

Arvodet betalas dock helt genom läkarvårdsersättning

1. för provtagning i syfte att ta reda på om en allmänfarlig sjukdom *enligt* smittskyddslagen (2004:168) *föreligger* och för undersökning i samband med provtagningen,	1. för provtagning i syfte att ta reda på om en allmänfarlig *eller annan smittsam* sjukdom *föreligger för vilken 7 kap. 2 §* smittskyddslagen (2004:168) *om kostnadsfrihet för patienten gäller* och för undersökning i samband med provtagningen,

2. om patienten enligt 24 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning är befriad från att betala patientavgift,

3. för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering,

4. för läkarens resekostnader enligt 12 §,

5. för sjukvård som avses i 2 § andra stycket 5 förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

[1] Senaste lydelse 2019:1019.

1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2005:422) om övervakning av zoonoser och zoonotiska smittämnen hos djur och i livsmedel

Härigenom föreskrivs att 2 § förordningen (2005:422) om övervakning av zoonoser och zoonotiska smittämnen hos djur och i livsmedel ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[1]	
Statens jordbruksverk, Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt och kommunerna är behöriga myndigheter enligt artikel 3.2 i zoonosdirektivet och enligt artikel 3.1 i zoonosförordningen.	
Myndigheterna ska i den utsträckning som behövs samråda med varandra samt med Folkhälsomyndigheten och andra berörda myndigheter och organisationer.	
Vid fall som rör smittspridning till människor ska myndigheterna utöver vad som sägs i andra stycket samråda med smittskyddsläkaren.	Vid fall som rör smittspridning till människor ska myndigheterna utöver vad som sägs i andra stycket samråda med *den regionala* smittskyddsläkaren.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

[1] Senaste lydelse 2015:160.

1.13 Förslag till förordning om ändring i livsmedelsförordningen (2006:813)

Härigenom föreskrivs att 39 § livsmedelsförordningen (2006:813) ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
39 §[1]	
Om det behövs från allmän hälsosynpunkt och om Livsmedelsverket begär det ska en livsmedelsföretagare och innehavaren av eller föreståndaren för ett laboratorium anmäla när sjukdomsalstrande bakterier eller främmande ämnen har iakttagits vid undersökning av livsmedel och andra kontrollprov. Sådan anmälan ska göras till Livsmedelsverket och Folkhälsomyndigheten.	
En läkare eller veterinär som har grundad anledning att anta att matförgiftning orsakats av att livsmedel vid yrkesmässig verksamhet förorenats av sjukdomsalstrande bakterier eller något främmande ämne ska anmäla detta till länsstyrelsen, smittskyddsläkaren eller den kontrollmyndighet som utövar kontroll enligt livsmedelslagen (2006:804).	En läkare eller veterinär som har grundad anledning att anta att matförgiftning orsakats av att livsmedel vid yrkesmässig verksamhet förorenats av sjukdomsalstrande bakterier eller något främmande ämne ska anmäla detta till länsstyrelsen, *regionala* smittskyddsläkaren eller den kontrollmyndighet som utövar kontroll enligt livsmedelslagen (2006:804).
En läkare som har grundad anledning att anta att en person som i en yrkesmässig livsmedelsverksamhet handhar oförpackade livsmedel har sjukdom, smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel icke säkra som livsmedel ska anmäla detta till den kontrollmyndighet som utövar kontroll över den aktuella verksamheten samt till smittskyddsläkaren. Anmälan ska innehålla	En läkare som har grundad anledning att anta att en person som i en yrkesmässig livsmedelsverksamhet handhar oförpackade livsmedel har sjukdom, smitta, sår eller annan skada som kan göra livsmedel icke säkra som livsmedel ska anmäla detta till den kontrollmyndighet som utövar kontroll över den aktuella verksamheten samt till *den regionala* smittskyddsläkaren. Anmälan ska

[1] Senaste lydelse 2013:903.

uppgift om personens namn och arbetsplats. Kontrollmyndigheten ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.	innehålla uppgift om personens namn och arbetsplats. Kontrollmyndigheten ska utan dröjsmål underrätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Härigenom föreskrivs att 2 § förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §	
I 7 kap. 3 § 4 smittskyddslagen (2004:168) finns bestämmelser om kostnadsfrihet för undersökning, vård och behandling som en läkare bedömer minska risken för smittspridning av en allmänfarlig sjukdom samt läkemedel mot *en sådan sjukdom*.	I 7 kap. 3 § 4 smittskyddslagen (2004:168) finns bestämmelser om kostnadsfrihet för undersökning, vård och behandling som en läkare bedömer minska risken för smittspridning av en allmänfarlig sjukdom *och vissa andra sjukdomar* samt läkemedel mot *sådana sjukdomar*.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

1.15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

Härigenom föreskrivs att det i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska införas en ny paragraf, 20 a §, med följande lydelse.

20 a §

Myndigheten ska ansvara för nationell samordning av arbetet med vårdhygien som rör människor. Inom ramen för sitt samordnande ansvar ska myndigheten bidra till en god och likvärdig vårdhygien över landet genom att vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till berörda aktörer.

Förhållandena inom den kommunala hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen ska särskilt uppmärksammas.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

2 En ny inriktning för smittskyddet

Vår utredning tillsattes som en följd av covid-19-pandemin. I april 2025 överlämnade vi delbetänkandet *Stärkt pandemiberedskap* (SOU 2025:48) till regeringen, med förslag till en ny lag som ger verktyg att genom samhällsinriktade smittskyddsåtgärder minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom, och med syftet att samtidigt värna grundläggande fri- och rättigheter. Därutöver lämnade vi bl.a. förslag som ska möjliggöra storskalig testning och smittspårning och presenterade ett underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier. I detta slutbetänkande redovisar vi ytterligare uppdrag som var en följd av covid-19-pandemin. I övrigt har slutbetänkandet ett annat fokus och handlar till stor del om enskildas skyldigheter enligt smittskyddslagen. Särskild tonvikt läggs i direktiven vid hivinfektion, en sjukdom som påverkat vårt land och övriga världen sedan den upptäcktes under det tidiga 1980-talet. Vi ska också undersöka möjligheterna att ta bort anmälan med så kallad rikskod, ett slags integritetsskydd genom pseudonymisering av personuppgifter vid anmälan av vissa sexuellt överförbara sjukdomar.

Vi inleder detta kapitel med en kortfattad och översiktlig beskrivning av smittskyddslagen (avsnitt 2.1). För en mer fördjupad och samlad beskrivning också av närliggande lagstiftning hänvisas till delbetänkandets kapitel 3.[1] Härefter ger vi vår syn på vilka större förändringar som behövs inom samhällets smittskydd. Vi anser att det sammantaget går att tala om att våra förslag innebär en ny inriktning (avsnitt 2.2). I avsnitt 2.3 beskriver vi närmare hur utredningsarbetet har bedrivits. I avsnitt 2.4 redogörs kort för de av våra förslag från delbetänkandet som berör slutbetänkandet. I avsnitt 2.5 beskrivs resten av betänkandets disposition.

[1] SOU 2025:48 s. 97–161.

2.1 Smittskyddslagen

Lagens utgångspunkter

Smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, trädde i kraft den 1 juli 2004. I lagens första bestämmelse anges att samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 1 §). Lagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor (1 kap. 2 §). Smittskyddslagen innehåller bl.a. skyldigheter för enskilda och förutsättningar för ingripande med tvång i vissa undantagsfall. Smittskyddslagen kan sägas ge uttryck för synen att enskilda måste vara beredda att acceptera vissa intrång i sin integritet när det krävs för att skydda andra människor från smitta. Den nuvarande lagen betonar dock, tydligare än äldre smittskyddslagstiftning, att smittskyddsarbetet ska baseras på en humanistisk människosyn och att tyngdpunkten ska ligga på det frivilliga och förebyggande arbetet.[2]

Smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa (1 kap. 4 § första stycket). Att en åtgärd inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa är ett uttryck för proportionalitetsprincipen. Det innebär att varje enskild åtgärd ska vara motiverad av ett klart epidemiologiskt behov. Det behovet ser olika ut för olika sjukdomar och kan även växla beroende på hur den epidemiologiska situationen för sjukdomen ser ut.[3] Vidare ska åtgärderna vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. När åtgärder rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds (1 kap. 4 § andra–fjärde styckena).

[2] Prop. 2003/04:30 s. 83 och 84.
[3] Prop. 2003/04:30 s. 84 och 211.

Hur smittskyddet är organiserat

Regionen och smittskyddsläkaren

Varje region ansvarar enligt 1 kap. 8 § för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område. Vad som sägs om regioner i smittskyddslagen gäller också kommuner som inte ingår i en region (1 kap. 8 §). Detta gäller Gotlands kommun.[4] I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare. Denne utses av den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen. I frågor som inte gäller myndighetsutövning ska smittskyddsläkaren verka under nämnden. Motsatsvis är smittskyddsläkaren självständig inom ramen för sin myndighetsutövning. Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter enligt lagen (1 kap. 9 §).

Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 §). Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 §). I 6 kap. 2 § finns en katalog av uppgifter som ankommer på smittskyddsläkaren. Av uppräkningen följer att smittskyddsläkaren har i uppgift att följa smittskyddsläget i området och på olika sätt stödja allmänheten inklusive grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, hälso- och sjukvårdspersonal inklusive behandlande läkare, och vårdgivare att förebygga smittspridning. Andra uppgifter för smittskyddsläkaren avser att vidta åtgärder efter anmälan från t.ex. behandlande läkare (6 kap. 3 och 4 §§) övertagande av smittspårningsärenden (3 kap. 5 §) och överprövning av förhållningsregler (4 kap. 3 §).

Smittskyddsläkaren har även centrala uppgifter gällande flera av de mer ingripande åtgärder som smittskyddslagen medger; tvångsundersökning, isolering, tillfällig isolering, hälsokontroll på platsen för inresan och karantän.

[4] Prop. 2018/19:162 s. 454.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 §).

Folkhälsomyndigheten får under vissa omständigheter besluta om de extraordinära smittskyddsåtgärderna hälsokontroll på platsen för inresan och avspärrning (se vidare avsnitt 2.1.3). Myndigheten har bemyndiganden att meddela föreskrifter bl.a. om den anmälningsplikt som finns för vissa smittsamma sjukdomar och om ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd och till skydd för enskilda. Detta följer av 5 och 12 §§ smittskyddsförordningen (2004:255), förkortad SmF. Bestämmelser om myndighetens uppgifter inom smittskyddet finns också i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Behandlande läkare

Den läkare som har det omedelbara medicinska ansvaret för en patient benämns behandlande läkare. Misstänker någon att han eller hon smittats av en smittsam sjukdom och uppsöker läkare för undersökning blir alltså den läkaren automatiskt patientens behandlande läkare.[5] Behandlande läkare har en rad uppgifter. Till de centrala uppgifterna hör läkarundersökning inklusive behövlig provtagning för att konstatera om smittsamhet föreligger (3 kap. 1 §), anmälan av sjukdomsfall (2 kap. 5 §), smittspårning (3 kap. 4 §) och beslut om förhållningsregler (4 kap. 2 §). Smittspårning ankommer som utgångspunkt på behandlande läkare men får dels delegeras till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften, dels under vissa förutsättningar övertas av smittskyddsläkaren, som i sin tur också kan lämna över uppgiften till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet (3 kap. 4 och 5 §§).

[5] Prop. 2003/04:30 s. 220.

Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering

Fem kategorier av smittsamma sjukdomar

Smittskyddslagens systematik skiljer på smittsamma, anmälningspliktiga, smittspårningspliktiga, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar (1 kap. 3 §).

Med *smittsam sjukdom* avses en sjukdom som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket). Förkylningssjukdomar, endagsdiarréer och liknande enkla och vanligen förekommande sjukdomar omfattas därmed inte.[6] Var och en har ett ansvar att genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar (2 kap. 1 §). Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom har ytterligare skyldigheter – nämligen att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta, den s.k. skyddsplikten (2 kap. 2 § första stycket). Den som vet eller misstänker sig vara smittad kan få vägledning i de medicinska och praktiska råd som behandlande läkare ska ge patienter enligt 4 kap. 1 § och de förhållningsregler som ska ges enligt 4 kap. 2 § vid allmänfarlig sjukdom.

Misstänkta eller konstaterade fall av *anmälningspliktiga sjukdomar* ska anmälas av behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik, den som är ansvarig för sådant laboratorium och läkare som utför obduktion. Behandlande läkare ska även anmäla annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. Anmälan görs till smittskyddsläkaren i regionen och Folkhälsomyndigheten (2 kap. 5 §).

För *smittspårningspliktiga sjukdomar* gäller, för den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en sådan sjukdom, en skyldighet att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som krävs (3 kap. 1 §). Den behandlande läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften ska försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Patienten är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår. Den som ansvarar för smittspårningen ska se till

[6] Prop. 2003/04:30 s. 208.

att andra personer som misstänks kan ha smittats underrättas om detta och uppmana den eller dessa att uppsöka läkare (3 kap. 4 §).

Med *allmänfarliga sjukdomar* avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 § andra stycket). Allmänfarliga sjukdomar är alltid anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Samtliga bestämmelser som gäller anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga sjukdomar gäller således för allmänfarliga sjukdomar. Vid smittspårning av en allmänfarlig sjukdom gäller en skyldighet för den som ansvarar för smittspårningen att anmäla till smittskyddsläkaren om en person som underrättats om en misstanke om att hon eller han kan ha smittats inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare (3 kap. 6 §).

Därtill gäller informationsplikt för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom (2 kap. 2 § andra stycket). Informationsplikten innebär en skyldighet för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom att lämna information om smittan till andra som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. Beaktansvärd risk är en risk som inte är alltför obetydlig. När en sådan risk föreligger och informationsplikten därmed gäller beror på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar.[7]

Den behandlande läkaren ska besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse sådana moment som anges i lagen; det kan exempelvis handla om inskränkningar i arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet, förbud mot att donera blod och organ eller en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner (4 kap. 2 §). Om patienten begär det ska smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra förhållningsreglerna (4 kap. 3 §). Smittskyddsläkarens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § första stycket första punkten).

Under vissa förutsättningar kan tvångsåtgärder, såsom tvångsundersökning (3 kap. 2 §) och isolering (5 kap. 1 och 3 §), vidtas mot personer som är smittade eller misstänkt smittade av en allmänfarlig sjukdom. Allmän förvaltningsdomstol beslutar om tvångs-

[7] Prop. 2003/04:30 s. 214.

undersökning och isolering enligt 5 kap. 1 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren beslutar om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §. Ett sådant beslut upphör att gälla om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten.

Samhällsfarliga sjukdomar är allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder (1 kap. 3 § tredje stycket). Samtliga bestämmelser som gäller för allmänfarliga sjukdomar gäller alltså också för samhällsfarliga sjukdomar. I förarbetena nämns som exempel på en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner att sjukhusens vårdplatser tas upp av smittade personer med följden att andra som behöver vård riskerar att bli utan vårdplats eller att andra viktiga samhällsfunktioner störs på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.[8]

De extraordinära smittskyddsåtgärderna är förbehållna samhällsfarliga sjukdomar. För sådana sjukdomar får smittskyddsläkaren besluta om hälsokontroll på platsen för inresan för den som misstänks ha smittats och för andra som anländer med samma transportmedel (3 kap. 8 § första stycket). Smittskyddsläkaren kan också besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom ska hållas i karantän (3 kap. 9 §). Folkhälsomyndigheten kan besluta att personer som anländer från ett visst geografiskt område där ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom skett ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 § andra stycket). Folkhälsomyndigheten kan också besluta att ett visst område ska vara avspärrat om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning där (3 kap. 10 §).

Klassificeringen

Vilka sjukdomar som är klassificerade som allmänfarliga respektive samhällsfarliga anges i bilaga 1 respektive 2 till smittskyddslagen (1 kap. 3 § femte stycket). För att klassificera en sjukdom som allmänfarlig respektive samhällsfarlig krävs alltså att sjukdomen förs in i respektive bilaga, vilket görs genom en lagändring. Detsamma gäller om en sjukdom ska tas bort från bilagan och inte längre ska

[8] Prop. 2003/04:158 s. 103.

vara klassificerad. För närvarande anges i bilaga 1 ett trettiotal sjukdomar som allmänfarliga och i bilaga 2 anges fyra sjukdomar som samhällsfarliga.

Om riksdagens beslut att föra in en sjukdom i någon av bilagorna inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket. Detta följer av 9 kap. 2 § första stycket. Denna möjlighet för regeringen innebär således ett snabbförfarande för klassificering av sjukdomar. Förfarandet får endast tillämpas om det vid smittskyddslagens ikraftträdande inte var känt att den aktuella sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet. När föreskrifter meddelas med stöd av detta förfarande ska de snarast underställas riksdagens prövning (9 kap. 2 § andra och tredje stycket).

Regeringen får besluta vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara anmälningspliktiga. Detta görs genom att regeringen för in sjukdomen i bilaga 1 till smittskyddsförordningen (9 kap. 3 § första stycket SmL och 2 § SmF). För närvarande är förutom de allmänfarliga sjukdomarna ett drygt trettiotal sjukdomar angivna som anmälningspliktiga.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga (9 kap. 3 § andra stycket). Genom 7 § SmF har regeringen bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om vilka av de anmälningspliktiga sjukdomarna i smittskyddsförordningens bilaga 1 som ska vara smittspårningspliktiga. Dessa sjukdomar, för närvarande 18 stycken, anges i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:10) om smittspårningspliktiga sjukdomar.

Övriga bestämmelser

Bestämmelser om kostnadsfrihet för patienten gällande läkemedel, undersökning, vård, behandling och vaccinationer finns i 7 kap. Där framgår också att hälsokontroll vid platsen för inresa är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen.

I 8 kap. finns bestämmelser om bl.a. överklagande av vissa beslut, handläggningen i domstol och biträde av Polismyndigheten vid vissa åtgärder.

I 9 kap. 1 § finns bestämmelser om tillsyn. Smittskyddet står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Smittskyddet inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk står dock under tillsyn av försvarsinspektören för hälsa och miljö.[9]

Bemyndiganden att meddela föreskrifter finns i 2 kap. 7 § och 9 kap.

Smittskyddsförordningen

I smittskyddsförordningen finns kompletterande bestämmelser till smittskyddslagen. Som beskrivs ovan anges i bilaga 1 till förordningen de smittsamma sjukdomar som utöver de allmänfarliga sjukdomarna ska vara anmälningspliktiga.

I 4 § har regeringen föreskrivit att för fyra anmälningspliktiga sjukdomar med huvudsaklig sexuell smittväg ska vissa uppgifter om den enskildes identitet och uppgift om den sannolika smittkällan inte lämnas i anmälan. I stället ska en så kallad rikskod användas. Sjukdomarna anges i bilaga 2 till förordningen och är gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis. Dessa sjukdomar är samtliga också angivna som allmänfarliga i smittskyddslagens bilaga 1.

I förordningen finns också bl.a. ett flertal bemyndiganden till Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter.

[9] Se också förordningen (2017:799) om försvarsinspektören för hälsa och miljös tillsyn över hälso- och sjukvården, tandvården och smittskyddet.

2.2 En ny inriktning

Utredningen har inte haft i uppdrag att föreslå en ny smittskyddslag. Det innebär bl.a. att vi inte har haft i uppdrag att föreslå ändringar i de, för den enskilde, mest ingripande åtgärderna i smittskyddslagen, däribland tvångsprovtagning och isolering. Vi har därför genomfört vårt uppdrag med utgångspunkten att den grundläggande strukturen i lagen ska finnas kvar.

De förslag som vi lämnar inom ramen för direktiven innebär dock sammantaget sådana förändringar att det enligt vår uppfattning är rimligt att tala om en ny inriktning för smittskyddet. Vi utvecklar detta i det följande.

Ett större fokus på frivillighet

I det betänkande som låg till grund för den nuvarande smittskyddslagen konstaterade 1996 års Smittskyddskommitté att smittskyddslagstiftningen ger upphov till vissa principiella konflikter mellan samhällets intresse av ett effektivt smittskydd och individens anspråk på skydd mot ingrepp i den personliga friheten.[10]

Något enhetligt svar på hur sådana konflikter ska lösas ger inte kommittén, utan menar att avgörandet måste bygga på en avvägning mellan de olika intressen, samhälleliga och individanknutna, som i varje särskilt fall står mot varandra. Dessa avvägningar rymmer både politiska, etiska och rättsliga aspekter och är i princip en uppgift för lagstiftaren. Kommittén framhåller dock att stora och betydelsefulla delar av de epidemiologiskt inriktade insatserna inom smittskyddet kan genomföras utan någon konflikt med motstående enskilda intressen, och att detsamma gäller i fråga om de viktiga förebyggande insatserna mot smittsamma sjukdomar. Det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillighetens väg och möjligheterna till tvångsåtgärder spelar i praktiken inte någon framträdande roll. Kommittén anser att dessa förhållanden måste återspeglas i de överväganden som görs beträffande eventuella möjligheter till ingripanden mot den enskildes vilja. Kommittén betonar att oavsett vilka avgöranden man gör beträffande ingripanden med tvång måste tyngd-

[10] SOU 1999:51 s. 355–362.

punkten i smittskyddsarbetet ligga på det frivilliga förebyggande arbetet.

Kommittén ställer vidare frågan om intresset av smittskydd är så starkt att det generellt rättfärdigar intrång i enskildas mest grundläggande rättigheter, såsom den personliga friheten. Kommittén konstaterar att det är lätt att svara ett alltför förbehållslöst ja på denna fråga. Kommittén framhåller att en smittskyddslag måste förutsättas ge erforderliga handlingsmöjligheter i åtminstone nödsituationer och att skyddet mot smittsamma sjukdomar i och för sig kan vara ett sådant intresse som kan rättfärdiga bl.a. frihetsinskränkningar. Samtidigt lyfter kommittén fram att det är självklart att intresset av ett effektivt smittskydd inte berättigar till vilka ingrepp som helst i den enskildes frihet eller integritet. Samhällsintresset måste här som i många andra fall vägas mot individens berättigade krav på skydd mot allt för långtgående ingrepp i den privata sfären. Ingreppet måste från olika synpunkter anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Vilka avvägningar som, mot bakgrund av empiriska kunskaper om de olika sjukdomarna och effekter av olika åtgärder, således ska göras hänger samman med vilken grundläggande syn på människan man ansluter sig till och vilka etiska principer som man anser ska ha betydelse för bedömningen.

Utredningen ansluter sig till kommitténs uttalanden. Redan i delbetänkandet berörde vi frågan om smittskyddslagens utgångspunkter, och skrev bl.a. följande.

> Det svenska smittskyddet betonar sedan smittskyddslagens tillkomst, tydligare än tidigare, det frivilliga förebyggande arbetet samt det ansvar som var och en har för att förhindra smittspridning. Det är utredningens uppfattning att den ordningen fortsatt ska gälla. […] Den absoluta majoriteten av de individer som berörs medverkar frivilligt till att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas, inte minst av det enkla skälet att smittskyddsåtgärderna samtidigt ofta innebär behandling av den smittsamma sjukdomen i fråga. Behövliga smittskyddsåtgärder sammanfaller med andra ord med behövliga sjukvårdsåtgärder. Smittskyddslagen medger att vissa åtgärder får vidtas mot den enskildes vilja, dvs. med tvång. Det är dock sällsynt att denna möjlighet behöver utnyttjas.[11]

Vi skrev också att reglering inte är ett självändamål och att tvingande smittskyddsåtgärder under en pandemi endast bör användas om fri-

[11] SOU 2025:48 s. 84 och 85.

villiga åtgärder eller beteendeförändringar bedöms vara eller bli otillräckliga.[12]

Utredningen vidhåller denna grundläggande inställning. Mot bakgrund av vad vi funnit under arbetet med slutbetänkandet anser vi att det finns skäl att ta ytterligare steg i den riktningen.

Vi kan konstatera att mycket av smittskyddsarbetet redan i dag handlar om frivillig medverkan och att man t.ex. genom en förtroendefull relation mellan patient och läkare uppnår ett visst beteende för att minska risken för smittspridning. Även smittskyddsläkarna arbetar, trots sina befogenheter att under vissa omständigheter ansöka eller besluta om mycket ingripande åtgärder, till största del förebyggande och med frivillighet. I kontakterna med enskilda som anmälts till smittskyddsläkaren av behandlande läkare handlar det för smittskyddsläkaren inte sällan om att förmå den enskilde att förstå behovet av en viss åtgärd. Tvång aktualiseras bara undantagsvis.[13]

Vi menar dock att det finns utrymme att göra förändringar som ger frivilliglinjen ett ännu tydligare genomslag. Ett exempel är att förhållningsregler enligt nuvarande reglering alltid ska meddelas vid allmänfarlig sjukdom. Som vi ska se innebär detta, tillsammans med hur tillämpningen utvecklats, en ordning som vi anser brister i rättssäkerhet och inte är ändamålsenlig. Det är bl.a. mot denna bakgrund som vi föreslår flera ändringar i bestämmelserna om den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning. Utgångspunkten ska vara att den enskilde, oavsett om det rör sig om en allmänfarlig sjukdom eller en lindrigare åkomma, baserat på adekvata råd från sin läkare självmant vidtar de åtgärder som krävs för att inte föra smittan vidare. Förhållningsregler ska kunna beslutas enbart när medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde.

Även förslagen om utökad kostnadsfrihet (se nedan) kan sägas syfta till att främja frivillighet genom att undanröja hinder för provtagning och deltagande i smittspårning.

[12] SOU 2025:48 s. 86.

[13] Enligt en sammanställning som Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) gjorde hade de 21 smittskyddsläkarna under en 18-årsperiod mellan lagens ikraftträdande den 1 juli 2004 och sommaren 2022 ansökt om eller beslutat om totalt 543 tvångsåtgärder (ansökan om tvångsundersökning, ansökan om isolering, beslut om tillfällig isolering), vilket motsvarar cirka 30 fall om året totalt i landet. Antalet tvångsåtgärder som faktiskt verkställdes var lägre än så, bl.a. eftersom individer i en del av fallen självmant låtit sig provtas innan beslutet hunnit verkställas.

Ett ökat gemensamt ansvarstagande

Informationsplikten tillkom under hivepidemins inledning under 1980-talet. Den gällde inledningsvis enbart vid hiv men omfattar sedan 2004 vid beaktansvärd risk alla allmänfarliga sjukdomar och följer direkt av bestämmelsen i 2 kap. 2 § andra stycket SmL. En informationsskyldighet kan också ges i form av förhållningsregler och då gälla gentemot sexualpartner, vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp.

För hiv innebär nuvarande riktlinjer att den behandlande läkaren ska ta bort, eller inte meddela, förhållningsregler som innebär informationsskyldighet vid sex för personer som har en välinställd behandling och som därmed inte kan överföra viruset i samband med sex.

År 2020 riktade riksdagen ett tillkännagivande till regeringen om informationsplikten vid hiv. I september 2024 fick denna utredning ett tilläggsdirektiv i frågan. Vi gör i betänkandet bedömningen att informationsplikten vid sexuella kontakter inte är ändamålsenlig för hiv.

Vi föreslår också att informationsplikten i 2 kap. 2 § andra stycket SmL ska tas bort. En skyldighet att informera ska fortfarande kunna ges som en förhållningsregel vid allmänfarlig sjukdom, men enbart i sådana situationer då det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken med ett anpassat beteende. Liksom för övriga förhållningsregler ska sådana förhållningsregler meddelas endast om medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med patienten. I sexuella situationer är det enligt utredningens uppfattning alltid möjligt och tillräckligt att minimera risken för smittspridning med ett anpassat beteende.

Utredningen eftersträvar ett mer ändamålsenligt och rättssäkert smittskydd. Detta bedömer vi bäst uppnås genom ökat fokus på individers frivillighet och gemensamma ansvarstagande för smittskyddsåtgärder. De föreslagna förändringarna syftar till bättre förutsättningar för en förtroendefull relation mellan behandlande läkare och patient, och till att personer i allmänhet tar ett ökat ansvar för att inte smitta andra och för att själva inte smittas av allvarliga sjukdomar. Den perspektivförskjutning vi eftersträvar med förslagen bedömer vi kommer att vara till gagn för samhällets smittskydd.

En flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar

Smittskyddslagens systematik innebär att ett antal smittsamma sjukdomar anges i författning och delas in i samhällsfarliga, allmänfarliga, smittspårningspliktiga och anmälningspliktiga sjukdomar. Till de olika kategorierna knyts bl.a. smittskyddsåtgärder, enskildas skyldigheter och kostnadsfrihet för den enskilde beträffande undersökning, vård, behandling och läkemedel. Som utgångspunkt gäller samma reglering för de sjukdomar som tillhör samma kategori, t.ex. att extraordinära smittskyddsåtgärder enbart får vidtas för samhällsfarliga sjukdomar och att möjlighet till användning av tvångsåtgärder är begränsat till de allmänfarliga sjukdomarna.

Kostnadsfri testning, behandling och läkemedel kan sänka trösklarna för enskilda att söka vård vid misstanke om en smittsam sjukdom. Enligt utredningens uppfattning är kostnadsfrihet därför något som många gånger kan vara betydelsefullt, inte enbart för patienten, utan även för samhällets smittskydd.

Kostnadsfriheten är i dag förbehållen allmänfarliga sjukdomar. Den kan dock vara betydelsefull för att begränsa spridning även av andra smittsamma sjukdomar, t.ex. sådana som är klassificerade som smittspårningspliktiga. Vi anser att smittskyddsarbetet ännu tydligare än i dag bör fokusera på att undanröja hinder mot att enskilda söker vård för smittsamma sjukdomar. Vi föreslår därför att även sjukdomar som inte är allmänfarliga ska kunna förenas med kostnadsfrihet för den enskilde patienten. En sådan ordning kan också öppna för en mer flexibel och ändamålsenlig klassificering av sjukdomar.

För att vidare möjliggöra en större flexibilitet i hur sjukdomarna är klassificerade utan att smittspårningen blir lidande, föreslår vi att smittskyddsläkarens uppgifter vid smittspårningspliktiga sjukdomar förstärks.

Våra förslag innebär sammantaget att en sjukdom framöver inte måste vara klassificerad som allmänfarlig för att kostnadsfrihet ska kunna gälla och smittspårning kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

En smittskyddsreglering med stärkt fokus på beredskap

I delbetänkandet har vi lämnat en rad förslag för att stärka beredskapen inför framtida pandemier, bl.a. en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder, beredskap för storskalig testning och smittspårning samt undantagsmöjligheter från vissa av smittskyddslagens ordinarie bestämmelser i händelse av omfattande smittspridning. I detta slutbetänkande lämnar vi ytterligare förslag som syftar till att stärka beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande eller på annat sätt allvarlig smittspridning och som kompletterar delbetänkandets förslag. Det handlar om vilka åtgärder som ska vara möjliga att vidta innan ett smittämne har klassificerats enligt smittskyddslagen, förslag om ett nationellt ansvar för samordning av vårdhygien och förslag som avser att stärka smittskyddsläkarnas robusthet.

Genom delbetänkandets och slutbetänkandets förslag sammantagna kommer smittskyddslagstiftningen som helhet enligt utredningens uppfattning att få en delvis annan karaktär än tidigare. Regleringen kommer att innebära frivillighet för den enskilde som utgångspunkt, oavsett om det är pandemi eller normalläge och ha en flexibilitet för att kunna anpassas till olika epidemiologiska situationer. Den kommer också säkerställa att det allmänna kan minska konsekvenserna av en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom samtidigt som grundläggande fri- och rättigheter skyddas.

2.3 Hur utredningsarbetet har bedrivits

Utredningens arbete har präglats av den bredd i frågorna som ryms i direktiven. Samtliga delar har krävt ett utåtriktat arbete med samverkan och informationsinhämtning. I de delar som avser enskildas skyldigheter vid hivinfektion och andra allmänfarliga sjukdomar har vi vinnlagt oss om att gå igenom befintlig forskning och rapporter för att få en aktuell bild av kunskapsläget och den uppföljning som görs på området. Vi har också genomfört enkätundersökningar för att få ytterligare empirisk grund för våra ställningstaganden. I bilaga 5 redovisas enkätresultaten i sin helhet. En sammanställning över samråd och samverkan, och vilka organisationer och personer vi träffat inom ramen för arbetet med slutbetänkandet, finns i bilaga 6.

Enkätundersökningar gällande enskildas skyldigheter

Utredningen har genomfört ett antal enkätundersökningar med fokus på uppdragen i tilläggsdirektiven som avser enskildas ansvar och skyldigheter, där särskild tonvikt läggs vid hiv. Syftet var att få aktuell kunskap om tillämpningen av smittskyddslagen i fråga om förhållningsregler och övriga skyldigheter. Enkäterna omfattade både behandlande läkares tillämpning och patienters kunskap, attityder och beteenden.

Enkät till behandlande läkare som möter personer med hiv

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om behandlande läkares tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler för personer med hiv. Vi konstruerade en webbenkät med 15 frågor som byggde på de frågor som ställdes i en liknande tidigare enkät, genomförd av Folkhälsomyndigheten år 2018.[14]

Eftersom det inte finns något register eller nätverk specifikt för dessa läkare gjorde vi ett e-postutskick till verksamhetscheferna på landets 30 infektionskliniker. Kontaktpersonerna på de 27 kliniker som meddelade att de kunde delta uppgav att de hade 260 läkare som var aktuella att ges förfrågan om att delta. Vi fick 81 svar (31 %) under en månads insamlingstid (juni 2025).

Enkät till personer med hiv

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om vilka förhållningsregler som personer med hiv får av sin behandlande läkare samt vilken kännedom om, och inställning till, de har om aktuell kunskap och regelverk på området. Personal på 25 av 31 infektionskliniker bidrog med att rekrytera respondenter bland sina besökare med hivinfektion under juni 2025.

Kontaktpersonerna på klinikerna fick ett postutskick med patientinformationsblad och enkätformulär på svenska, engelska, franska och spanska. Enkäten, som besvarades anonymt och på papper, riktade sig till vuxna personer med hiv. Den hade 18 frågor som byggde

[14] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.

på frågorna från Folkhälsomyndighetens ovannämnda rapport från 2018.

Totalt 505 respondenter besvarade enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på 40 procent av de 1 266 stycken som maximalt beräknades kunna ha fått frågan om att delta.[15]

Enkät till personer som söker hivtestning

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om inställningen till och kunskapen om hiv bland personer som söker råd och test för hiv och inte har en hivdiagnos sedan tidigare.

Enkäten, som besvarades på papper i syfte att säkerställa anonymitet, hade 17 frågor och fanns på svenska, engelska och arabiska. Vi gjorde en genomgång av tidigare enkäter på närliggande områden och ett urval av frågor med särskild relevans för utredningsuppdraget anpassades till aktuellt kunskapsläge och regelverk.

Sex mottagningar deltog i rekryteringen av respondenter och de fick postutskick med deltagarinformation och enkätformulär en vecka innan planerad start. Datainsamlingen pågick den 18 augusti till den 19 september 2025 men olika mottagningar deltog olika antal veckor. Tillsammans uppskattade mottagningarna på förhand att de som mest kunde förvänta sig 2 060 besökare för hivtestning under den tilltänkta insamlingstiden. Totalt 570 respondenter besvarade enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på 28 procent.

Enkät till behandlande läkare för vanliga allmänfarliga sjukdomar

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om behandlande läkares tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler för de allmänfarliga sjukdomar för vilka flest fall anmäldes i Sverige år 2024: campylobakter, gonorré, klamydia, MRSA, salmonella, hepatit B, hepatit C och tuberkulos. Det finns inget register eller kontaktnät specifikt för läkare som arbetar med dessa sjukdomar. Rekryteringen av deltagare gjordes därför via e-postutskick till verksamhetscheferna på de vårdenheter som hade rapporterat flest fall av respektive sjukdom

[15] De 25 klinikerna som vi fick enkätsvar från förutsåg tillsammans på förhand att de förväntade sig 1 266 patientbesök av personer med hiv under insamlingstiden. Det motsvarar cirka 15 procent av de personer som lever med hiv i Sverige.

i Region Stockholm under år 2024. Dessa ombads i sin tur vidarebefordra förfrågan om att besvara en webbenkät med sju frågor till aktuella läkare i sin verksamhet. Vi fick 37 svar under en månads insamlingstid (september 2025).

Enkäter om vårdhygien, smittskyddsläkarnas organisation m.m.

Vi skickade tidigt under utredningsarbetet ut enkäter med öppna frågor utifrån delar av de ursprungliga direktiven. I detta ingick bl.a. frågor om smittskyddsläkarnas organisation och om ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor, vars redovisning sedermera flyttades till slutbetänkandet. Enkäter ställdes till smittskyddsläkarna respektive till regionledningen i samtliga regioner under 2024. Kompletterande frågor ställdes under 2025 mot bakgrund av uteblivna svar eller att nya smittskyddsläkare tillträtt.

En enkät gällande uppdraget om nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor skickades under 2024 till Svenska hygienläkarföreningen, Svensk förening för vårdhygien och Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdhygien. Samtliga besvarade enkäten. Detta kompletterades sedan med ytterligare underlag för diskussion vid uppföljande möten under 2025.

I bilaga 6 finns övrig samverkan som vi genomfört inom ramen för uppdragen om smittskyddsläkarnas organisation och om ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor.

Kontakter med aktörer i andra länder

Vi har inhämtat kunskap om hur reglering, rättigheter och skyldigheter gällande främst hiv ser ut i andra länder. Vi använde de instanser som är utsedda till samordnande behörigt organ enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar. Vidare arrangerade vi med stöd Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) ett digitalt samverkansmöte med ECDC:s nätverk av kontaktpersoner för hiv och hade bilaterala kontakter med ett antal myndigheter med smittskyddsansvar och civilsamhällesorganisationer i våra nordiska grannländer.

Intervjuer och möten

Utredningen har genomfört möten och semistrukturerade intervjuer med enskilda tjänstepersoner och företrädare för organisationer beträffande samtliga delar av de uppdrag som redovisas i detta slutbetänkande. Förfarandet har normalt bestått i att utredningen på förhand skickat underlag i form av frågor som besvarats och diskuterats vid mötet eller intervjun. Skriftliga svar eller kompletteringar har förekommit. Samverkan har normalt sett initierats av utredningen, men det omvända har också förekommit. Några av mötena har skett som enklare studiebesök.

Medicinsk referensgrupp

Mot bakgrund av att direktiven till uppdragen som behandlas i slutbetänkandet har betoning på enskildas skyldigheter vid hivinfektion, men också nämner hepatit C, initierade utredningen under våren 2025 en medicinsk referensgrupp med kliniskt verksamma läkare med särskilda kunskaper om dessa två sjukdomar. I gruppen ingick också den expert från Svenska Infektionsläkarföreningen som Regeringskansliet förordnat till utredningen.

Utredningen har genomfört två digitala möten med referensgruppen. Därutöver har gruppen lämnat skriftliga synpunkter på enkäter och svarat på frågor som uppstått under utredningsarbetet. Deltagarna i referensgruppen framgår av bilaga 6.

Samverkan med smittskyddsläkarna

Mot bakgrund av att direktiven i flera avseenden berör regionernas 21 smittskyddsläkare såg utredningen ett behov av att på ett systematiskt sätt samverka med dem.

Den smittskyddsläkare som Regeringskansliet förordnat som expert satte samman en grupp med ytterligare fyra smittskyddsläkare till en referensgrupp. Samråd med denna referensgrupp har bestått i att utredningen skickat skriftliga underlag som sedan diskuterats vid digitala möten, eller att smittskyddsläkarna svarat skriftligt. Deltagarna i gruppen framgår av bilaga 6.

Vidare har vi vid ett flertal tillfällen träffat smittskyddsläkarna och annan personal från smittskyddsenheterna i samband med smittskyddsläkarnas och Folkhälsomyndighetens gemensamma konferenser. Sekretariatet har under utredningstiden bjudits in och deltagit vid totalt fem av dessa sammankomster.

Beträffande enkäter till smittskyddsläkarna, se också ovan under rubriken Enkäter om vårdhygien, smittskyddsläkarnas organisation m.m.

2.4 Betänkandet bygger på förslagen i delbetänkandet

I vårt delbetänkande om stärkt pandemiberedskap lämnade vi förslag på en rad justeringar i smittskyddslagen. Som en följd av att vi föreslog en särskild lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder föreslog vi att definitionen av samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen ska ändras. Med samhällsfarliga sjukdomar ska enligt förslaget avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kan kräva extraordinära smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen eller åtgärder enligt den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Vi föreslog vidare bestämmelser i smittskyddslagen om regionernas ansvar för beredskap för att hantera en omfattande smittspridning, däribland förutsättningar för storskalig testning och smittspårning. Regionen föreslogs ansvara för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Vidare ska regionen enligt förslagen besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan). Smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen. Ändringarna föreslogs tas in i 1 kap. SmL.

Vidare föreslog vi möjligheter att under vissa omständigheter vid omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom kunna föreskriva om undantag från vad som annars gäller enligt smittskyddslagen. Ändringarna föreslogs tas in i 3 kap. och 4 kap. SmL.

Vi föreslog också vissa justeringar av bestämmelsen om hälsokontroll på platsen för inresan.

Förslag och bedömningar i slutbetänkandet utgår i förekommande fall från att förslagen i delbetänkandet genomförs. Vad gäller definitionen av samhällsfarliga sjukdomar har inte vårt förslag i delbetänkandet någon betydelse för de förslag som vi lämnar i kapitel 7 och som rör samhällsfarliga sjukdomar. Vi har därför i den framställningen utgått enbart från den nuvarande definitionen.

2.5 Betänkandets disposition

I avsnitt 2.1 har vi kortfattat beskrivit smittskyddslagen och smittskyddsförordningen, som är den reglering som främst berörs av våra förslag. Därutöver har vi strävat efter en tematisk disposition och att varje kapitel som innehåller förslag eller bedömningar ska innehålla behövliga redogörelser för t.ex. bakgrund och gällande rätt. I de fall det har varit nödvändigt att tolka eller avgränsa direktiven framgår detta av respektive kapitel.

Kapitel 3, 4 och 5 behandlar förändringar av enskildas skyldigheter och rättigheter. I kapitel 6 behandlas anmälan med rikskod. I kapitel 7 samlas våra förslag och bedömningar som rör de delar av våra ursprungliga direktiv och de delar av tilläggsdirektiven som är en följd av covid-19-pandemin och som avser att skapa ytterligare stärkt beredskap. Kapitel 8 och 9 innehåller analyser av förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter, barns rättigheter och integritetsskyddsregleringen. I kapitel 10 redovisar vi våra förslag gällande ikraftträdande- och övergångsbestämmelser. I kapitel 11 redovisas konsekvenserna av våra förslag. Först respektive sist ligger på sedvanligt sätt våra författningsförslag och författningskommentaren (kapitel 1 och 12).

3 En flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar

I detta kapitel presenterar vi förslag som syftar till en flexiblare och mer ändamålsenlig klassificering av smittsamma sjukdomar.

Vi har enligt direktiven i uppdrag att analysera och ta ställning till om smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras och föreslå en ordning för hur och hur ofta klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen bör uppdateras. Vi har också i uppdrag att analysera och ta ställning till ändamålsenligheten och proportionaliteten i flera av smittskyddslagens bestämmelser om den enskildes skyldigheter, att ta ställning till om det bör finnas en möjlighet att föreskriva om undantag från tvingande åtgärder i samband med att en sjukdom klassificeras som allmänfarlig, och att ta ställning till om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen ska baseras på andra kriterier än allmänfarlig sjukdom, t.ex. risken för smittsamhet. I anslutning därtill ska vi lämna nödvändiga författningsförslag. Vi har i samband med detta övervägt om den kostnadsfrihet för undersökning, vård, behandling och läkemedel som gäller för patienten vid allmänfarliga sjukdomar är begränsad på ett ändamålsenligt sätt. Vi anser att de överväganden och förslag vi redovisar i detta kapitel är nödvändiga för att behandla uppdraget om enskildas skyldigheter enligt smittskyddslagen och på ett bättre sätt möter kravet på ändamålsenlighet och proportionalitet än vad undantagsmöjligheter och ytterligare kriterier för skyldigheter och förhållningsregler skulle göra. Uppdraget i övrigt om den enskildes skyldigheter redovisas i kapitel 5.

Vi inleder med att i avsnitt 3.1 beskriva gällande reglering i smittskyddslagen om kostnadsfrihet för patienten och de övriga subventioner och högkostnadsskydd som gäller för hälso- och sjukvård och läkemedel. I avsnitt 3.2 och 3.3 redogör vi för våra övervägan-

den och förslag. Kopplingen mellan en viss smittsam sjukdom och rättigheter och skyldigheter för den enskilde avses med förslagen bli mer träffsäker än i dag, utan att smittskyddet försämras.

3.1 Kostnadsfrihet, subventioner och patientavgifter

3.1.1 Kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen är begränsad till allmänfarliga sjukdomar

Undersökning, vård och behandling

En allmänfarlig sjukdom är enligt smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, en smittsam sjukdom, dvs. en sjukdom som kan överföras till eller mellan människor, och som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 §). Som vi beskrivit i kapitel 2 innebär en klassificering av en sjukdom som allmänfarlig att smittskyddslagens bestämmelser om enskildas skyldigheter och om användning av tvångsåtgärder blir tillämpliga för sjukdomen.

Därutöver gäller för allmänfarliga sjukdomar att undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfri för patienten. Detta framgår av 7 kap. 2 §. Grunden för kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling är att det behövs från smittskyddssynpunkt. Enligt förarbetena till smittskyddslagen är det viktigt att kostnadsfriheten inte ges en alltför begränsad tolkning. Kostnadsfriheten gäller samtliga åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Regeringen ansåg inte att det fanns anledning att låta kostnadsfrihet omfatta alla smittsamma sjukdomar utan menade att den skulle begränsas till sådana sjukdomar där samhällets intresse av att smittskyddsåtgärder vidtas är särskilt starkt. En begränsning gjordes därför till de allmänfarliga sjukdomarna. Vid övriga smittsamma sjukdomar, även anmälningspliktiga eller smittspårningspliktiga, fanns det enligt regeringen inte samma starka skäl för att undersökning, vård och behandling skulle vara kostnadsfri. På grund av de relativt låga patientavgifterna och det högkostnadsskydd som gällde för besök i

öppenvården skulle kostnaderna för den enskilde enligt regeringen ändå bli relativt begränsade.[1]

Kostnadsfriheten gäller undersökning, vård och behandling inom all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, dvs. såväl inom regionens hälso- och sjukvård som den som ges av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med regionen.

Läkemedel

Läkemedel som förskrivits mot en allmänfarlig sjukdom och som förskrivaren bedömer minskar risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten. Detta framgår av 7 kap. 1 § SmL. Kostnadsfriheten gäller också läkemedel som de förskrivna läkemedlen har bytts ut mot enligt 21 b § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Kostnadsfriheten för läkemedel gäller således för samma sjukdomar som kostnadsfriheten för undersökning, vård och behandling. På motsvarande sätt som för undersökning, vård och behandling bedömdes kostnaden för läkemedel för övriga sjukdomar än de allmänfarliga för de flesta människor vara överkomlig med hänsyn till det högkostnadsskydd som finns. Regeringen bedömde därför att det inte fanns tillräckliga skäl för att utvidga kostnadsfriheten för läkemedel till andra sjukdomar än de allmänfarliga.[2]

Fram till den 1 oktober 2018 gällde att endast läkemedel förskrivna av läkare var kostnadsfria enligt bestämmelsen. Det bedömdes dock saknas skäl för att inte också läkemedel som förskrivs av andra förskrivarkategorier skulle omfattas, exempelvis läkemedel som i vissa fall förskrivs av barnmorskor mot den allmänfarliga sjukdomen klamydia.[3]

[1] Prop. 2003/04:30 s. 196 och 197.
[2] Prop. 2003/04:30 s. 198 och 199.
[3] Prop. 2017/18:233 s. 73.

Regionerna har kostnadsansvaret

I 7 kap. SmL finns bestämmelser om kostnadsansvaret. Regionen har enligt 4 a § kostnadsansvar för sådan undersökning, vård och behandling som avses i 2 §. Regionen har enligt 4 § även kostnadsansvar för läkemedel som avses i 1 §. Ett öppenvårdsapotek som lämnat ut ett sådant läkemedel ska ersättas av regionen. Regionerna får i sin tur ersättning för dessa läkemedelskostnader från staten i form av statsbidrag.[4]

Förmånsberättigade

I 7 kap. 3 § SmL anges vilka som har rätt till kostnadsfriheten enligt 1 och 2 §§. Av bestämmelsen följer att det är de som enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, är bosatta i Sverige som har rätt till förmånerna (första punkten). Även de som utan att vara bosatta i Sverige har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt samordningen av de sociala trygghetssystemen inom EU[5] har rätt till kostnadsfriheten (andra punkten).

När smittskyddslagen infördes konstaterades att smittskyddsskäl i och för sig talade för att även utländska personer som vistas i landet på andra grunder borde omfattas av förmånerna enligt smittskyddslagen. Det konstaterades dock att en sådan reglering skulle innebära en principiell förändring som torde ha effekter även på sjukvårdssystemet i stort. Kostnadskonsekvenserna av en sådan ändring var dessutom svåra att överblicka och något sådant förslag lades därför inte fram.[6]

Däremot framgår av 7 kap. 3 § SmL att kostnadsfriheten gäller utländska sjömän för sjukdomarna gonorré, klamydia och syfilis (tredje punkten). Kostnadsfriheten i denna del grundar sig på en internationell överenskommelse som Sverige har ratificerat.[7]

När det gäller övriga utlänningar som visas i Sverige följer av 4 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar att asylsökande och vissa andra som söker uppehållstillstånd i Sverige

[4] Se mer om statens ersättning till regionerna i t.ex. prop. 2015/16:97 och Riksrevisionen. *Läkemedelsförskrivningen – statens styrning och tillsyn*. (RiR 2023:23).
[5] Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.
[6] Prop. 2003/04:30 s. 199.
[7] Prop. 2003/04:30 s. 200.

har rätt till kostnadsfri vård och behandling vid åtgärder enligt smittskyddslagen. Av 7 kap. 3 § fjärde punkten SmL följer vidare att den som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd också omfattas av kostnadsfriheten i smittskyddslagen.

3.1.2 Avgifter och subventioner för hälso- och sjukvård och läkemedel utanför smittskyddslagen

Högkostnadsskydd i hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården i Sverige finansieras till största delen genom skatten till regioner och kommuner. Regionerna får självständigt bestämma vårdavgifter, i den mån inget annat är föreskrivet (17 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], förkortad HSL). Det innebär att vårdavgifterna kan variera mellan olika regioner men att friheten att fastställa sådana avgifter är begränsad på olika sätt.

För bl.a. vårdavgifter i öppen hälso- och sjukvård finns en förmån för den enskilde i form av ett högkostnadsskydd som begränsar hur mycket den enskilde behöver betala under ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalas. De poster som ingår i högkostnadsskyddet är vårdavgifter för öppen vård undantagen viss kommunal hälso- och sjukvård, avgifter för vissa förbrukningsartiklar som regionen tillhandahåller vid allvarlig sjukdom och avgifter för tandvård enligt 8 a § tandvårdslagen (1985:125). Den enskilde ska under denna period inte betala mer för detta än ett belopp på sammanlagt 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ SFB, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Regionen får bestämma ett lägre belopp (17 kap. 6 § HSL). För år 2026 är beloppsgränsen 1 450 kronor, beräknad med ett prisbasbelopp på 59 200 kronor.

Patienter som är 85 år eller äldre betalar inte någon vårdavgift eller andra avgifter för öppen vård (17 kap. 3 och 6 §§ HSL). För barn finns ingen motsvarande rättslig reglering om avgiftsfrihet, men enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) är besök i öppenvården avgiftsfria för barn i samtliga regioner.[8]

[8] Sveriges Kommuner och Regioner. Patientavgifter i hälso- och sjukvården i alla regioner 2026. [Hämtat 2026-03-23 från https://skr.se/halsaochsjukvard/ekonomiochavgiftersjukvard/patientavgifteriallaregioner.7874.html.]

För sluten vård får regionen fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften per vårddag får dock uppgå till högst 0,0023 prisbasbelopp avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor (17 kap. 2 § HSL). För 2026 innebär detta 130 kronor.

Regler om högkostnadsskydd för bl.a. kommunal hälso- och sjukvård samt hemsjukvård finns i 17 kap. 8 § HSL.

Läkemedelsförmånen

I lagen om läkemedelsförmåner m.m. regleras förmåner, som innebär ett skydd för den enskilde mot höga kostnader vid inköp av förmånsberättigade varor, bl.a. läkemedel. Den som är bosatt i Sverige och vissa andra (4 §) har rätt till förmåner enligt lagen (förmånsberättigade). Läkemedelsförmånen innebär bl.a. att det finns ett kostnadstak för den förmånsberättigades maximala kostnad för vissa särskilt angivna varor under ett år räknat från det första inköpstillfället. Den förmånsberättigade ska under denna period inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,06463 gånger prisbasbeloppet avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (5 §). För 2026 är kostnadstaket 3 800 kronor.

Regionens kostnader för läkemedelsförmånen subventioneras med statliga medel, dvs. staten betalar en del av regionernas kostnader, i enlighet med överenskommelser mellan staten och SKR.[9]

3.2 En mer ändamålsenlig reglering av sjukdomars klassificering

3.2.1 Kostnadsfriheten bör kunna gälla fler sjukdomar

Bedömning

Sådan kostnadsfrihet för patienten som i dag gäller för läkemedel, undersökning, vård och behandling som bedöms minska risken för smittspridning av en allmänfarlig sjukdom, bör kunna omfatta också andra smittsamma sjukdomar.

[9] Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2026. Se bilaga till regeringsbeslut dnr S2026/00146.

Kostnadsfrihet som åtgärd för att begränsa smittspridning

Enskilda som har mer än enbart milda symtom på en smittsam sjukdom torde självmant söka vård oavsett om behövlig provtagning, vård och läkemedel är kostnadsfritt eller inte. Högkostnadsskyddet i sjukvården och läkemedelsförmånen innebär att patientavgifterna begränsas.

Smittsamma sjukdomar kan dock för vissa personer innebära milda eller inga symtom. Det är i sådana fall inte självklart att den enskilde är benägen att betala för t.ex. provtagning. Ett sådant avstående kan få följden att andra riskerar att smittas.

Symtom kan också variera mellan t.ex. olika åldersgrupper och kön. Ett exempel visas i en studie bland personer med covid-19 där de för sjukdomen typiska symtomen feber, hosta och andnöd var vanligare bland män än kvinnor, medan alla andra studerade symtom antingen var jämnt fördelade mellan kvinnor och män eller var vanligare hos kvinnor. De mer typiska symtomen var också vanligare bland 30–60-åringar än i andra åldersgrupper.[10]

Sverige deltar sedan 2009 i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvård. I redogörelsen för undersökningen för 2023 anges att få i Sverige har avstått från hälso- och sjukvård på grund av kostnader och att Sverige tillhör de undersökta länder med lägst andel som avstår från besök inom hälso- och sjukvård. I Sverige svarade sex procent att de någon gång haft ett medicinskt problem men avstått från att besöka en läkare på grund av kostnaden. Lika många, sex procent, hade av kostnadsskäl avstått från en medicinsk provtagning, behandling eller uppföljning som rekommenderats av läkare. Sju procent hade av kostnadsskäl låtit bli att hämta ut eller ta medicin som förskrivits. Av redogörelsen framgår att personer yngre än 65 år oftare än äldre avstår från olika former av vård och behandling på grund av kostnaden. Undersökningen visade också att personer med utländsk bakgrund oftare än personer med svensk bakgrund hade avstått vård på grund av kostnaden. Personer med eftergymnasial utbildning hade mindre ofta än personer med grundskoleutbildning avstått från behandlingar och medicin på grund av kostnaden. Personer med dålig hälsa, en eller flera kroniska sjukdomar, eller diagnosticerad psykisk ohälsa hade också

[10] ISARIC Clinical Characterisation Group. COVID-19 symptoms at hospital admission vary with age and sex: results from the ISARIC prospective multinational observational study. Infection. 2021 Oct;49(5):889-905.

oftare än andra svarat att de avstått samtliga former av vård och behandling som de tillfrågats om på grund av kostnaden. I redogörelsen understryks att det kan finnas socioekonomiska aspekter som inte fångats av analysen.[11]

Av en annan studie framgår att när svenska unga vuxna passerar åldersgränsen för att betala patientavgift minskar deras läkarbesök i primärvården med sju procent. Effekten är särskilt tydlig bland kvinnor (nio procent) och låginkomsttagare (elva procent).[12]

I finsk lagstiftning är sambandet mellan en viss klassificering och kostnadsfriheten inte lika stark som i den svenska smittskyddslagen. Exempelvis gäller i Finland kostnadsfrihet för de övervakningspliktiga smittsamma sjukdomarna hivinfektion, schanker, gonorré och sådana klamydiainfektioner som sprids vid könsumgänge. Kostnadsfriheten gäller undersökning, behandling och läkemedel som ordinerats för behandling och förebyggande av sjukdomarna. För övriga övervakningspliktiga smittsamma sjukdomar gäller en mer begränsad kostnadsfrihet.[13]

Kostnadsfrihet bör inte vara begränsad till allmänfarliga sjukdomar

Enligt utredningens uppfattning är låga trösklar till vård och provtagning tillsammans med information, smittspårning och ett gott omhändertagande i många fall de främsta verktygen för att begränsa smittspridning. Kostnadsfrihet för enskilda för provtagning, vård, behandling och läkemedel kan bidra till att sänka trösklarna.

För att en sjukdom ska omfattas av smittskyddslagens bestämmelser om kostnadsfrihet behöver den enligt dagens reglering vara klassificerad som allmänfarlig. Som vi beskrivit i kapitel 2 innebär en klassificering av en sjukdom som allmänfarlig att den som bär på eller misstänks bära på sjukdomen inte bara omfattas av bestämmelserna om kostnadsfrihet, utan också om bestämmelser om vissa skyldigheter som följer av smittskyddslagen. Under vissa omstän-

[11] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv International Health Policy Survey (IHP) 2023. PM 2024:3; 2024.
[12] Johansson N., Jakobsson N., Svensson M. Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender. The European Journal of Health Economics. 2019;20(8):1271-80.
[13] 5 § lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/92).

digheter kan också enskilda vid allmänfarlig sjukdom bli föremål för tvångsåtgärder i syfte att förhindra smittspridning.

Eftersom klassificering av en sjukdom som allmänfarlig innebär att bl.a. tvångsåtgärder riktade mot den enskilde blir tillämpliga för sjukdomen är det av vikt att inte fler sjukdomar än vad som bedöms nödvändigt omfattas av dessa möjligheter till tvång (se också våra resonemang om detta i delbetänkandets avsnitt 7.3[14]).

De effekter som vi bedömer kan komma med kostnadsfrihet i form av lägre trösklar för den enskilde att söka sig till provtagning eller annan undersökning och ta emot och fullfölja vård, behandling och läkemedelsordinationer bör kunna gälla för andra sjukdomar än allmänfarliga. För vissa sjukdomar bör kostnadsfrihet således kunna bedömas vara effektivt för att begränsa smittspridning, trots att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga sjukdomar i övrigt inte bedöms vara nödvändiga för att hantera sjukdomen. Om bibehållen kostnadsfrihet, med nuvarande reglering, i praktiken är det enda argumentet för att en sjukdom alltjämt bör vara klassificerad som allmänfarlig är det således enligt utredningen en lämpligare ordning att utvidga kostnadsfriheten.

En sjukdom som i dag är klassificerad som allmänfarlig bör t.ex. alltså i stället kunna klassificeras som enbart anmälningspliktig eller anmälnings- och smittspårningspliktig och fortfarande vara kostnadsfri för patienten. På så sätt begränsas möjligheten att vidta tvångsåtgärder till de sjukdomar där sådana åtgärder är adekvata. Sjukdomen i fråga kan således klassificeras på ett mer ändamålsenligt sätt.

Kostnadsfrihet för undersökning, vård, behandling och läkemedel bör mot denna bakgrund kunna omfatta även sjukdomar som inte anges som allmänfarliga. På så sätt får smittskyddet ett tydligare fokus än i dag på att undanröja hinder mot att enskilda söker vård vid misstanke om en viss smittsam sjukdom.

[14] SOU 2025:48 s. 296 och 297.

3.2.2 Regeringen bör få föreskriva om vilka andra sjukdomar än de allmänfarliga som ska vara kostnadsfria

Förslag

Regeringen ska få föreskriva vilka anmälningspliktiga sjukdomar utöver de allmänfarliga som ska omfattas av kostnadsfrihet för patienten för läkemedel, undersökning, vård och behandling som bedöms minska risken för smittspridning.

Rätten till smittbärarersättning enligt socialförsäkringsbalken ska omfatta också sådana sjukdomar som regeringen har föreskrivit ska omfattas av sådan kostnadsfrihet för patienten.

Följdändringar ska göras i förordningen om läkarvårdsersättning och förordningen om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Bedömning

Lagen om läkemedelsförmåner m.m. och förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar behöver inte justeras.

Regleringen om vilka sjukdomar som kan omfattas av kostnadsfrihet bör förändras

Det bör i enlighet med våra överväganden i föregående avsnitt göras en förändring av vilka sjukdomar som ska kunna omfattas av den kostnadsfrihet som i dag gäller enligt 7 kap. 1 och 2 §§ SmL för patienten för sådan undersökning, vård, behandling och läkemedel som anses minska risken för spridning av en allmänfarlig sjukdom, så att även smittsamma sjukdomar som inte är allmänfarliga kan inkluderas.

Närmast till hands att omfattas av kostnadsfrihet utan att vara allmänfarliga är sådana sjukdomar som i dag är klassificerade som allmänfarliga främst för att kostnadsfriheten behövs för att minska smittspridningen.

Därutöver finns de sjukdomar som är smittspårningspliktiga utan att samtidigt anges som allmänfarliga. Dessa beskrivs i propositionen till smittskyddslagen som sjukdomar som kan leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade om t.ex. behandling inte ges i tid och

som om de får en större spridning utgör en belastning för folkhälsan.[15] För dessa sjukdomar gäller bl.a. att den som vet eller har anledning att misstänka sig bära på sjukdomen enligt 3 kap. 1 § SmL har en skyldighet att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. I förarbetena har det bl.a. uttryckts som att samhällsintresset av att läkarundersökningar kan genomföras för sjukdomarna som omfattas av denna skyldighet är mycket starkt.[16] Bestämmelsen i 3 kap. 1 § SmL är således utformad som en skyldighet för den enskilde, dock utan att det vid bristande medverkan finns någon sanktion eller grund för behandlande läkare att anmäla personen till smittskyddsläkaren.

De smittspårningspliktiga sjukdomarna som inte samtidigt är allmänfarliga omfattas inte av kostnadsfrihet enligt reglerna i 7 kap. SmL. Det innebär att den som i dagsläget söker läkare på grund av en misstanke om en sådan sjukdom får betala vård, behandling och läkemedel själv, upp till högkostnadsskydd. Ur ett smittskyddsperspektiv kan denna ordning ifrågasättas, särskilt mot bakgrund av att det anges i förarbetena att det finns risk för en belastning på folkhälsan om spridningen av dessa sjukdomar inte begränsas. Även en förhållandevis begränsad kostnad för undersökning och läkemedel skulle för vissa sjukdomar kunna innebära ett hinder för den enskilde att söka läkare och delta i smittspårning i syfte att förhindra fortsatt smittspridning. Det kan också anföras principiella argument. En rättslig förpliktelse, även utan sanktioner, innebär en skyldighet för den enskilde att agera på ett visst sätt. I de fallen kan det hävdas att kostnadsfrihet för den enskilde bör gälla. Här kan vidare noteras att 1996 års Smittskyddskommitté föreslog att kostnadsfriheten skulle gälla också smittspårningspliktiga sjukdomar.[17]

Liksom de allmänfarliga sjukdomarna skiljer sig dock de smittspårningspliktiga sjukdomarna åt sinsemellan. Värdet av utökad kostnadsfrihet kommer enligt utredningens bedömning därför att variera mellan olika sjukdomar. Utredningen anser därför inte att det finns skäl att föreslå att samtliga smittspårningspliktiga sjukdomar ska bli kostnadsfria. En bedömning av värdet av kostnadsfriheten behö-

[15] Prop. 2003/04:30 s. 210.
[16] Prop. 2003/04:30 s. 218.
[17] SOU 1999:51 s. 467.

ver göras för varje sjukdom och utifrån bl.a. aktuell epidemiologi och vilka grupper i befolkningen som löper risk att drabbas.

Det går således inte att i detalj förutse vilken typ av sjukdomar för vilka kostnadsfrihet kan bedömas minska smittspridningen på ett sätt som innebär att den bör omfattas av vår föreslagna reglering om kostnadsfrihet. Utredningen bedömer det dock som osannolikt att kostnadsfrihet skulle anses behövlig för en sjukdom som inte samtidigt bedöms behöva omfattas av anmälningsplikt. Anmälningspliktiga sjukdomar är sådana sjukdomar vars utbredning och variationer i samhället det är angeläget att följa.[18]

Det är som vi beskrivit i kapitel 2 i dag regeringen som föreskriver om vilka sjukdomar som utöver de allmänfarliga ska anges som anmälningspliktiga. Av dessa får Folkhälsomyndigheten föreskriva vilka som ska vara smittspårningspliktiga (9 kap. 3 § SmL och 7 § smittskyddsförordningen [2004:255], förkortad SmF). Mot den bakgrunden framstår det som mest ändamålsenligt att regeringen får föreskriva om för vilka andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga som läkemedel, undersökning, vård och behandling ska vara kostnadsfria för patienten. Liksom för de sjukdomar som i dag omfattas av kostnadsfrihet bör det finnas ett krav på att läkemedel, undersökning, vård och behandling bedöms minska risken för smittspridning.

Det bör föras in ett nytt bemyndigande i smittskyddslagen

Nuvarande reglering innebär att det följer av bestämmelser i lag vilka sjukdomar som omfattas av kostnadsfrihet. Det finns inga överväganden i förarbetena till smittskyddslagen som antyder att lagstiftaren haft för avsikt att regeringen med stöd av nuvarande bemyndiganden skulle få föreskriva om att också andra sjukdomar skulle omfattas av kostnadsfrihet för patienten. Det bör därför införas ett sådant bemyndigande i smittskyddslagen.

Av bestämmelsen bör det framgå att regeringen får meddela föreskrifter om att läkemedel, undersökning, vård och behandling som förskrivaren respektive läkaren bedömer minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfria för patienten för en viss anmälningspliktig sjukdom. I samma bestämmelse bör det anges att för en sådan

[18] Jfr prop. 2003/04:30 s. 210.

sjukdom ska bestämmelserna om kostnadsfrihet i 7 kap. 1, 2, 3, 4 och 4 a §§ SmL gälla på motsvarande sätt som för en allmänfarlig sjukdom.

Vilka sjukdomar det kan vara fråga om bör närmare belysas i det uppdrag som vi i avsnitt 3.3.1 föreslår att Folkhälsomyndigheten ska ges.

Möjligheten till viss smittbärarersättning bör ändras

Den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom kan i vissa fall få smittbärarersättning i form av smittbärarpenning och resekostnadsersättning enligt bestämmelser i 46 kap. SFB.

Med smittbärare avses enligt 3 §

- den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen,
- den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, och
- den som i annat fall har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom som avses i smittskyddslagen utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.

Enligt 5 § första stycket första punkten har en smittbärare rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete bl.a. på grund av beslut enligt smittskyddslagen. Ett beslut enligt smittskyddslagen kan t.ex. vara förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom. I kapitel 5 lämnar vi förslag om ändringar i denna reglering med anledning av våra förslag i samma kapitel om förändringar i fråga om sådana förhållningsregler. Rätt till ersättning enligt 5 § första stycket andra punkten gäller också läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan beslut enligt första punkten och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterar otjänligt som människoföda.

I enlighet med ovan anförda skäl för möjligheten att utvidga kostnadsfriheten bör bestämmelsen i 5 § första och andra punkten ändras till att omfatta inte enbart allmänfarlig sjukdom utan även sådana sjuk-

domar som regeringen har föreskrivit ska omfattas av kostnadsfrihet för patienten gällande undersökning, vård, behandling och läkemedel.

En smittbärare har enligt 20 § även rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i smittskyddslagen (resekostnadsersättning). Genom den utökning som vi ovan föreslagit i 5 § första stycket andra punkten utvidgas tillämpningsområdet även för 20 § på så sätt att resekostnader även i samband med läkarundersökning eller hälsokontroll i syfte att klarlägga om den enskilde är smittad av en sjukdom som är kostnadsfri genom regeringens föreskrifter omfattas av bestämmelsen. Någon ändring i bestämmelsen är dock inte behövlig.

Vissa följdändringar behöver göras

Med anledning av vårt förslag att regeringen ska få föreskriva att undersökning, vård, behandling och läkemedel som bedöms minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfritt för patienten också för vissa andra sjukdomar än de allmänfarliga behöver vissa följdändringar göras i andra författningar.

I 14 § första stycket förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning finns en bestämmelse om att en region ska till en läkare betala ut skillnaden mellan det arvode som följer av bestämmelserna i förordningen och den patientavgift som läkaren fått ta ut. I andra stycket första punkten finns en undantagsbestämmelse som innebär att arvodet betalas helt genom läkarvårdsersättning för provtagning i syfte att ta reda på om en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen föreligger och för undersökning i samband med provtagningen. Denna bestämmelse behöver ändras så att den omfattar också sådan provtagning som syftar till att ta reda på om sådan sjukdom som regeringen med stöd av vårt föreslagna bemyndigande föreskriver ska vara kostnadsfri för patienten.

I 2 § förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd finns en upplysningsbestämmelse om att det i 7 kap. 3 § fjärde punkten SmL finns bestämmelser om kostnadsfrihet för undersökning, vård och behandling som en läkare bedömer minska risken för smittspridning

av en allmänfarlig sjukdom samt läkemedel mot en sådan sjukdom. Även denna bestämmelse behöver ändras så att det framgår att kostnadsfriheten kan gälla för andra sjukdomar än de allmänfarliga.

I 7 § första stycket lagen om läkemedelsförmåner m.m. anges att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket beslutar om ett läkemedel eller en vara som avses i 18 § samma lag ska ingå i läkemedelsförmånerna och fastställer inköpspris och försäljningspris som, med vissa undantag, ska tillämpas av öppenvårdsapoteken. I andra stycket finns en bestämmelse som innebär att det som sägs i första stycket om tillämpningen av fastställda priser också gäller när läkemedlet är kostnadsfritt för patienten enligt 7 kap. 1 § SmL. Det är utredningens bedömning att denna bestämmelse inte behöver ändras för att gälla också sådana sjukdomar som regeringen med stöd av vårt föreslagna bemyndigande föreskriver ska vara kostnadsfria.

I 4 § förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar finns en bestämmelse om att vissa utlänningar inte ska betala avgift för bl.a. vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Inte heller denna behöver ändras med anledning av vårt förslag.

3.2.3 Smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårningspliktiga sjukdomar bör förstärkas

Förslag

Skyldigheten att anmäla till den regionala smittskyddsläkaren om en person som vid smittspårning har underrättas om misstanke om att han eller hon kan ha smittats inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, bör utökas till att omfatta också smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga.

Vid en sådan anmälan ska den regionala smittskyddsläkaren utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal om inte skäl talar emot detta.

Som vi redogjort för i föregående kapitel gäller enligt 3 kap. 1 § SmL för smittspårningspliktiga sjukdomar att enskilda som vet eller har anledning att misstänka sig bära på en sådan sjukdom har en skyldig-

het att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. I förarbetena har det bl.a. uttryckts som att samhällsintresset av att läkarundersökningar kan genomföras för sjukdomarna som omfattas av denna skyldighet är mycket starkt. Ett sätt att stärka smittskyddet och ge en flexibilitet inför framtida förändringar av sjukdomarnas klassificering är mot denna bakgrund att överväga förändringar i bestämmelserna som avser smittspårning för de sjukdomar som är enbart smittspårningspliktiga.

Om den som i smittspårningen misstänks kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, ska detta anmälas till smittskyddsläkaren av den som ansvarar för smittspårningen. Detta framgår av 3 kap. 6 § SmL. Någon sådan anmälningsskyldighet finns dock inte om sjukdomen inte är allmänfarlig. För sjukdomar som endast är smittspårningspliktiga gäller i stället den mer generella bestämmelsen i 3 kap. 5 § SmL om smittskyddsläkarens möjlighet att överta ett smittspårningsärende om den som ansvarar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra den. I förarbetena till den bestämmelsen framhålls att den som ska utföra smittspårningen måste ha såväl goda epidemiologiska kunskaper som besitta en förmåga att kunna sätta sig in i den enskildes livssituation. En smittspårning ska genomföras på ett sätt som inte verkar kränkande för patienten och den eller de personer som han eller hon kan ha smittat eller smittats av. Uppgiften kan vara mycket tidskrävande. För att säkerställa att smittspårning utförs på ett tillfredsställande sätt kan därför smittskyddsläkaren överta ärendet. Avsikten med bestämmelsen är i första hand inte att smittskyddsläkaren själv ska ta över smittspårningen, men det kan finnas fall där det är lämpligt att så sker. Ett överlämnande eller övertagande kan avse smittskyddsärendet i sin helhet eller enbart en viss del, exempelvis själva kallelsen av de personer som patienten uppgivit och kontroll av att dessa söker läkare.[19,20]

Att smittspårning kan ske på ett effektivt sätt, utan att för den skull genomföras med de tvångsåtgärder som finns för en allmänfarlig sjukdom, är alltjämt angeläget. För att ge flexibilitet inför framtida förändringar av sjukdomarnas klassificering är det utredningens

[19] Prop. 2003/04:30 s. 221 och 222.
[20] Pallvik Fransson, A. Smittskyddslagen (2004:168) – kommentar, JP Juridiskt bibliotek, kommentar till 3 kap. 5 §, senast uppdaterad 2025-11-01.

uppfattning att smittskyddsläkarens uppgifter i dessa fall bör förstärkas.

Utöver den möjlighet som smittskyddsläkaren har att överta smittspårningsärendet bör det ankomma på den som ansvarar för smittspårningen att anmäla till smittskyddsläkaren när en person som underrättats om misstanke om att han eller hon kan ha smittats inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, också för en sjukdom som är smittspårningspliktig utan att vara är allmänfarlig. En ändring om detta bör alltså göras i 3 kap. 6 § SmL.

Likaså bör det framgå av 6 kap. SmL om vad som efter en sådan anmälan ankommer på smittskyddsläkaren att vidta för åtgärder. Det bör där anges att smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta åtgärder för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan inte är obehövlig. Om det inte finns skäl som talar mot detta ska smittskyddsläkaren också ha ett personligt samtal med den som anmälan gäller.

I 12 § SmF har regeringen bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Med stöd av detta bemyndigande kan myndigheten, om det finns behov av det, meddela föreskrifter om såväl skyldighet att anmäla som de åtgärder smittskyddsläkaren bör vida vid en sådan anmälan.

Det är vår bedömning att förslaget kan underlätta för framtida förändringar i klassificeringen av en viss sjukdom. Sjukdomar som inte bedöms behöva vara allmänfarliga, men där smittspårning med smittskyddsläkarens medverkan enligt våra förslag kan vara ett meningsfullt verktyg, kan klassificeras som smittspårningspliktig i stället för allmänfarlig.

Utredningen har övervägt om den uppgiftsskyldighet som följer att 6 kap. 9 § SmL för myndigheter och personal inom enskild hälso- och sjukvård när det är fråga om en allmänfarlig sjukdom också bör gälla för smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga. Det är dock utredningens uppfattning att sådana sekretessbrytande bestämmelser är av långtgående natur och även fortsättningsvis bör vara förbehållna allmänfarliga sjukdomar.

3.3 En ordning för att hålla förteckningarna över smittsamma sjukdomar aktuella

3.3.1 Sjukdomarnas klassificering bör ses över i ett inledande regeringsuppdrag

Förslag

Folkhälsomyndigheten får ett regeringsuppdrag att, i samråd med andra berörda aktörer, utreda och föreslå vilka smittsamma sjukdomar som bör anges som allmänfarliga eller samhällsfarliga enligt smittskyddslagen.

Uppdraget ska också omfatta att föreslå vilka smittsamma sjukdomar utöver dessa som bör vara anmälningspliktiga, och ange vilka av dem som bör vara smittspårningspliktiga.

Vidare ska uppdraget omfatta att föreslå vilka av de anmälningspliktiga sjukdomarna som bör förenas med kostnadsfrihet för patienten.

Ingen systematisk revision har gjorts

När sjukdomar tillkommit som samhällsfarliga i 1988 års smittskyddslag (1988:1472) och som allmänfarliga eller samhällsfarliga i den nuvarande smittskyddslagen har det varit fråga om skeenden för vilka det s.k. snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL eller dess motsvarighet i 1988 års smittskyddslag har bedömts behöva användas (se mer om detta i kapitel 7). Initiativ till snabbförfarandet har i samtliga sju fall tagits av ansvarig myndighet nationellt, dvs. tidigare Socialstyrelsen och från och med juli 2015 Folkhälsomyndigheten. Regeringen har då baserat på underlaget från myndigheten utfärdat en förordning med innebörden att smittskyddslagens bestämmelser avseende allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen från ett visst datum. Smittskyddslagen har därefter i samtliga fall ändrats av riksdagen på så sätt att den sjukdom för vilket snabbförfarandet använts tagits in i aktuell förteckning i bilaga till lagen. Vissa ändringar har genom åren gjorts också av vilka sjukdomar som angetts som anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Någon systematisk revision av vilka smittsamma sjukdomar som anges i smittskydds-

lagens och smittskyddsförordningens bilagor har dock så vitt utredningen känner till inte gjorts sedan införandet 2004.

Folkhälsomyndigheten bör ges ett regeringsuppdrag

De smittsamma sjukdomarna och möjligheterna att begränsa deras spridning är föränderliga. Detta beror inte minst på forskningsframsteg och medicinsk utveckling. Förändringar i tillgängliga behandlingsalternativ eller ny kunskap om en viss sjukdom kan motivera justeringar av hur en viss sjukdom är klassificerad. Följden av att ingen revision av sjukdomarnas klassificering har gjorts är att det i dagsläget kan finnas sjukdomar som lämpligare skulle kunna klassificeras på något annat sätt. Detta bör utredas i syfte att leda fram till förslag på ändringar av smittskyddslagens och smittskyddsförordningens bilagor. Bäst lämpad för att ansvara för en sådan översyn är den myndighet som ansvarar för smittskyddet på nationell nivå, dvs. Folkhälsomyndigheten.

En sådan översyn bör omfatta överväganden beträffande de samhällsfarliga, allmänfarliga och anmälningspliktiga sjukdomarna. För att vara fullständig och kunna läggas till grund för regeringens bedömningar behöver uppdraget även omfatta överväganden gällande vilka av de anmälningspliktiga sjukdomarna som Folkhälsomyndigheten avser att föreskriva om smittspårningsplikt för.

Översynen bör vidare genomföras med utgångspunkt i att de förslag vi lämnar i detta betänkande genomförs, däribland förslaget om möjlighet till kostnadsfrihet för andra sjukdomar än de allmänfarliga.

Med beaktande av att någon motsvarande översyn inte tidigare gjorts och att översynen bör innefatta att beakta flera förändringar som vi föreslår i detta betänkande, bedömer utredningen att det är fråga om ett uppdrag som kan förväntas kräva ett större arbete av en delvis annan karaktär än vad en löpande översyn av sjukdomars befintliga klassificering därefter kommer att innebära (se avsnitt 3.4.2). Det är därför utredningens bedömning att översynen bör genomföras i form av ett regeringsuppdrag.

Det bör alltså vara fråga om att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att göra följande överväganden:

- Allmänfarliga sjukdomar kan övervägas ges en ny klassificering, med eller utan motsvarande kostnadsfrihet för patienten som i dag. En indikation på att en allmänfarlig sjukdom inte längre bör anges som det är om förhållningsregler eller tvångsåtgärder aldrig bedöms behövliga eller proportionerliga för att begränsa spridning av sjukdomen. En indikation på att kostnadsfrihet alltjämt behövs kan t.ex. vara att sjukdomen i hög grad drabbar ekonomiskt svagare grupper.
- Samhällsfarliga sjukdomar för vilka de extraordinära smittskyddsåtgärderna inte bedöms behövliga kan övervägas att i stället klassificeras som allmänfarliga.
- Sjukdomar som är anmälningspliktiga eller smittspårningspliktiga kan övervägas att klassificeras som allmänfarliga eller samhällsfarliga, om rekvisiten för detta bedöms uppfyllda. De kan också föreslås fortsatt vara anmälningspliktiga eller smittspårningspliktiga och vid behov omfattas av kostnadsfrihet.
- Smittsamma sjukdomar som är klassificerade som samhällsfarliga, allmänfarliga, smittspårningspliktiga eller anmälningspliktiga men för vilka ingen av de tillgängliga åtgärderna är ändamålsenliga, bör övervägas att tas bort från aktuell reglering.
- Smittsamma sjukdomar som vare sig är klassificerade som samhällsfarliga eller allmänfarliga, smittspårningspliktiga eller anmälningspliktiga kan övervägas att klassificeras, t.ex. av övervaknings- eller beredskapsskäl. I kapitel 7 gör vi bedömningen att det t.ex. inte finns några hinder mot att klassificera sjukdomar som samhällsfarliga i beredskapssyfte.
- Smittsamma sjukdomar som i sin egenskap av vårdrelaterade infektioner behöver stärkt övervakning eller kunna förenas med smittspårning kan övervägas att klassificeras som anmälnings- eller smittspårningspliktiga (se också kapitel 7).

Uppdraget bör genomföras i samverkan med andra

Uppdraget bör genomföras på ett sätt som gör att det kan läggas till grund för regeringens fortsatta beredning, vilket inkluderar erforderliga konsekvensbedömningar.

Aktörer som kan vara aktuella för samråd är bl.a. smittskyddsläkarna, Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Läkemedelsverket, Livsmedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, hälso- och sjukvårdshuvudmän, kommunala tillsynsmyndigheter enligt miljöbalken och professionsföreningar. Det bör överlåtas till Folkhälsomyndigheten att närmare bestämma vilka som bör ingå i samverkan inom ramen för uppdraget och formerna för den.

3.3.2 En löpande översyn av klassificeringen bör författningsregleras

Förslag

Folkhälsomyndigheten ska fortlöpande följa och göra en bedömning av om förteckningarna över allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar i bilaga 1 och 2 till smittskyddslagen, förteckningen över anmälningspliktiga sjukdomar i bilaga 1 till smittskyddsförordningen och myndighetens förteckning över smittspårningspliktiga sjukdomar är ändamålsenliga och om det finns andra smittsamma sjukdomar som bör anges i förteckningarna.

Folkhälsomyndigheten ska i samband med detta också överväga om det finns andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga som bör omfattas av kostnadsfrihet för patienten för läkemedel, undersökning, vård och behandling som bedöms minska risken för smittspridning.

Folkhälsomyndigheten ska årligen den 1 oktober lämna en rapport om översynen till regeringen. Om Folkhälsomyndigheten finner att förteckningarna över allmänfarliga, samhällsfarliga eller anmälningspliktiga sjukdomar behöver ändras ska myndigheten samtidigt lämna sådana förslag. Detsamma gäller förslag beträffande andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga för vilka kostnadsfrihet för patienten bör gälla. Innan Folkhälsomyndigheten rapporterar ska myndigheten höra andra myndigheter,

regioner och organisationer som Folkhälsomyndigheten bestämmer.

Bestämmelser om detta ska tas in i smittskyddsförordningen.

Bedömning

Någon ändring i definitionerna av de smittsamma sjukdomarna i smittskyddslagen behövs inte för den löpande översynen.

En löpande översyn av klassificeringen behövs och bör författningsregleras

För att förteckningarna i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen ska kunna hållas uppdaterade behövs, efter att den större översyn och analys av sjukdomarnas klassificering som vi föreslagit i föregående avsnitt har genomförts, en löpande översyn av sjukdomars klassificering.

Av 1 kap. 7 § SmL framgår bl.a. att Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska också följa och vidareutveckla smittskyddet. I propositionen till smittskyddslagen förklaras det som att myndigheten, under regering och riksdag, ska ha det övergripande nationella ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Infektionspanoramat som hade förändrats påtagligt under de senaste föregående decennierna ansågs ställa särskilda krav på såväl lagstiftning och organisation som beredskap. Regeringen uttalade att det var angeläget att Socialstyrelsen, som då var ansvarig myndighet, med stöd av andra myndigheter inom området, skulle följa det epidemiologiska läget och den medicinska utvecklingen vad avsåg spridning och kontroll av smittsamma sjukdomar och ta initiativ till de förändringar som kunde behövas bland annat i lag och annan författning, i tillämpning och i organisation.[21]

Det är alltså tydligt att det i Folkhälsomyndigheten ansvar enligt 1 kap. 7 § SmL ingår att ta initiativ till förändringar i författningar. Frågan om sjukdomarnas klassificering är dock enligt utredningens

[21] Prop. 2003/04:30 s. 212.

mening av sådan betydelse att ansvaret för förslag beträffande sådana författningsändringar bör regleras särskilt. Sådan reglering saknas i dag, vilket också anges i utredningens direktiv.

Vi föreslår mot den bakgrunden att Folkhälsomyndigheten fortlöpande ska följa och bedöma om förteckningarna över samhällsfarliga och allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen, över anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddsförordningen samt smittspårningspliktiga sjukdomar enligt myndighetens föreskrifter är ändamålsenliga. I detta ligger bl.a. att bedöma om de åtgärder som individer blir eller kan bli föremål för till följd av regleringen är proportionerliga för sjukdomen i fråga. Folkhälsomyndigheten bör även överväga om det finns andra smittsamma sjukdomar som bör anges i någon av förteckningarna.

Någon ändring av definitionerna av smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen bedömer utredningen inte är nödvändig för denna löpande översyn.

I avsnitt 3.2.2 har vi föreslagit att regeringen bör få föreskriva om vilka andra sjukdomar än de allmänfarliga som ska vara kostnadsfria för patienten för läkemedel, undersökning, vård och behandling som bedöms minska risken för smittspridning. Folkhälsomyndigheten bör därför i samband med den löpande översynen av klassificeringen av smittsamma sjukdomar även överväga vilka andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga som bör omfattas av sådan kostnadsfrihet för patienten.

Sjukdomspanoramat förändras och är beroende av en lång rad faktorer. För mer brådskande fall att vidta åtgärder mot en allvarlig smittsam sjukdom finns möjlighet för Folkhälsomyndigheten att när så krävs föreslå att regeringen ska föreskriva att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga och eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss sjukdom med stöd av snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL. Det vi avser med den fortlöpande översynen är de inte lika brådskande men ändå nödvändiga justeringar i klassificeringen av smittsamma sjukdomar som kan behöva göras.

Översynen bör göras årligen och redovisas tillsammans med behövliga förslag

Folkhälsomyndigheten har uppgett till utredningen att översynen lämpligen skulle kunna göras i samband med att myndigheten tar fram reviderade falldefinitioner för anmälningspliktiga sjukdomar, vilket sker varje år. Utredningen delar bedömningen att en översyn av klassificeringen bör göras varje år. Till skillnad från det mer omfattande regeringsuppdraget som föreslagits i tidigare avsnitt är inte avsikten att det författningsreglerade ansvaret ska innebära en fullständig översyn i betydelsen att samtliga sjukdomars klassificering omprövas i grunden. Ansvaret ska snarare uppfattas som att bevaka sådana avgörande förändringar i t.ex. tillgängliga behandlingsmetoder eller smittämnens farlighet eller spridningsförmåga som kan motivera att justeringar görs.

Den bestämmelse som behöver införas är närliggande det ansvar som redan åligger myndigheten enligt 1 kap. 7 § SmL. En reglering av det nu aktuella slaget kan dock behöva vara förhållandevis detaljerad och enkelt kunna ändras vid behov. Lagform är heller inte nödvändig eftersom det enbart gäller ett ansvar att lämna förslag som sedan beslutas av riksdag respektive regering.

I smittskyddsförordningen regleras redan ett ansvar för Folkhälsomyndigheten att på ett likartat sätt föreslå behövliga förändringar i de nationella vaccinationsprogrammen. Bestämmelserna som avser smittsamma sjukdomars klassificering bör därför tas in i samma förordning. Utredningen bedömer att förordningsändringen kan ske med stöd av bemyndigandet i 9 kap. 4 § SmL där det anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Det bör därför tas in en bestämmelse i smittskyddsförordningen om att Folkhälsomyndigheten fortlöpande ska följa och göra de bedömningar om sjukdomarnas klassificering som vi angett ovan, och årligen den 1 oktober lämna en rapport om översynen till regeringen. Om Folkhälsomyndigheten finner att förteckningarna över allmänfarliga, samhällsfarliga eller anmälningspliktiga sjukdomar behöver ändras ska myndigheten samtidigt lämna sådana förslag. Detsamma gäller förslag om vilka andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga som bör vara kostnadsfria för patienten.

Innan Folkhälsomyndigheten lämnar förslag till regeringen, ska Folkhälsomyndigheten höra andra berörda myndigheter, regioner och organisationer. En bestämmelse om detta bör också tas in i smittskyddsförordningen. Vilka som hörs bör Folkhälsomyndigheten själv avgöra.

4 Utredningens överväganden om informationsplikt vid hiv

Utredningen har särskilt i uppdrag att analysera och ta ställning till om informationsplikten vid hiv är ändamålsenlig och proportionerlig. I detta kapitel redogör vi för våra överväganden i den delen. I nästa kapitel gör vi överväganden och lämnar förslag beträffande informationsplikt och förhållningsregler som gäller samtliga allmänfarliga sjukdomar.

Vi inleder med en beskrivning av utgångspunkterna för uppdraget (4.1). Därefter beskriver vi, mot en historisk bakgrund, det medicinska och epidemiologiska nuläget beträffande hiv i Sverige (avsnitt 4.2). I avsnitt 4.3 beskriver vi åtgärder och reglering från 1980-tal fram till i dag, med fokus på informationsplikten. I avsnitt 4.4 redogör vi för centrala delar av våra enkätresultat som gäller hiv och informationsplikt, i förhållande till tidigare gjorda studier. Därefter gör vi en internationell utblick med fokus på Norden beträffande skyldigheten att informera (avsnitt 4.5). Sist följer vår bedömning av informationspliktens ändamålsenlighet (avsnitt 4.6).

4.1 Bakgrund till uppdraget

Vårt uppdrag enligt direktiven tar sin utgångspunkt i å ena sidan att informationsplikten bl.a. inneburit att en sexualpartner har fått möjlighet att ta ställning till risken för smittspridning, å andra sidan i det kunskapsunderlag från 2013 där Smittskyddsinstitutet och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV)[1] konstaterade att risken för överföring av hiv vid samlag är försumbar om den hivinfekterade parten

[1] Referensgruppen för antiviral terapi är en oberoende expertgrupp vars styrelseledamöter utses av Svenska Läkaresällskapet.

uppfyller kriterierna för en välinställd behandling.[2] Kunskapsunderlaget ledde till att Socialstyrelsen, som då ansvarade för bl.a. föreskrifter på smittskyddsområdet, publicerade skrivningar som gav stöd för behandlande läkare att göra bedömningen att en patient med välinställd behandling inte skulle vara skyldig att informera en sexualpartner om sitt smittbärarskap. En förutsättning för detta var att kondom användes. Dock gällde att vid t.ex. sex med risk för blödning och/eller slemhinneskada hade den enskilde en skyldighet att på eget initiativ informera enligt 2 kap. 2 § andra stycket smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, oavsett vilka förhållningsregler som givits.[3]

När kunskapsunderlaget uppdaterades 2019 bedömdes ingen risk föreligga för överföring av hiv vid vaginala och anala samlag om personen med hivinfektion har välinställd behandling, och att detta även gällde om kondom inte används.[4] Vidare bedömdes smittrisken inte vara beaktansvärd vid de flesta kontakter inom vården om patienten har en välinställd behandling. Dessa bedömningar är oförändrade i det nu gällande kunskapsunderlaget från år 2024.[5]

Våra direktiv är också följden av ett tillkännagivande från riksdagen till dåvarande regeringen år 2020 som hade föregåtts av en kommittémotion till riksdagen i oktober 2019.[6] I motionen föreslogs att regeringen skulle ta initiativ till en översyn av smittskyddslagen med analys av om den fyller sitt ändamål när det gäller informationsplikten vid hiv. Socialutskottet biföll till stora delar motionen varpå riksdagen riktade ett tillkännagivande till regeringen.[7] Vid ett flertal tillfällen tidigare än 2019 hade motionsyrkanden lämnats beträffande hiv men då avstyrkts i socialutskottet.

[2] Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. Kunskapsunderlag från Smittskyddsinstitutet och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV); 2013.
[3] Socialstyrelsen. Den behandlande läkarens och enskilde individens ansvar vid pågående behandling mot hivinfektion; 2013. Dnr 3.1-40828/2013.
[4] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion; 2019.
[5] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion; 2024.
[6] Motion till riksdagen 2019/20:2800.
[7] Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU5 s. 26–33 och rskr. 2019/20:173.

4.2 Från dödsdom till kroniskt bärarskap utan smittsamhet vid sex

Inledningen på hivpandemin

De första rapporterna om den sjukdom som senare skulle få namnet aids (*acquired immune deficiency syndrome*, förvärvat immunbristsyndrom), kom från Los Angeles i USA 1981, där ovanliga infektioner och tumörer observerades hos tidigare friska unga män.[8] Sjukdomen kännetecknades av en brist på hjälparceller i blodet. Brist på dessa celler leder till en känslighet för ovanliga infektioner och tumörsjukdomar som ett friskt immunsystem kan hantera. De första fallen av aids i Sverige diagnosticerades 1982.

År 1983 identifierade franska forskare det virus som orsakar aids.[9] Viruset tillhör familjen retrovirus och kallades inledningsvis bl.a. LAV och HTLV-III, men fick 1986 den officiella benämningen humant immunbristvirus, hiv. Forskning har i efterhand visat att hiv introducerades i Stockholm under det sena 1970-talet.[10]

I brist på läkemedel eller vaccin var samhället under de första åren av hivpandemin helt hänvisat till information och andra icke-medicinska åtgärder för att försöka begränsa spridningen av hiv.[11]

I detta kapitel använder vi huvudsakligen hivinfektion för att beteckna den allmänfarliga sjukdomen i smittskyddslagen och i övrigt termen hiv, om inte sammanhanget kräver annat.

[8] Centers for Disease Control and Prevention. Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981;30:250-2.
[9] Barre-Sinoussi F., Chermann JC., Rey F., et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983;220:868-71.
[10] von Krogh G., Broström C., Hermanson J., von Sydow M., Biberfeld G., Sandström E., Böttiger M. The introduction of HIV during 1979–80 in a sexually active homosexual population of Stockholm. Scand J Infect Dis. 1987;19(3):285–288.
[11] En översikt över samhällets insatser mot hiv/aids fram till 2004 finns i *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring* (SOU 2004:13).
För en analys av det offentliga Sveriges respons på hiv och aids, däribland tidiga informationskampanjer, se t.ex. Thorsén D. Den svenska aidsepidemin. Ankomst, bemötande, innebörd. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2013.
För frivilligorganisationernas arbete och omställning, se t.ex. Lennerhed L, Rydström J. När staten inte räcker till: aids och det civila samhället 1982 – 2000. Möklinta: Gidlunds förlag; 2024.

Smittvägar och överföringsrisk vid obehandlad hivinfektion

Hiv finns i kroppsvätskor och kan överföras via vaginala eller anala samlag, blodtransfusion, kontaminerade nålar vid injicering av t.ex. droger samt från mor till barn under graviditet, förlossning och amning. Hiv har relativt låg smittsamhet vid sexuella kontakter, förutom under infektionens första veckor och i aidsstadiet då smittsamheten är högre på grund av högre virusnivåer. Smittrisken vid obehandlad hiv har i en systematisk översikt bedömts vara högre för mottagande än penetrerande part liksom högre vid anala än vid vaginala samlag. Spannet är dock brett och beror på flera faktorer. Risken för mottagande part vid anala samlag har bedömts ligga mellan 0,5 procent och 3,4 procent. I övrigt är risken att smittas vid samlag enligt översikten avsevärt lägre än så, och inte över 0,2 procent.[12]

Risken för hivöverföring från mor till barn under graviditet eller förlossning är 15–25 procent för gravida som har obehandlad hivinfektion. Med amning ökar risken till 25–40 procent.[13]

Sprututbytesprogram

Delade injektionsverktyg utgör en smittväg för hiv. I Sverige startade en försöksverksamhet för sprututbytesprogram i Lund 1986 och därefter en i Malmö 1987. I många andra länder infördes liknande program. UNAIDS, som är FN:s samlade program mot hiv/aids, utalade rekommendationer för sprututbyte 1999.

Det dröjde till 2017 innan sprutbyte, genom ett antal ändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, blev brett tillgängligt i Sverige. Lagändringarna syftade till att förbättra tillgången till sprututbyten i hela landet och innebar bl.a. att det kommunala vetot mot sprututbyte togs bort och att ansvaret för sprututbytesverksamheterna koncentrerades till de dåvarande landstingen. Vid införandet var åldersgränsen för inskrivning på sprututbyte 20 år, men detta

[12] Public Health Agency of Canada. HIV transmission risk: A summary of the evidence. Ottawa: Government of Canada; 2012.
[13] Referensgruppen för antiviral terapi. Profylax och behandling av hivinfektion vid graviditet, 2024. [Hämtad 2025-10-08.]

sänktes genom lagändringarna till 18 år i syfte att sänka tröskeln för deltagande.[14]

Sprututbytesverksamheter finns numera i samtliga regioner. Totalt finns möjlighet att hämta och byta kanyler och sprutor på 30 platser i Sverige och även en mobil verksamhet.[15] Verksamheterna har betydelse för prevention av hiv men också av andra sjukdomar som smittar via blod, bl.a. hepatit C.

Dramatisk förändring genom läkemedelsutveckling

Under de första 15 åren av hivpandemin var behandlingsmöjligheterna begränsade. Ett steg mot effektiv behandling togs 1987 då det första antiretrovirala läkemedlet, zidovudin (AZT), godkändes. Under tidigt 1990-tal tillkom fler preparat, men behandlingseffekten var kortvarig. Ett paradigmskifte skedde 1996 genom introduktionen av kombinationsbehandling, initialt ofta kallad HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). Under 2000- och 2010-talen fortsatte läkemedlen att utvecklas. Behandlingen benämns numera ART (antiretroviral terapi) och sänker vanligtvis virusnivåerna i blodet till omätbara (< 50 viruskopior/ml blodplasma). Nya läkemedelsklasser har tillkommit, bl.a. integrashämmare och inträdeshämmare, vilket möjliggör behandlingsalternativ även om patientens virus har utvecklat resistens mot den först insatta kombinationsbehandlingen. En annan viktig förbättring är att läkemedlen numera har betydligt lägre risk för biverkningar. Under 2020-talet har även långverkande injicerbara läkemedel introducerats, vilket möjliggör behandling var eller varannan månad i stället för dagliga tabletter.[16]

Läkemedelsbehandlingen förhindrar utveckling av aids och innebär att den förväntade livslängden för personer med hiv i länder med tillgång till effektiv behandling har ökat markant och närmar sig den för jämförbara personer som inte bär på viruset.[17] I princip alla som diagnostiseras med hivinfektion i Sverige får omedelbart behandling.

[14] Lagen (2017:7) om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler. Se prop. 2016/17:15, bet. 2016/17:SoU4, rskr. 2016/17:132.
[15] Socialstyrelsen. Sprututbytesverksamhet.
[16] Referensgruppen för antiviral terapi. Antiretroviral behandling av hivinfektion 2025 – Behandlingsrekommendation.
[17] Se Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. 2024, s. 10, och där gjorda hänvisningar.

Hiv kan genom läkemedelsutvecklingen sägas ha genomgått en dramatisk förändring från en näst intill hundraprocentigt dödlig sjukdom till en kronisk behandlingsbar sjukdom. Hiv kräver dock ännu livslång behandling och regelbundna kontakter med hälso- och sjukvården.

Hivbehandling eliminerar risken för överföring vid sex

En kunskap som växte fram under 2010-talet är att läkemedelsbehandling inte bara förbättrar individens hälsa utan även kraftigt minskar smittsamheten. År 2008 uttalade den schweiziska aidskommissionen att personer med välinställd hivbehandling under vissa förutsättningar inte borde anses vara smittsamma vid sexuella kontakter.[18]

År 2018 ställde sig UNAIDS bakom principen U=U (Undetectable = Untransmittable).[19] Principen innebär att när virusnivån i blodplasma är under mätbar nivå kan viruset inte överföras sexuellt. År 2024 uttalade UNAIDS att smittrisken vid sex därtill är nästan noll eller negligerbar när den part som bär på viruset har en virusnivå som i och för sig är mätbar men under 1 000 viruskopior/ml blodplasma.[20] I det sammanhanget hänvisade UNAIDS också till en systematisk översikt från 2023 som redovisade att tre studier inte fann några bevis för hivöverföring mellan par där partnern med hiv hade under 200 viruskopior/ml blodplasma.[21] Världshälsoorganisationen (WHO), har i allt väsentligt samma budskap som UNAIDS.[22]

Det europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) angav i oktober 2025 att virusnivåer under 200 viruskopior/ml blodplasma inte är associerade med risk för sexuell över-

[18] Vernazza P., Hirschel B., Bernasconi E., Flepp M. HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. Schweizerische Ärztezeitung 2008;89:165-9.
[19] UNAIDS. Undetectable = Untransmittable. Public health and HIV viral load suppression. 2018.
[20] UNAIDS. Undetectable = Untransmittable. Public health and HIV viral load suppression. 2024 updated version.
[21] Broyles LN., Luo R, Boeras D., Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. Lancet. 2023;402:464–471.
[22] The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023.

föring, men att det kliniska målet är en virusnivå under 50 viruskopior/ml.[23]

I Sverige publicerade dåvarande Smittskyddsinstitutet tillsammans med RAV år 2013 ett kunskapsunderlag kring smittsamhet vid behandlad hivinfektion (se också avsnitt 4.1 ovan).[24] Kunskapsunderlaget har därefter uppdaterats flera gånger. I den aktuella versionen från 2024 gör Folkhälsomyndigheten följande bedömning: ”Det föreligger ingen risk för smittöverföring av hiv vid vaginala och anala samlag om partnern med hivinfektion uppfyller kriterierna för välinställd antiretroviral behandling”. För att behandlingen ska anses vara välinställd ska enligt myndigheten följande kriterier vara uppfyllda:

– Virusnivån av hiv i blodplasma ska kontinuerligt vara omätbar, vilket ska ha verifierats vid minst två på varandra följande virusmätningar utförda med 3–6 månaders intervall.
– Patienten ska bedömas ha kontinuerligt hög behandlingsföljsamhet.
– Uppföljning av virusnivåer av hiv och behandlingsföljsamhet ska ske regelbundet enligt RAV:s riktlinjer.

Med omätbara virusnivåer avses enligt myndigheten nivåer under mätbar nivå med de tester som används i svensk rutinvård, dvs. < 20 eller < 50 hiv-RNA-kopior/ml plasma beroende på testfabrikat. Hos en begränsad andel av patienter med god behandlingsföljsamhet och välinställd behandling ses låga, men mätbara, virusnivåer i blodplasma; upp till 200 kopior/ml. När virus påvisas upp till denna nivå vid enstaka tillfällen kallas de ”blips”. Patienter med ”blips” upp till 200 kopior/ml ingår i gruppen patienter med välinställd behandling, enligt myndighetens definition.[25]

Enligt uppgift till utredningen planeras en uppdatering av Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag under 2026.

Sammanfattningsvis finns internationell och nationell konsensus om att en person med hivbehandling och en virusnivå i blodplasma under mätbar nivå inte överför viruset vid sex. Flera internationella organ anger att detsamma gäller vid mätbara virusnivåer lägre än 200 viruskopior/ml blodplasma.

[23] ECDC. European standards of HIV prevention and care: Module on Commencement of antiretroviral therapy (ART), s. 13.
[24] Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. Kunskapsunderlag från Smittskyddsinstitutet och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV); 2013.
[25] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion; 2024.

Låg risk för överföring via andra smittvägar vid välinställd behandling

I Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag anges att det är troligt att risken för hivsmitta mellan personer som injicerar narkotika och delar injektionsverktyg minskar om personen med hiv har en välinställd antiretroviral behandling, men att studier som visar detta saknas.

Vidare anges att risken för överföring av hiv från mor till barn i samband med graviditet och förlossning är mycket låg om kvinnans behandling sätts in i god tid före förlossningen och behandlingsmålet om omätbara virusnivåer uppnås. Baserat på detta anger kunskapsunderlaget att kvinnor med hiv och välinställd behandling kan föda barn vaginalt. Vidare anges att antiretroviral behandling betydligt minskar risken för att hiv överförs till barnet vid amning, men inte eliminerar den. Kvinnor med hiv och välinställd behandling avråds därför från att amma. Enligt behandlingsriktlinjer från 2024 från RAV ska kvinnor som trots avrådan väljer att amma sitt barn erbjudas stöd och uppföljning.[26] WHO formulerar sig något annorlunda och anger i en rekommendation publicerad 2025 att mödrar med hiv och välinställd behandling bör erbjudas möjlighet att välja amning och få stöd oavsett vilket val som görs.[27]

PEP och PrEP bidrar till ytterligare prevention

Läkemedelsbehandling kan också på andra sätt bidra till att undvika överföring av hiv, framför allt via sex.

Postexpositionsprofylax (PEP) innebär en kur med antiretrovirala läkemedel omedelbart efter en misstänkt exposition, t.ex. en stickolycka eller oskyddat sex. PEP infördes på 1990-talet inom sjukvården och är i dag en etablerad rutin för att förhindra hivinfektion efter riskhändelser.

Pre-expositionsprofylax (PrEP) innebär att antiretrovirala läkemedel ges som förebyggande daglig medicinering, eller medicinering vid behov, för att skydda mot hiv. Folkhälsomyndigheten anger att PrEP enligt ett flertal studier i höginkomstländer har en skydds-

[26] Referensgruppen för antiviral terapi. Profylax och behandling av hivinfektion vid graviditet, 2024.
[27] WHO updated recommendations on HIV clinical management: recommendations for a public health approach; 2025.

effekt på cirka 85 procent mot hiv bland män som har sex med män som har hög risk för hiv när läkemedlet tas som ordinerat. PrEP bland heterosexuella i låginkomstländer och bland personer som injicerar droger har inte lika väldokumenterad effekt.[28] I EU inklusive Sverige godkändes PrEP 2016 och erbjuds via infektionskliniker till personer med förhöjd risk. Som nämnts ovan har långverkande injicerbara läkemedel för behandling introducerats under 2020-talet. Ett sådant läkemedel, lenacapavir, har även visat mycket lovande resultat för prevention. I två stora studier har skyddseffekten av en injektion var sjätte månad angetts vara över 99 procent. Lenacapavir utnämndes till det största vetenskapliga genombrottet under 2024 av tidskriften Science.[29]

Aktuellt medicinskt och epidemiologiskt läge i Sverige jämfört med våra grannländer

Låg prevalens och incidens

Kvalitetsregistret InfCareHIV omfattar mer än 99 procent av alla som är diagnostiserade med hivinfektion i Sverige. Den senaste årsrapporten från InfCareHIV visar att det vid årsskiftet 2024/2025 följdes 8 588 personer med hiv i landet, 60 procent män och 40 procent kvinnor. Av dessa var 2 procent i åldern 0–19 år. Registret visar att Sverige har en låg förekomst av hivinfektion i befolkningen (observerad prevalens < 0,1 %).[30]

Enligt statistik för 2024 från UNAIDS hade Danmark, Island och Norge också låg prevalens (0,1 %), medan Estland och Lettland hade högst prevalens av de länder i Europa som var med i mätningen: 0,7 procent respektive 0,5 procent. UNAIDS har ingen uppgift för Sverige avseende 2024, men för den föregående noteringen, 2015, angavs prevalensen vara 0,1 procent. Detta kan jämföras med södra Afrika där prevalensen noterades vara över 10 procent i flera länder (t.ex. Sydafrika 17,2 % och Botswana 15,7 %) år 2024.[31]

[28] Folkhälsomyndigheten. Preexpositionsprofylax för att minska risken för infektion med hiv. En kunskapsöversikt; 2017.
[29] Cohen J. 2024 breakthrough of the year. Science 2024. The long shot.
[30] InfCareHIV. Årsrapporter. Prevalens beräknad baserat på siffran 8 588 och en population på drygt 10 miljoner.
[31] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDSinfo. Global dataset on HIV epidemiology and response. https://aidsinfo.unaids.org/databook. Hämtat 2026-01-01. Samtliga uppgifter gäller i personer åldersintervallet 15–49 år.

Enligt Folkhälsomyndighetens statistik rapporterades 296 fall av hivinfektion i Sverige år 2024.[32] Det är den lägsta incidensen, 2,8 fall per 100 000 invånare, sedan början av 2000-talet och är jämförbar med vad våra grannländer rapporterade till ECDC samma år: Danmark 3,3, Finland 4,0, och Norge 4,8 fall per 100 000 invånare.[33,34]

Nästan alla som smittas i Sverige får viruset via sex

Enligt Folkhälsomyndighetens statistik uppgavs Sverige som smittland för 36 av de 296 fallen för 2024, vilket motsvarar 12 procent av fallen. För 81 procent av fallen uppgavs överföringen ha skett utomlands och för resterande 7 procent saknades uppgift. Flest fall i Sverige 2024 rapporterades i åldersgruppen 30–39 år och medianåldern var 39 år. Liksom tidigare år var en majoritet av fallen, 66 procent, män.

Av de 36 fallen år 2024 med smittland Sverige avsåg 18 heterosexuell kontakt och 15 fall män som har sex med män. För övriga tre fall saknades uppgift om smittväg.

Vad gäller andra smittvägar än via sex är delning av orena injektionsverktyg enligt Folkhälsomyndighetens statistik i dag mycket ovanligt. Vidare testas allt donerat blod för hiv. Såvitt känt för utredningen har hiv inte överförts via donerat blod eller blodprodukter efter 1985. Även smitta från mor till barn är mycket ovanligt förekommande i Sverige. I ett kunskapsdokument från 2024 anges det ha skett två gånger under de senaste tio åren.[35] Mödrarna hade i dessa fall inte hunnit få optimal hivbehandling under graviditeten. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:13) om infektionsscreening för gravida ska vårdgivaren erbjuda alla gravida kvinnor provtagning för bl.a. hiv så tidigt under graviditeten att det är möjligt att vidta adekvata medicinska åtgärder i syfte att skydda barnet mot sjukdomen.

[32] Folkhälsomyndigheten. Hivinfektion 2024 – Sammanfattning och bedömning.
[33] Incidens är ett epidemiologiskt mått som beskriver antalet fall per tidsenhet, i detta sammanhang antal rapporterade fall per år.
[34] European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2025–2024 data; 2025.
[35] Referensgruppen för antiviral terapi. Profylax och behandling av hivinfektion vid graviditet, 2024.

En stor majoritet har välinställd behandling

Majoriteten av personer med känd hivinfektion i Sverige har en välinställd behandling. InfCareHIV:s senaste årsrapport visar att 98,7 procent stod på behandling vid årsavläsningen 2024. Av dessa hade 94,6 procent en virusnivå lägre än 50 viruskopior/ml blodplasma efter minst sex månaders behandling och 98,8 procent hade en virusnivå lägre än 200 viruskopior/ml.

I faktiskt antal rör det sig om uppskattningsvis drygt 200 personer i Sverige med diagnosticerad hivinfektion som således ligger över den gräns (200 viruskopior/ml) under vilken bl.a. ECDC har angett att individen inte är smittsam vid sex. Ett värde över 200 kan bero på att individen är nydiagnostiserad, att det finns resistensproblematik för läkemedlen eller att individen av något skäl inte tar sina läkemedel som avsett.

Det finns vidare personer som bär på hiv utan att veta om det. I en forskningsrapport uppskattades detta mörkertal år 2022 vara drygt 300 personer i Sverige.[36]

Sverige har nått 95-95-95-målen

År 2014 lanserade UNAIDS globala mål för diagnos och behandling av hivinfektion, de s.k. 90-90-90-målen, som kom att ingå i den deklaration som FN:s medlemsstater antog år 2016.[37,38] I samband med att FN:s generalförsamling sammanträdde 2021 uppdaterades målen till 95-95-95-mål och det angavs att de skulle vara uppfyllda år 2025.[39] Målen innebär att minst 95 procent av de som lever med hiv känner till sin diagnos, att 95 procent av dessa har antiviral behandling och att 95 procent av de behandlade har en välfungerande behandling med nedtryckta virusnivåer.

[36] Lundgren E., Locke M., Romero-Severson E., Dimitrijevic M., Axelsson M., Andersson E., et al. Sweden surpasses the UNAIDS 95-95-95 target: estimating HIV-1 incidence, 2003 to 2022. 2024;29(42):2400058.
[37] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic; 2014.
[38] United Nations. General Assembly (70th sess. 2015-2016). Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. A/RES/70/266.
[39] United Nations. General Assembly (75th sess. 2020-2021). Political Declaration on HIV and AIDS: Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. A/RES/75/284.

En forskningsrapport visar att Sverige som ett av de första länderna i världen uppnådde UNAIDS 95-95-95-mål redan år 2018.[40] Övriga nordiska länder, utom Island, beräknas också ha nått samtliga tre mål.[41]

Ännu inget botemedel eller vaccin

Det finns ännu inget botemedel för hiv. Infektionen läker inte heller ut spontant utan är således livslång. Antiretroviral behandling innebär att sjukdomsutveckling förhindras, men leder inte till bot. Om läkemedelsbehandlingen avbryts stiger virusnivåerna i blodet snabbt vilket innebär förnyad risk för utveckling av immunbrist och aids samt en återkomst av smittsamhet. Individer som inte medicinerar är således i normalfallet smittsamma. Den som inte medicinerar utvecklar normalt så småningom aids och avlider, även om detta kan ta många år.

Forskning pågår kring nya botemedel såsom genterapi, bredneutraliserande antikroppar och ”kick-and-kill”-metoder för att försöka utrota vilande virus, men det går inte att bedöma om eller när sådana metoder kan bli brett tillgängliga.

Det finns heller inget vaccin mot hiv, och inga indikationer på att något forskningsgenombrott på vaccinområdet skulle vara nära förestående. Utmaningarna med vaccinutveckling beror i första hand på att viruset förekommer i väldigt många olika skepnader, dvs. olika genotyper och subtyper.

Global utveckling och nuläge

Enligt UNAIDS uppskattningar har sedan pandemin började över 91 miljoner människor globalt blivit infekterade med viruset, och över 44 miljoner avlidit i aidsrelaterade sjukdomar. Pandemin växte exponentiellt en bit in på 1990-talet. Smittspridningen nådde en topp runt 1995 under vilket år cirka 3,3 miljoner människor uppskattas

[40] Lundgren E., Locke M., Romero-Severson E., Dimitrijevic M., Axelsson M., Andersson E., et al. Sweden surpasses the UNAIDS 95-95-95 target: estimating HIV-1 incidence, 2003 to 2022. Euro Surveill 2024;29.

[41] Sóttvarnasvið/Centre for Health Security and Communicable Disease Control på Island uppger till utredningen att man inte beräknas ha nått det första 95-målet, men att man däremot har nått de övriga två.

ha blivit infekterade. Därefter har den globala incidensen gradvis minskat framför allt tack vare ökad tillgång till läkemedelsbehandling. UNAIDS uppskattar att det 2024 skedde cirka 1,3 miljoner nya infektioner, en minskning med cirka 60 procent från år 1995. Även hos barn (0–14 år) ses en minskad incidens från 310 000 nya infektioner år 2010 till 120 000 år 2024.[42]

Antalet aidsrelaterade dödsfall har också minskat markant. Kulmen inträffade runt år 2004 då cirka 2,1 miljoner dödsfall uppskattas ha skett. Dödsfallen har sedan dess minskat med närmare 70 procent. Under år 2024 uppskattades cirka 630 000 personer (varav 75 000 barn) i världen ha avlidit av aidsrelaterade sjukdomar.

Trots de senaste årens framsteg är hiv fortsatt en allvarlig global utmaning. I slutet av 2024 levde uppskattningsvis 41,1 miljoner människor i världen med hiv, varav 1,4 miljoner barn under 15 år.

Enligt UNAIDS finns det risk att den positiva utvecklingen med minskade antal nya fall och dödsfall globalt bryts i och med den amerikanska administrationens pausade stöd för läkemedel och annan prevention.[43]

4.3 Skyldigheten enligt smittskyddslagen att informera sexpartners om hiv

I oktober 1982 konstaterades det första svenska fallet av hiv. Detta föranledde en rad åtgärder och föreskrifter från regeringen och berörda myndigheter, bl.a. Socialstyrelsen. Vi fokuserar här på sådan reglering som har direkt eller indirekt betydelse för enskildas skyldigheter att informera om sin sjukdom, från 1982 fram till i dag.

Läkares föreskrifter enligt 1968 års smittskyddslag fick innehålla krav på information

Enligt 1968 års smittskyddslag (1968:231) var den som hade anledning att anta att den led av venerisk sjukdom skyldig att söka läkare och underkasta sig den behandling som behövdes, samt följa de före-

[42] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics – Fact sheet. Hämtad 2026-02-27.
[43] UNAIDS. About the impact of US funding cuts on the global HIV response. Hämtad 2026-03-19.

skrifter som läkaren meddelade om sjukdomens vidare behandling och om åtgärder för att hindra spridning av smitta (12 §).

I maj 1985 föreskrev Socialstyrelsen om att när en läkare vid läkarundersökning eller hälsokontroll avseende sjukdomar som var överförbara sexuellt eller via blod, fann en patient med förhöjd risk att infekteras av hiv, skulle läkaren informera om infektionens spridningsvägar och möjligheter till skydd för patienten och personer i hans närmaste omgivning. Informationen skulle bl.a. innehålla uppgifter om att minimera antalet sexualpartner till om möjligt en fast förbindelse och använda en sexualteknik som innebar ett minimum av utbyte av kroppsvätskor, t.ex. genom att använda kondom.[44]

I augusti 1985 rekommenderade Aidsdelegationen[45] regeringen att hivinfektion skulle omfattas av regleringen i smittskyddslagen och hänföras till de veneriska sjukdomarna. Delegationen föreslog också att en straffbestämmelse om förbud mot könsligt umgänge för den som lider av venerisk sjukdom och har vetskap eller misstanke om detta skulle tas bort ur smittskyddslagen. Regeringen delade Aidsdelegationens bedömning om att hiv skulle tas in i smittskyddslagen och hänföras till de veneriska sjukdomarna. Regeringen menade bl.a. att på vetenskapens dåvarande ståndpunkt måste den smittade betraktas som smittförande från den tidpunkt viruset överförts och under återstoden av livet.[46] Som skäl för att också upphäva straffbestämmelserna anförde regeringen bl.a. att dessa kunde försvåra ett effektivt smittskyddsarbete genom att många som smittats av hiv skulle dra sig för att uppsöka hälso- och sjukvården av rädsla för straff. Vidare angav regeringen att de föreskrifter som den smittade var skyldig att följa enligt 12 § dåvarande smittskyddslag kunde innebära krav på sexuell avhållsamhet under en längre eller kortare tid. För många som smittats av hiv skulle ett krav på fullständig sexuell avhållsamhet under återstoden av livet framstå som orimligt. Många skulle inte följa en sådan förhållningsregel. Med hänsyn till detta förhållande ansåg re-

[44] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1985:4) angående AIDS.
[45] Aidsdelegationen tillsattes av regeringen 1985 och var verksam till 1992. Delegationen var sammansatt av företrädare för de två största riksdagspartierna, berörda departement, Socialstyrelsen, Statens bakteriologiska laboratorium, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Till delegationen knöts särskilda referensgrupper med bl.a. civilsamhällesorganisationer. Uppdraget var att ta initiativ till och samordna det nationella smittskyddsarbetet i fråga om hiv och aids. Delegationen skulle bedöma och påtala behovet av omedelbara åtgärder, t.ex. frågor om lagstiftning, samt fördela statliga medel till andra aktörer, såsom kommuner, landsting och civilsamhälle, för regionalt och lokalt förebyggande och stödjande arbete (se prop. 1985/86:171).
[46] Prop. 1985/86:13 s. 12–17.

geringen det inte vara en ur smittskyddssynpunkt lämplig åtgärd att för all framtid förbjuda den smittade att ha sexuellt umgänge. Eftersom viruset allmänt sett har en låg smittsamhet kunde riskerna för smittspridning vid sexuellt umgänge starkt begränsas om parterna iakttog stor försiktighet och använde så säkra metoder som möjligt vid umgänget – t.ex. sexualtekniker där utbyte av kroppsvätskor inte förekom. Enligt regeringens uppfattning måste man kunna utgå ifrån att den som har smittats kommer att visa hänsyn och omtanke om sin partner.

Det kan här kort skjutas in att möjlighet till straffrättsligt ansvar för överförande av hiv enligt bestämmelser i brottsbalken alltjämt förelåg efter det att straffbestämmelserna i dåvarande smittskyddslagen tagits bort.

Smittskyddslagen gjordes genom regeringens förordning tillämplig på hivinfektion den 1 november 1985.[47] Samtidigt meddelade Socialstyrelsen föreskrifter om hur smittskyddslagen skulle tillämpas vid fall av infektionen.[48] Föreskrifterna innebar att läkare var skyldig att vid ett personligt möte underrätta den som smittats av hiv om detta. Läkaren skulle alltid informera patienten om hur sjukdomen smittar och upplysa om att viruset sprids främst via blod och sädesvätska. Läkaren skulle även meddela föreskrifter för att hindra smittspridning enligt 12 § dåvarande smittskyddslag. Läkaren skulle alltid meddela föreskrifter om

– åtgärder för att hindra risken för smitta vid sexuellt umgänge,
– förbud att lämna blod för transfusion eller tillverkning av blodprodukter, modersmjölk, organ för transplantation eller sperma för insemination, och
– förbud att till någon annan överlåta injektionsspruta eller kanyl som kan vara förorenad av viruset.

Så långt det var möjligt skulle läkaren kontrollera att den smittade följde de meddelade föreskrifterna. När läkaren hade anledning att misstänka att den smittade inte följde de föreskrifter som meddelats, skulle han, på samma sätt som för andra veneriska sjukdomar anmäla

[47] Förordning (1985:742) om ändring i smittskyddskungörelsen (1968:234).
[48] Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1985:20) om hur smittskyddslagen (1968:231) m.m. skall tillämpas vid fall av HTLV-III-infektion.

detta till smittskyddsläkaren. I sista hand kunde tvångsintagning på sjukhus beslutas av smittskyddsläkaren eller länsstyrelsen.

Den behandlande läkaren skulle vidare informera den smittade om att denne vid besök inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården bör upplysa den som behandlar honom om att risk för blodsmitta kan föreligga i samband med behandling. Läkaren skulle undersöka den smittades behov av stöd och behandling, och beakta behovet av stöd åt hans eller hennes närmaste. Den smittade skulle vidare ges råd om hur han eller hon borde leva för att minska risken för att utveckla aids. Läkaren skulle erbjuda sig att hålla en regelbunden kontakt genom planerade återbesök eller på annat sätt.

Socialstyrelsen erfor så småningom att det, utöver den precisering av innebörden av läkarens föreskrifter som getts i ovannämnda föreskrifter från Socialstyrelsen, också fanns behov av förslag på hur den behandlande läkarens föreskrifter och information lämpligen borde utformas. Sådana informationsunderlag utarbetades och togs in i bilaga till nya föreskrifter och allmänna råd som meddelades i april 1986.[49] I föreskrifterna angavs bl.a. att den behandlande läkaren i varje särskilt fall skulle göra en individuell bedömning av hur informationen och föreskrifterna som meddelades patienten skulle utformas. Det skriftliga underlaget skulle utgöra en komplettering till den muntliga information som alltid måste lämnas. Kompletteringar eller modifieringar behövde göras för bl.a. barn och gravida. Något behov av generella föreskrifter till skydd mot smittspridning i arbetslivet ansågs inte föreligga. I det fall patienten var prostituerad skulle patienten dock förbjudas att fortsätta den verksamheten.

I det underlag som avsågs att användas av behandlande läkare i kontakt med den som befunnits smittad av hiv, angavs under rubriken Dina skyldigheter bl.a. att ”Du får inte ha sexuellt umgänge med någon som inte är informerad om att du är smittad”, och att ”När du har sexuellt umgänge måste det vara på ett sådant sätt att risken för att smittan sprids blir så liten som möjligt.” Övriga föreskrifter som Socialstyrelsen föreslog att läkaren kunde ge avsåg bl.a. ett krav på att vid samlag använda alla tänkbara försiktighetsåtgärder, inklusive att använda kondom under hela samlaget, förbud mot att dela injektionsverktyg, förbud mot att ge modersmjölk eller blod,

[49] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1986:11) om information och föreskrifter till patienter i samband med meddelanden om resultat av test avseende antikroppar mot LAV/HTLV-III.

förbud mot att ge sperma som spermadonator, förbud mot att ställa upp som givare i transplantationssammanhang och en skyldighet att komma till läkaren på avtalad tid och meddela byte av läkare.

Det fanns i 1968 års smittskyddslag ingen begränsning gällande vad läkarens föreskrifter till den enskilde enligt 12 § fick innehålla. Det kan därmed ha förekommit att läkare, även innan Socialstyrelsen 1986 gav ut nämnda föreskrifter och informationsunderlag, föreskrivit om en skyldighet för enskilda att informera sexpartners. Utredningen har inte undersökt detta närmare.

Särskilda förhållningsregler om information blev ett krav 1989

I 1988 års smittskyddslag (1988:1472) ersattes begreppet föreskrifter med begreppet förhållningsregler, detta för att inte riskera att sammanblandas med författningsregler.[50] Även sjukdomsbeteckningarna förändrades bl.a. med innebörden att begreppet veneriska sjukdomar utmönstrades. Hivinfektion angavs i 1988 års smittskyddslag som samhällsfarlig sjukdom, vilket i huvudsak motsvarar det som i dagens smittskyddslag betecknas allmänfarliga sjukdomar.

Bestämmelserna innebar bl.a. att den behandlande läkaren var skyldig att meddela den som undersöktes för hiv de förhållningsregler som behövdes för att hindra smittspridning. Den enskilde var skyldig att följa förhållningsreglerna. Förhållningsreglerna för en samhällsfarlig sjukdom fick avse den undersöktes kontakter med läkaren, hygien, isolering i hemmet, arbete och skolgång samt livsföring i övrigt. Läkaren skulle så långt det var möjligt se till att förhållningsreglerna följdes och skyndsamt anmäla bristande följsamhet till smittskyddsläkaren (13, 16 och 25 §§) I sista hand kunde under vissa omständigheter tvångsisolering aktualiseras för den som inte följde meddelade förhållningsregler (38–39 §§). I kapitel 5 beskriver vi utförligare bakgrunden till regleringen i 1988 års lag.

Socialstyrelsen meddelade föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) om tillämpningen av smittskyddslagen. Av dessa framgick att för konstaterad eller misstänkt hivinfektion gällde vad som betecknades särskilda förhållningsregler. Enligt föreskrifterna skulle dessa förhållningsregler vid hivinfektion ”bl.a. omfatta information om åtgärder för att förhindra risken för smitta vid sexuellt

[50] SOU 1985:37 s. 92, prop. 1988/89:5 s. 53.

umgänge". Vidare skulle förhållningsreglerna "alltid innehålla föreskrift om att den smittade måste underrätta sin sexualpartner om att han är HIV-infekterad". Motsvarande särskilda föreskrifter fanns i Socialstyrelsens föreskrifter inte beträffande någon annan samhällsfarlig sjukdom. Föreskrifterna trädde i kraft den 1 juli 1989.

Överväganden av 1996 års Smittskyddskommitté

Uppdraget till 1996 års Smittskyddskommitté var att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på dåvarande smittskyddslagen och fästa särskild vikt vid bl.a. bestämmelserna om tvångsåtgärder.[51]

Kommitténs uppfattning var, mot bakgrund av bl.a. den epidemiologiska situation som då rådde, att särreglering av hiv skulle upphävas så långt det var möjligt och att man borde "sträva efter en mer realistisk och tolerant syn på de smittade".[52]

Kommittén använder i betänkandet begreppet *informationsplikt* för att beteckna den informationsskyldighet som läkare enligt 1988 års lag kunde ge som en förhållningsregel. Detta är första gången som begreppet informationsplikt används i förarbeten till smittskyddslagstiftningen. I 1988 års smittskyddslag fanns ingen informationsskyldighet direkt i lag.

Kommittén lät undersöka hur smittskyddslagen, däribland förhållningsreglerna, uppfattades. Kommittén konstaterade bl.a. att smittskyddslagen varit föremål för kritik i den allmänna debatten, särskilt vad gäller dess tillämpning vid hiv.[53] Enligt kommittén syntes förhållningsreglerna i de flesta fall kunna anses som okontroversiella. Frågan om vilka försiktighetsåtgärder den enskilde ska vidta hade dock varit mer kontroversiell då det gällde hiv. Diskussionen hade rört vilket ansvar som ska åläggas den smittade, bl.a. när det gäller frågan om skyldigheten att informera andra om sin smitta, och hur förhållandet till läkaren påverkas av dennes skyldighet att kontrollera att den enskilde uppfyller sitt ansvar. Bland läkarna förelåg enligt kommittén en blandad uppfattning om förhållningsreglerna och läkarens kontrollerande funktion. Flera läkare hade påpekat olika problem rörande skyldigheten att följa upp att patienten följer sina förhållningsregler och att förena denna roll med rollen som behandlande

[51] Dir. 1996:68.
[52] SOU 1999:51 s. 22.
[53] SOU 1999:51 s. 268.

läkare. Samtidigt noterades det att flera läkare uppfattat lagens bestämmelser som positiva och ansett att bestämmelserna fungerade som stöd i arbetet med besvärliga patienter.[54]

Kommittén fann att flera svårigheter av såväl principiell som praktisk art talade för att systemet med tvingande förhållningsregler inte borde behållas. Kommittén lyfte särskilt fram betydelsen av att relationen mellan den behandlande läkaren och den smittade kan hållas på ett förtroendefullt plan. En anmälan om att patienten inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler kunde medföra svårigheter eftersom vissa patienter av rädsla för anmälan undanhöll information om misslyckanden att följa förhållningsregler, vilket bl.a. minskade möjligheterna för läkaren att kunna diskutera frågan och ge patienten direkt stöd. Denna situation var enligt vad som framkommit inte ovanlig när det gällde hivinfektion. Av en enkät till behandlande läkare hade framgått att ett relativt stort antal läkare trodde att de ibland medvetet eller omedvetet underlät att inhämta information om patientens eventuella smittfarliga beteende på grund av svårigheter att hantera kunskaperna.

Kommittén föreslog att förhållningsreglerna skulle tas bort i syfte att stärka relationen mellan patient och läkare.[55]

När det gällde informationsplikten hade denna särskilt uppmärksammats vid hiv. De som ställt sig kritiska hade betonat svårigheterna som denna plikt medför för den enskilde och ifrågasatt riktigheten av att ålägga en smittad person en sådan skyldighet. Enligt kommitténs mening borde en person som utsätts för en smittrisk kunna ställa krav på att få vetskap härom. Det var enligt kommittén den enskilde själv som måste få avgöra huruvida han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas och också besluta om under vilka förutsättningar han eller hon vill inleda en relation med annan person. Ett argument mot att fastställa en skyldighet att underrätta en sexualpartner kunde vara att informationen i sig egentligen inte förhindrar smittöverföring. Man skulle därför kunna hävda att det är tillräckligt att den som är smittad ser till att tillräckliga försiktighetsmått vidtas. Emellertid gick det enligt kommittén inte att bortse från att oavsett huruvida s.k. säkrare sexualtekniker används kvarstår en viss risk för att smitta kan överföras, t.ex. om en kondom går sönder. Vidare poängterade kommittén att såväl osmittade som smittade personer

[54] SOU 1999:51 s. 382.
[55] SOU 1999:51 s. 23 och 383–385.

har ett ansvar för att smittspridning så långt det är möjligt undviks. För att även den osmittade personen ska kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i vilka förhållanden som råder. Kommittén ansåg därför att den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom skulle vara skyldig att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer. Dessa principiella ställningstaganden kunde enligt kommittén inte begränsas till enbart hivinfektion utan samma krav borde kunna ställas även när det gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar.[56] En skyldighet att informera föreslogs således att behållas, men i stället för att begränsas till att följa av förhållningsregler skulle den gälla för samtliga allmänfarliga sjukdomar och följa direkt av lag.

Informationsplikten i nuvarande smittskyddslag

I det fortsatta lagstiftningsarbetet som följde på Smittskyddskommitténs arbete konstaterades att informationsplikten kunde medföra stora svårigheter för den smittade.[57]

I propositionen uttalades att det kunde till exempel medföra en rädsla för att inleda en kärleksrelation eller för att bli utlämnad till andra personer om ens smittbärarskap blev känt. Ett argument som några remissinstanser, däribland Riksförbundet för hivpositiva, Riksförbundet för sexuell upplysning och Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, förde fram var att informationsplikten invaggar människor i en falsk säkerhet, eftersom man tar för givet att den som är smittad talar om detta. Enligt regeringen talade dock flera omständigheter för att en informationsplikt skulle finnas. En utgångspunkt var att den enskilde själv måste få avgöra om han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas. Regeringen framhöll att såväl smittade som osmittade har ett ansvar för att spridning av smittsamma sjukdomar undviks. För att även en osmittad person ska kunna bidra till den försiktighet som är nödvändig bör, framförde regeringen, han eller hon också ha insikt i de förhållanden som råder. Även om den smittade vidtar försiktighetsmått, till exempel ett sexualbeteende som begränsar risken för smittspridning, kvarstod i regel en viss risk för

[56] SOU 1999:51 s. 371–372.
[57] Prop. 2003/04:30 s. 85, 98 och 99.

smittöverföring, enligt regeringen. I fråga om hiv framhöll flera remissinstanser, bl.a. Föreningen läkare mot AIDS, att om man överhuvudtaget kunde föra ett resonemang om ett delat ansvar måste man acceptera skyldigheten att informera sin sexualpartner. Mot denna bakgrund konstaterade regeringen att övervägande skäl talade för att den som bär på vissa allvarliga smittsamma sjukdomar skulle vara skyldig att informera en person som han eller hon kommer i sådan kontakt med att risk för smittöverföring uppkommer.

Regeringen framhöll att diskussionen om informationsplikt vid allmänfarliga sjukdomar gällde främst hiv och de sexuellt överförbara infektionerna men det principiella ställningstagandet gällde samtliga allmänfarliga sjukdomar, även till exempel lungtuberkulos och salmonellainfektion. Även vid dessa sjukdomar ansågs en informationsplikt underlätta inte bara för den osmittade att skydda sig utan gav båda parter möjlighet att gemensamt försöka identifiera olika risksituationer och tillsammans försöka undvika dem.

I propositionen uttalades vidare att informationsplikten inte är definierad som en allmän skyldighet för den enskilde att i alla sammanhang informera om vad det är för sjukdom han eller hon har, utan gäller endast situationer då en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När denna risk föreligger är beroende av den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar och smittsamhet. Regeringen framhöll vidare att för att den smittade ska kunna fullgöra sin skyldighet måste han eller hon få det stöd och de råd, i form av adekvat kunskap om sjukdomen och dess smittvägar, han eller hon behöver för att kunna informera riskutsatta personer på ett sakligt sätt. De medicinska och praktiska råd samt de förhållningsregler som den behandlande läkaren är skyldig att ge den smittade kan fungera som vägledning för den smittade i dessa avseenden. En utgångspunkt för informationen var Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad.[58]

Även frågan om den enskildes skyldighet att informera om sin sjukdom i samband med att han eller hon söker vård behandlas i propositionen. Regeringen konstaterade att till skillnad från den situation då det är fråga om en sexuell kontakt kan den smittade oftast inte själv vidta några skyddsåtgärder då han eller hon är föremål för vård och behandling. Regeringen framhöll att Arbetsmiljöverket och

[58] Smittskyddsläkarföreningen är en nationell samarbetsorganisation inom Sveriges Läkarförbund för Sveriges smittskyddsläkare, biträdande smittskyddsläkare och andra läkare.

Socialstyrelsen hade utfärdat föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder vid blodsmitta och smittfarligt arbete och om förebyggande åtgärder mot spridning av vissa sjukdomar, samt tagit fram generella rekommendationer rörande förebyggande åtgärder mot infektioner i vården. Mot denna bakgrund konstaterades å ena sidan att om rekommendationerna följs torde riskerna för smittöverföring i de flesta fall vara mycket begränsade och att det kan hävdas att vårdpersonal alltid ska iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder eftersom patienten själv kan vara ovetande om sin infektion och personalen inte heller kan förlita sig på att informationen verkligen ges. Å andra sidan framhölls att uppgifter från patienten medför att vårdpersonalen kan vidta de särskilda skyddsåtgärder som eventuellt är nödvändiga och att det därför skulle åligga den som bär på en allmänfarlig sjukdom att också informera vårdpersonal i sådana situationer då smittrisk föreligger.

Regeringen var av en liknande uppfattning som kommittén gällande särreglering av hiv och anförde bl.a. att många av problemen med den dåvarande regleringen hade att göra med att den kommit att tillämpas på hivinfektion, som skiljer sig från de tidigare kända smittsamma sjukdomarna för vilka bestämmelserna ursprungligen utformats. Smittsamheten var, såvitt man då kunde bedöma, livslång. Samtidigt hade kunskaperna om hivinfektion ökat och de behandlingsmetoder som tagits fram verkade kunna skapa möjligheter att hindra inträdet av aidsrelaterade sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för ett längre och friskare liv för många av de smittade. Det fanns enligt regeringen skäl för att arbeta för en förändring av synen på sjukdomen så att synen blev mer realistisk och tolerant, varvid utrymme skapas för öppenhet kring sjukdomen. En del i ett sådant arbete borde enligt regeringen vara att så långt möjligt undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang.

Smittskyddslagen trädde i kraft den 1 juli 2004. Det infördes då i linje med kommitténs förslag bl.a. en generell informationsplikt för alla allmänfarliga sjukdomar (2 kap. 2 § andra stycket) och som saknade motsvarighet i den äldre smittskyddslagen. Enligt den bestämmelsen gäller att den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Till skillnad från vad kommittén hade föreslagit behölls dock också förhållningsreglerna (se närmare om detta i kapitel 5). I smittskydds-

lagen togs in en uttömmande uppräkning av de moment som förhållningsreglerna får avse. Två av momenten avser skyldigheten att informera om smittbärarskap; en skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskapet (4 kap. 2 § första stycket fjärde punkten) och en skyldighet att informera sexualpartners (femte punkten). Förhållningsreglerna ges, enligt uttalanden i författningskommentaren till bestämmelserna, till ledning för patientens handlande och för att det är viktigt att den smittade vet vad han eller hon kan göra för att hindra smittspridning till andra i sin omgivning.[59]

Som vi beskriver närmare i kapitel 5 är skyldigheten att informera således reglerad i två parallella system, där den lagreglerade informationsplikten i 2 kap. 2 § andra stycket SmL är en del och regleringen om förhållningsregler i 4 kap. 2 § SmL är en annan.

Skyddsplikt och skyldighet att genom beteende minimera risken för smittspridning

Vid sidan av den skyldighet att informera om sin hivinfektion som vi beskrivit ovan finns det i smittskyddslagen även annan reglering av enskildas skyldigheter. Som vi beskrivit i kapitel 2 gäller att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom ska vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta, den s.k. skyddsplikten (2 kap. 2 § första stycket SmL). För allmänfarliga sjukdomar, däribland hivinfektion, får behandlande läkare även meddela en förhållningsregel som avser skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning (4 kap. 2 § sjätte punkten). Ett sådant beteende kan enligt smittskyddslagens förarbeten t.ex. vara att använda kondom vid samlag.[60] Möjlighet för läkare att meddela den enskilde föreskrifter om att använda kondom vid hiv förekom, som vi beskrivit tidigare i detta kapitel, redan i de föreskrifter Socialstyrelsen meddelade 1986.

Bestämmelserna om förhållningsregler fördes in i nuvarande smittskyddslag på Socialstyrelsens förslag. Myndigheten menade i det regeringsuppdrag som kompletterade 1996 års Smittskyddskommittés betänkande att en förhållningsregel om ”skyldighet att

[59] Prop. 2003/04:30 s. 223 och 224.
[60] Prop. 2003/04:30 s. 225.

iakttaga ’säker sex’” behövdes för bl.a. hiv. Regeringen delade myndighetens uppfattning men valde en annan formulering av förhållningsregeln än den som myndigheten hade föreslagit.[61]

Den skyldighet som följer av den aktuella förhållningsregeln i smittskyddslagen har i vissa sammanhang betecknats *kondomplikt*. Även vi använder den beteckningen i detta betänkande.

År 2019 uttalade Folkhälsomyndigheten i en revidering av sitt kunskapsunderlag om smittsamhet vid hiv, att det inte föreligger någon risk för överföring av hiv vid vaginala och anala samlag om personen som lever med hiv uppfyller kriterierna för välinställd behandling, och att detta gällde även vid samlag där kondom inte används.[62] Behandlande läkare har med stöd av myndighetens bedömning av kunskapsläget sedan dess kunnat ta bort kondomplikten för personer med välinställd hivbehandling.

Hivinfektion är klassificerad som allmänfarlig sjukdom men den medicinska utvecklingen har lett till förändrad tillämpning

Hivinfektion är klassificerad som en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. Det innebär att lagstiftaren har tagit ställning till att den uppfyller rekvisiten för att vara en sådan sjukdom i 1 kap. 3 § SmL, dvs. att det är en smittsam sjukdom som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och att det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Liksom vid övriga allmänfarliga sjukdomar gäller att den som vet att han eller hon bär på hiv är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma (2 kap. 2 § andra stycket SmL) och att behandlande läkare ska meddela förhållningsregler enligt 4 kap. 2 § SmL (se närmare beskrivning tidigare i detta avsnitt).

Den medicinska förändring som vi beskrivit i avsnitt 4.2 innebär att olika förutsättningar gäller för sjukdomen beroende på om patienten har en välinställd behandling eller inte.

[61] Prop. 2003/04:30 s. 110–115 och Socialstyrelsen. Uppdrag angående vissa smittskyddsfrågor. Dnr. 33 8012/2000.
[62] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion; 2019.

I Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad för patienter *utan* välinställd behandling informeras bl.a. att om risk för smitta skulle uppstå måste patienten informera den andra personen om sjukdomen. I bladet listas också förhållningsregler baserat på de områden som tas upp i smittskyddslagen, bl.a. innefattande en skyldighet att informera sexualpartner före sexuell kontakt som innebär risk för att hiv kan överföras och att använda kondom vid samlag där penis är inne i slidan, ändtarmen eller munnen. Vidare anges att de flesta förhållningsregler gäller för alla personer med hiv, medan andra beror på patientens situation och att de också kan förändras med tiden, och att det är läkaren som bestämmer vilka förhållningsregler som ska gälla för patienten.[63]

Även i bladet för patienter som *har* en välinställd behandling anges att om risk för smitta skulle uppstå måste patienten informera den andra personen om sjukdomen. Vidare finns även i dessa blad en lista på förhållningsregler och det anges att de flesta gäller för alla med hiv medan andra beror på patientens situation, att de också kan förändras med tiden och att det är läkaren som bestämmer vilka förhållningsregler som ska gälla för patienten. I listan ingår inte några förhållningsregler om att informera sexualpartner eller att använda kondom. De förhållningsregler som anges för välbehandlade patienter innebär sammanfattningsvis att patienten

- inte får lämna blod, organ eller vävnad för transplantation,
- inte får låta andra använda sprutor/kanyler/annan stickande utrustning för medicinskt bruk,
- inte får låta andra använda sprutor/kanyler för att injicera droger eller använda gemensam blandningskopp, och måste förvara och kasta all injektionsutrustning på så sätt att den inte utgör en smittrisk för andra,
- måste informera om sin blodsmitta inför ingrepp vid sjukvård eller tandvård där det finns en högre risk för stick- och skärskador, till exempel vid kirurgiska ingrepp,[64]
- inte får dela skärande toalettartiklar, som rakhyvel, med andra,

[63] Smittskyddsläkarföreningen. Hiv, patientinformation. Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad. [Uppdaterad 2024-05-21.]
[64] Enligt smittskyddsbladet som riktar sig till personer med välinställd hivbehandling (daterat 2024-05-21) gäller informationsplikten inte vid ”rutinmässiga enklare undersökningar inom sjukvård och tandvård, inklusive blodprov och injektioner”.

– måste komma på de återbesök som läkaren anser nödvändiga.

Vidare anges det i båda smittskyddsbladen att blod alltid ska hanteras som smittfarligt och hur personer ska förfara som på vissa sätt kan komma i kontakt med patientens blod. Om någon t.ex. får in blodet i ett öppet sår måste patienten informera personen om att blodet kan vara smittsamt med hiv och att han eller hon snarast ska ta kontakt med infektionsklinik för bedömning.

4.4 Det finns tillämpningsproblem beträffande skyldigheten att informera

Beträffande enskildas skyldigheter vid allmänfarliga sjukdomar har utredningsarbetet bl.a. inbegripit att vi genomfört egna enkätundersökningar för att få ytterligare empirisk grund för våra ställningstaganden. Till följd av direktivens utformning har vi riktat särskilt ljus på informationsplikten vid hiv.

Tidigare har det i kvalitativa intervjustudier framkommit att det funnits tillämpningsproblem t.ex. bestående i att personer med hiv uppfattar att de av behandlande läkare inte får tydlig eller likvärdig information om vad som gäller kring smittsamhet och borttagen informationsplikt.[65,66] Utvecklingen på hivområdet har också medfört att de nationella kunskapsunderlagen har ändrats flera gånger de senaste åren. För att följa upp denna utveckling ställde vi ett antal frågor i våra enkäter om tillämpningen av informationsplikt och kondomplikt, både till personer som lever med hiv och till behandlande läkare för hivpatienter. Enkäterna byggde på en liknande undersökning som Folkhälsomyndigheten redovisade 2018.[67] Vi ställde också frågor om attityder till information om smittbärarskap i samband med sex, både till personer som lever med hiv och personer som sökte hivtestning.

Våra enkäter redovisas i sin helhet i bilaga 5. Resultat från enkäterna som gäller hiv finns också i kapitel 5, eftersom de har bäring även för meddelande av förhållningsregler i allmänhet.

[65] Folkhälsomyndigheten. Erfarenheter och upplevelser av kommunikation kring förhållningsregler och smittsamhet bland personer som lever med hiv i Sverige; 2018.
[66] Folkhälsomyndigheten. Hiv i skuggan av utanförskap – En intervjustudie med migranter som lever med hiv i Sverige; 2022.
[67] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion; 2018.

I detta avsnitt använder vi ibland termen informationsplikt för den förhållningsregel som avser skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap (4 kap. 2 § femte punkten SmL). Det beror på att vi i enkäterna (se bilaga 5) om denna förhållningsregel använde denna term. Termen kondomplikt avser förhållningsregeln i 4 kap. 2 § sjätte punkten SmL. Som nämnts ovan finns det även en informationsplikt, vid beaktansvärd risk för smittspridning, som framgår direkt av lagen (2 kap. 2 § SmL). I kapitel 5 redogör vi närmare för det vi menar är två parallella system, som bl.a. innefattar skyldigheten att informera, vilket vi bedömer inte är ändamålsenligt. Vi beskriver också hur smittskyddsbladen används i praktiken och att det finns otydligheter i hur förhållningsregler förmedlas.

Tillämpningsproblem vad gäller förhållningsregler

69 procent av läkarna tar rutinmässigt bort informationsplikten

Vi fann att endast 69 procent respektive 62 procent av behandlande läkare för hivpatienter svarade att de rutinmässigt tar bort förhållningsregler om informationsplikt respektive kondomplikt för personer med välinställd behandling. Läkare med många patienter (fler än 80 patienter per år) tenderade att ta bort förhållningsregler om informations- och kondomplikt i högre utsträckning än övriga (82 %). Skillnader mellan län syntes också; i storstadslän var rutinmässig borttagning vanligare än i övriga län.

Av respondenterna i enkäten till patienter med hiv var det 95 procent som svarade att de kände till informationsplikten, men enbart 81 procent av dessa kände i sin tur till att den kan tas bort. För kondomplikten var motsvarande siffror 95 respektive 73 procent.

Ungefär hälften av personerna med hiv uppgav att de haft ett samtal med sin läkare om att ändra informationsplikt (55 %) och kondomplikt (45 %). Av dessa var det i sin tur 80 procent respektive 78 procent som uppfattade att de fått respektive skyldighet borttagen. Dessa resultat ska ses i ljuset av att den absoluta majoriteten av respondenterna hade haft sin hivdiagnos i flera år och därmed i de allra flesta fall måste antas ha uppnått välinställd behandling. Vi bedömer att betydligt fler borde uppfylla kriterierna för att få skyldigheterna borttagna.

Låg kännedom om rätten att få förhållningsregler prövade

Av vår enkät till läkare med behandlingsansvar för patienter med hiv framgår vidare att majoriteten av läkarna inte rutinmässigt informerar om rätten att begära att smittskyddsläkaren prövar meddelade förhållningsregler (utöver i den omfattning de delar ut smittskyddsblad, där detta kan framgå). Det vanligaste svaret var *Nej, jag informerar inte om detta* (56 %). Vidare svarade 32 procent att de informerar ibland medan 12 procent svarade att de alltid informerar. På följdfrågan om man har varit med om att patienter har begärt prövning av förhållningsregler som man själv beslutat svarade endast två respondenter att de hade varit med om det. I båda fallen låg detta längre tillbaka i tiden än det senaste året.

I vår enkätundersökning som riktade sig till personer med hiv uppgav i genomsnitt 34 procent att de visste att man kan begära att smittskyddsläkaren prövar de förhållningsregler som den behandlande läkaren meddelat.

Kunskapsunderlag och smittskyddsblad om skyldigheten att informera

I Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag anges bl.a. att det inte föreligger någon risk för överföring av hiv vid vaginala och anala samlag om personen med hivinfektion uppfyller kriterierna för välinställd behandling, och att detta gäller även vid samlag där kondom inte används. Kunskapsunderlaget berör dock inte uttryckligen frågan om hur detta bör påverka enskildas skyldighet att informera enligt 2 kap. 2 § SmL eller behandlande läkares meddelande av förhållningsregler om skyldighet att informera sexualpartner.

I Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad som avser patienter med välinställd behandling anges att om man har en hivinfektion med välinställd behandling finns ingen smittrisk vid sexuellt umgänge. Det anges dock inte uttryckligen vad detta innebär beträffande skyldigheten att informera enligt 2 kap. 2 § SmL. Däremot finns i smittskyddsbladet ingen förhållningsregel om skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap.

Det framgår varken av Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag eller smittskyddsbladet som riktas till behandlande läkare att läkaren, när patienten uppnår en välinställd behandling, bör ta bort

tidigare beslutade förhållningsregler om informationsplikt eller kondomplikt.

Utredningens slutsatser

Resultaten av våra enkäter indikerar att behandlande läkares tillämpning av förhållningsregler om skyldigheten att informera sexpartners och att använda kondom inte alltid harmonierar med nuvarande kunskapsläge som innebär att det inte finns någon risk för sexuell smittoöverföring vid välinställd hivbehandling.

Det framstår som att enskilda till följd av denna tillämpning kan omfattas av fler eller mer varaktiga förhållningsregler, däribland informationsskyldighet i samband med sex, än vad som är motiverat ur ett smittskyddsperspektiv. Den låga kännedomen om möjligheten till att få förhållningsreglerna prövade befäster rimligen dessa förhållanden.

Vi ser vidare en risk för att omhändertagandet av hivpatienter inte är likvärdigt utan varierar beroende på läkarens erfarenhet av patientgruppen och var i landet patienten bor.

Vi kan också konstatera att kunskapsunderlaget från Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad skulle kunna vara tydligare både i förhållande till enskilda om vad som gäller, och i förhållande till behandlande läkare gällande borttagande av förhållningsregler när patienten uppnår välinställd behandling. Det saknas reviderade skrivningar som motsvarar det som Socialstyrelsen publicerade i anslutning till kunskapsunderlaget från 2013. I vår enkät var det 83 procent av läkarna för hivpatienter som angav att de förmedlar förhållningsregler genom att dela ut smittskyddsblad tillsammans med att ge muntlig information. Detta understryker vikten av tydlighet i den information som når patienten via smittskyddsbladen.

Högt stöd för att informera och att använda kondom vid hiv

I våra enkäter fann vi ett samstämmigt starkt stöd för att personer med hiv ska informera sexpartner och använda kondom vid en ej välinställd hivbehandling. Detta visas både i resultaten för personer med hiv och dem som testar sig för hiv.

På frågan ”Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska informera en ny sexpartner om att den har hiv?” var det 82 procent av personer med hiv som svarade *Ja, alltid*. I enkäten till personer som testade sig för hiv var motsvarande resultat 85 procent.

På frågan ”Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska använda kondom vid sex?” svarade 87 procent av personerna med hiv ja. I enkäten till personer som testade sig för hiv var motsvarande resultat 80 procent.

När det gäller att alltid informera sexpartner vid annan sexuellt överförbar sjukdom än hivinfektion var stödet ännu högre, 92 procent bland personer med hiv och 93 procent bland personer som testade sig för hiv.

I Folkhälsomyndighetens rapport 2018 var det 75 procent av de respondenter som hade fått undantag från skyldigheten att informera som svarade att det kändes positivt/bra. Samtidigt var det flera som påpekade att de ”väljer/skulle välja att berätta för sexpartner fast de inte behöver”.

I vår enkät till personer som testade sig för hiv uppgav 13 procent av respondenterna att de alltid frågar om en ny sexpartners hivstatus och 56 procent svarade att de aldrig gör det. 85 procent svarade att de ansåg att personer med hiv utan välinställd behandling alltid ska informera.

4.5 En internationell utblick

Det är generellt komplicerat att jämföra rättslig reglering mellan olika länder eftersom rättssystem ser olika ut. Att jämföra regleringen av hiv, däribland skyldigheten för den enskilde att i vissa situationer informera om sin sjukdom, är inget undantag. Regleringen av en skyldighet att informera kan inte heller studeras isolerat eftersom den påverkas av annan reglering, t.ex. beträffande konsekvenser vid utebliven information.

Det är än mer komplicerat att av en sådan jämförelse dra slutsatser kring om och hur regleringen kan ha påverkat den epidemiologiska situationen i de jämförda länderna. Detta beror på att många fler faktorer än den rättsliga regleringen kan påverka den epidemiologiska situationen. Sådana faktorer kan t.ex. vara vilka resurser preventionen

i övrigt ges, nivån av ekonomiskt välstånd, narkotikapolitik, sexualpolitik eller migrationspolitik. Även med en omfattande komparativ analys som utgångspunkt skulle det vara svårt att dra säkra slutsatser om regleringens påverkan på den epidemiologiska situationen i syfte att lägga detta till grund för utredningens förslag eller bedömningar.

Några iakttagelser har utredningen ändå gjort. Under utredningen har vi på olika sätt samlat information om totalt 23 länders smittskyddsreglering, med fokus på hiv. Av dessa 23 är 20 EU-länder. Vi ställde frågor till ländernas samordnande behöriga organ enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar. Vidare medverkade vi vid en träff med ECDC:s hiv-nätverk där ett tjugotal länder deltog. Av dessa besvarade 16 länder uppföljande skriftliga frågor. Vi hade vidare kontakt med myndigheter med smittskyddsansvar och civilsamhällesorganisationer i våra nordiska grannländer.

De nordiska länderna har rättssystem och övriga förhållanden som på många sätt liknar våra. Vi beskriver i det följande kort hur hiv är reglerat i Norge, Danmark och Finland, i syfte att sätta givande av information i samband med sexuella kontakter i ett något större sammanhang för dessa tre länder. Därefter redovisar vi våra samlade intryck av de 23 undersökta länderna, inklusive de nordiska.

Särskilt om regleringen i tre nordiska länder

Norge

Hivinfektion är klassificerad som det som i norska *smittevernloven* benämns *allmennfarlige smittsomme sykdommer*.[68] Den som har skäl att anta att han eller hon är smittad med hiv, ska snarast kontakta läkare och uppsöka denne för nödvändig undersökning. Den som är smittad med hiv är skyldig att delta i smittspårning. Läkaren ska snarast möjligt ge den enskilde information och personlig smittskyddsvägledning i fråga om sjukdomen, dess smittsamhet och smittvägar, och vad den enskilde själv kan göra för att motverka att sjukdomen överförs till andra. Information ska också ges om den enskildes rättigheter och skyldigheter, däribland risken för att i sista hand bli

[68] Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven), och forskrift 1. januar 1995 om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

föremål för t.ex. tvångsisolering. Den enskilde är skyldig att ta emot och följa läkarens smittskyddsvägledning för att undvika att överföra smittan till andra.

Vilken vägledning som ges avgörs efter bedömning av läkaren. Detta kan för hiv t.ex. innebära kondomanvändning. Vägledningen är dock inte rättsligt bindande. Det finns därmed inget stöd för läkaren att i vägledningen lägga in en skyldighet att informera sexpartners.[69] Vidare är det inte straffbart att inte följa smittskyddsvägledningen. Om det finns skäl att anta att den enskilde inte följer vägledningen kan dock läkaren under vissa omständigheter underrätta kommunläkaren som kan ta över den fortsatta smittskyddsvägledningen av personen. Detta kallas förstärkt smittskyddsvägledning. Förstärkt smittskyddsvägledning vid hiv är enligt vad som uppgetts för oss mycket ovanligt. Detsamma gäller tvångsåtgärder vid hiv.[70]

Någon motsvarighet till informationsplikten i 2 kap. 2 § andra stycket SmL, eller förhållningsregeln om att informera sexualpartners i 4 kap. 2 § femte punkten SmL, finns inte i smittevernloven.

Det finns dock i smittevernloven en möjlighet till att röja bl.a. uppgifter om enskildas *smittestatus*. När det av smittskyddsskäl finns behov av att lämna vidare uppgifter som omfattas av tystnadsplikt och det är övervägande sannolikt att det finns eller har funnits risk för överföring av en allmänfarlig smittsam sjukdom, ska läkaren så långt det är möjligt försöka inhämta samtycke från den enskilde som bär på smittan. Om det inte är möjligt att få samtycke, får uppgifter om smittostatus och andra nödvändiga uppgifter under vissa omständigheter lämnas ändå av läkaren, både till viss hälso- och sjukvårdspersonal och till andra enskilda. Både individer som bedöms ha varit utsatta för smitta och individer som löper risk att smittas kan få information med stöd av bestämmelsen. Detta skulle kunna aktualiseras om en enskild utan välinställd behandling inte använder kondom och samtidigt inte heller informerar en partner.[71]

[69] Underlag från HivNorge.
[70] Underlag från Folkehelseinstituttet och HivNorge.
[71] Underlag från HivNorge.

Finland

Hivinfektion är i Finland klassificerad som *övervakningspliktig smittsam sjukdom*.[72] Med det följer bl.a. en skyldighet att uppge sina identitetsuppgifter för hälso- och sjukvårdspersonal och att delta i smittspårning.[73] Hivinfektion har aldrig varit klassificerad som *allmänfarlig smittsam sjukdom* i Finland, vilket är en förutsättning för att mer ingripande åtgärder i lagen ska kunna komma i fråga.

Det finns ingen informationsplikt som följer av smittskyddsregleringen. Personer med obehandlad hivinfektion ges dock bl.a. rådet att berätta om smittan för sin partner.

Danmark

I Danmark finns inget som liknar den svenska informationsplikten. Hiv är inte klassificerad som *alment farlig sygdom* i *epidemiloven*, vilket är en förutsättning bl.a. för att en skyldighet att låta sig undersökas vid misstanke om en sådan sjukdom ska kunna föreligga, och för att mer ingripande åtgärder ska kunna vidtas. Smittspårning görs på frivillig grund. I det danska riktlinjedokumentet för smittspårning framhålls att smittspårning är en del av krisbearbetningen för individen som fått diagnosen samt att den ska uppfattas och utföras som en del av rådgivningen till patienten.[74] Hivinfektion omfattas dock av anmälningsplikt.

Våra övergripande iakttagelser

Den norska regleringen påminner på flera sätt om den svenska. I den norska regleringen finns möjlighet att mot den enskildes vilja under vissa omständigheter röja uppgifter om hans eller hennes smitto-

[72] 4 § lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och 2 § statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar (146/2017). I Finland har social- och hälsovårdsministeriets den 10 mars 2026 remitterat ett utkast till proposition med förslag till en ny lag om smittsamma sjukdomar som ska ersätta den nuvarande. Förslaget innebär bl.a. att klassificeringen av övervakningspliktiga smittsamma sjukdomar ändras. Det bedöms dock inte påverka hiv eftersom syftet med de bestämmelser som fogas till lagen är att svara på de problem som orsakas av antimikrobiell resistens. Se vidare i Social- och hälsovårdsministeriets begäran om utlåtande om utkastet till regeringens proposition med förslag till lag om smittsamma sjukdomar och vissa lagar som har samband med den, dnr VN/25987/2023.
[73] 22 och 23 §§ lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016).
[74] Sundhedsstyrelsen. Sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes hiv-smittede – Råd til sundhedspersonalet; 2007 s. 6 och 18.

status till personer i omgivningen (jmf. 4 kap. 8 § SmL). Den norska lagen innehåller dock ingen skyldighet för den enskilde själv att informera. Norges reglering kan på det sättet, bättre än smittskyddslagen, sägas ha förutsättningar för att främja ett frivilligt informationslämnande, låt vara att läkaren vid uteblivet samtycke ändå kan informera t.ex. en närstående. Inte heller i Danmark eller Finland finns det som vi sett någon skyldighet i lag för den enskilde att informera sexpartners.

Vi har vid vår genomgång av underlagen från andra länder inte heller för dessa kunnat slå fast att det där finns någon motsvarighet till den svenska informationsplikten. I våra kontakter med ECDC:s hiv-nätverk har inget land uppgett sig ha någon motsvarighet till vår beskrivning av den svenska regleringen av skyldigheter att informera. Flera länder har tydligt avvisat att något sådant skulle finnas. Det är dock inte självklart att man har kunnat översätta vår beskrivning av termer och reglering på smittskyddsområdet till det egna landets kontext, vilket kan ha påverkat de svar vi har fått.

Detta innebär dock inte att information från den som riskerar att smitta någon annan i samband med sex saknar rättslig betydelse i andra länder. Många länder understryker att man arbetar med frivillighet och uppmaningar till den enskilde att självmant berätta. En stark uppmaning att berätta frivilligt kan i praktiken uppfattas som ett obligatorium. Ett möjligt straffrättsligt ansvar för t.ex. uppsåtlig överföring av hiv förekommer i de flesta länder. Det får förutsättas att avsaknad av givande av information typiskt sett tillmäts en betydelse i sådana sammanhang.

Många verktyg för att begränsa smittspridning av hiv är gemensamma för alla eller nästan alla undersökta länder. Det gäller t.ex. övervakning genom något som motsvarar Sveriges anmälningsplikt, kostnadsfrihet för läkemedel och behandling, och möjlighet till anonym hivtestning. Någon form av anonym testning finns i samtliga undersökta länder utom Island. Finland, Island och Norge har vad vi uppfattar vara en skyldighet att medverka i smittspårning vid hiv. I 15 andra länder är det frivilligt att medverka i smittspårning. Samtliga länders svar indikerar dock att det finns en syn på smittspårning som något som bör främjas.

Slutsatser

Sverige såväl som Norge, Danmark och Finland har under de senaste decennierna haft en förhållandevis låg inhemsk smittspridning av hiv. Våra grannländer har således haft ett gott utfall även utan en informationsplikt som liknar den svenska. Vår undersökning indikerar att detsamma gäller många andra av de länder vi sökt information om.

I länder som inte har en informationsplikt som liknar vår kan information likväl ha en rättslig betydelse. Vi har sett flera exempel på att hälso- och sjukvården kan underrätta anhöriga eller närstående om den enskilde själv inte gör det. Givande av information, eller underlåtenhet att ge information, kan också ha betydelse i straffrättsliga sammanhang.

4.6 En skyldighet att informera vid sex är inte ändamålsenlig för hiv

Bedömning

För hivinfektion är en skyldighet att informera om smittbärarskap vid sex inte ändamålsenlig.

Informationsplikten var en av flera åtgärder som infördes i inledningen av hivepidemin

Med snart 45 års perspektiv på den svenska hivepidemins inledning kan utredningen konstatera att smittskyddsregleringen i många år från 1982 och framåt i hög utsträckning kommit att influeras av hiv. En rad åtgärder vidtogs inledningsvis för att rädsla för tvång och bestraffning inte skulle avhålla enskilda från att söka vård vid misstanke om hiv. Bland annat infördes en möjlighet att provta sig anonymt och en straffbestämmelse gällande sexuellt umgänge vid misstanke eller vetskap om venerisk sjukdom togs bort.

Våren 1986 fick landets behandlande läkare besked av Socialstyrelsen att vid hivinfektion var det en möjlighet att föreskriva om informationsskyldighet för den enskilde i förhållande till sexualpartners. Från och med den 1 juli 1989 gällde i stället enligt föreskrifter från myndigheten att förhållningsreglerna alltid skulle innehålla en skyl-

dighet för den enskilde att underrätta sin sexualpartner om sin infektion. Någon motsvarighet för andra smittsamma sjukdomar infördes inte. Det är inte uppenbart för utredningen att informationsplikt alls skulle ha varit aktuellt att införa i den smittskyddslag som trädde i kraft 2004, för någon sjukdom, om det inte hade varit för det behov som ansågs finnas för hivinfektion.

Utredningen anser att skälen till att införa det som nu allmänt betecknas som informationsplikt i viss mån var förståeliga med beaktande av de förutsättningar som på sent 1980-tal rådde för hiv. Det fanns ingen verksam behandling, infektionen ledde till döden och ofta kunde det gå mycket lång tid innan symptom på infektionen uppträdde. Smittsamheten bedömdes livslång och det ansågs inte rimligt att kräva livslång avhållsamhet från sex av den som drabbades. I avsaknad av vaccin eller effektiva läkemedel vidtogs en lång rad åtgärder i syfte att begränsa smittspridningen, varav informationsplikten bara var en. Utredningen anser dock att informationsplikten i dag framstår som en kvardröjande rest av en reglering som inte längre är tidsenlig. Våra kontakter med andra länders smittskyddsmyndigheter bekräftar den bilden.

En förändrad situation utgör skäl till förändring

I dag befinner vi oss långt ifrån den situation som rådde under tidigt 1980-tal. Enligt InfCareHivs statistik för 2024 stod 98,7 procent av de med känd hiv i Sverige på behandling. Av dessa hade 94,6 procent en virusnivå i blodplasma under 50 kopior/ml efter sex månaders behandling. Inbegripet de som låg i spannet mellan 50 och 200 viruskopior/ml blodplasma var det totalt 98,8 procent av de som stod på behandling som hade virusnivåer som gör att de inte kan överföra viruset vid sex enligt bl.a. ECDC:s riktlinjer. Det rör sig i faktiskt antal uppskattningsvis om drygt 200 personer med känd diagnos som alls kan vara sexuellt smittsamma enligt den gräns som bl.a. ECDC anger (dvs. har över 200 viruskopior/ml blodplasma). Det kan finnas flera skäl till att en person inte är under denna gräns – att personen är nydiagnostiserad, ligger mycket nära gränsen men inte under den, att det finns resistensproblematik för läkemedlen eller att personen i fråga inte tar sina läkemedel som avsett. Många av de som inte är under gränsen är sannolikt nära eller på väg mot den. De

som känner till sin diagnos har det gemensamt att de har möjlighet att vidta åtgärder för att skydda andra tills smittsamheten vid sex har upphört.

Det är inte möjligt att utifrån de epidemiologiska data som vi har tillgängliga beräkna hur ofta hiv har överförts i Sverige från personer som känner till sin diagnos. Den information som utredningen har fått i kontakter med vårdpersonal som arbetar eller har arbetat kliniskt tyder dock på att hivöverföring enbart i mycket sällsynta fall har skett från personer med känd diagnos.

Vi kan konstatera att situationen beträffande hiv och förutsättningarna för att begränsa dess spridning nu är radikalt annorlunda mot när föreskrifter och andra åtgärder beslutades på 1980-talet, liksom när man inför införandet av nuvarande smittskyddslag på nytt övervägde hur informationsskyldigheten skulle regleras. Den som får en hivdiagnos i dag har, jämfört med för 40 år sedan, starka incitament att söka vård och få tillgång till behandling. På 1980-talet var samhällets åtgärder mot hiv begränsade till icke-medicinska åtgärder. Det ansågs, med beaktande av att smittsamheten då var livslång, som en orimlig förväntan på den enskilde att avstå sex under resten av livet. Nu innebär hivinfektion ur det perspektivet en förhållandevis kort smittsam period och därefter mycket goda förutsättningar att vara helt smittfri i samband med sex under resten av livet. Att nå smittfrihet handlar om omsorg om andra men också om den egna hälsan och möjligheterna att leva ett så normalt liv som möjligt.

Den medicinska utvecklingen, som avspeglas i en mycket hög andel välinställda och sexuellt ej smittsamma personer av de som lever med känd hiv, är enligt utredningens uppfattning ett ytterligare skäl för en förändrad syn på informationsskyldigheten vid hiv.

Det finns även principiella skäl till förändring

Att det nu går att ifrågasätta informationspliktens ändamålsenlighet vid hivinfektion handlar dock inte enbart om att den medicinska och epidemiologiska utvecklingen har förändrat förutsättningarna för att begränsa smittspridning. Informationsplikten var omdiskuterad redan i 1996 års Smittskyddskommitté, då situationen var en helt annan än i dag.

Utredningen anser således att det även finns principiella argument mot en reglering om skyldighet att informera. För det principiella resonemanget har sjukdomens allvarlighet i och för sig ingen betydelse. I grunden handlar informationsplikten om ett lagkrav med innebörden att enskilda åläggs att inför andra människor röja uppgifter som normalt sett är privata och integritetskänsliga och som inom t.ex. hälso- och sjukvård omfattas av sekretess. Den enskilde kan inte heller få den generella informationsplikt som följer av 2 kap. 2 § andra stycket SmL, och som gäller för alla allmänfarliga sjukdomar i situationer där det finns en beaktansvärd risk för att smitta överförs, rättsligt prövad. Vidare ställer sig utredningen mycket tveksam till att informationsplikten har haft någon egentlig effekt på spridningen av hiv. Det går inte att dra slutsatsen att den låga svenska incidensen av hiv är informationspliktens förtjänst.

Borttagen informationsplikt kan underlätta läkar-patient-relationen

Informationsplikten enligt 2 kap. 2 § andra stycket SmL gäller som ovan nämnts enbart vid beaktansvärd risk för smittoöverföring. Rätt tillämpad innebär nuvarande ordning därtill att förhållningsregeln om informationsskyldighet visavi sexualpartner inte ska meddelas eller ska tas bort om eller när patienten av läkaren bedöms ha en välinställd behandling. Det kan hävdas att nuvarande ordning därför är tillräcklig. Vi har dock under utredningsarbetet konstaterat att det finns flera problem med tillämpningen. Det framstår bl.a. som att enskilda som en konsekvens av detta kan omfattas av mer varaktig informationsskyldighet genom förhållningsregler än vad som är motiverat ur ett smittskyddsperspektiv. Låg kännedom om möjligheten till att få förhållningsreglerna prövade bidrar till detta. Detta anser utredningen är problematiskt i flera avseenden.

Det kan argumenteras att tillämpningsproblem i sig inte ska utgöra ett hinder för en viss reglering. Å andra sidan bör det enligt utredningens uppfattning ställas höga krav på rättssäkerhet även i tillämpningen när det gäller för den enskilde ingripande åtgärder. Av de förhållningsregler som kan åläggas den enskilde enligt nuvarande reglering är det tydligt att det är skyldigheten att informera sin sexpartner som är den förhållningsregel som för individen upplevs som mest ingripande. Av förarbetena till smittskyddslagen och de under-

sökningar som där refereras framgår att det har uppfattats så redan sedan informationspliktens tillkomst.

Vidare framgår det av tidigare förarbeten att frågan om förhållningsregler om en skyldighet att informera inte varit oproblematisk heller för de läkare som haft att meddela förhållningsreglerna och kontrollera att de efterlevs. Detta har särskilt gällt informationsskyldigheten vid hiv. Det kan således förväntas att en borttagen informationsplikt vid hivinfektion skulle innebära en lättnad även för många läkare, som då tillsammans med patienten kan fokusera på stödjande arbete och vilka faktiska skyddsåtgärder som behövs och fungerar för patienten, och uppmuntra öppenhet med diagnosen på frivillig väg.

Information skyddar inte

Det som kan ha effekt på överföringsrisken i sexuella situationer är de faktiska åtgärder som vidtas, inte information i sig. Utebliven information riskerar att tolkas som ett bevis på att ingen smittrisk föreligger och medföra ett högre riskbeteende än annars. Vi menar att ett ökat ansvarstagande för alla individer och mindre av ett ensidigt förlitande på information innebär en lägre risk för att bli smittad generellt och är det som bäst gagnar smittskyddet som helhet.

Ett ökat fokus på ansvar för var och en innebär enligt vår uppfattning således en lägre risk att bli smittad i kontakter med personer som inte känner till att de bär på hiv. Det är av flera skäl dessa personer som utgör den klart största risken för överföring av sjukdomen. I en nylig forskningsrapport uppskattades detta mörkertal år 2022 vara drygt 300 personer i Sverige, dvs. högre än det antal som känner till sin diagnos men som av något skäl alls kan vara smittsamma vid sexuella kontakter. Folkhälsomyndighetens statistik visar att totalt 226 personer angavs ha fått hivinfektion i Sverige under åren 2020–2024. Vårt arbete indikerar att dessa överföringar enbart i mycket sällsynta fall har skett från personer som själva känt till att de har hiv. Att informationsskyldighet alltjämt skulle gälla för personer med känd hivinfektion innebär enligt utredningens uppfattning att lagstiftningen skulle signalera en risk som inte är motiverad utifrån de verkliga förhållandena.

Skyldigheten att informera i samband med sex bör tas bort för hiv

Utredningen eftersträvar ett mer ändamålsenligt smittskydd. Våra förslag syftar inte till att färre ska vara öppna med sin sjukdom eller att smittskyddet ska försämras. Sammanfattningsvis finns, i enlighet med vad vi anfört ovan, flera skäl som talar för att ett ändamålsenligt smittskydd vad gäller hiv bäst uppnås genom ett gemensamt ansvarstagande och frivillig information eller andra åtgärder för att minimera risken för smittspridning. Att människor, i stället för att själva vidta åtgärder för att skydda sig mot hivinfektion, förlitar sig på en lagstadgad plikt för personer i omgivningen att informera om sin hivdiagnos i samband med sex riskerar att vara kontraproduktivt.

De åtgärder som utredningen bedömer har faktisk effekt i fråga om att begränsa överföring av hiv i är tidig upptäckt, välinformerade patienter som kan vidta adekvata skyddsåtgärder, ett gott omhändertagande och brytande av smittkedjor genom t.ex. smittspårning. Ett gott smittskydd kan vad gäller hiv, och många andra sjukdomar, uppnås även utan de mest långtgående ingreppen i privatlivet.

Vid en sammanvägd bedömning är det utredningens uppfattning att den skyldighet som i dag finns i smittskyddslagen om att man, vid situationer där det finns en beaktansvärd risk för smittöverföring, ska informera om att man bär på en allmänfarlig sjukdom, inte är ändamålsenlig för hivinfektion vid sex. Samma bedömning gäller den informationsskyldighet visavi sexualpartner som i dag kan ges med stöd av individuellt utformade förhållningsregler.

En del av den nya inriktningen

Utredningen har i kapitel 2 presenterat det som vi beskriver som en ny inriktning för smittskyddet. Att för hiv ta bort skyldigheten att informera om smittbärarskap vid sex är en del av den inriktningen. Hivinfektion är dock alltjämt klassificerad som en allmänfarlig sjukdom. Detta har vi inte haft i uppdrag att föreslå någon förändring av. I nästa kapitel lämnar vi ytterligare förslag, som en del av den nya inriktningen, som kommer att innebära förändringar för alla med en allmänfarlig sjukdom, inklusive personer som lever med hiv.

5 Ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda

I detta kapitel omhändertas majoriteten av utredningsuppdraget som avser enskildas skyldigheter. Det rör de delar av vårt uppdrag som i tilläggsdirektiven sammanfattas under frågan ”Är smittskyddslagens bestämmelser om vissa skyldigheter, förhållningsregler och tvingande åtgärder ändamålsenliga?”

Enligt direktivens strecksatser har utredningen i uppdrag att

- analysera och ta ställning till om regleringen av informationsplikten vid hivinfektion är ändamålsenlig och proportionerlig,
- analysera och ta ställning till om övriga bestämmelser i smittskyddslagen avseende den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning är ändamålsenliga och proportionerliga,
- analysera och ta ställning till om de förhållningsregler som läkare kan ge patienter, särskilt vid hivinfektion och hepatit C, är ändamålsenliga och proportionerliga, och
- ta ställning till om ytterligare förhållningsregler ska kunna ges till personer som bär på, eller misstänks bära på, en allmänfarlig sjukdom och vid behov lämna förslag på sådana.

Vi har även i uppdrag att ta ställning till om det bör finnas en möjlighet att föreskriva om undantag från tvingande åtgärder i samband med att en sjukdom klassificeras som allmänfarlig eller samhällsfarlig, och ta ställning till om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen ska baseras på andra kriterier än allmänfarlig sjukdom, t.ex. risken för smittsamhet.

Frågan om undantag när det gäller samhällsfarliga sjukdomar har vi adresserat i avsnitt 7.5 i vårt delbetänkande.[1] Utredningens inställning till frågorna om undantag när det gäller allmänfarliga sjukdomar och om andra kriterier bör införas i smittskyddslagens bestämmelser om enskildas skyldigheter och förhållningsregler har vi redogjort för i kapitel 3.

En avgränsningsfråga gäller vilka bestämmelser och åtgärder i smittskyddslagen som avser ”den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning”. Härvid har vi exkluderat de åtgärder som får vidtas med tvång, dvs. tvångsundersökning, tillfällig isolering och isolering. En annan sak är att tillämpningen av dessa bestämmelser kan påverkas av eventuella förslag som rör den enskildes skyldigheter. Vi har inte heller uppfattat att vårt uppdrag är att ur ett straffrättsligt perspektiv analysera den enskildes skyldigheter enligt smittskyddslagen.

Vi har också exkluderat de extraordinära smittskyddsåtgärderna. Däremot har vi, vid sidan av informationsplikten och förhållningsreglerna, inkluderat de skyldigheter som framgår av de allmänna stadgandena i smittskyddslagen i fråga om den s.k. skyddsplikten och var och ens ansvar att förhindra smittspridning, samt skyldigheten att medverka till en läkarundersökning och att delta i smittspårning. Nära sammankopplade med dessa skyldigheter är bestämmelserna om att den enskilde ska ges bl.a. råd och stöd för att hantera sin sjukdom. Således har vi också inkluderat dessa bestämmelser i våra överväganden och förslag.

I uppdraget nämns särskilt hivinfektion och hepatit C. Vi har dock inte uppfattat uppdraget som att vi i någon del är förhindrade att föreslå förändringar som får betydelse också för andra smittsamma sjukdomar. Vår uppfattning är att regleringen av enskildas rättigheter och skyldigheter behöver hanteras som en helhet.

I föregående kapitel har vi besvarat uppdraget i den del det rör informationsplikten vid sexuella kontakter vid hivinfektion. I övrigt utgår våra förslag från klassificeringssystemet för smittsamma sjukdomar generellt och inte utifrån hanteringen av en viss sjukdom. Det är utredningens uppfattning att med de förslag som vi lämnar i förevarande kapitel kommer också sjukdomar som hivinfektion och hepatit C att på ett mer ändamålsenligt och proportionerligt

[1] SOU 2025:48 s. 307–339.

sätt än i dag kunna hanteras utifrån överväganden om t.ex. risken för smittsamhet.

Vi har genomfört tre enkätundersökningar med fokus på hivinfektion och en enkätundersökning riktad till läkare med bredare ansats på de allmänfarliga sjukdomar som det anmäldes flest fall av 2024. Resultaten har analyserats och diskuterats med vår medicinska referensgrupp, smittskyddsläkarna och representanter för civilsamhället. Utifrån den samlade bilden har vi dragit slutsatser om tillämpningen av bestämmelserna om enskildas skyldigheter vid allmänfarliga sjukdomar som grund för våra förslag i detta kapitel.

Vi inleder kapitlet med en beskrivning av gällande rätt i erforderliga delar (avsnitt 5.1) och en redogörelse för tillämpningen av bestämmelserna om förhållningsregler (avsnitt 5.2). I avsnitt 5.3 redovisar vi våra överväganden om den nuvarande ordningen för den enskildes skyldigheter vid en allmänfarlig sjukdom och i avsnitt 5.4–5.10 presenterar vi våra överväganden och förslag om en ny ordning för meddelande av individuellt utformade förhållningsregler vid en allmänfarlig sjukdom. Den föreslagna ordningen bygger på att medicinska och praktiska råd ska ges patienten och först när sådana inte kan ges i samförstånd med honom eller henne ska förhållningsregler beslutas.

Våra överväganden och förslag rörande informationsplikten och vissa förändringar i förhållningsreglerna beträffande bl.a. information återfinns i avsnitt 5.11 och 5.12. I avsnitt 5.13 behandlar vi bestämmelserna om efterlevnaden av förhållningsregler. I avsnitt 5.14 och 5.15 redogör vi för förslag om ändringar i bestämmelserna om råd och stöd till den enskilde och om hur smittskyddslagen i övrigt kan förtydligas i fråga om den enskildes rättigheter och skyldigheter. Härefter redogör vi för de ändringar som behövs i socialförsäkringsbalkens bestämmelser om smittbärarersättning med anledning av våra förslag samt de överväganden vi gör i fråga om smittskyddslagens bestämmelser om läkarundersökning och smittspårning (avsnitt 5.16 och 5.17).

5.1 Enskildas skyldigheter i dag

I kapitel 2 har vi övergripande beskrivit smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL. I detta avsnitt beskriver vi mer detaljerat de delar som aktualiseras i detta kapitel.

Förebyggande åtgärder

Försiktighetsåtgärder

Samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Detta följer av smittskyddslagens portalparagraf 1 kap. 1 §. Det är emellertid inte möjligt för det allmänna att skydda sin befolkning mot alla smittrisker. Alla individer har därför i vid mening ett intresse av och ett ansvar för att förhindra smittspridning. Detta kommer till uttryck i 2 kap. 1 § som slår fast att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Ansvaret för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar vilar på såväl smittade som osmittade personer. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar. Även information och förebyggande åtgärder spelar en stor roll. Både regionen och smittskyddsläkaren har därför en skyldighet att se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 § och 6 kap. 2 § första punkten).

Skyddsplikt

Samtidigt som alla har ett ansvar att förhindra smittspridning genom försiktighetsåtgärder är det oundvikligt att den som bär på en smittsam sjukdom har ett särskilt ansvar för att undvika att andra utsätts för smitta, en s.k. skyddsplikt. Av 2 kap. 2 § första stycket följer att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. I propositionen till smittskyddslagen uttalar regeringen att den smittade, i kraft av vetskapen om att han eller hon är smittad, många gånger har en större möjlighet

att vidta åtgärder för att minska smittrisken. De åtgärder som ska vidtas utgör, enligt uttalandena, ofta relativt begränsade inskränkningar i livsföringen.[2]

Bestämmelsen om skyddsplikten omfattar situationer där en enskild person vet eller har anledning att misstänka att han eller hon utsatts för smittrisk och därför har anledning att misstänka att smittoöverföring kan ha förekommit. Bestämmelsen innebär alltså en lagfäst skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Skyldigheten gäller samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen enligt 1 kap. 3 § första stycket. Någon särskild sanktion för den som inte uppfyller skyddsplikten finns inte.

Informationsplikt

Som vi beskrivit i kapitel 4 är enligt 2 kap. 2 § andra stycket den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. Till skillnad från skyddsplikten gäller således informationsplikten enbart vid allmänfarliga sjukdomar och endast då det finns en beaktansvärd risk för smittspridning (för den informationsplikt som kan meddelas som en förhållningsregel, se nedan i avsnittet om förhållningsregler enligt 4 kap. 2 §).

Informationsplikten är således inte definierad som en allmän skyldighet för den enskilde att i alla sammanhang informera utan gäller endast situationer då en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När denna risk föreligger är beroende av den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar och smittsamhet. I förarbetena framhålls att för att den smittade ska kunna fullgöra sin skyldighet måste han eller hon få det stöd och de råd, i form av adekvat kunskap om sjukdomen och dess smittvägar, han eller hon behöver för att kunna informera riskutsatta personer på ett sakligt sätt. De medicinska och praktiska råd samt de förhållningsregler som den behandlande läkaren är skyldig att ge den smittade bör fungera som vägledning för den smittade i dessa avseenden.[3]

[2] Prop. 2003/04:30 s. 97.
[3] Prop. 2003/04:30 s. 98 och 99.

Även frågan om den enskildes skyldighet att informera om sin sjukdom i samband med att han eller hon söker vård behandlas i smittskyddslagens proposition. Regeringen konstaterade att till skillnad t.ex. från den situation då det är fråga om en sexuell kontakt kan den smittade oftast inte själv vidta några skyddsåtgärder då han eller hon är föremål för vård och behandling. Uppgifter från patienten medför i stället att vårdpersonalen kan vidta de särskilda skyddsåtgärder som eventuellt är nödvändiga.[4]

Utredning av sjukdomsfall

Läkarundersökning

I förarbetena till smittskyddslagen konstateras att de allra flesta människor som tror sig vara smittade av en allvarligare smittsam sjukdom självmant torde söka läkare och låta sig undersökas. Bedömningen var dock att en lagfäst skyldighet är en betydelsefull markering av att envar ska bidra till att minska spridningen av smittsamma sjukdomar.[5] I 3 kap. 1 § första stycket regleras därför den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas om han eller hon vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom. I dessa fall ska den enskilde utan dröjsmål söka läkare.

En anledning att misstänka att man bär på en sådan sjukdom kan finnas t.ex. då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad. Skyldigheten kan också uppkomma genom att man underrättas om risken i ett smittspårningsärende.[6]

I 3 kap. 1 § andra stycket regleras läkarens undersökningsskyldighet. Syftet med läkarundersökningen är att klarlägga vilken sjukdom det är fråga om. Skyldigheten avser endast undersökningar som är motiverade av smittskyddshänsyn, dvs. för att konstatera om smittsamhet föreligger. I förarbetena uttalas att undersökningen alltså inte får vara motiverad enbart av att man vill kunna behandla sjukdomen hos den enskilde. En skyldighet att genomgå en sådan behandling torde enligt förarbetena stå i strid med principerna om

[4] Prop. 2003/04:30 s. 99.
[5] Prop. 2003/04:30 s. 99.
[6] Prop. 2003/04:30 s. 217.

frivillig behandling. Något rent medicinskt motiv att behandla smittsamma sjukdomar på annat sätt än andra allvarliga sjukdomar torde enligt förarbetena inte heller finnas.[7]

Någon generell sanktion mot den som underlåter att söka läkare finns inte. Vid misstanke om att patienten bär på en allmänfarlig sjukdom ska dock läkaren anmäla till smittskyddsläkaren i regionen om patienten motsätter sig en erforderlig undersökning eller provtagning. Detta följer av 3 kap. 1 § tredje stycket. Anmälan ska ske utan dröjsmål, dvs. i princip samma dag.[8]

I 6 kap. 3 § regleras smittskyddsläkarens ansvar vid en sådan anmälan. Av bestämmelsen följer att smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan undersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta. I 3 kap. 2 § finns vidare bestämmelser som innebär att smittskyddsläkaren kan ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning av den som motsätter sig undersökningen, om det finns fog för att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom. Beslut om en sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Smittspårning

I 3 kap. 4–6 §§ finns bestämmelser om smittspårning. Av dessa följer att om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, ska läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Smittspårning ska i enlighet med bestämmelsen således inte ske endast i de fall en smittsam sjukdom konstaterats utan även vid misstänkta fall. I förarbetena framhålls att smittskyddsåtgärder kan, beträffande ett flertal sjukdomar, behöva vidtas även om sjukdomen inte är fastställd och det kan vara viktigt att redan i ett tidigt skede nå personer som kan ha smittats av sjukdomen.[9] Den enskilde patienten är skyldig att

[7] Prop. 2003/04:30 s. 217.
[8] Prop. 2003/04:30 s. 219.
[9] Prop. 2003/04:30 s. 220 och 221.

medverka i smittspårningen och lämna de upplysningar som han eller hon förmår lämna (3 kap. 4 § första stycket).

Den som ansvarar för smittspårningen och som på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats ska se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare (3 kap. 4 § andra stycket). Bestämmelsen innebär inte att den som utför smittspårningen alltid personligen behöver kontakta den som kan antas ha smittats. Om det är lämpligt kan detta överlåtas åt patienten, antingen självständigt eller med stöd av läkare eller kurator. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man misstänker kan ha smittats verkligen har underrättats.[10]

Som vi beskrivit i kapitel 3 följer av 3 kap. 6 § att om det rör sig om en allmänfarlig sjukdom och den som underrättats inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, ska detta utan dröjsmål anmälas till smittskyddsläkaren. Anmälan ska göras av den som ansvarar för smittspårningen.

Av 6 kap. 3 § följer att smittskyddsläkaren ska utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en sådan undersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta. Med stöd av de tidigare nämnda bestämmelserna i 3 kap. 2 § kan smittskyddsläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning om förutsättningarna för detta är uppfyllda.

Någon skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren för andra smittspårningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga finns inte. För sådana sjukdomar åligger det i stället den som ansvarar för smittspårningen att aktivt försöka påverka personen att söka läkare.[11]

Smittskyddsläkaren ska också underrättas om den som ansvarar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen. Smittskyddsläkaren får då överta ärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Detsamma får också ske om smittskyddsläkaren själv finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt. Har smittspårningsärendet tagits över av smittskyddsläkaren ska den enskilde patienten lämna de erforderliga uppgifterna till honom eller henne i stället (3 kap.

[10] Prop. 2003/04:30 s. 221.
[11] Prop. 2003/04:30 s. 222.

5 §). I kapitel 3 har vi föreslagit att även smittspårningspliktiga sjukdomar ska anmälas till smittskyddsläkaren.

Vissa smittskyddsåtgärder

Råd och stöd

En förutsättning för att den enskilde ska kunna ta sitt ansvar och förhindra smittspridning är att han eller hon får individuellt utformad information om vad han eller hon kan göra för att förhindra att smitta sprids vidare. Enligt 4 kap. 1 § första stycket har den behandlande läkaren därför en skyldighet att ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Vidare ska enligt andra stycket samma paragraf den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring erbjudas detta. Stödet kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften. Skyldigheten att ge råd och erbjuda stöd gäller alla sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen, dvs. alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket).

Vilka råd den enskilde bör ges beror på sjukdomens art och den enskildes livssituation. I förarbetena ges exempel på vad råden kan avse.[12] Råden kan exempelvis avse patientens kontakter med läkaren, hygien, arbete, skolgång och livsföring i övrigt. I rådgivningen ska enligt uttalandena i förarbetena också ingå information om sjukdomens art, smittsamhet och smittvägar. Det framhålls vidare att det kan vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas. Vägledning bör därför ges centralt i form av allmänna råd, och vid tveksamhet bör läkaren kontakta smittskyddsläkaren som i enlighet med 6 kap. 2 § fjärde punkten då ska bistå.

Den som har svårigheter med att hantera situationer där andra kan utsättas för smittrisk och som inte på egen hand klarar av att i nödvändig utsträckning ändra sitt beteende eller sin livssituation måste alltså så snart som möjligt få det stöd och den hjälp som be-

[12] Prop. 2003/04:30 s. 223.

hövs. I förarbetena betonas att särskilt vid svåra långvariga sjukdomar torde det inte främst vara de medicinska frågorna om behandling och dylikt som är avgörande, utan den enskilde kan också behöva stöd i sin livssituation. Det stöd som ska erbjudas enligt bestämmelsen avser dock inte allmänna stödbehov utan stödet ska behövas av smittskyddsskäl.

Förhållningsregler vid en allmänfarlig sjukdom

Vid allmänfarlig sjukdom ska den behandlande läkaren besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära sjukdomen. Skyldigheten följer av 4 kap. 2 §.

I förarbetena framhålls att förhållningsregler kan innebära inskränkningar i den enskildes grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Det är därför viktigt att behovet av en förhållningsregel noga prövas i varje enskilt fall och att smittskyddsintresset vägs mot den enskildes integritet och rörelsefrihet.[13] I syfte att åstadkomma en enhetlighet i tillämpningen, undvika godtycke och stärka den smittades rättssäkerhet innehåller bestämmelsen en begränsning av de olika moment som förhållningsreglerna kan omfatta.[14] Förhållningsreglerna får således endast avse

1. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
2. förbud mot att donera blod och organ,
3. förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
4. skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap,
5. skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
6. skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning,
7. skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, eller
8. skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

[13] Prop. 2003/04:30 s. 115.
[14] Prop. 2003/04:30 s. 224.

Läkaren ska så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Förhållningsreglerna ska meddelas skriftligt så snart det är möjligt och även tas in i den undersöktes patientjournal.

Riksdagens ombudsmän, JO, har riktat kritik mot en region som inte upprättade några skriftliga beslut eller någon annan dokumentation rörande besluten när två barn förbjöds att under en period vistas på en förskola med anledning av att de burit på penicillinresistenta pneumokocker. I sitt beslut framhöll JO vikten av att beslut om förhållningsregler dokumenteras på föreskrivet sätt.[15]

Smittskyddsläkaren har i uppgift att stödja den behandlande läkaren och ge råd om lämpliga åtgärder (6 kap. 2 § fjärde punkten). På patientens begäran ska smittskyddsläkaren även pröva beslutet om förhållningsregler. Efter en sådan begäran, eller på eget initiativ, får smittskyddsläkaren ändra förhållningsreglerna (4 kap. 3 §). Smittskyddsläkarens beslut om förhållningsreglerna får överklagas till allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § första stycket första punkten).

I 4 kap. 4 § finns bestämmelser om när den behandlande läkaren ska anmäla till smittskyddsläkaren att patienten inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna. Av 6 kap. 4 § framgår smittskyddsläkarens utredningsansvar efter en sådan anmälan. Finns det en grundad anledning att anta att patienten inte följer förhållningsreglerna och det finns en påtaglig risk för att andra personer kan smittas får smittskyddsläkaren även ansöka hos förvaltningsrätten om isolering (5 kap. 1 §).

Förhållningsreglerna ska vara utformade utifrån aktuell kunskap om sjukdomen och dess spridningssätt, och även individuellt utformade utifrån den smittade individen och dennes levnadsförhållanden. Folkhälsomyndigheten kan ge vägledning i detta arbete genom föreskrifter och allmänna råd. Riktlinjer utformas även inom smittskyddsläkarorganisationen, exempelvis genom s.k. smittskyddsblad som utges av Smittskyddsläkarföreningen.[16] I smittskyddsbladen ges information om en sjukdom, tillsammans med rekommendationer om vilka förhållningsregler som bör ges vid sjukdomen. För många sjukdomar finns smittskyddsblad både riktade till läkaren och till patienten, se vidare om nuvarande ordning nedan.

[15] JO 2012/13 s. 345, dnr 2218-2011.
[16] Se även prop. 2003/04:30 s. 224.

Regeringen och Folkhälsomyndigheten kan meddela ytterligare föreskrifter

Enligt 9 kap. 4 § första stycket får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Regeringen har bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela sådana föreskrifter i 12 § smittskyddsförordningen (2004:255), förkortad SmF.

Bemyndigandet syftar till att säkerställa en likformig tillämpning av lagen. Enligt förarbetena kan det röra sig om föreskrifter inom skilda områden såsom exempelvis anmälningsförfarandet, journalföring, den enskilde läkarens skyldigheter gentemot sin patient och smittskyddsläkarens myndighetsutövning. Föreskrifterna kan också röra speciella situationer där man erfarenhetsmässigt vet att risk för smittoöverföring förekommer, t.ex. screening av gravida för enskilda sjukdomar i syfte att förhindra överföring till fostret. Föreskrifter och allmänna råd kan också beröra de åtgärder som bör vidtas kring ett eller flera inträffande fall av en smittsam sjukdom och därvid behandla skilda frågor, såsom t.ex. riktlinjer för smittspårningsarbete, medicinska förebyggande åtgärder som bör vidtas samt förhållningsregler som kan komma i fråga. Vidare kan vägledning ges om vilka praktiska och medicinska råd som kan vara befogade vid de olika sjukdomarna. Föreskrifterna ska alltid anpassas till aktuell kunskap om de enskilda sjukdomarnas spridningssätt till och mellan människor och de kan därför behöva omprövas och förnyas relativt ofta.[17]

Delbetänkandets förslag om undantag

Smittskyddslagen innehåller också beredskapsbemyndiganden för krig eller krigsfara, respektive för fredstida kriser. Regeringen får enligt 9 kap. 5 § meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Enligt 9 kap. 6 § får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effek-

[17] Prop. 2003/04:30 s. 246 och 247.

tivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

I avsnitten 7.5.4, 7.5.5 och 7.5.7 i vårt delbetänkande har vi föreslagit ytterligare bemyndiganden för att hantera en fredstida kris i form av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Vi föreslår där ändringar i smittskyddslagen för att göra den mer flexibel och ändamålsenlig i en sådan situation. Förslagen innebär att regeringen ska bemyndigas att föreskriva om tidsbegränsande lättnader i form av anpassningar och undantag för flera av de utrednings- och smittskyddsåtgärder som vi nu har redogjort för. Vi har också i delbetänkandets avsnitt 7.7.1 föreslagit att föreskrifter enligt det nuvarande bemyndigandet i 9 kap. 6 § ska vara tidsbegränsade.[18]

Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad

Bladen syftade till att nå enhetlighet vid tillämpningen av 1988 års smittskyddslag

I 1988 års smittskyddslag (1988:1472) fanns en skyldighet för behandlande läkare att meddela förhållningsregler för att hindra smittspridning. Dessa skulle tas in i patientjournalen, men det reglerades däremot inte i vilken form som de skulle lämnas till den enskilde. I Socialstyrelsens dåvarande föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1989:18) om tillämpningen av smittskyddslagen angavs dock att patienten, utöver muntlig information, även bör erhålla förhållningsregler i skriftlig form för att kunna erinra sig och förstå innebörden av reglerna. I de allmänna råden underströks att det är viktigt att läkaren ger sig tid att muntligen gå igenom reglerna och förvissa sig om att patienten verkligen förstår förhållningsreglerna. Det angavs att detta särskilt gäller i de fall patienten inte har svenska som modersmål eller lider av ett fysiskt eller psykiskt handikapp och att tolk bör anlitas om den smittade inte behärskar det svenska språket eller är allvarligt hörsel- eller talskadad.[19]

För att åstadkomma enhetlighet över landet i fråga om förhållningsreglernas innehåll konkretiserade Smittskyddsläkarföreningen vilka praktiska förhållningsregler som blev aktuella för de olika sjuk-

[18] SOU 2025:48 s. 324–335, 374–376 och 1172–1174.
[19] SOU 1999:51 s. 135 och 136.

domarna.[20] Dessa gavs ut på s.k. smittskyddsblad. Förutom själva förhållningsreglerna innehöll smittskyddsbladen också information till läkare och patient om sjukdomen i fråga. Det anges i förarbetena att de standardiserade reglerna kunde anpassas av behandlande läkare genom strykningar och tillägg. Behandlande läkare hade uttryckt att de uppfattade sig ha stor hjälp av smittskyddsbladen.[21] Motsvarande underlag till stöd för tillämpningen av 1968 års smittskyddslag (1968:231) togs fram av Socialstyrelsen, se kapitel 4.

Nuvarande ordning

Till skillnad från 1988 års smittskyddslag anges genom en uttömmande uppräkning i 4 kap. 2 § nuvarande smittskyddslag vilka moment förhållningsreglerna får innehålla. Även med denna reglering angavs det i förarbetena att det finns ett behov av central vägledning genom föreskrifter eller allmänna råd, alternativt riktlinjer i form av smittskyddsläkarnas smittskyddsblad.[22]

Bladen fyller nu, liksom med 1988 års lag, en funktion för likvärdighet och som checklistor när behandlande läkare ska bedöma vilka förhållningsregler som bör åläggas patienten. En behandlande läkare som inte så ofta hanterar fall av en viss sjukdom kan behöva särskild information om sjukdomens epidemiologi och vilka smittskyddsåtgärder som är adekvata för sjukdomen.

Bladen är inte begränsade till allmänfarliga sjukdomar utan finns även för sjukdomar som enbart är anmälningspliktiga eller smittspårningspliktiga. Det finns för närvarande smittskyddsblad som riktar sig till läkare beträffande 40 olika sjukdomar. Av dessa finns 38 blad även i en variant som riktar sig till patienten och av patientbladen finns 28 blad i olika översättningar.

Blad finns för ungefär två tredjedelar av de allmänfarliga sjukdomarna. Patientbladen innehåller information, råd, rekommendationer och i förekommande fall förhållningsregler för sjukdomen i fråga. Bladen till läkare innehåller information om diagnostik, smittvägar, behandling och handläggning samt smittspårning och anmälan.

Arbetet med bladen sker inom ramen för de regionala smittskyddsenheternas och Smittskyddsläkarföreningens resurser. Att ett smitt-

[20] Prop. 2003/04:30 s. 224.
[21] SOU 1999:51 s. 135 och 136.
[22] Prop. 2003/04:30 s. 224.

skyddsblad ska tas fram eller revideras beslutas av föreningens styrelse på initiativ av medlemmar, arbetsgrupper eller styrelsen. Inspel från t.ex. Folkhälsomyndigheten eller patientorganisationer kan ha betydelse för bedömningen. Grundarbetet görs i särskilda arbetsgrupper. Varje sjukdom som har ett smittskyddsblad har en egen arbetsgrupp. Storleken och sammansättningen av gruppen kan variera. Arbetsgrupperna utses av styrelserna för Smittskyddsläkarföreningen och Svensk Smittskyddssjuksköterskeförening. Reviderade och nya blad beslutas sedan av Smittskyddsläkarföreningens styrelse.

Smittskyddsbladen utgår från smittskyddslagens bestämmelser när det gäller smittspårning, råd och förhållningsregler. Viktiga källor är tillgänglig vetenskaplig evidens och riktlinjer från andra länder och internationella organisationer. Avvägningar görs även utifrån beprövad erfarenhet.

Smittskyddsbladens utformning

Smittskyddsbladen som riktas till patienter är skrivna med du-tilltal. Smittskyddsläkarföreningen uppmuntrar regionerna att justera bladen formmässigt genom att lägga till egen logotyp, kontaktuppgifter till aktuell region och eventuell kompletterande information från regionen. Utredningens genomgång visar dock att det är ovanligt att regionerna har gjort sådana justeringar.

5.2 Förmedling och journalföring av förhållningsregler i praktiken

Tidigare uppföljning visar på brister

År 2018 redovisade Folkhälsomyndigheten, i enlighet med ett regeringsuppdrag, en uppföljning av behandlande läkares tillämpning av smittskyddslagens bestämmelser om förhållningsregler för hivinfektion. Uppföljningen visade att det saknades rutiner för att pröva behov av förhållningsregler och att det fanns brister i journalföringen. Samtidigt framgick att behandlande läkare var uppskattade som informationskälla och samtalspartner för personer med hiv.[23]

[23] Observera att vid tidpunkten för genomförandet av regeringsuppdraget var det ännu inte i linje med det nationella kunskapsunderlaget att ta bort kondomplikten.

Myndigheten konstaterade att ”infektionsklinikerna behöver systematiskt analysera och kontinuerligt följa upp hur smittskyddslagen följs, samt hur ett likvärdigt bemötande av personer som lever med hiv säkerställs.”[24]

Utredningen har följt upp utvecklingen

Enkäter, studiebesök och en genomgång av smittskyddsbladen

Ett av syftena med de fyra enkätundersökningar som vi genomfört är att följa upp utvecklingen på några av de områden som undersöktes av Folkhälsomyndigheten i nyss nämnda rapport. Huvudfokus för tre av enkäterna är hivinfektion medan en enkät har en bredare ansats.

I kapitel 4 har vi redogjort för de resultat som har särskild relevans för frågan om informationsplikt vid hivinfektion. I detta avsnitt redogör vi för utredningens slutsatser av undersökningarna, med avseende på förhållningsregler generellt. Där det bedöms relevant relaterar vi våra resultat till sådant som kommit fram vid studiebesök, i kontakt med intressenter och i vår genomgång av smittskyddsblad och tidigare rapporter kring förhållningsregler. Enkäterna och resultaten i sin helhet finns i bilaga 5.

Otydlig förmedling av förhållningsregler

I vår enkät till behandlande läkare för personer med hiv uppgav 90 procent av de svarande att de använder smittskyddsblad för förmedling av förhållningsregler, ensamt eller tillsammans med annan muntlig eller skriftlig information. I enkäten till läkare för andra sjukdomar än hivinfektion var det 81 procent som svarade att de delar ut smittskyddsblad till sina patienter för att förmedla förhållningsregler. Övriga svarade att de ger förhållningsregler muntligt, ofta baserat på de smittskyddsblad som är riktade till läkare.

Även vid våra studiebesök och i samtal med läkare framkommer att det förefaller vara praxis att enskilda får förhållningsregler genom att behandlande läkare delar ut smittskyddsblad. Förfarandet i övrigt

[24] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion; 2018.

kan variera beroende på vilken allmänfarlig sjukdom det är fråga om. Vid vissa sjukdomar anses det i praktiken räcka med ett kortare samtal med patienten och att han eller hon förses med ett smittskyddsblad för att läsa vidare om vad som gäller under den tiden patienten är smittsam. Det är vanligt att personer som får en klamydiadiagnos inte träffar den behandlande läkaren utan får förhållningsregler förmedlade av en sjuksköterska. Vid besked om t.ex. hivinfektion eller tuberkulos är läkare och annan vårdpersonal vanligen närvarande. Om patienten behöver psykosocialt stöd kan förhållningsregler i praktiken i vissa fall behöva meddelas senare eller upprepas vid uppföljande besök.

Av våra enkätdeltagare med hiv var det 91 procent som svarade att de hade fått förhållningsregler. 45 procent svarade att de hade fått förhållningsreglerna förmedlade både muntligt och skriftligt. Lika många, 45 procent, svarade att de endast fått dem muntligt. Endast en handfull respondenter uppfattade att de enbart hade fått förhållningsreglerna skriftligt.

Det fanns 3 procent som svarade *Nej* och 6 procent som svarade *Vet inte* på frågan om de fått förhållningsregler. Dessa utgör tillsammans ett knappt femtiotal respondenter. Det är enligt utredningens uppfattning en förhållandevis hög andel. Om andelen är representativ för samtliga personer med diagnostiserad hiv i Sverige innebär det knappt 800 personer.

Det kan finnas olika skäl till att vissa respondenter svarat att de inte fått eller inte vet om de fått förhållningsregler. En förklaring kan vara att man inte kunde koppla samman beskrivningen av förhållningsregler i våra frågor med den information som läkaren gett. Enkätresultaten indikerar trots detta enligt utredningens uppfattning att behandlande läkare inte ger förhållningsregler på det sätt som det är avsett, bl.a. att det ska göras både muntligt och skriftligt.

Vi bedömer också att den skriftliga förmedlingen inte heller alltid är tydlig. Även om smittskyddsbladen är ett bra sätt att se till att läkare får vägledning och att patienter får kvalitetssäkrad information är de patientinriktade smittskyddsbladen inte utformade som individuella beslut. Därför går det inte heller att utläsa vilka förhållningsregler som gäller för den enskilde patienten. I smittskyddsbladet med patientinformation för hiv står t.ex. följande.

> Förhållningsregler som du måste följa för att inte smitta någon annan […] De flesta gäller för alla personer med hiv medan andra beror på din situation och de kan också förändras med tiden. Det är din läkare som bestämmer vilka av nedanstående förhållningsregler som ska gälla för dig.[25]

På våra studiebesök och i diskussioner med vår expertgrupp och medicinska referensgrupp har vi frågat om läkare aktivt markerar eller stryker förhållningsregler på bladen i syfte att individualisera, men ingen vi träffat har uppgett att de arbetar så. Inte heller daterar eller signerar man bladen. Att personer med hiv inte alltid upplever sig veta vad som gäller för dem har, som vi nämnt i kapitel 4, framgått i tidigare studier.

Utredningen anser att när bladen förmedlas som information om förhållningsregler men inte utformas som individuella beslut riskerar det att medföra missuppfattningar som i värsta fall går ut över följsamheten till förhållningsreglerna. Förhållningsreglerna riskerar att inte uppmärksammas eller att inte uppfattas som åliggan-den för patienten när de står tillsammans med t.ex. råd och rekommendationer.

Kännedomen är låg om rätten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren

I smittskyddsbladen finns en upplysning om att den som fått en förhållningsregel som han eller hon tycker är fel kan ta kontakt med smittskyddsläkaren. Denna information är dock sällan regionalt anpassad med kontaktuppgifter till den specifika regionens smittskyddsläkare. Vid utredningens genomgång, i maj 2025, var det endast Västra Götalandsregionen som hade angivit kontaktinformation till smittskyddsläkaren i regionen i sina blad. Patienter som får ett smittskyddsblad utan att de regionala kontaktuppgifterna lagts till behöver således på egen hand leta upp dessa för att göra sin rätt gällande. Vid vår genomgång av översatta smittskyddsblad såg vi även att varierande terminologi i bladen ytterligare kan försvåra sådan kontakt när det inte finns specifika kontaktuppgifter. Där används t.ex. uttryck för smittskyddsläkare som inte självklart är enkla att förstå eller hitta, särskilt eftersom smittskyddsläkarna normalt sett inte

[25] Smittskyddsläkarföreningen. Hiv, patientinformation. Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad. [Uppdaterad 2024-05-21.]

har webbsidor på olika språk. Vi noterar även att begreppet landsting fortfarande används i blad på svenska och att det finns stor variation i hur begreppet region benämns på andra språk.

Av vår enkätundersökning riktad till läkare med behandlingsansvar för patienter med hivinfektion framgår att majoriteten av läkarna inte rutinmässigt informerar om rätten att begära att smittskyddsläkaren prövar meddelade förhållningsregler utöver i den omfattning de delar ut smittskyddsblad. Det vanligaste svaret var *Nej, jag informerar inte om detta* (56 %). I en liknade enkätundersökning 2018 var motsvarande siffra lägre (39 %), dvs. färre sade sig inte informera. Vidare svarade 32 procent i vår undersökning att de informerar ibland medan 12 procent svarade att de alltid informerar. På följdfrågan om man har varit med om att patienter har begärt prövning av förhållningsregler som man själv beslutat svarade endast två respondenter att det hade varit med om det. I båda fallen låg detta längre tillbaka i tiden än det senaste året.

I enkätundersökningen riktad till läkare med behandlingsansvar för patienter med andra allmänfarliga sjukdomar än hivinfektion svarade ingen läkare att de informerar om rätten att begära smittskyddsläkarens prövning.

I vår enkätundersökning som riktade sig till personer med hivinfektion uppgav i genomsnitt 34 procent att de visste att man kan begära att smittskyddsläkaren prövar de förhållningsregler som den behandlande läkaren meddelat.

I våra kontakter med smittskyddsläkarna har vi enbart fått enstaka exempel, räknat under deras samtliga tjänsteår, på att patienter bett att få sina förhållningsregler prövade av smittskyddsläkaren. Domstolsprövning av givna förhållningsregler är således också mycket ovanligt. Vad utredningen erfar förekommer det inte heller att smittskyddsläkaren på eget initiativ ändrar förhållningsregler som en behandlande läkare gett.

Sammantaget framträder en bild som utredningen finner inte är tillfredsställande varken vad gäller vilken information som lämnas om möjligheterna att få förhållningsreglerna prövade, i vilken omfattning informationen lämnas eller hur många som känner till möjligheten och förfarandet.

Förbättrad journalföring av borttagna förhållningsregler vid hiv

I kapitel 4 har vi beträffande hiv dragit slutsatsen att enskilda, till följd av att tillämpningen inte alltid är i linje med kunskapsläget, kan omfattas av fler eller mer varaktiga förhållningsregler, däribland informationsskyldighet i samband med sex, än vad som är motiverat ur ett smittskyddsperspektiv. Den låga kännedomen om möjligheten till att få förhållningsreglerna prövade befäster rimligen dessa förhållanden.

Av resultaten i övrigt från vår enkät till behandlande läkare till hivpatienter framkommer också förbättringar jämfört med Folkhälsomyndighetens undersökning 2018. Fler läkare tycks nu själv ta upp frågan om att ta bort skyldigheten att informera. Det är nu också fler som svarar att de rutinmässigt journalför att de tagit bort förhållningsregeln om att patienten ska informera sexualpartners om smittrisken när patienten har en välinställd behandling än i rapporten 2018 (78 % respektive 54 %). Endast ett fåtal uppger att de inte har tagit bort informationsplikten för någon patient (4 % respektive 17 %). Det är dock fortfarande ovanligt med formaliserade rutiner för omprövning av förhållningsregler på respondenternas kliniker.

Tillämpning av förhållningsregler vid andra allmänfarliga sjukdomar

Även av resultaten i vår enkät till behandlande läkare för andra allmänfarliga sjukdomar än hivinfektion framgår att smittskyddsbladen har en särställning vad gäller sättet att förmedla förhållningsregler. Det är dock en viss andel (6 av 37 respondenter) som inte förefaller förmedla förhållningsregler skriftligt. Vidare är det endast hälften som svarar att de journalför förhållningsregler.

Som framgår av vår diskussion om metod och begränsningar i bilaga 5 är det i denna enkät ett litet datamaterial och vi kan inte uttala oss om representativiteten. En försiktig slutsats är dock att även vid andra allmänfarliga sjukdomar än hivinfektion hanterar behandlande läkare inte alltid förhållningsregler på det sätt som föreskrivs i smittskyddslagen.

5.3 Nuvarande parallella system avseende den enskildes skyldigheter är inte ändamålsenligt

Bedömning

För allmänfarliga sjukdomar innebär skyddsplikten, informationsplikten och bestämmelserna om att besluta om förhållningsregler två parallella system, vilket inte är ändamålsenligt.

1982 års Smittskyddskommitté

Enligt 1968 års smittskyddslag (1968:231) hade distriktsläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare en skyldighet att vid allmänfarlig sjukdom meddela erforderliga föreskrifter om isolering och inskränkning i den enskildes verksamhet. Brott mot föreskrifterna kunde leda till böter. För de veneriska sjukdomarna stadgades att den enskilde skulle följa de föreskrifter läkaren meddelade om bl.a. åtgärder för att hindra smittspridning. 1982 års Smittskyddskommitté kom fram till att en möjlighet att meddela tvingande smittförebyggande åtgärder behövde finnas kvar.[26]

Kommittén föreslog dock en ordning där alla läkare gavs en skyldighet att ge den enskilde råd om vilka åtgärder som kunde vidtas för att hindra smittspridning. Någon uttrycklig skyldighet att följa de råd som läkaren gav skulle dock den enskilde inte ha, eftersom åtgärderna i många fall kunde innebära omfattande begränsningar i den enskildes personliga frihet. Kommittén ansåg att eftersom varje läkare, oavsett kompetens inom smittskyddsfrågor, formlöst skulle lämna råd om sådana åtgärder skulle det inte vara rättssäkert om råden var tvingande. Enligt kommittén krävdes att ett formellt beslut fattades om en anvisning om smittskyddsförebyggande åtgärder skulle vara tvingande. Ett sådant beslut behövde föregås av en kvalificerad bedömning i det enskilda fallet om behovet av åtgärden. Däremot ansåg kommittén att det inte krävdes att beslutsfattaren hade gjort en egen undersökning av den enskilde, utan beslutet kunde fattas av smittskyddsläkaren och grundas på journalanteckningar, läkarintyg och andra handlingar i ärendet. Om den enskilde av olika skäl inte följde givna råd eller när råd inte var tillräckliga, eller om

[26] SOU 1985:37 s. 91 och 92.

det av andra skäl var påkallat att få en tvingande åtgärd till stånd skulle smittskyddsläkaren fatta ett formellt beslut om vad den enskilde har att iaktta för att hindra smittspridning.

Mot denna bakgrund föreslog kommittén att enbart smittskyddsläkaren skulle kunna besluta om åtgärder som den enskilde skulle vara skyldig att följa. Eftersom termen föreskrifter används för författningsregler föreslog kommittén att de regler smittskyddsläkaren skulle besluta om skulle benämnas förhållningsregler. Förhållningsreglerna skulle i princip avse samma typ av åtgärder som den enskilde läkarens råd. Ingen skulle dock vara skyldig att underkasta sig medicinsk behandling. Till förhållningsreglerna skulle enligt kommitténs förslag även fortsättningsvis knytas ansvarsbestämmelser som innebar att böter skulle kunna ådömas den som inte följde smittskyddsläkarens förhållningsregler.

Vid remissbehandlingen av kommitténs förslag framförde flera remissinstanser kritik mot att den behandlande läkaren endast skulle kunna ge patienten råd. Dessutom påpekades att en ordning där bindande förhållningsregler kan meddelas först när det visat sig att patienten inte hörsammat de råd som behandlande läkare meddelat riskerar att bli för omständlig när snabba insatser krävs. I propositionen som låg till grund för 1988 års smittskyddslag framhöll det föredragande statsrådet vidare som skäl för att den behandlande läkaren skulle vara skyldig att meddela bindande förhållningsregler att det finns en utbredd insikt om att det ligger i alla samhällsmedborgares intresse, att den som bär på en allvarlig smittsam sjukdom som befinner sig i ett smittsamt skede måste acceptera tvingande inskränkningar i sin livsföring. Det framhölls också att det inte kan vara den enskildes ensak att fritt bestämma hur han eller hon ska leva och i övrigt bete sig när han eller hon bär på en allvarlig sjukdom som befinner sig i ett smittsamt skede. Därför infördes en skyldighet för behandlande läkare att meddela de bindande förhållningsregler som behövdes för att förhindra smittspridning. Det ankom på Socialstyrelsen att utarbeta de föreskrifter och vägledande allmänna råd som kunde behövas vid bedömningen av vilka förhållningsregler som skulle meddelas. Det infördes vidare en rätt för patienten att vända sig till smittskyddsläkaren för att få förhållningsreglerna prövade om patienten var missnöjd med förhållningsreglerna i något avseende och den behandlande läkaren inte var villig att ändra dessa. Någon möjlighet att bötfälla någon som inte följde sina förhållnings-

regler infördes inte då det bedömdes som tveksamt om ett bötesbelopp för den som bryter mot en förhållningsregel skulle förmå honom eller henne att vidta rättelse. I stället kunde det under sådana förhållanden bli aktuellt att omhänderta den smittade på ett sådant sätt att fortsatt smittspridning kunde förhindras.[27]

1996 års Smittskyddskommitté

1996 års Smittskyddskommitté med uppdrag att utvärdera det svenska smittskyddet identifierade flera frågor av praktisk och principiell natur vad gällde 1988 års smittskyddslags bestämmelser om förhållningsregler.[28]

Kommittén ifrågasatte huruvida förhållningsreglerna kunde betecknas som tvingande eftersom smittskyddslagen saknade någon egentlig sanktion om patienten inte följde förhållningsreglerna. Det konstaterades vidare att den behandlande läkaren dessutom har starkt begränsade möjligheter att kontrollera att patienten följer förhållningsreglerna. Kontrollen beskrevs därför vara begränsad till uppgifter från patienten själv. Vidare konstaterades det att läkarens skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren om patienten inte följde förhållningsreglerna kunde innebära att patienter av rädsla för anmälan undanhöll information om misslyckanden att följa dem. Detta bedömdes minska möjligheterna för läkaren att ge patienten stöd. Kommitténs underlag visade även att de allra flesta människor försöker följa de råd och anvisningar som ges för att förhindra smitta och därför ifrågasattes rimligheten i att meddela tvingande förhållningsregler rutinmässigt. Kommittén föreslog därför att förhållningsreglerna skulle tas bort.

Kommittén föreslog i stället särskilda bestämmelser, det som i nuvarande smittskyddslag regleras i 2 kap. 1 och 2 §§, om var och ens ansvar att förhindra smittspridning, om en skyddsplikt respektive om en informationsplikt. Några särskilda sanktioner för dem som inte följer bestämmelserna föreslogs inte, men kommittén hänvisade till möjligheterna till straffrättsliga ingripanden och tvångsåtgärder i form av isolering vid allmänfarliga sjukdomar. Kommittén ansåg dock att frågan om en eventuell förbudsmöjlighet när det gällde

[27] Prop. 1988/89:5 s. 53 och 54.
[28] SOU 1999:51 s. 369–370 och 382–384.

smittades utövning av yrke eller deltagande i annan verksamhet där risk för smittoöverföring kan uppkomma inte kunde avgöras utifrån kommitténs underlag. Det behovet behövde utredas ytterligare.

En klar majoritet av remissinstanserna ansåg att kommitténs förslag att förhållningsreglerna skulle ersättas med icke bindande medicinska och praktiska råd vara en klar försämring. Framför allt betonade flera instanser att det behövs en möjlighet att kunna avstänga en person med smittsam sjukdom från visst arbete eller viss verksamhet.[29]

Regeringen gav härefter Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera Smittskyddskommitténs förslag. I uppdraget ingick bland annat att utreda behovet av en möjlighet att avstänga personer från arbete eller deltagande i annan verksamhet. Vid redovisningen av uppdraget föreslog Socialstyrelsen att skyldigheten för behandlande läkare att ge den som är smittad med en allmänfarlig sjukdom förhållningsregler skulle behållas, men att det skulle anges i lagen vilka moment som förhållningsreglerna kan avse. Som skäl för detta angavs att det är viktigt att den smittade tydligt och klart vet vad denne kan göra för att hindra smittspridning och att förhållningsreglerna ger förutsättningar för en enhetlig tillämpning av smittskyddslagen inom landet och därigenom ett bättre smittskydd. Dessutom har förhållningsreglerna betydelse vid ersättningsfrågor för den smittade, t.ex. om denne blir avstängd från arbete.[30]

Både Socialstyrelsens förslag om att behålla systemet med förhållningsregler och 1996 års Smittskyddskommittés förslag om ett allmänt ansvar för såväl smittade som osmittade att förhindra smittspridning, en skyddsplikt och en informationsplikt infördes i smittskyddslagen och utgör den ordning vi har i dag.[31]

Nuvarande ordning är inte ändamålsenlig

Den nuvarande ordningen innebär att patienter som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom ska informeras om medicinska och praktiska råd om hur de ska undvika att utsätta andra för smittrisk (4 kap. 1 § första stycket SmL) och, i de fall sjukdomen är all-

[29] Prop. 2003/04:30 s. 110.
[30] Socialstyrelsen. Uppdrag angående vissa smittskyddsfrågor. Dnr. 33 8012/2000 s. 5.
[31] Prop. 2003/04:30 s. 110–117.

mänfarlig, vilka skyldigheter de har i form av förhållningsregler som meddelats dem enligt 4 kap. 2 § SmL.

Det finns ingen uttrycklig begränsning i 2 kap. 2 § SmL i vilken typ av skyldigheter en enskild kan ha enligt skyddsplikten eller någon begränsning i vilken typ av kontakter som ska informeras enligt informationsplikten när beaktansvärd risk för smitta uppstår. Den enskilde kan inte heller få skyldigheter som följer av skyddsplikten eller informationsplikten i 2 kap. 2 § SmL rättsligt prövade. Däremot kan förhållningsreglerna som ska meddelas med stöd av 4 kap. 2 § SmL prövas av smittskyddsläkaren. Om den enskilde inte är nöjd med smittskyddsläkarens beslut kan han eller hon överklaga beslutet till allmän förvaltningsdomstol.

I praktiken innebär bestämmelserna att det i fråga om allmänfarliga sjukdomar existerar två parallella system som reglerar individens skyldigheter enligt smittskyddslagen; skyddsplikten och informationsplikten å ena sidan, och förhållningsregler å andra sidan.

Som vi redogör för ovan meddelas i praktiken förhållningsreglerna ofta i form av ett smittskyddsblad med information om den aktuella sjukdomen tillsammans med råd, rekommendationer och förhållningsregler för den sjukdomen. Som också beskrivits ovan ska förhållningsreglerna ange vilka skyldigheter patienten har till följd av sjukdomen och får endast omfatta sådana moment som anges i punktlistan i 4 kap. 2 § första stycket SmL, t.ex. att använda kondom vid sexuella kontakter (sjätte punkten) eller att iaktta särskilda hygienrutiner (sjunde punkten). Vid vissa sjukdomar anges dock i smittskyddsbladen att patienten har ytterligare skyldigheter. Som exempel kan nämnas förhållningsregler som rör amning vid hivinfektion och kontakter med däggdjur vid infektion med mpox. Dessa skyldigheter kan inte härledas till någon av punkterna i 4 kap. 2 § första stycket SmL. Dessa ytterligare skyldigheter får därmed anses grunda sig på skyddsplikten i 2 kap. 2 § första stycket SmL. I vissa smittskyddsblad anges detta uttryckligen.[32]

Det är utredningens bedömning att det inte är en ändamålsenlig ordning med två delvis överlappande regleringar avseende individens skyldigheter. Reglerat på detta sätt följer en otydlighet för såväl den enskilde som för behandlande läkare i vad som gäller. Detta i sin tur

[32] Se t.ex. Smittskyddsläkarföreningen. Mpox (tidigare apkoppor), läkarinformation. Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad. Allmänfarlig och smittspårningspliktig sjukdom. [Uppdaterad 2022-07-20.]

kan leda till risker i smitthänseende om den enskilde inte uppfattar vilka åtgärder han eller hon är ålagd att följa.

Otydlighet i detta avseende kan också innebära att den enskilde inte känner till eller förstår de möjligheter han eller hon har att begära att förhållningsreglerna ska prövas av smittskyddsläkaren och inte heller de möjligheter han eller hon har att överklaga dem. En otydlighet i vad som utgör förhållningsregler och vad som utgör råd och rekommendationer kan också i sig innebära att den enskilde åläggs inskränkande och långgående restriktioner som saknar stöd i lag.

5.4 En möjlighet för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler bör inte tas bort

Bedömning

Möjligheten för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler vid en allmänfarlig sjukdom bör inte tas bort. I många fall är det dock även för sådana sjukdomar tillräckligt att ge medicinska och praktiska råd i samförstånd med den enskilde.

Som vi redogör för i föregående avsnitt innebär dagens ordning två parallella system i fråga om enskildas skyldigheter och förhållningsregler. Detta medför en otydlighet vid tillämpningen för såväl den enskilde som för den behandlande läkaren. I de följande avsnitten föreslår vi en mer ändamålsenlig ordning. När vi tagit fram dessa förslag har vi också övervägt att helt ta bort möjligheten för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom. I detta avsnitt redogör vi för våra överväganden i detta avseende och de skäl som vi ser talar för att behålla möjligheten, men med en annan utformning av regleringen än den nuvarande ordningen.

Särskilda försiktighetsmått behövs för allmänfarliga sjukdomar

Möjligheten att meddela förhållningsregler är begränsad till allmänfarliga sjukdomar. Allmänfarliga sjukdomar är smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt

lidande för den som smittas (1 kap. 3 § andra stycket SmL). Det kan också röra sig om en smittsam sjukdom som i de flesta fall inte är av allvarlig art men som har en stor spridningspotential och som ändå kan ge upphov till såväl dödsfall som många allvarliga fall.[33] Majoriteten av smittsamma sjukdomar som förekommer i vårt land är av sådant slag att det aldrig blir aktuellt att överväga att klassificera dem som allmänfarliga. Det är alltså fråga om ett begränsat antal allvarliga sjukdomar för vilka förhållningsregler kan komma i fråga.

Det effektivaste sättet att motverka spridning av smittsamma sjukdomar, såväl mindre allvarliga som allmänfarliga, är vanligen att vidta preventiva åtgärder. De allra flesta människor som bär på en smittsam sjukdom försöker följa råd och anvisningar om sådana åtgärder. Smittskyddslagens system med att klassificera vissa sjukdomar som allmänfarliga bygger därför på att samhället endast i vissa undantagssituationer bör kunna ta till åtgärder som inkräktar på den enskildes integritet för att hindra smittspridning av sjukdomar som utgör ett större eller mera allvarligt hot mot befolkningens hälsa, oavsett om den enskilde själv är beredd att medverka till det.[34]

Smittspridning kan förebyggas med åtgärder som riktas till den enskilde

För att en sjukdom ska kunna klassificeras som allmänfarlig krävs, förutom att den ska vara livshotande eller innebära långvarig sjukdom, svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser, att det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 § andra stycket SmL). Vi har ingående behandlat detta rekvisit i vårt delbetänkande, avsnitt 7.2–7.3.[35]

Den behandlande läkarens befogenhet att besluta om individuellt utformade förhållningsregler bygger på denna princip. Det är viktigt att den som bär på en allmänfarlig sjukdom vet vad han eller hon kan göra för att hindra smittspridning till andra i sin omgivning. I förarbetena till de nuvarande bestämmelserna om förhållningsregler framhölls att förhållningsregler är ett viktigt instrument i detta avseende, då det skapar en tydlighet genom att patienten får

[33] Prop. 2003/04:30 s. 88 och 89.
[34] SOU 1999:51 s. 363–365.
[35] SOU 2025:48 s. 279–297.

besked om vilka försiktighetsåtgärder som det är nödvändigt att han eller hon iakttar för att förhindra vidare smittspridning.[36]

Utredningen delar uppfattningen att den tydlighet som individuellt utformade förhållningsregler kan ge är viktigt i smittskyddsarbetet med allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar i ett normalläge. Skyldigheten för den enskilde att som en yttersta åtgärd hantera sin sjukdom och sin situation enligt behandlande läkares beslutade förhållningsregler får anses öka möjligheten för patienten att undvika att föra sjukdomen vidare till någon i omgivningen.

I fråga om behovet av individuellt utformade förhållningsregler under en pandemi eller en annan omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom har vi redogjort för vår bedömning i vårt delbetänkande avsnitt 7.5.5.[37]

Isolering bör inte vara den enda åtgärden vid bristande följsamhet

I 5 kap. SmL finns bestämmelser om möjligheten att besluta om tvångsisolering när någon bär på en allmänfarlig sjukdom. Möjligheten finns som en åtgärd att vidta i sista hand när den enskilde inte på frivillig väg följer eller fullföljer de smittskyddsåtgärder som bedöms behövliga. Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning, eller om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer sina förhållningsregler. Det ska vidare finnas en påtaglig risk för att andra människor kan smittas (1 §).

Utredningen har inte i uppdrag att överväga förändringar i fråga om förutsättningarna att tillgripa tvångsisolering. Att omhänderta någon och isolera denne mot sin vilja är dock en mycket ingripande åtgärd som endast bör vidtas som en sista åtgärd när mindre ingripande åtgärder är uttömda eller inte möjliga att vidta. Förutsättningarna för tvångsisolering är därför uppbyggda utifrån smittskyddslagens grundvalar att smittskyddsåtgärder i första hand ska vidtas på frivillig väg.

[36] Prop. 2003/04:30 s. 114.
[37] SOU 2025:48 s. 329–332.

Den behandlande läkarens befogenhet att meddela individuellt utformade förhållningsregler utgör en mindre ingripande åtgärd sett i förhållande till tvångsisolering. Om möjligheten att meddela individuellt utformade förhållningsregler helt skulle tas bort skulle isolering vara den enda kvarvarande smittskyddsåtgärden som stod till buds i de fall den enskilde inte frivilligt följer råd och rekommendationer.

I den proposition som föregick den nuvarande smittskyddslagen konstaterades att de personer som blivit föremål för tvångsisolering med stöd av 1988 års smittskyddslag genomgående hade haft särskilt behov av vård och stöd. För flera av dem hade tvångsisoleringen orsakats av brister i utbudet av adekvata former av vård och omhändertagande. Det konstaterades att det måste anses vara otillfredsställande att tvångsisolering synes ha kommit att användas i brist på annan vård eller stöd.[38] Risken för en sådan tillämpning av tvångsisolering enligt smittskyddslagen skulle enligt vår bedömning öka om mindre ingripande åtgärder såsom möjligheten att besluta om förhållningsregler helt togs bort.

Smittskyddsåtgärder kan innebära inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter

I samband med att den nuvarande smittskyddslagens bestämmelser om enskildas skyldigheter att vidta och följa åtgärder för att minska risken för smittspridning infördes bedömdes de vara förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).[39] I vårt delbetänkande fann vi inga skäl att ifrågasätta denna bedömning, se avsnitt 12.2.1.[40]

I kapitel 8 utvecklar vi vår bedömning av hur de förslag vi presenterar här i slutbetänkandet förhåller sig till de grundläggande fri- och rättigheterna. Här kan dock redan nu konstateras att smittskyddsåtgärder som innebär att enskilda ombeds eller åläggs att vidta långtgående begränsningar i sin vardag och i sitt privat- och familjeliv bör vila på en tydlig lagstiftning och kringgärdas av ändamålsenliga

[38] Prop. 2003/04:30 s. 125.
[39] Prop. 2003/04:30 s. 127, 217–220 och 244–246.
[40] SOU 2025:48 s. 1018–1021.

rättssäkerhetsgarantier. Det är utredningens uppfattning att detta talar för att det finns skäl att bibehålla en möjlighet att meddela individuellt utformade förhållningsregler när sådana anses befogade, men med en annan utformning av regleringen än den nuvarande ordningen.

Smittskyddet är ett delat ansvar mellan samhälle och individ

Som beskrivits tidigare i detta kapitel övervägdes det i samband med att den nuvarande smittskyddslagen infördes att ta bort möjligheten att besluta om förhållningsregler och att i stället låta den enskilde utifrån råd och stöd på frivillig väg vidta åtgärder för att minska smittrisken. Regeringen bedömde dock bl.a. att det skulle ge fel signaler om möjligheten till att meddela förhållningsregler togs bort. Det framhölls att det inte enbart kan vara den enskildes sak att avgöra om han eller hon behöver iaktta försiktighetsåtgärder för att förhindra att människor smittas. Grundläggande krav ur smittskyddshänseende bedömdes därför behöva finnas kvar som möjliga förhållningsregler. Det betonades dock att en humanistisk människosyn ska ligga till grund för samhällets smittskydd. För att stärka den enskildes ställning och minska risken för godtycke ansåg regeringen därför att skyldigheten att besluta om förhållningsregler skulle begränsas till vissa moment.[41]

Såväl under framtagandet av den nuvarande smittskyddslagen som i vår kartläggning i hur bestämmelserna om förhållningsregler tillämpas framgår att det generellt sett finns en acceptans för att vidta åtgärder för att skydda sig själv och andra från smittrisk, under förutsättning att åtgärderna uppfattas som rimliga och ändamålsenliga. Samtidigt är det utredningens uppfattning att för att ett förtroende för samhällets smittskyddsarbete ska kunna upprätthållas behöver användningen av inskränkande förhållningsregler vara begränsad och omgärdad med ändamålsenliga rättssäkerhetsgarantier som tillämpas på ett korrekt sätt. Det är mot denna bakgrund som utredningen bedömer att individuellt utformade förhållningsregler alltjämt kan fylla en funktion vid allmänfarliga sjukdomar. Det är dock också utredningens uppfattning att regleringen och användningen av förhållningsregler behöver förändras och medicinska och praktiska råd

[41] Prop. 2003/04:30 s. 114.

som ges i samförstånd med den enskilde bör vara utgångspunkten också när det är fråga om allmänfarliga sjukdomar.

5.5 Rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler behöver stärkas

Bedömning

Rättssäkerheten vid beslut om förhållningsregler behöver stärkas.

Utifrån våra enkäter och kontakter med behandlande läkare och andra aktörer har vi som vi beskrivit i tidigare avsnitt sett att hanteringen av individuellt utformade förhållningsregler inte alltid följer smittskyddslagens bestämmelser om detta. Som vi beskrivit i 5.2 är t.ex. vår samlade bild att förmedling av förhållningsregler till patienten tycks ske framför allt med standardiserade smittskyddsblad och muntligen. Smittskyddsbladen synes ha en särställning för förmedling av skriftliga förhållningsregler. I de fall som endast smittskyddsblad används kan det indikera att den individuella utformningen inte görs eller förmedlas till patienten. I våra kompletterande diskussioner med behandlande läkare och vid studiebesök har vi också fått intrycket att det sällan, om ens någonsin, meddelas skriftliga, individuellt utformade beslut i en form som både journalförs och delges patienten. Det har i dessa kompletterade diskussioner blivit tydligt för utredningen att det tycks variera vilken innebörd olika läkare lägger i att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade. Läkare som vi har talat med har framfört att de uppfattar bladen i sig som individualiserade eftersom de är sjukdomsspecifika och att de inte ser hur det skulle gå att göra förhållningsreglerna mer individualiserade än så. Synpunkten att ytterligare individualisering utförd av den behandlande läkaren är obehövlig, har också framförts.

Som vi redogjort för i avsnitt 5.2 svarade endast hälften vid enkätundersökningen riktad till läkare med behandlingsansvar för patienter med andra allmänfarliga sjukdomar än hivinfektion att de journalför förhållningsregler i patientens journal. Även i enkätundersökningen riktad till infektionsläkare med behandlingsansvar för patienter med hivinfektion framkom brister i journalföringen.

Som närmare redogörs för i kapitel 4 ställde vi frågor om läkarnas rutiner vid borttagande av informationsplikten för patienter med en välinställd behandling av hivinfektion. Även om andelen av de som uppger att de som rutinmässigt journalför borttagen informationsplikt har ökat jämfört vid en motsvarande enkät 2017 uppger 16 procent att de inte alltid journalför detta.

I smittskyddsbladen kan det anges att patienten kan begära att smittskyddsläkaren prövar förhållningsreglerna, eller att den som är missnöjd med en förhållningsregel kan ta kontakt med smittskyddsläkaren. Anges inte kontaktuppgifter till smittskyddsläkaren i den region som är aktuell för den enskilde bedömer vi dock att det ställer höga krav på den enskilde att själv förstå och ta reda på hur den ska gå till väga för att nå rätt instans för prövning.

Av vår redogörelse ovan framgår vidare att den reglering som i dag finns i smittskyddslagen med formkrav och journalföring inte fullt ut fått genomslag i tillämpningen. Det finns i den nuvarande regleringen av förhållningsregler inte heller någon lagstadgad begränsning i hur länge ett beslut om förhållningsregler får gälla eller något krav på omprövning av beslutet efter en viss tid. Beslut om förhållningsregler kan alltså innebära stora inskränkningar i den personliga friheten och dessa kan gälla under en hel livstid, utan någon lagstadgad skyldighet att regelbundet överväga om en förhållningsregel alltjämt behövs.

Det är utredningens uppfattning att beslut om förhållningsregler är för den enskilde sådana betungande beslut som enligt allmänna förvaltningsrättsliga principer inte får vara mer långtgående än vad som är nödvändigt. Sådana beslut behöver också vara kringgärdade av tydliga rättssäkerhetsgarantier som innebär att den enskilde får en reell möjlighet att förstå beslutet och sina möjligheter att få det överprövat. Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att rättssäkerheten kring hur förhållningsregler meddelas behöver stärkas.

5.6 Förhållningsregler ska endast ges när råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde

Förslag

Förhållningsregler ska endast ges när medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsregler ska då beslutas av den behandlande läkaren.

Frivillighet bör prägla smittskyddslagstiftningen

Som vi tidigare beskrivit ska samhällets smittskydd grunda sig på en humanistisk människosyn och i samband med att den nuvarande smittskyddslagen infördes 2004 betonades att de allra flesta människor som bär på en smittsam sjukdom försöker följa de råd och anvisningar som ges för att förhindra att andra smittas. Det framhölls därför att det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillighetens väg och att möjligheterna till tvångsåtgärder i praktiken inte spelar någon framträdande roll. Det framhölls att detta förhållningssätt bör prägla lagstiftningen på smittskyddsområdet. I de fall ingrepp i den enskildes frihet och integritet anses befogade måste ingreppet anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Den enskilda människans värdighet och självbestämmanderätt lyftes fram som viktiga inslag som bör prägla synen på dem som bär på smitta. Det konstaterades vidare att den humanistiska människosynen talar för en stor tydlighet när det gäller skyddet för individen och att en modern smittskyddslag måste tillgodose alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får tillgripas och villkoren för detta.[42]

Det har inte kommit fram något under utredningens arbete som ger oss skäl att ifrågasätta människors vilja att följa råd och anvisningar för att förhindra smittspridning. Sedan smittskyddslagen infördes har landet också genomgått en allvarlig pandemi av en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Som vi mer ingående beskriver i vårt delbetänkande präglade också de samhällsinriktade åtgärder som

[42] Prop. 2003/04:30 s. 84, 85 och 114.

vidtogs då för att hindra spridningen av covid-19 av människors vilja att frivilligt vidta mycket långtgående åtgärder för att förhindra smittspridning, se t.ex. avsnitt 2.1.3.[43]

Det är utredningens uppfattning att det mot denna bakgrund alltjämt finns goda skäl att utgå från frivillighet i fråga om smittskyddsåtgärder. De uttalanden som gjordes om detta i förarbetena till den nuvarande smittskyddslagen bör således alltjämt prägla lagstiftningsarbetet på smittskyddsområdet.

Tillämpningen av bestämmelserna om förhållningsregler överensstämmer inte med lagstiftningens intentioner

I fråga om lagstiftningen kring förhållningsreglerna noterar vi, så som också beskrivits tidigare i det här kapitlet, att det redan i propositionen som föregick den nuvarande regleringen angavs att förhållningsregler kan innebära inskränkningar i den enskildes grundläggande fri- och rättigheter. Det betonades därför att det är viktigt att nödvändigheten prövas noga i varje enskilt fall och att smittskyddsintresset vägs mot den enskildes integritet och rörelsefrihet. Det framhölls att det är självklart att skyldigheten för den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler måste användas med stor försiktighet.[44]

Det är dock vår bedömning att den tillämpning av förhållningsregler som kommit fram genom utredningens arbete inte fullt ut överensstämmer med dessa intentioner. Som vi redogjort för ovan i avsnitt 5.2 framkommer en bild av att förhållningsregler ges utan den nyanserade och individualiserade bedömning som var avsikten.

Enskilda underkastas förhållningsregler trots att råd och stöd hade varit tillräckligt

En följd av utformningen av regleringen av förhållningsreglerna är enligt vår bedömning att många underkastas förhållningsregler trots att de både är motiverade och har förutsättningar att med vägledning genom råd och stöd vidta de åtgärder som krävs för att förhindra smittspridning på frivillig väg.

[43] SOU 2025:48 s. 86–88.
[44] Prop. 2003/04:30 s. 115 och 116.

Vår bedömning stämmer väl överens med den bedömning som gjordes redan av 1996 års Smittskyddskommitté.[45] Kommittén anförde att det torde vara så att för många människor kunde det upplevas irriterande att de, oavsett deras inställning, meddelades tvingande förhållningsregler vilka kunde te sig självklara för den som ville ta ansvar för sin sjukdom.

Kommittén ansåg vidare att det var en sanning med modifikation att beteckna förhållningsregler som ”tvingande”, eftersom det saknades någon egentlig sanktionsmöjlighet mot den som inte följde meddelade förhållningsregler. Vidare ansåg kommittén att även de dåvarande bestämmelserna om förhållningsregler byggde på att den enskilde accepterade att följa dem. Det konstaterades att samhället visserligen, då liksom nu, kunde ingripa med tvångsisolering men endast under särskilda villkor och då i syfte att skydda andra mot vidare smittspridning.

Vidare beskrev kommittén förhållningsreglernas inverkan på relationen mellan patienten och läkaren. Kommittén beskrev dels hur läkarens anmälningsskyldighet i de fall patienten inte följde förhållningsregler kunde medföra att patienten av rädsla undanhöll information om misslyckanden med att följa sina förhållningsregler, vilket kunde minska möjligheterna för läkaren att diskutera dem med patienten och ge patienten direkt stöd. Dels lyfte kommittén fram vikten av att relationen mellan patienten och läkaren kunde hållas på ett förtroendefullt plan och att tyngdpunkten i smittskyddsarbetet rörande enskilda låg i det arbete läkaren utför i mötet med patienten. I den mån den smittade hade svårigheter med att ta sitt ansvar gentemot andra människor ansåg kommittén att det var av stor betydelse att han eller hon på ett tidigt stadium fick det stöd eller den hjälp han eller hon behövde. Eventuella hinder mot ett öppet och förtroendefullt förhållande mellan den behandlande läkaren och den smittade behövde därför motverkas.

[45] SOU 1999:51 s. 383 och 384.

Det ska tydliggöras att en bedömning av behovet av förhållningsregler bör göras i varje enskilt fall

Som ett uttryck för att frivillighet ska prägla smittskyddslagstiftningen anges en allmän riktlinje för smittskyddet i 1 kap. 4 § tredje stycket SmL om att åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds. En åtgärd får således inte användas mot den enskildes vilja annat än om det är helt nödvändigt för att avsedda resultat ska uppnås och möjligheterna till frivilliga eller mindre ingripande åtgärder är uttömda.[46]

Denna allmänna riktlinje äger i första hand sin tillämpning på de åtgärder enligt smittskyddslagen som förutsätter att den enskilde inte medverkar frivilligt. Hit hör t.ex. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 § och isolering enligt 5 kap. Utredningen anser dock att innebörden av den på ett tydligare sätt bör lägga grunden också för hur bestämmelserna om förhållningsreglerna utformas. Utredningen föreslår därför mot bakgrund av vad som anförts ovan att bestämmelserna om förhållningsregler ändras på så sätt att det uttryckligen framgår att sådana endast får meddelas om medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom.

En sådan ordning borgar för att nödvändigheten av förhållningsregler prövas noga i varje enskilt fall och att smittskyddsintresset vägs mot den enskildes integritet och rörelsefrihet.

Utifrån vad som tidigare har anförts i förarbeten till den nuvarande smittskyddslagstiftningen och utifrån vad som kommit fram under utredningens gång, är det vår övertygelse att de allra flesta som bär på en allmänfarlig sjukdom är motiverade och har förutsättningar att genom råd och stöd på frivillig väg vidta de åtgärder som är ändamålsenliga för att förhindra att sjukdomen överförs till någon annan.

Det bör alltjämt vara den behandlande läkaren som beslutar om förhållningsregler

Enligt nuvarande ordning är det den behandlande läkaren som beslutar om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren har att pröva de meddelade förhållningsreglerna om patienten begär det och kan även på

[46] Prop. 2003/04:30 s. 211.

eget initiativ ändra dem på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt (4 kap. 3 § SmL).

Utredningen har övervägt om det i stället för den behandlande läkaren bör vara smittskyddsläkaren som beslutar om förhållningsregler. Ett sådant förslag skulle på många sätt motsvara 1982 års Smittskyddskommittés förslag. Då liksom nu skulle ett sådant förslag innebära att den behandlande läkaren först måste anhängiggöra ett ärende hos smittskyddsläkaren genom en anmälan. Ärendet ska sedan handläggas av denne innan beslut kan fattas, vilket skulle kunna innebära att förhållningsregler inte skulle meddelas med den skyndsamhet som kan krävas. En sådan ordning skulle också innebära att beslutet skulle fattas utan att beslutsfattaren gjort en egen undersökning av den enskilde, dvs. bara på journalanteckningar, läkarintyg och andra handlingar i ärendet. Vid behov av komplettering av underlaget skulle beslutet därigenom ytterligare fördröjas. Det är därför vår bedömning att det alltjämt bör ankomma på den behandlande läkaren att besluta om förhållningsregler för sin patient.

Vad bör beaktas vid bedömningen av om råd kan ges i samförstånd?

Syftet med vårt förslag är att bestämmelserna om förhållningsregler ska präglas av utgångspunkten att smittskyddsåtgärder ska genomföras med frivillighet som grund så långt det är möjligt. Det innebär att den skyldighet som den behandlande läkaren i dag har att ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk (4 kap. 1 § första stycket SmL), kommer utgöra den grundläggande åtgärden även om den sjukdom som patient bär på är klassificerad som en allmänfarlig sjukdom (se nedan avsnitt 5.14 om justeringar i bestämmelsen om medicinska och praktiska råd). Det kan erinras om att läkare även har en allmän skyldighet enligt andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område att ge upplysningar och råd rörande den sjukdom som patienten drabbats av, se t.ex. 3 kap. patientlagen (2014:821). Den skyldigheten gäller också smittsamma sjukdomar.

Även skyldigheten att erbjuda psykosocialt stöd till den som är i behov av det kommer, liksom i dag, att vara central för att hjälpa

patienten att hantera sjukdomen och vid behov ändra sin livsföring (4 kap. 1 § andra stycket SmL).

Det är endast i de fall den behandlande läkaren bedömer att råden inte kan ges i samförstånd med den enskilde, dvs. när den behandlande läkaren bedömer att patienten inte samtycker till att vidta de åtgärder som behövs, som det kommer att bli fråga om att besluta om förhållningsregler.

För att en sådan ordning både ska uppnå sitt syfte och vara rättssäker krävs å ena sidan att smittrisken är sådan att den bedöms kunna minska genom en eller flera av de åtgärder som kan meddelas genom förhållningsregler. Å andra sidan får kraven som ställs upp för att ett beslut om förhållningsregler ska få fattas inte vara för höga. För höga krav riskerar att leda till ett sämre skydd mot allmänfarliga sjukdomar.

Det kan finnas flera olika omständigheter som kan ligga till grund för den bedömning som vi föreslår att den behandlande läkaren ska göra. Omständigheterna kan t.ex. vara sådana att möjligheterna till frivilliga insatser är uttömda genom att patienten inte följer de råd som redan getts eller inte deltar i det psykosociala stöd som bedömts vara nödvändigt och som erbjudits. Det är dock utredningens uppfattning att kraven på bedömningen inte får ställas så högt att det krävs att patienten först inte följer givna råd eller uteblir från de stödinsatser som har erbjudits. Frågan om huruvida råd om behövliga åtgärder kan ges i samförstånd med patienten behöver i stället avgöras i varje enskilt fall och patientens inställning till åtgärderna utredas av den behandlande läkaren.

Patienten kan på fråga från den behandlande läkaren uttryckligen uppge att han eller hon inte har för avsikt att följa råden eller motsätter sig att ta emot det psykosociala stöd som bedöms vara nödvändigt för att patienten ska kunna ta till sig råden eller ändra sin livsföring. Det kan dock också föreligga situationer när patientens inställning inte är så klar, men omständigheterna är sådana att den behandlande läkaren ändå bör kunna besluta om förhållningsregler.

Sådana omständigheter kan vara att den behandlande läkaren känner till, genom sina tidigare kontakter med patienten eller genom journalanteckningar, att patienten tidigare inte återkommit till behandlande läkare i enlighet med bestämd planering, inte fullföljt föreskriven behandling eller erbjudna behandlingsinsatser på ett sätt som väcker tvivel om att patienten kommer att följa behövliga

råd. Det skulle även kunna handla om att det föreligger andra personliga förhållanden, t.ex. psykisk ohälsa eller ett pågående missbruk, som bedöms påverka förmågan att vidta behövliga åtgärder för att minska smittrisken.

Patientens samtycke till att följa givna råd och erbjudet psykosocialt stöd måste också vara allvarligt menat. Det kan förekomma att patienten samtycker till de åtgärder som han eller hon behöver vidta men den behandlande läkaren har grundad anledning att anta att samtycket inte är allvarligt menat eller att det finns överhängande risk för att samtycket kan komma att tas tillbaka.

Den bedömning som den behandlande läkaren ska göra enligt vårt förslag skiljer sig således från den ordning som kommit att gälla i dag. Samtidigt är en bedömning av följsamhet till åtgärder och samtycke till sådana inte något väsentligen nytt för en behandlande läkare som har att hantera smittsamma sjukdomar. En sådan bedömning behöver t.ex. göras i fråga om huruvida patienten behöver erbjudas psykosocialt stöd och vad ett sådant stöd behöver vara inriktat på. Vidare ska även enligt dagens ordning förhållningsregler vara individuellt utformade, vilket innebär en bedömning av patientens inställning och personliga omständigheter, även om det inte är så regleringen tillämpas i praktiken.

Som vi beskriver nedan i nästa avsnitt föreslår vi att det uttryckligen av lagstiftningen ska framgå vad som avses med att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade. Det är vår bedömning att en sådant tydliggörande också kommer att underlätta för den bedömning som den behandlande läkaren ska göra om huruvida råd kan ges i samförstånd med patienten.

Det kan också här framhållas att smittskyddsläkaren har i uppgift att stödja den behandlande läkaren och ge råd om lämpliga åtgärder när det behövs (6 kap. 2 § fjärde punkten SmL). Behöver den behandlande läkaren stöd i sin bedömning av om råd kan ges i samförstånd med patienten ska smittskyddsläkaren alltså vara behjälplig med detta.

5.7 Förhållningsregler ska vara individuellt utformade

Förslag

Förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade, vilket innebär att de ska vara anpassade till den allmänfarliga sjukdomens spridningssätt, till patientens smittsamhet och andra personliga förhållanden.

Vad det innebär att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade ska framgå av smittskyddslagen.

Det ska även fortsättningsvis framgå av lagen att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade

Förhållningsregler ska vara utformade utifrån aktuell kunskap om den aktuella sjukdomens spridningssätt samt individuellt utformade utifrån den smittade individen och dennes levnadsförhållanden. Detta framgår av förarbetena till de nuvarande bestämmelserna om förhållningsregler.[47] Att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade anges också uttryckligen i 4 kap. 2 § SmL. Den bild av tillämpningen som vi presenterat tidigare i detta kapitel visar dock att de förhållningsregler som meddelas inte alltid är utformade efter individen, utan ges i form av generellt utformade smittskyddsblad.

Med vårt förslag i föregående avsnitt om att förhållningsregler endast ska meddelas när den behandlande läkaren bedömer att råd inte kan ges i samförstånd med patienten, är det enligt vår bedömning alltjämt viktigt att förhållningsreglerna utformas utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. En behövlig åtgärd ska enligt vårt förslag således inte ges som en förhållningsregel om patienten bedöms kunna vidta den på frivillig väg. Inte heller ska en patient underkastas förhållningsregler som inte är aktuella för hans eller hennes smittsamhet och levnadsförhållanden.

Det är därför enligt vår bedömning viktigt att förhållningsreglerna är individuellt utformade efter omständigheterna i varje enskilt fall. Individuellt utformade förhållningsregler gör det tydligt för den enskilde vad han eller hon har ålagts. Att förhållningsreglerna är indi-

[47] Prop. 2003/04:30 s. 224.

viduellt utformade hänger också nära ihop med de rättssäkerhetsgarantier som vi föreslår i följande avsnitt, bl.a. att det ska framgå att det rör sig om ett beslut som är riktat till den enskilde och som han eller hon har möjlighet att få en rättslig prövning av.

För att det ska bli tydligt vad som menas med individuellt utformade förhållningsregler anser vi att det bör framgå av lagtexten vad som avses. Vi föreslår därför att det uttryckligen ska framgå av bestämmelserna om förhållningsregler i smittskyddslagen att de ska vara anpassade till den allmänfarliga sjukdomens spridningssätt, patientens smittsamhet och personliga förhållanden.

Förhållningsreglerna ska vara anpassade till sjukdomens spridningssätt

Såväl den nuvarande som den föreslagna regleringen om förhållningsregler gäller för de sjukdomar som är klassificerade som allmänfarliga. Som vi beskrivit i avsnitt 5.4 är sådana sjukdomar smittsamma sjukdomar som är livshotande eller innebär långvarig sjukdom eller svårt lidande för den som smittas. Även en sjukdom som i de flesta fall inte är av allvarlig art kan vara allmänfarlig om sjukdomens spridningspotential är stor och därigenom ger upphov till såväl dödsfall som många allvarliga fall.

Att sjukdomen är smittsam definieras som att sjukdomen ska kunna överföras till eller mellan människor och kunna innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. I kapitel 7 går vi närmare in på definitionen av smittsam sjukdom och sjukdomsbegreppet. Här kan dock nämnas att smittsamma sjukdomar ska ses som en samlingsterm för flera olika tillstånd. Grundläggande för alla tillstånden är att det som framkallar sjukdomen utgår från någon typ av mikroorganism, t.ex. virus, bakterier, parasiter eller svampar. Dessa kan i sig ge upphov till sjukdom eller bilda gifter som utlöser sjukdom. Vidare kan en människa bära på en mikroorganism utan att insjukna. Även vid ett sådant förhållande ska han eller hon anses ha en smittsam sjukdom. Det ställs inte heller upp något krav på att sjukdomen ska kunna överföras mellan människor för att en sjukdom ska anses vara allmänfarlig. Också smittämnen som överförs via objekt, djur eller livsmedel kan ge upphov till en sjukdom som kan klassificeras som allmänfarlig. Det finns inte något hinder för att sjukdomar som

normalt sett inte överförs mellan människor men där det inte kan uteslutas att så kan ske kan vara klassificerade som allmänfarliga.

Härutöver gäller att det ska finnas möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder riktade till den smittade för att sjukdom ska kunna vara klassificerad som en allmänfarlig sjukdom. Detta eftersom en klassificering av en allmänfarlig sjukdom innebär att bl.a. tvångsåtgärder riktade till den enskilde blir tillgängliga. För en ingående beskrivning av detta rekvisit och dess tillämpning, se avsnitt 7.3 i vårt delbetänkande.[48]

Allmänfarliga sjukdomar kan således spridas på olika sätt. Vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra smittspridning varierar från sjukdom till sjukdom och kan t.ex. bero på sjukdomens smittvägar. En luftburen smitta kräver givetvis andra åtgärder än en sjukdom som enbart kan överföras genom blod och andra kroppsvätskor.

I syfte att åstadkomma en enhetlighet i tillämpningen, undvika godtycke och stärka den smittades rättssäkerhet begränsar den nuvarande regleringen de olika moment som förhållningsreglerna kan omfatta. Inom denna ram ska förhållningsreglerna vara utformade utifrån bl.a. aktuell kunskap om sjukdomen och dess spridningssätt.[49]

Som vi redogör för nedan i avsnitt 5.12 ska förhållningsregler också enligt vår föreslagna reglering vara begränsade till att avse vissa moment. Det vi nu föreslår om att det uttryckligen ska framgå av lagtexten att förhållningsreglerna ska anpassas till sjukdomens spridningssätt innebär att de på motsvarande sätt som i dag ska utformas utifrån aktuell kunskap om sjukdomen och dess spridningssätt.

Förhållningsreglerna ska vara anpassade efter den enskildes smittsamhet

I utredningens direktiv beskrivs att smittsamheten för olika allmänfarliga sjukdomar varierar och i vissa fall är behandlingen mot en sjukdom så effektiv att personen som bär på den inte längre är smittsam. Det framhålls att möjligheten att ta hänsyn till detta när det kommer till skyldigheter och förhållningsregler dock av vissa har uppfattats som otydlig i lagstiftningen. Vi har därför i uppdrag att ta ställning om skyldigheter och förhållningsregler ska baseras på andra kriterier än allmänfarlig sjukdom, t.ex. risken för smittsamhet.

[48] SOU 2025:48 s. 283–294.
[49] Prop. 2003/04:30 s. 224.

Som vi tidigare har redogjort för bedömer vi att förhållningsregler alltjämt kan fylla en funktion vid allmänfarliga sjukdomar. Däremot bör det tydligare än i dag framgå att förhållningsreglerna ska anpassas till den enskildes smittsamhet. Som framgår av direktiven varierar smittsamheten mellan olika smittämnen, men även en individs smittsamhet kan variera över tid t.ex. på grund av att den behandling som den enskilde erhåller mot sjukdomen minskar eller eliminerar överföringsrisken. Ett tydligt exempel på hur behandling kraftigt kan minska och helt eliminera smittsamheten, även om den allmänfarliga sjukdomen inte botas, är behandlingen mot hivinfektion, vilket vi redogjort för i kapitel 4.

Det vi nu föreslår om att det uttryckligen ska framgå av lagtexten att förhållningsreglerna ska anpassas till den enskildes smittsamhet innebär att den behandlande läkaren har att ta hänsyn till smittsamheten hos den aktuella sjukdomen, liksom till om behandlingen som patienten erhåller minskar smittsamheten samt till övriga omständigheter som rör patienten och som påverkar hans eller hennes smittsamhet.

Förhållningsreglerna ska vara anpassade efter den enskildes personliga förhållanden

För att en förhållningsregel ska kunna anses vara individuellt utformad krävs inte bara att hänsyn har tagits till behovet av förhållningsregeln utifrån sjukdomens spridningssätt och den enskildes smittsamhet. Redan i dag ställs som krav i förarbetena att förhållningsreglerna därutöver ska vara individuellt utformade utifrån den smittade individen och dennes levnadsförhållanden.[50]

Det vi nu föreslår om att det uttryckligen ska framgå av lagtexten att förhållningsreglerna ska anpassas till den enskildes personliga förhållanden avser att tydliggöra detta. Med personliga förhållanden avses den enskildes beteende som är relevant för smittspridning och hans eller hennes levnadsförhållanden. Det kan t.ex. röra psykisk ohälsa eller ett pågående missbruk. I avsnitt 5.12 nedan utvecklar vi också närmare vilka moment som kan bli aktuella att meddela förhållningsregler om.

[50] Prop. 2003/04:30 s. 224.

Det bör här återigen framhållas att enligt vårt förslag ska förhållningsregler endast meddelas om den behandlande läkaren gör bedömningen att råd om de åtgärder som den enskilde behöver vidta för att förhindra smittspridning inte kan ges i samråd med honom eller henne. De allra flesta är villiga att anpassa sina levnadsförhållanden för att undvika att smitta andra med en allvarlig sjukdom, vilket omfattar att avstå från riskbeteenden.

5.8 Förhållningsregler kan vara tidsbegränsade eller gälla tills vidare

Förslag

Det ska framgå av smittskyddslagen att ett beslut om förhållningsregler gäller tills vidare om den behandlande läkaren inte beslutar något annat.

Att få en allmänfarlig sjukdom kan innebära ett livslångt bärarskap av sjukdomen. Om effektiv behandling som eliminerar smittsamheten saknas kan åtgärder för att förhindra att överföra sjukdomen till andra behöva vidtas av den enskilde genom hela livet. För andra allmänfarliga sjukdomar finns det emellertid effektiv behandling som botar sjukdomen och något livslångt bärarskap är således inte för handen. Inte heller för sådana allmänfarliga sjukdomar som läker ut av sig själva blir bärarskapet livslångt. Av de sjukdomar som för närvarande (mars 2026) är angivna som allmänfarliga sjukdomar i smittskyddslagen innebär t.ex. hivinfektion och infektion av humant T-lymfotropt virus (HTLV) I eller II livslångt bärarskap där åtgärder kan behöva vidtas genom hela livet, medan det för t.ex. hepatit C, klamydia och gonorré finns behandling som botar sjukdomen. Hepatit A är ett exempel på en sjukdom som läker ut av sig själv.

Som vi argumenterat för tidigare i detta kapitel bör utgångspunkten i smittskyddsarbetet vara att människor vill undvika att sprida en allmänfarlig sjukdom till någon annan. De allra flesta har därför en vilja och förmåga att vidta de åtgärder som krävs. Handlar det t.ex. om genomgripande förändringar i en människas levnadsförhållanden eller är den enskildes personliga förhållanden sådana att han eller hon saknar förmåga att på egen hand fullt ut förändra sin livs-

situation på det sätt som krävs, ska han eller hon erbjudas hjälp med detta i form av psykosocialt stöd. Detta framgår av 4 kap. 1 § andra stycket SmL och utvecklas närmare i avsnitt 5.14 nedan.

En allmän riktlinje för smittskyddsarbetet är att åtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa (1 kap. 4 § första stycket SmL). I de fall förhållningsregler behöver meddelas ska de alltså inte gälla längre än nödvändigt. I och med att bärarskap och smittsamhet kan variera mellan olika allmänfarliga sjukdomar är det dock inte görligt att i lag ange en fast giltighetstid för förhållningsregler. Någon sådan begränsning finns inte i dag och bör enligt vår bedömning inte heller införas. Däremot bör det beaktas att förhållningsregler endast ska meddelas efter en bedömning att råd om behövliga åtgärder inte kan ges i samråd med den enskilde. Härvid bör också beaktas att sådana omständigheter kan vara av övergående slag, vilket talar för att det i varje enskilt fall behöver övervägas om förhållningsreglerna bör vara tidsbegränsade.

Det kan också här framhållas att den skyldighet som den behandlande läkaren har att erbjuda insatser i form av sådant psykosocialt stöd som kan hjälpa den enskilde att hantera sin livssituation också gäller i en situation i vilken förhållningsregler meddelas (4 kap. 1 § andra stycket SmL). Också under sådana förhållanden bör det övervägas om förhållningsreglerna bör vara tidsbegränsade, t.ex. under den tid som den psykosociala stödinsatsen pågår.

Enligt nuvarande reglering finns inga bestämmelser om förhållningsreglernas giltighetstid. Det är utredningens uppfattning att det bör framgå av lagtexten att ett beslut om förhållningsregler gäller tills vidare, om inte den behandlande läkaren beslutar något annat.

5.9 Särskilda bestämmelser om regelbundna överväganden och omprövning av förhållningsregler

Förslag

Den behandlande läkaren ska ändra ett beslut om förhållningsregler när det finns anledning till det. När ett beslut om förhållningsregler inte längre behövs, ska den behandlande läkaren besluta att det ska upphöra.

Den behandlande läkaren ska fortlöpande och minst en gång per år överväga om de förhållningsregler som beslutats fortfarande behövs.

Om patienten begär det ska den regionala smittskyddsläkaren ompröva beslutet om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren ska efter en sådan begäran, eller på eget initiativ, få ändra beslutet på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut ska meddelas patienten och den behandlande läkaren.

Bestämmelser om upphörande av och regelbundna överväganden av beslut om förhållningsregler

Smittskyddsåtgärder ska inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. När ett beslut om förhållningsregler inte längre behövs ska det således upphöra. För att detta ska vara tydligt föreslår utredningen att det uttryckligen ska framgå av bestämmelserna om förhållningsregler i smittskyddslagen att den behandlande läkaren ska besluta att förhållningsreglerna ska upphöra så snart han eller hon bedömer att de inte behövs. Detta gäller såväl beslut som gäller tills vidare som tidsbegränsade beslut. Det är vår uppfattning att det också bör framgå att den behandlande läkaren fortlöpande, och minst en gång per år, ska överväga om de förhållningsregler som beslutats fortfarande behövs. Att läkaren ska överväga beslutet innebär att han eller hon i den kontakt som han eller hon har med patienten ska efterfråga hur patienten uppfattar och hanterar sina förhållningsregler och bedöma om det finns skäl att ändra dem eller besluta att de ska upphöra. Om övervägandet resulterar i att beslutet ska bestå utan ändringar krävs inte ett for-

mellt beslut om detta. Som beskrivs i nästa avsnitt ska dock övervägandet antecknas i den enskildes patientjournal.

Av den föreslagna regleringen framgår att övervägande ska ske fortlöpande. Det utgör en markering om att ett beslut om förhållningsregler ska ändras eller upphöra så snart det inte längre bedöms finnas ett behov av förhållningsregler. Avsikten med en bestämmelse om årliga överväganden är således inte att en förändring eller ett upphörande ska avvakta till nästa års övervägande.

Bestämmelsen om att ett beslut ska övervägas minst en gång varje år gäller givetvis de beslut om förhållningsregler som gäller tills vidare. Skulle ett beslut tidsbegränsas till en giltighetstid längre än ett år omfattas också det beslutet av bestämmelsen.

Smittskyddsläkaren kan ompröva den behandlande läkarens beslut

Enligt 4 kap. 3 § SmL ska smittskyddsläkaren pröva den behandlande läkarens beslut om förhållningsregler, om den enskilde begär det. Den behandlande läkaren ska informera den enskilde om möjligheten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren kan också på eget initiativ ompröva de givna förhållningsreglerna. Om smittskyddsläkaren fattar beslut om ändrade förhållningsregler ska det beslutet meddelas den behandlande läkaren och av denne tas in i patientjournalen.

Något skäl för att ändra smittskyddsläkarens ansvar eller den enskildes möjlighet att få förhållningsreglerna prövade med anledning av våra förslag föreligger inte. Det bör dock tydliggöras att det är fråga om en omprövning av den behandlande läkarens beslut om förhållningsreglerna, vilket innebär att smittskyddsläkaren kan ompröva och ändra såväl enskilda förhållningsregler som t.ex. att beslutet gäller tills vidare eller är tidsbegränsat. Det bör också tydliggöras att beslutet ska meddelas såväl den behandlande läkaren som den enskilde.

5.10 Förhållningsregler ska ges såväl muntligt som skriftligt och journalföras

Förslag

Det ska framgå av smittskyddslagen att förhållningsreglerna ska meddelas muntligt och skriftligt.

Beslut om förhållningsregler och om ändring eller upphörande av förhållningsregler ska antecknas i den enskildes patientjournal. Detsamma gäller de överväganden den behandlande läkaren gör om förhållningsreglernas fortsatta giltighet.

I smittskyddslagen ska tas in en upplysningsbestämmelse om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i det skriftliga beslutet.

Regeringen ska i smittskyddsförordningen föreskriva att beslutet om förhållningsregler ska innehålla, förutom de individuellt utformade förhållningsreglerna, en motivering och uppgifter om beslutets giltighetstid, uppgifter om rätten till omprövning och överklagande, samt den behandlande läkarens skyldighet att överväga om förhållningsreglerna behövs.

Beslut om förhållningsregler ska meddelas muntligt och skriftligt

Av 4 kap. 2 § andra stycket SmL framgår att förhållningsregler ska meddelas skriftligt så snart det är möjligt. I förarbetena beskrivs bestämmelsen som att den innebär att muntliga regler kan behöva meddelas i ett akut skede men att dessa alltid ska kompletteras skriftligen så snart det är möjligt.[51]

Som vi beskrivit tidigare i detta kapitel är det inte alltid så bestämmelserna om förhållningsreglerna tillämpas. När vi nu föreslår att ett beslut om förhållningsregler endast ska meddelas efter en bedömning att det inte är tillräckligt att ge råd i samförstånd med patienten, är det vår bedömning att det tydligare än i dag bör framgå att beslut om förhållningsregler ska, när ett sådant beslut behövs, meddelas såväl muntligen som skriftligen.

[51] Prop. 2003/04:30 s. 225.

Det är också vår uppfattning att det normalt sett inte torde finnas några hinder att meddela ett beslut om förhållningsregler såväl muntligt som skriftligt vid samma tillfälle, dvs. i samband med ett möte mellan den behandlande läkaren och patienten. Om omständigheterna är sådana att beslutet i ett akut skede endast kan meddelas muntligt ligger det i sakens natur att det därefter ska meddelas patienten skriftligt så snart det är möjligt. Med dagens digitala möjligheter torde det sällan innebära något avsevärt dröjsmål. Vi ser därför inte något behov att, som i den gällande regleringen, adressera ett sådant dröjsmål i vårt förslag. Det får ankomma på tillämpningen av bestämmelserna att hantera en situation där beslutet inte kan meddelas skriftligt i anslutning till att det meddelas muntligen.

Besluten och övervägandena ska journalföras

I dag gäller att den behandlande läkarens beslut om förhållningsregler och, i förekommande fall, smittskyddsläkarens beslut om ändring av förhållningsreglerna ska tas in i den enskildes patientjournal (4 kap. 2 § andra stycket och 3 § första stycket SmL). Ett motsvarande krav bör framgå av smittskyddslagen också i den ordning som vi nu föreslår. Skyldigheten att föra patientjournal finns i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Eftersom vi också föreslår att det uttryckligen ska framgå att den behandlande läkaren ska besluta om att förhållningsreglerna ska upphöra när det inte längre finns något behov av dem, framgår det av vårt förslag att också upphörandebeslutet ska journalföras. Detsamma gäller de överväganden som vi föreslår att den behandlande läkaren regelbundet ska göra om förhållningsreglernas fortsatta giltighet.

Föreskrifter om innehållet i beslut om förhållningsregler

Våra förslag om en ny ordning för förhållningsregler syftar till att säkerställa att utgångspunkten är frivillighet också i det individinriktade arbetet vid en allmänfarlig sjukdom. Förslagen syftar också till att öka rättssäkerheten för dem för vilka frivilliga åtgärder bedöms inte fullt ut vara möjliga att genomföra.

I dag finns en otydlighet i det sätt som förhållningsregler ofta ges. De smittskyddsblad som riktar sig till patienter innehåller, som

vi beskrivit om nuvarande ordning i avsnitt 5.1, såväl förhållningsregler som råd och annan information om den berörda sjukdomen.

Med stöd av 8 kap. 7 § första stycket första punkten regeringsformen får regeringen meddela verkställighetsföreskrifter till en lag, dvs. tillämpningsföreskrifter av administrativt slag och föreskrifter som kompletterar en lag utan att tillföra den något väsentligt nytt. För att nå en enhetlighet i utformningen av besluten bör regeringen meddela föreskrifter om beslutets innehåll. Sådana föreskrifter bör tas in i smittskyddsförordningen och ange att beslutet om förhållningsregler ska innehålla, förutom de individuellt utformade förhållningsreglerna, en motivering och uppgifter om beslutets giltighetstid, uppgifter om omprövning och överklagande, samt den behandlande läkarens skyldighet att regelbundet överväga om förhållningsreglerna behövs. En upplysningsbestämmelse om att regeringen kan meddela sådana föreskrifter med stöd av bemyndigandet i regeringsformen bör tas in i smittskyddslagen.

Genom att besluten om förhållningsregler innehåller denna information är det vår bedömning att det blir tydligare för den enskilde att han eller hon har fått ett individuellt riktat beslut och som på begäran eller på smittskyddsläkarens initiativ kan omprövas och därefter överklagas och överprövas av allmän förvaltningsdomstol.

Även vägledning vad förhållningsreglerna bör omfatta bör ges centralt

På motsvarande sätt som hittills gällt kan det vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förhållningsregler som bör ges och andra förebyggande åtgärder som kan behöva vidtas. Även med den ordning som vi nu föreslår för att meddela förhållningsregler bör därför vägledning ges centralt i form av föreskrifter och allmänna råd eller genom Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad. Våra förslag innebär dock att behandlande läkare inte längre kan använda enbart smittskyddsbladen för att meddela förhållningsregler. Det är vår bedömning att till skillnad från hur smittskyddsbladen används i dag för att förmedla beslut om förhållningsregler, kan bladen behöva utvecklas till att utgöra t.ex. ett underlag för behandlande läkares bedömning av vilka råd som bör ges och av behovet av förhållningsregler. Närmare vägled-

ning om förhållningsreglernas innehåll kan också behöva ges i form av myndighetsföreskrifter.

5.11 Informationsplikten ska tas bort men en skyldighet att informera kan ges som en förhållningsregel i vissa fall

Förslag

Den skyldighet som finns i smittskyddslagen om att man, vid situationer där det finns en beaktansvärd risk för smittoöverföring, ska informera om att man bär på en allmänfarlig sjukdom, ska tas bort ur smittskyddslagen.

Bedömning

En skyldighet att informera bör dock kunna ges som en individuellt utformad förhållningsregel under vissa förutsättningar.

Att informera om smittrisk kan vara en ändamålsenlig åtgärd i vissa fall

I kapitel 4 har vi utförligt beskrivit informationsplikten och vilka överväganden som gjordes inför att den nuvarande smittskyddslagen trädde i kraft. Vi har där också redogjort för vår bedömning att för hiv är en skyldighet att informera vid sex inte ändamålsenligt.

Det finns goda skäl att ifrågasätta om en generell utformad skyldighet att informera om sin sjukdom så som informationsplikten i 2 kap. 2 § andra stycket SmL är en effektiv och proportionerlig smittskyddsåtgärd. Det är inte informationen i sig som förhindrar smittspridning utan de försiktighetsåtgärder som den smittade och den som blir informerad därefter vidtar. Vidare har de skäl som vi anfört i våra överväganden i kapitel 4 beträffande hiv i samband med sex en viss allmängiltighet. Ett alltför stort förlitande till information kan vara kontraproduktivt. En lagstadgad skyldighet att informera om sin sjukdom kan också ses som ett alltför långtgående ingrepp i den enskildes privatliv.

Samtidigt har de skäl som lyftes fram för informationsplikten när den nuvarande smittskyddslagen infördes enligt utredningen en viss bäring alltjämt i dag. En utgångspunkt inför smittskyddslagens införande var att den enskilde själv måste få avgöra om han eller hon vill utsätta sig för risken att smittas, och det framhölls att såväl smittade som osmittade har ett ansvar för att spridning av smittsamma sjukdomar undviks. Ska en osmittad person ha möjlighet att bidra till den försiktighet som är nödvändig bör han eller hon också ha insikt i de förhållanden som råder. Information om en viss sjukdom och dess smittvägar kan ge båda parter möjlighet att gemensamt försöka identifiera olika risksituationer och tillsammans försöka undvika dem.[52]

En särskild situation är vårdsituationer i vilka den smittade inte själv kan vidta några skyddsåtgärder. Det kan hävdas att vårdpersonal alltid ska iaktta nödvändiga försiktighetsåtgärder eftersom patienten själv kan vara ovetande om sin infektion och personalen inte heller kan förlita sig på att informationen verkligen ges. Men även om vårdpersonalen följer vårdrelaterade föreskrifter, råd, rekommendationer och rutiner i en sådan situation, kan uppgifter från patienten medföra att vårdpersonalen kan vidta de särskilda skyddsåtgärder som eventuellt är nödvändiga och t.ex. efter ett sticktillbud kan göra en mer kunskapsbaserad bedömning av behovet av postexpositionsprofylax.

Det ska också framhållas att informationsplikten i smittskyddslagen inte är definierad som en allmän skyldighet för den enskilde att i alla sammanhang informera om vad det är för sjukdom han eller hon har, utan gäller endast i situationer då det finns en beaktansvärd risk, dvs. när en person utsätts för en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När denna risk föreligger är beroende på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar.[53]

Att informera om en smittrisk kan således enligt utredningens uppfattning vara en ändamålsenlig åtgärd i vissa fall. I det följande lämnar vi förslag kring när det också ska kunna finnas en skyldighet att informera och hur det ska regleras.

[52] Prop. 2003/04:30 s. 98.
[53] Prop. 2003/04:30 s. 214.

En informationsplikt bör kunna ges som en förhållningsregel

I tidigare avsnitt har vi föreslagit en ordning som innebär att individuellt utformade förhållningsregler endast ska meddelas i de fall den behandlande läkaren bedömer att råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde, dvs. när den behandlande läkaren bedömer att patienten inte samtycker till att vidta de smittskyddsåtgärder som behövs.

På motsvarande sätt som vi resonerar där om att regleringen om förhållningsregler bör präglas av att smittskyddsarbetet ska vila på frivillig grund, bör möjligheten att använda information om sin sjukdom som en smittskyddsåtgärd göra det. Det är således vår uppfattning att den allmänna riktlinje som kommer till uttryck i 1 kap. 4 § tredje stycket SmL om att åtgärder som den enskilde motsätter sig endast får vidtas om inga andra möjligheter står till buds bör gälla också för den nuvarande informationsplikten.

Skyldigheten i 2 kap. 2 § andra stycket SmL för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom att lämna information om smittan till andra människor bör mot denna bakgrund tas bort. På motsvarande sätt som i vårt förslag om förhållningsregler bör i stället den behandlande läkaren ge sina patienter råd om behövliga åtgärder för att förhindra smittspridning. Det är vår uppfattning att de allra flesta människor vill och har förmåga att följa sådana råd. Det är först när den behandlande läkaren bedömer att den enskilde inte följer eller inte kommer att följa sådana råd som det enligt vårt förslag blir aktuellt att besluta om förhållningsregler som inte kräver den enskildes samtycke. I nästa avsnitt lämnar vi våra förslag kring i vilka situationer som givande av information som förhållningsregel ska kunna vara aktuellt.

Avsikten med att ta bort informationsplikten i 2 kap. 2 § andra stycket SmL är således inte att en enskild som bär på en allmänfarlig sjukdom inte ska få råd om att berätta om sin sjukdom i riskfyllda situationer eller att han eller hon aldrig ska kunna åläggas att informera andra om sin sjukdom. Som ovan beskrivits måste dock utgångspunkten vara, tydligare än enligt nuvarande reglering, att de allra flesta som drabbas av en allmänfarlig sjukdom självmant vill göra vad han eller hon kan, t.ex. att informera om sin sjukdom i riskfyllda situationer, för att förhindra spridning av sjukdomen.

Vårt förslag innebär alltså att en skyldighet att informera i vissa situationer enbart kan följa av förhållningsregler. Detta bedömer vi även kan bidra till ökad tydlighet för den enskilde jämfört med nuvarande ordning.

5.12 Justeringar bör göras av de moment som kan ges som förhållningsregler

Förslag

Förhållningsreglerna ska få avse

1. en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare,
2. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
3. en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, och
4. en skyldighet att anpassa sitt beteende på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring i situationer som innebär en beaktansvärd risk för sådan överföring.

För situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smittan överförs och det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken med ett anpassat beteende får förhållningsreglerna även avse en skyldighet att lämna information om smittan till människor som patienten då kommer i kontakt med.

Uppräkningen av vad förhållningsreglerna får omfatta bidrar till tydlighet men bör justeras

I 4 kap. 2 § första stycket SmL finns en uppräkning över de moment som förhållningsregler får avse. Uppräkningen är uttömmande, vilket innebär att förhållningsreglerna inte får omfatta något annat än dessa moment. Bakgrunden till denna begränsning är den humanistiska människosyn som ska ligga till grund för samhällets smittskydd och att det ska eftersträvas stor tydlighet när det gäller skyddet för den enskilde. En begränsning av förhållningsreglerna till vissa moment

minskar risken för godtycke.[54] Förhållningsreglerna kan mot denna bakgrund avse ett eller flera av följande moment enligt nuvarande lagstiftning:

- inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
- förbud mot att donera blod och organ,
- förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
- skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke medicinska ingrepp om smittbärarskap,
- skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
- skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta beteende som minskar risken för smittspridning,
- skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, och
- skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Inför att de nuvarande bestämmelserna tillkom ansåg en del remissinstanser att förhållningsreglerna skulle kunna beslutas även beträffande andra moment, t.ex. om var inom vården en patient skulle vårdas eller en skyldighet att genomföra behandling om sådan är epidemiologiskt motiverad. Det bedömdes dock att sådana förhållningsregler skulle strida mot principerna om att förhållningsregler ska riktas till den smittade och att den enskilde inte ska vara skyldig att genomgå vård eller behandling. Någon sådan möjlighet infördes således inte.[55]

Utredningen ställer sig i allt väsentligt bakom resonemanget om att en begränsning av vad förhållningsreglerna får innehålla bidrar till att regleringen blir tydlig och minskar risken för godtycke. Utredningen delar också bedömningen att de moment som förhållningsreglerna får omfatta inte bör utvidgas. I det följande föreslår vi i stället ett antal justeringar.

[54] Prop. 2003/04:30 s. 114.
[55] Prop. 2003/04:30 s. 115.

Förbudet mot att donera blod och organ behöver inte regleras i smittskyddslagen

Regleringen om blodsäkerhet är tillräcklig ur smittskyddshänseende

Av 4 kap. 2 § första stycket andra punkten SmL följer att förhållningsregler får avse förbud mot att donera blod och organ. I förarbetena uttalas att ett sådant förbud mot blodgivning och organdonation gäller vanligtvis livslångt den som smittats med hepatit B och C, hivinfektion och andra blodburna smittämnen.[56]

Blodgivning regleras i lagen (2006:496) respektive förordningen (2006:497) om blodsäkerhet. Regleringen innehåller bestämmelser som syftar till att skydda människors hälsa när blod och blodkomponenter från människor hanteras för att användas vid transfusion eller tillverkning av läkemedel eller produkter som omfattas av EU:s lagstiftning om medicintekniska produkter[57] (1 § lagen om blodsäkerhet). Utöver de bestämmelser som följer av dessa författningar har regeringen bemyndigat Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om blodverksamhet som behövs till skydd för liv och hälsa i fråga om verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av blod och blodkomponenter avsedda att användas vid transfusion (10 § första stycket förordningen om blodsäkerhet). Regeringen har även bemyndigat Läkemedelsverket att meddela ytterligare föreskrifter om blodverksamhet som behövs till skydd för liv eller hälsa i fråga om verksamhet som rör insamling och kontroll av blod och blodkomponenter avsedda att användas vid läkemedelstillverkning (10 § andra stycket förordningen om blodsäkerhet).

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet ställs ingående krav på hanteringen av blod och blodkomponenter för att med respekt för den enskilda människans integritet säkerställa att blod och blodkomponenter håller hög kvalitet och säkerhet för att förhindra att smitta eller sjukdom överförs vid transfusion (1 kap. 1 §). Bland annat ska den som vill ge blod få sådan information om verksamheten att han eller hon själv kan bedöma när han eller hon bör avstå från att ge blod. Blodgivaren ska även ges möjlighet att när

[56] Prop. 2003/04:30 s. 224.
[57] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG.

som helst ställa frågor om blodgivning och om orsakerna till att man bör avstå från blodgivning, tillfälligt eller permanent (6 kap. 1 och 2 §§).

Vid en nyanmälan och inför varje blodtappning ska uppgifter hämtas in om blodgivarens hälsa och relevanta medicinska förhållanden samt om eventuell riskhändelse och beteenden. Blodgivaren ska vid nyanmälan och inför varje blodtappning lämna uppgifterna på ett särskilt formulär, en hälsodeklaration, och vid en personlig intervju. Hälsodeklarationen ska, förutom frågor om blodgivarens allmänna hälsotillstånd, innehålla frågor om sådana omständigheter, händelser och beteenden som kan innebära en risk för smitta och sjukdom som kan överföras via blod. Frågorna ska omfatta sexuellt beteende, resvanor, geografiskt ursprung, längre vistelse i annat land, injektionsmissbruk, olyckshändelser, vaccinationer och intag av läkemedel samt medicinska och icke medicinska ingrepp som kan ha betydelse med hänsyn till blodgivarens lämplighet (6 kap. 3 §).

Blodgivarens lämplighet bedöms utifrån en individbaserad riskbedömning som innebär att varje blodgivares lämplighet som donator av blod och blodkomponenter bedöms utifrån situation, riskexponering och riskbeteende. I Socialstyrelsens föreskrifter anges om lämplighetsbedömningen bl.a. att en person inte får godkännas som givare av blod för allogen transfusion om han eller hon har vissa infektioner eller sjukdomar, bl.a. infektion med hiv 1 eller hiv 2, oavsett behandlingsstatus, infektion med humant T-cellslymfotropt virus typ I eller II (HTLV I och HTLV II), en pågående infektion med hepatit B-virus (HBV) eller tidigare har haft en sådan infektion med vissa undantag, en pågående infektion av med hepatit C-virus (HCV) eller tidigare har haft en sådan infektion, eller en infektion med Treponema pallidum (syfilis) eller tidigare har behandlats för en sådan infektion. En person får inte heller godkännas om han eller hon har ett sexuellt förhållande med en person som lever med hiv, oavsett behandlingsstatus. Inte heller får en person godkännas om han eller hon har en pågående behandling med preexpositionsprofylax (PrEP) eller postexpositionsprofylax (PEP) med antiviraler mot hiv. Vidare anges att en person inte får godkännas om han eller hon uppvisat vissa riskbeteenden, bl.a. om han eller hon har en pågående sexuellt beteende som utsätter honom eller henne för en hög risk för allvarliga infektionssjukdomar som kan överföra via blod, till exem-

pel sexuellt umgänge mot ersättning eller återkommande sexuellt umgänge med flera partners.

Av föreskrifterna följer också att under vissa omständigheter får en person godkännas som givare av blod för allogen transfusion först efter en viss tid. Exempelvis ställs krav på att det ska gått viss tid från det att personen tillfrisknat från vissa infektionssjukdomar eller vistats i ett endemiskt område för vissa sjukdomar. Vidare anges att en person som har haft en sexuell riskexposition eller ett sexuellt beteende som innebär en risk för en allvarlig infektionssjukdom som kan överföras via blod får godkännas för blodgivning tidigast fyra månader efter det att riskexpositionen eller riskbeteendet har upphört. I föreskrifter anges vad som avses med riskexposition och riskbeteende.

Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår vidare att vid vissa angivna infektioner får en person inte heller godkännas som givare av blod för autolog transfusion (bilaga 5).

För såväl nyanmälan som för varje blodtappning finns i Socialstyrelsens föreskrifter bestämmelser om laboratorieundersökningar för att säkerställa att smittämnen inte förekommer i blodet (7 kap.).

Vid särskilda epidemiologiska situationer, t.ex. utbrott av infektionssjukdom som kan överföras genom blodtransfusion, kan Socialstyrelsen med stöd av 10 § förordningen om blodsäkerhet utfärda tillfälliga bestämmelser om avstängning från blodgivning av personer som kan ha utsatts för risk för överföring av smittämne.

Det regelverk som kringgärdar blodgivning ger således goda förutsättningar att säkerställa att den som bär på en smittsam sjukdom som kan överföras genom blod inte donerar blod för transfusion till människor.

Av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:54) om blodverksamhet följer att Socialstyrelsens föreskrifter om urvalet av blodgivare ska i allt väsentligt tillämpas också på blodgivning för framställning av läkemedel.

Det är mot denna bakgrund utredningens bedömning att momentet om att en förhållningsregel kan ges om förbud mot blodgivning bör tas bort. Det innebär dock inte att det inte kan finnas skäl att i de råd som ska ges till patienten inkludera information om regelverket kring blodgivning och de krav som däri ställs på givaren.

Regleringen om transplantation är tillräcklig ur smittskyddshänseende

I lagen (1995:831) om transplantation m.m. finns bestämmelser om ingrepp för att ta till vara organ eller annat biologiskt material från en levande eller avliden människa för behandling av sjukdom eller kroppsskada hos en annan människa (transplantation) eller för annat medicinskt ändamål. Lagen innehåller också bestämmelser om användning av vävnad från ett aborterat foster och förbud mot vissa förfaranden med biologiskt material (1 §). Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av den lagen.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:14) om hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation (bilaga 3) framgår att vid organ- och donatorkarakteriseringen ska bl.a. uppgifter hämtas in om pågående smittsam sjukdom och andra sjukdomar hos donatorn av betydelse för karakteriseringen, samt laboratorietester för HIV-1, HIV-2, Hepatit B, Hepatit C, och Treponema pallidum (syfilis). Om det är möjligt med beaktande av omständigheterna i det enskilda fallet ska vidare uppgifter hämtas in om bl.a. huruvida donatorns, dennes sexualpartner eller föräldrar kommer från högriskområden, donatorns resvanor och sexuella riskexponering och annan riskexponering som har betydelse för karakteriseringen, donatorns vistelse i område med lokal geografisk förekomst av överförbara infektionssjukdomar. Detsamma gäller uppgifter om laboratorieresultat som kan ha betydelse för upptäckten av potentiellt smittsamma sjukdomar eller andra sjukdomar, liksom uppgifter om huruvida donatorns biologiska mor bär eller har burit på en smittsam sjukdom och risken för överföring till barnet ännu inte slutgiltigt har kunnat uteslutas om donatorn är ett barn under 18 månader eller har ammats någon gång under de 12 senaste månaderna. Om det bedöms lämpligt ska ytterligare tester göras vid indikation på vissa andra smittsamma sjukdomar.

Även för donation av organ finns således ett ändamålsenligt regelverk ur smittskyddshänseende. Det är utredningens bedömning att det därmed inte också krävs möjlighet att med stöd av smittskyddslagen meddela förhållningsregler om förbud mot donation av blod och organ.

Momentet om att en förhållningsregel kan ges om förbud mot att donera organ bör därför tas bort. Detta innebär dock inte att

det inte kan finnas skäl att i de råd som ska ges till patienten inkludera information om regelverket kring donationer och de krav som däri ställs på donatorn.

Momentet om beteende vid sexuella kontakter bör formuleras om

När det gäller det moment som förhållningsreglerna får avse enligt 4 kap. 2 § första stycket sjätte punkten SmL om att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning är det utredningens uppfattning att det momentet bör omformuleras. Det är inte bara vid sexuella kontakter som ett visst beteende kan påverka risken för smittspridning.

Avsikten med en sådan förändring är inte att utesluta en förhållningsregel som tar sikte på att praktisera sex på ett sätt som minimerar risken för överföring av en sjukdom. Det finns dock enligt utredningens uppfattning ingen anledning att ange just sexuellt beteende i lagtexten eftersom förhållningsregler om att iaktta ett beteende som minimerar risken för överföring också i annat sammanhang kan vara ändamålsenliga och proportionerliga. Det är också vår bedömning att den möjliga inskränkning av den enskildes frioch rättigheter som en förhållningsregel om att iaktta ett smittsäkert beteende vid sexuella kontakter inte kräver att detta uttryckligen anges i lagtexten, se vidare om bedömningen av våra förslags förhållande till bl.a. regeringsformen och Europakonventionen i kapitel 8.

Det moment i uppräkningen av vad förhållningsreglerna får avse som rör den enskildes beteende vid sexuella kontakter bör därför formuleras så att det i stället framgår att en förhållningsregel får avse en skyldighet att anpassa sitt beteende på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring i situationer där det finns en beaktansvärd risk för att smittan överförs.

Det bör också här framhållas att en förhållningsregel som ålägger den enskilde att anpassa sitt beteende vid sexuella kontakter endast ska ta sikte på den sexuella situationen och de åtgärder som då kan krävas. Det är inte fråga om att meddela förhållningsregler som innebär en allmän anpassning av livsföringen eller som i praktiken innebär en livslång avhållsamhet från sex. Det tydligaste exemplet på

en förhållningsregel om att anpassa beteendet vid sexuella kontakter är den s.k. kondomplikten som vi beskrivit i kapitel 4.

Förbudet mot att överlåta begagnade injektionsverktyg omfattas av momentet om beteende

Som vi redogjort för ovan kan vissa allmänfarliga sjukdomar smitta via blod. Prevention inom grupper som injicerar droger är därför viktigt för att begränsa den typen av sjukdomar. Som vi beskrivit i kapitel 4 finns t.ex. i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler bestämmelser om den sprututbytesverksamhet som i dag finns över hela landet. Att avstå från att dela injektionsverktyg vid sådana sjukdomar får anses vara ett grundläggande krav att ställa ur smittskyddshänseende.[58] Att det även fortsättningsvis finns möjlighet att meddela förhållningsregler om förbud att inte på olika vis överlåta begagnade injektionsverktyg är därför viktigt.

På samma sätt som vi föreslår att göra momentet om att iaktta ett beteende vid sexuella kontakter som minimerar smittrisken mer neutralt med avseende på smittväg, är det utredningens uppfattning att så bör göras också med momentet som tar sikte på överlåtelse av injektionsverktyg.

Det är vår bedömning att en sådan förhållningsregel bör kunna meddelas med stöd av det moment vi ovan föreslagit, dvs. att den enskilde ska anpassa sitt beteende vid kontakter med andra på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring. Den nuvarande punkten om överlåtelse av injektionsverktyg i bestämmelsen om vilka moment som förhållningsreglerna får avse bör därför tas bort.

Skyldigheten att informera bör begränsas

Som vi beskrivit ovan i avsnitt 5.11 bör den informationsplikt som följer av 2 kap. 2 § andra stycket SmL tas bort. Samtidigt bör det alltjämt finnas en möjlighet att ge den enskilda råd och en möjlighet att meddela förhållningsregler om att informera om risken för överföring i vissa situationer. I dag får förhållningsregler, vid sidan av att den informationsplikt som följer av bestämmelsen i 2 kap. 2 § andra stycket SmL, avse en skyldighet att informera sexualpartners,

[58] Prop. 2003/04:30 s. 114.

vårdgivare och sådana som utför icke medicinska ingrepp om smittbärarskap (4 kap. 2 § fjärde och femte punkterna SmL).

I kapitel 4 har vi beskrivit de överväganden som gjordes när informationsplikten infördes i smittskyddslagen. Som vi där konstaterat är det de sexuellt överförbara infektionerna som stått i förgrunden för informationsplikten. Det principiella ställningstagandet att information om en sjukdom och dess smittvägar kan ge båda parter möjlighet att gemensamt försöka identifiera olika risksituationer och tillsammans försöka undvika dem, gäller dock alla smittsamma sjukdomar.

Att information kan ha en betydelse står således klart. Frågan är dock om en skyldighet att informera bör kunna åläggas den enskilde på samma sätt som i dagens smittskyddslag. Med utgångspunkten att det är de vidtagna åtgärderna i sig och inte informationen som sådan som kan förhindra smittoöverföring, finns det enligt utredningens uppfattning skäl att förändra förutsättningarna för när en skyldighet att informera ska få ges som en förhållningsregel.

I det föregående har vi föreslagit att förhållningsreglerna bl.a. ska få avse en skyldighet att anpassa sitt beteende på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring i situationer som innebär en beaktansvärd risk för sådan överföring. Ett flertal sjukdomar sprids på ett sådant sätt att det är både möjligt och tillräckligt att minimera risken genom ett sådant anpassat beteende. Så är t.ex. fallet där den part som misstänker eller vet att han eller hon bär på en sexuellt överförbar infektion i en sexuell situation ensidigt kan vidta åtgärder för att begränsa att smitta överförs till någon annan. För andra sjukdomar, t.ex. sådana som smittar via luften, kan det vara svårare att avvärja risken enbart med eget beteende, t.ex. på grund av trängsel eller trångboddhet. Enbart i den senare situationen kan det enligt utredningens uppfattning vara ändamålsenligt att ge förhållningsregler om att information ska ges, förutsatt att övriga förutsättningar för att besluta om förhållningsregler är uppfyllda.

Detta bör enligt utredningens uppfattning formuleras som att för situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smitta överförs och där det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken med ett anpassat beteende, får behandlande läkares förhållningsregler avse en skyldighet att lämna information om smittan till människor som patienten då kommer i kontakt med.

Förslaget syftar inte till att färre ska vara öppna med sin sjukdom eller att smittskyddet ska försämras. Genom förslaget är det tvärtom utredningens mening att förutsättningar skapas för ett bättre samarbete mellan behandlande läkare och patienter med allmänfarlig sjukdom, vilket kan gynna att information ges på frivillig väg och via vägledning av de råd som ges patienten. Vi menar också att ett generellt ökat ansvarstagande för alla individer och mindre av ett ensidigt förlitande på information, innebär en generellt lägre risk för att bli smittad. I de undantagsfall då personer känner till sin sexuellt överförbara infektion och ändå är beredda att utsätta andra för en risk, bedömer vi inte att informationsplikten har någon effekt utöver de förhållningsregler som kan ha getts om anpassning av den enskildes beteende. Vårt förslag innebär även en anpassning till kunskapen om att för många sexuellt överförbara infektioner innebär kontakter med personer som inte känner till sin sjukdom en större risk för att bli smittad än kontakter med personer som har diagnostiserats och därmed fått råd och stöd kring hur de kan undvika att smitta andra.

Övriga moment bör vara kvar oförändrade

Övriga moment som förhållningsregler enligt 4 kap. 2 § första stycket SmL i dag kan avse bör enligt utredningens mening stå kvar oförändrade i sak. Det gäller inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet (första punkten), skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner (sjunde punkten), och skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare (åttonde punkten). När det gäller inskränkningar som gäller arbete behöver dock särskilda överväganden göras i fråga om den smittbärarpenning som den enskilde kan vara berättigad till vid sådana förhållningsregler. Våra överväganden om detta redogör vi för i avsnitt 5.16.

I våra direktiv ingår att överväga om ytterligare förhållningsregler bör kunna ges. Det är dock vår bedömning att genom de förslag på justeringar vi lämnar i uppräkningen av de moment som förhållningsreglerna kan innefatta på ett bra sätt motsvarar behovet av individuellt inriktande smittskyddsåtgärder. Något ytterligare moment föreslår vi därför inte.

5.13 Bestämmelserna om efterlevnaden av förhållningsregler ska vara kvar

Bedömning

Bestämmelsen om den behandlande läkarens skyldighet att så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs bör kvarstå. Detsamma gäller bestämmelsen om den behandlande läkarens anmälningsskyldighet när patienten inte iakttar eller inte kommer att iaktta förhållningsreglerna eller vid misstanke om sådan bristande följsamhet.

Förslag

Bestämmelserna om att den behandlande läkaren inte behöver anmäla bristande följsamhet till förhållningsreglerna om läkaren bedömer att han eller hon själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende, ska ändras så att det tydliggörs att läkaren inte har en anmälningsskyldighet under sådana förhållanden.

Bestämmelsen om att den behandlande läkaren ska anmäla till den regionala smittskyddsläkaren att en patient inte informerat en närstående om sjukdomen och att smittskyddsläkaren då ska underrätta den närstående, ska ersättas med en motsvarande bestämmelse i fråga om den informationsplikt som kan meddelas patienten som en individuellt utformad förhållningsregel.

Bestämmelsen om den behandlande läkarens underrättelseskyldighet om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, ska också omfatta de medicinska och praktiska råd som meddelats den intagne.

Läkaren ska fortfarande så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs

I 4 kap. 2 § andra stycket SmL anges att behandlande läkaren så långt det är möjligt ska se till att förhållningsreglerna följs. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att detta bl.a. innebär att läkaren bör vara uppmärksam på tecken som tyder på att patienten inte hörsammat förhållningsreglerna och att det därför är nödvändigt att läkaren har tillräckligt täta kontakter med patienten även då han eller hon avböjer behandling eller då behandling inte finns.[59] Någon anledning att ändra på denna skyldighet för den behandlande läkaren ser utredningen inte. En bestämmelse om detta bör således finnas kvar.

Läkarens anmälningsplikt vid bristande följsamhet bör kvarstå men justeras

Enligt 4 kap. 4 § första stycket SmL har den behandlande läkaren en skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren om han eller hon misstänker eller får veta att en patient som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna. Enligt andra stycket behöver dock inte anmälan göras om läkaren bedömer att han eller hon själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende.

Någon sanktion för det fall någon bryter mot en förhållningsregel finns inte. Syftet med en anmälan är att smittskyddsläkaren ska hjälpa den behandlande läkaren och patienten att hitta lösningar för att patienten ska kunna följa sina förhållningsregler och förhindra att han eller hon inte utsätter andra för risk att smittas. Om det visar sig omöjligt att få en frivillig lösning till stånd har smittskyddsläkaren möjlighet att överväga om ytterligare åtgärder bör vidtas. Som en sista åtgärd kan det bli fråga om att ansöka om isolering om förutsättningarna för det är uppfyllda.[60]

Som vi beskrivit i avsnitt 5.4 är förutsättningarna för isolering reglerade i 5 kap. SmL och innebär att den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt

[59] Prop. 2003/04:30 s. 112.
[60] Prop. 2003/04:30 s. 116.

minska risken för smittspridning, eller om det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats. Ett beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas (1 §). Det är förvaltningsrätten som beslutar om isolering på ansökan av smittskyddsläkaren (2 §). Om det finns en omedelbar risk för någon att smittas får dock smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut ska dock underställas förvaltningsrättens prövning senast inom fyra dagar (3 §).

Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04) kartlade under 2022 i vilken omfattning smittskyddsläkaren ansökt eller beslutat om tvångsåtgärder sedan smittskyddslagens tillkomst den 1 juli 2004. Enligt kartläggningen hade elva ansökningar om isolering lämnats in till domstol (sex för tuberkulos och fem för hivinfektion) och 14 beslut om tillfällig isolering fattats (elva för tuberkulos och tre för covid-19).[61]

Det går därmed att konstatera att det endast är mycket undantagsvis som bristande följsamhet till förhållningsregler leder till tillämpning av smittskyddslagens tvångsåtgärder. Som vi förklarat inledningsvis har vi inte i uppdrag att se över tvångsåtgärderna i smittskyddslagen utan har att utgå från den grundläggande strukturen i lagen, inklusive regleringen av tvångsåtgärder, när vi utformar våra förslag.

I avsnitt 5.4 har vi redogjort för våra skäl för bedömningen att möjligheterna att meddela förhållningsregler bör kvarstå, om än med de förändrade förutsättningar som vi föreslår i det här kapitlet. Det är också mot bakgrund av dessa skäl vi bedömer att den behandlande läkarens anmälningsplikt bör finnas kvar.

Med beaktande av den nya inriktning vi förespråkar för smittskyddet bör det dock betonas att skyldigheten att anmäla endast föreligger när den behandlande läkaren bedömer att han eller hon inte själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende. Vi föreslår därför att bestämmelsen om att den behandlande läkaren *inte behöver anmäla* under sådana förhållanden ändras till att den behandlande läkaren under sådana förhållanden *inte ska anmäla*.

[61] Kartläggningen omfattade inte förvaltningsdomstolarnas avgöranden, varför det inte framgår hur många av ansökningarna om isolering som verkställts.

Läkarens anmälningsplikt vid bristande underrättelse till närstående behöver justeras

Som vi redogjort för tidigare finns det i dag en skyldighet i 2 kap. 2 § andra stycket SmL för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom att informera om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. I 4 kap. 8 § SmL finns en bestämmelse som är kopplad till denna informationsplikt och som innebär att om en behandlande läkare får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen och läkaren bedömer att den närstående löper påtaglig risk att smittas, ska läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren. Om smittskyddsläkaren gör samma bedömning som den behandlande läkaren ska smittskyddsläkaren underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

Med närstående avses make eller maka eller annan person som den enskilde lever med i en relation eller andra nära familjemedlemmar som han eller hon lever tillsammans med. Att det är smittskyddsläkaren som ska underrätta den närstående bygger på hänsynen till förtroende mellan patienten och den behandlande läkaren. Av samma hänsyn ska den närstående underrättas endast om den närstående bedöms löpa en påtaglig risk att smittas och det står klart att den smittade personen inte frivilligt vill informera den närstående om smittrisken.[62] Bestämmelsen innebär att en sådan underrättelse kan lämnas till den närstående utan hinder av sekretess.[63]

I avsnitt 5.11 har vi föreslagit att den informationsplikt som finns i 2 kap. 2 § andra stycket SmL ska tas bort. I de situationer det behövs vara en adekvat smittskyddsåtgärd att den enskilde informerar om sin sjukdom bör detta i stället kunna säkerställas genom att den enskilde får råd om att göra detta. Om ett sådant råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde kan vidare en förhållningsregel om detta meddelas den enskilde enligt vårt förslag i avsnitt 5.12. Om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att patienten under sådana omständigheter ändå inte informerar en närstående som löper en påtaglig risk att smittas bör läkaren, på motsvarande sätt som i dag, ha en skyldighet att anmäla detta till smittskyddsläkaren som

[62] Prop. 2003/04:30 s. 227.
[63] Pallvik Fransson, A., Smittskyddslagen (2004:168) – kommentar, JP Juridiskt bibliotek, kommentar till 4 kap. 8 §, senast uppdaterad 2025-11-01.

i sin tur har en skyldighet att meddela den närstående. Bestämmelsen om den behandlande läkarens anmälningsskyldighet och smittskyddsläkarens skyldighet att underrätta den närstående bör därför ändras i enlighet med detta.

Läkarens underrättelseskyldighet till ansvarig läkare vid kriminalvårdsanstalt eller tvångsvårdsinrättning bör justeras

I 4 kap. 5 § SmL anges att om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, ska den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården där underrättas av den behandlande läkaren, när denna får kännedom om intagningen, om smittan och om de förhållningsregler som meddelats den intagne. Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, ska den ansvarige läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Med vårdinrättning avses hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, institutioner som lämnar vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt vårdinrättningar för psykiatrisk tvångsvård. Syftet med underrättelseskyldigheten är att risken för smittspridning så långt som möjligt ska minskas vid tvångsomhändertagandet.[64]

För att underrättelseskyldigheten ska vara ändamålsenlig också med den reglering om råd och förhållningsregler som vi föreslår, bör underrättelseskyldigheten också omfatta sådana medicinska och praktiska råd som den behandlande läkaren meddelat den enskilde.

5.14 Det ska framgå av smittskyddslagen att den enskilde har rätt till råd och stöd

Förslag

Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom har rätt till medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Den behandlande läkaren ansvarar för att sådana råd ges.

[64] Prop. 2003/04:30 s. 226.

Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom har vid behov rätt till psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring. Sådant stöd ska ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.

Uppgifter om de råd och det stöd som har lämnats ska antecknas i den enskildes patientjournal.

Bestämmelsen om råd till patienten vid en smittsam sjukdom bör justeras

Som vi beskrivit tidigare i detta kapitel är det en förutsättning för att den enskilde ska kunna ta sitt ansvar enligt smittskyddslagen och förhindra smittspridning att han eller hon får information om vad han eller hon kan göra för att förhindra att smitta sprids vidare. I dag följer därför av 4 kap. 1 § andra stycket SmL att den behandlande läkaren ska ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Bestämmelserna gäller för alla smittsamma sjukdomar, dvs. inte bara allmänfarliga sjukdomar.

Genom våra förslag om att förhållningsregler endast ska ges när medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde, blir bestämmelserna om sådana råd än mer centrala i de åtgärder som ska vidtas enligt smittskyddslagen mot spridning av allmänfarliga sjukdomar.

Mot denna bakgrund är det vår bedömning att vikten av att råd ges till den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom bör tydliggöras ytterligare i smittskyddslagen. Det bör uttryckligen framgå av bestämmelsen att det är en rättighet för den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom att få medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk.

Vidare framgår det av lagtexten i 4 kap. 1 § SmL i dag att råden ska vara individuellt utformade. Det är dock utredningens bedömning att det redan ligger i rätten att få råd om hur man ska undvika att utsätta andra för smittrisk att råden ska, när så behövs, vara anpassade till den enskildes situation. För att också underlätta tillämp-

ningen av bestämmelsen om att ge den enskilde råd bör det enligt utredningens mening därför inte uppställas ett krav på att råden alltid måste vara individuellt utformade. Det bör i stället vara upp till den behandlande läkaren att bedöma om behövliga råd kan ges genom t.ex. smittskyddsblad eller genom annan generellt utformad information om sjukdomen, eller om situationen är sådan att råden bör vara mer anpassade efter den enskildes situation. Givetvis bör den behandlande läkaren vid behov ta hjälp av smittskyddsläkaren för att avgöra vilka råd som bör ges den enskilde (jfr 6 kap. 2 § fjärde punkten SmL).

Av bestämmelsen följer vidare i dag att det är den behandlande läkaren som ska ge de medicinska och praktiska råden. För att ytterligare förenkla tillämpningen av bestämmelsen bör det enligt utredningens mening i stället framgå att den behandlande läkaren har ett ansvar att sådana råd ges. Beroende på vilket smittämne eller sjukdom det gäller och på omständigheterna i övrigt kan råden ges av någon annan hälso- och sjukvårdspersonal. Ansvaret för att råden ges på ett tillfredsställande sätt vilar dock alltjämt på den behandlande läkaren.

Härvid kan också nämnas det förslag vi presenterade i delbetänkandet om att regeringen ska bemyndigas att meddela undantag till bestämmelsen om skyldigheten för den behandlande läkaren att ge individuellt utformade medicinska och praktiska råd för en viss samhällsfarlig sjukdom. Utgångspunkten för förslaget är att skyldigheten vid t.ex. en omfattande smittspridning vid vilken sjukdomsbilden är relativt likartad för majoriteten av de smittade och skyldigheten att uppsöka läkare och få individuellt utformade råd skulle ge ytterligare belastning på en hälso- och sjukvård som redan är belastad av att ta hand om dem som blivit allvarligt sjuka.[65] Genom att vi nu föreslår att det uttryckliga kravet på att råden ska vara individuellt utformade ska tas bort minskar behovet av att föreskriva om ett sådant undantag. Även den som söker vård under en pandemi eller annan omfattande smittspridning och undersöks av en behandlande läkare bör ha rätt att få råd för att hantera sjukdomen av honom eller henne.

[65] SOU 2025:48 s. 1172 och 1173.

Bestämmelsen om psykosocialt stöd till patienten vid en smittsam sjukdom bör justeras

Enligt 4 kap. 1 § andra stycket SmL gäller att den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring ska erbjudas detta. Av bestämmelsen framgår att sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften. Liksom bestämmelsen om råd gäller bestämmelsen om psykosocialt stöd alla smittsamma sjukdomar, dvs. inte bara allmänfarliga.

På motsvarande sätt som för medicinska och praktiska råd bör det framgå av bestämmelsen att det är en rättighet för den enskilde att erbjudas psykosocialt stöd. Förändringen är dock inte avsedd att medföra någon ändring i sak.

Uppgifter om de råd och det stöd den enskilde får ska journalföras

Som framgår tidigare i detta kapitel ska uppgifter om meddelade förhållningsregler tas in i den enskildes patientjournal. Det är utredningens bedömning att uppgifter också om de råd och det psykosociala stöd som lämnas till den enskilde bör antecknas i den enskildes patientjournal. En bestämmelse om att uppgifterna ska journalföras bör därför tas in i smittskyddslagen.

För allmänfarliga sjukdomar, där det ska göras en bedömning av om behövliga råd kan ges i samförstånd med patienten är det givetvis särskilt viktigt att journalföringen är tillräckligt omfattande för att det ska gå att utläsa vilka råd som getts i samförstånd med den enskilde.

5.15 Smittskyddslagen ska förtydligas i fråga om den enskildes rättigheter och skyldigheter

Förslag

Bestämmelsen om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning ska tydliggöras genom att orden ”medverka till” tas bort.

Bestämmelserna om smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom i 4 kap. smittskyddslagen ska flyttas till ett nytt 4 a kap. med titeln ”Vissa smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom”.

Titeln på 4 kap. smittskyddslagen ska ändras till ”Vissa rättigheter och skyldigheter vid smittsam sjukdom” och underrubriker i kapitlet ska läggas till.

Bestämmelsen i 2 kap. smittskyddslagen om den s.k. skyddsplikten vid smittsam sjukdom ska flyttas till 4 kap.

Bestämmelser i smittskyddslagen och i delbetänkandets förslag om möjligheten att föreskriva om vissa undantag ska följdändras.

Var och ens skyldighet att förebygga smittspridning

I propositionen som ligger till grund för den nuvarande smittskyddslagen uttalade regeringen, som vi tidigare beskrivit, att det fanns skäl för större tydlighet när det gäller syftet med smittskyddslagens bestämmelser än vad som var fallet i den dåvarande smittskyddslagen. Till skillnad från vad som gällde då infördes bestämmelser om det övergripande målet för smittskyddet och om vissa allmänna riktlinjer bl.a. i syfte att låta det framgå av smittskyddslagen att en humanistisk människosyn ska ligga till grund för samhällets smittskydd. Större vikt ska läggas vid det frivilliga förebyggande arbetet och på det ansvar var och en, såväl smittade som osmittade, har för att förhindra smittspridning. Av smittskyddslagen framgår nu att den ska tillämpas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.[66]

I propositionen beskrevs att det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillighetens väg och möjligheterna till tvångsåtgärder spelar i praktiken inte någon framträdande roll. Detta bör också prägla

[66] Prop. 2003/04:30 s. 84.

lagstiftningen på smittskyddsområdet. I de fall då ingrepp i den enskildes frihet eller integritet anses befogade måste ingreppet anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. En modern smittskyddslag måste tillgodose alla rimliga krav på rättssäkerhetsgarantier för enskilda, inbegripet avgränsningar av hur mycket tvång som får tillgripas och villkoren därför.[67] Det är också dessa utgångspunkter som utredningen nu föreslår ska tas vidare i det som vi har beskrivit i kapitel 2 som en ny inriktning för smittskyddet.

Mot bakgrund av uttalandena i propositionen lyfte regeringen också fram att alla har ett ansvar för att så långt möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas av smittsamma sjukdomar. I 2 kap. 1 § SmL tog därför en bestämmelse in om att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

Bestämmelsen innebär enligt författningskommentaren att alla individer, såväl smittade som osmittade, i vid mening har intresse av och ansvar för att förhindra smittspridning och att utgångspunkten är att var och en så långt som möjligt ska vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot smittrisk. Vilka försiktighetsmått som kan bli aktuella beror på vilken sjukdom det rör sig om, dess smittsamhet och smittvägar. Det framhålls också att information och förebyggande åtgärder spelar en stor roll.[68] I 2 kap. 3 och 4 §§ SmL föreskrivs därför att regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom smittskyddet ska vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar och de ska vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt. Vidare har smittskyddsläkarna ålagts ett ansvar att bl.a. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar och att ge råd och anvisningar

[67] Prop. 2003/04:30 s. 85.
[68] Prop. 2003/04:30 s. 214.

om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk (6 kap. 2 § första och andra punkterna SmL).

Utredningen delar uppfattningen att det ansvar som var och en har och som kommer till uttryck i 2 kap. 1 § SmL är ändamålsenligt. I den nya inriktning för samhällets smittskydd som vi föreslår i vårt betänkande har detta ansvar dessutom en avgörande roll, tillsammans med den skyldighet ansvariga på smittskyddsområdet liksom inom hälso- och sjukvården har att ge råd och information. Mot denna bakgrund är det utredningens uppfattning att var och ens ansvar bör komma till tydligare uttryck i lagtexten. Vi föreslår därför att ”medverka till” tas bort och att ansvaret i stället formuleras som att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

Att inte hela ansvaret genom denna ändring åvilar den enskilde framgår av att skyldigheten avser att den enskilde ska vara uppmärksam och att han eller hon ska vidta rimliga försiktighetsåtgärder. Att samhället också har ett ansvar att vidta smittskyddsåtgärder, däribland tvingande åtgärder när det bedöms ändamålsenligt och proportionerligt, framgår givetvis ändå av övriga bestämmelser i smittskyddslagen.

En ny struktur för bestämmelserna om den enskildes skyldigheter

För att göra det tydligt att de särskilda skyldigheter som den enskilde har enligt smittskyddslagen gäller de allmänfarliga sjukdomarna bör bestämmelserna om den enskildes rättigheter och skyldigheter i 2 kap. och 4 kap. struktureras om.

De bestämmelser om smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom som i dag finns i 4 kap. bör ändras i enlighet med våra förslag i detta kapitel och flyttas till ett nytt kapitel, 4 a kap., med titeln ”Vissa smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom”.

Utifrån de bestämmelser som blir kvar i 4 kap. bör rubriken för det kapitlet ändras till ”Vissa rättigheter och skyldigheter vid smittsam sjukdom”. Bestämmelsen i 2 kap. om den s.k. skyddsplikten vid smittsam sjukdom bör flyttas till 4 kap. För tydlighets skull bör även underrubriker i 4 kap. läggas till.

Med anledning av våra förslag i detta kapitel och den rockad av bestämmelserna som vi föreslår behöver också andra bestämmelser i smittskyddslagen och i delbetänkandets förslag om möjligheten

att föreskriva om vissa undantag till bestämmelserna om den enskildes skyldigheter följdändras.

5.16 Bestämmelserna om smittbärarersättning behöver justeras

Förslag

I bestämmelsen i socialförsäkringsbalken om rätten till smittbärarpenning införs en ny punkt om att en smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han eller hon med anledning av en allmänfarlig sjukdom måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett sådant råd som en behandlande läkare ska ge smittbäraren enligt bestämmelser i smittskyddslagen.

Av socialförsäkringsbalkens bestämmelser om handläggning av ärenden bör det framgå att det till en sådan ansökan ska fogas ett intyg om de råd enligt smittskyddslagen som getts av den behandlande läkaren.

Den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom kan i vissa fall få smittbärarersättning i form av smittbärarpenning och resekostnadsersättning enligt bestämmelser i 46 kap. socialförsäkringsbalken, förkortad SFB.

Med smittbärare avses enligt 3 §

- den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen,
- den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, och
- den som i annat fall har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom som avses i smittskyddslagen utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.

En smittbärare har enligt 5 § första stycket första punkten rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett beslut enligt smittskyddslagen eller livsmedelslagen (2006:804) eller föreskrifter som meddelats med stöd av livsmedels-

lagen. Förhållningsregler enligt smittskyddslagen som innebär hinder mot eller inskränkning av förvärvsarbete är ett sådant beslut.[69]

Enligt 5 § första stycket andra punkten har en smittbärare också rätt till smittbärarpenning vid läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterar otjänligt som människoföda.

Ersättningen får dras in eller sättas ned om smittbäraren exempelvis inte följer förhållningsregler som har beslutats med stöd av smittskyddslagen (46 kap. 6 § SFB).

En smittbärare har enligt 46 kap. 20 § SFB under vissa förhållanden rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i bl.a. smittskyddslagen.

Vidare följer av bestämmelser i 110 kap. 24 § SFB om handläggningen av ärenden att det till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut enligt smittskyddslagen ska fogas en kopia på beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll. Till en ansökan som grundar sig på en läkarundersökning eller hälsokontroll som inte föregåtts av något beslut ska ett intyg fogas om den företagna åtgärden.

I kapitel 3 har vi föreslagit att rätt till smittbärarersättning under motsvarande förhållanden också ska gälla sådana sjukdomar, utöver de allmänfarliga, för vilka läkemedel, undersökning, vård och behandling ska vara kostnadsfria för den enskilde. Med anledning av de förslag vi lämnar i förevarande kapitel om ändringar i smittskyddslagens bestämmelser om enskildas rättigheter och skyldigheter, ser vi behov av ytterligare ändringar i bestämmelserna om smittbärarersättningen. För att inte rätten till smittbärarersättning ska bortfalla i de fall erforderliga råd om att avstå från förvärvsarbete kan ges i samförstånd med den enskilde, och ett beslut om förhållningsregler härom alltså inte är nödvändigt att fatta, bör socialförsäkringsbalkens bestämmelser ändras. Utredningen föreslår därför att det i 46 kap. 5 § SFB införs en ny punkt enligt vilken det ska framgå att en smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av råd som en behandlande läkare har gett smitt-

[69] Prop. 2003/04:30 s. 201.

bäraren med anledning av en allmänfarlig sjukdom. Av 110 kap. 24 § SFB bör det framgå att det till en sådan ansökan ska fogas ett intyg om de råd som getts av behandlande läkaren.

5.17 Några förändringar av den enskildes medverkan vid läkarundersökning och smittspårning föreslås inte

Bedömning

Det behövs inga ändringar i skyldigheten för den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

Detsamma gäller bestämmelserna om medverkan vid smittspårning.

Den enskildes skyldighet i fråga om läkarundersökning och smittspårning bör inte ändras

I föregående avsnitt har vi redogjort för de ändringar som utredningen bedömer behöver genomföras i fråga om individuellt inriktade smittskyddsåtgärder för att göra enskildas skyldigheter mer ändamålsenliga och proportionerliga. Det övergripande syftet med ändringarna är som vi också tidigare beskrivit att ge samhällets smittskydd en ny inriktning där frivillighet tydligare än i dag utgör grunden.

Utredningen har också övervägt om det finns ett behov av ändringar också i bestämmelserna i 3 kap. SmL om utredning av sjukdomsfall. Utöver det förtydligande vi föreslår i kapitel 3 om smittskyddsläkarnas uppgifter vid smittspårning vid sådana smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga, och de ändringar vi föreslår av smittskyddsläkarnas organisation i kapitel 7, ser vi inte något behov av förändringar av dessa bestämmelser. Vid denna bedömning har vi beaktat följande.

Bestämmelserna om läkarundersökning och provtagning

I 3 kap. 1 § första stycket SmL regleras den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas. I bestämmelsen anges att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger. I andra och tredje styckena finns en motsvarande skyldighet för en läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom att skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs, samt en anmälningsplikt för läkaren om patienten inte samtycker till undersökning och provtagning.

När smittskyddslagen infördes övervägdes noga såväl utformningen av bestämmelserna som gränsdragningen för vad som utgör en påtvingad läkarundersökning vid en allmänfarlig respektive vid en smittspårningspliktig sjukdom som inte är allmänfarlig. Det uttalades att syftet med läkarundersökningen är att försöka klarlägga vilken sjukdom det är fråga om och att skyldigheten avser endast undersökningar som är motiverade av smittskyddshänsyn, dvs. för att konstatera om smittsamhet föreligger. Undersökningen får sålunda inte enbart vara motiverad av att man vill kunna behandla sjukdomen hos den enskilde. En sådan skyldighet torde stå i strid med principerna om frivillig behandling. När det gäller rent medicinska motiv torde det inte heller finnas någon anledning att behandla smittsamma sjukdomar på annat sätt än andra allvarliga sjukdomar. Det konstaterades vidare att när det gäller de allmänfarliga sjukdomarna kan bristen på medverkan till att låta sig läkarundersökas ytterst innebära att den enskilde kan komma att tvångsundersökas (3 kap. 2 § SmL). Tvångsundersökning kan dock inte tillämpas när det gäller smittspårningspliktiga sjukdomar som inte också är allmänfarliga. Det finns med andra ord ingen sanktion i dessa fall då en enskild inte medverkar till att låta sig läkarundersökas. Det diskuteras därför om det var riktigt att utforma bestämmelserna som en skyldighet för den enskilde att låta sig undersökas, trots att bestämmelserna i fråga om smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga inte medför något reellt tvång. Det bedömdes dock ge felaktiga signaler när det gäller behovet av läkarundersökningar om bestämmelserna utformades på annat sätt. Samhällsintresset av att läkar-

undersökningar kan genomföras i de nu aktuella fallen framhölls vara mycket starkt.[70] Utredningen ser ingen anledning att göra någon annan bedömning.

Bestämmelserna om smittspårning

Den enskildes skyldighet att medverka till smittspårning, genom att lämna upplysningar om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats, framgår av 3 kap. 4 § första stycket SmL. Skyldigheten är begränsad till de upplysningar som han eller hon förmår att lämna.

Det är den som ansvarar för smittspårningen som är skyldig att se till att personer som hans eller hennes patient kan misstänkas ha smittat underrättas om sjukdomen och uppmanas att söka läkare. Den som ansvarar för smittspårningen behöver dock inte i samtliga fall personligen kontakta den som kan antas ha smittats. Om det är lämpligt kan detta överlåtas åt patienten, antingen självständigt eller med stöd av läkare eller kurator. Ansvarig personal har dock alltid en skyldighet att kontrollera att den som man misstänker kan ha smittats verkligen har underrättats om misstanken och att han eller hon har uppmanats att uppsöka läkare. Kontrollen bör också omfatta om personen verkligen sökt läkare. I de fall berörd person inte har uppsökt läkare bör han eller hon i första hand försöka övertalas att göra detta och också underrättas om sin skyldighet enligt 3 kap. 1 § SmL att söka läkare och låta sig undersökas.[71]

Sjukdomarna som kan bli föremål för smittspårning är dels de allmänfarliga, dvs. livshotande sjukdomar, eller sjukdomar som innebär långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medför andra allvarliga konsekvenser, dels andra sjukdomar som kan leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade om t.ex. behandling inte ges i tid och för vilka samhällsintresset för att läkarundersökningar kan genomföras för sjukdomarna är mycket starkt.[72] Att lämna uppgifter i den omfattning som man förmår vid en smittspårning är enligt utredningens bedömning därför ett ändamålsenligt krav att ställa på den enskilde. Någon sanktion mot den som inte medverkar till smitt-

[70] Prop. 2003/04:30 s. 217 och 218.
[71] Prop. 2003/04:30 s. 221.
[72] Prop. 2003/04:30 s. 218.

spårning finns inte.[73] Någon förändring i den enskildes medverkan i smittspårning ser utredningen mot denna bakgrund inte något behov av.

[73] Prop. 2003/04:30 s. 96.

6 Ändamålsenliga uppgifter vid övervakning av sexuellt överförbara sjukdomar

I detta kapitel redovisar vi den del av uppdraget som avser frågan om användningen av s.k. rikskoder är ändamålsenlig. Med rikskod avses de ofullständiga identitetsuppgifter som används i stället för personnummer vid anmälan av sjukdomsfall av gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis till Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren. Utredningen ska, utöver att undersöka systemets ändamålsenlighet, vid behov föreslå förändringar som medför ett tillfredsställande integritetsskydd för den enskilde.

Vi inleder med en redogörelse för anonymitetsskyddet från 1968 års smittskyddslag fram till dagens ordning (avsnitt 6.1). I avsnitt 6.2 redogörs sedan för nuvarande reglering och praktisk hantering av anmälningar med rikskod. I avsnitt 6.3 redogör vi för hur motsvarande anmälningar görs i tre nordiska grannländer. I avsnitt 6.4–6.6 presenteras våra överväganden och bedömningar.

6.1 Integritetsskydd vid anmälningar har funnits länge

1968 års smittskyddslag

En gemensam smittskyddslag men uppdelning av sjukdomar

Regler om anonymitetsskydd i samband med övervakning och anmälan av sexuellt överförbara sjukdomar (ofta benämnda sexuellt överförbara infektioner eller STI:er) fanns redan i lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar av den 20 juni 1918 (nr 460), lex veneris, och har alltså förekommit länge i svensk rätt.

I 1968 års smittskyddslag (1968:231) sammanfördes hanteringen av smittsamma sjukdomar i en gemensam lag. Uppdelningen mellan *allmänfarliga sjukdomar*, som dittills reglerats i epidemilagen av den 19 juni 1919 (nr 443) och tuberkulosförordningen av den 31 mars 1939 (nr 113), och *veneriska sjukdomar*, som dittills reglerats i lex veneris, behölls dock i smittskyddslagen. Lagen omfattade därutöver *övriga smittsamma sjukdomar*. Vidare var lagen begränsad till sjukdomar i smittsamt skede.

Regeringen fick föreskriva om vilka sjukdomar som skulle hänföras till allmänfarliga sjukdomar respektive veneriska sjukdomar. I smittskyddskungörelsen (1968:234) angavs ursprungligen 22 allmänfarliga sjukdomar och fyra veneriska sjukdomar. De veneriska sjukdomarna var vid den tiden syfilis (som delades in i medfödd och förvärvad), gonorré, mjuk schanker och veneriskt lymfogranulom (LGV).[1] I smittskyddskungörelsen reglerades även läkares skyldighet att ge upplysningar och föreskrifter till personer med misstänkt eller bekräftad sjukdom, genomföra smittspårning och att anmäla konstaterade fall. En läkare som konstaterade venerisk sjukdom skulle skriftligen anmäla detta till länsläkaren. Anmälningshandlingen skulle innehålla uppgifter om den sjukes kön, födelsetid (födelsedatum) och hemort, men inte dennes namn. Handlingen skulle vidare innehålla namn och adress på personer som den sjuke uppgivit sig ha varit i förbindelse med på sådant sätt att smitta kunnat överföras. Kontakter som den sjuke uppgivit i smittspårningen skulle dock anmälas endast med kön, födelsetid och hemort om anmälande läkare själv undersökt personen eller om personen styrkt att han blivit undersökt av annan läkare. Anmälan av veneriska sjukdomar gjordes också till Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) som hade i uppdrag att fortlöpande sammanställa anmälningar och med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser för dessa till berörda myndigheter, läkare och veterinärer.

Det kan alltså konstateras att en åtskillnad vad gäller informationen i anmälan gjordes mellan å ena sidan personer som blivit föremål för läkarundersökning och smittspårning, och därmed fått upplysningar och föreskrifter av läkare, och å andra sidan misstänkta fall där någon läkarkontakt inte hade bekräftats.

[1] Veneriskt lymfogranulom (LGV) orsakas av bakterien Chlamydia trachomatis, dock av en annan typ än den som ger upphov till den vanliga klamydiainfektionen.

Anmälan med rikskod infördes när hivinfektion togs in i smittskyddslagen

Den 1 november 1985 hänfördes infektion av LAV-HTLV-III, det som nu benämns hivinfektion, till de veneriska sjukdomarna i smittskyddskungörelsen.[2] I samband med detta ändrades bestämmelserna om innehållet i anmälan av konstaterade fall av veneriska sjukdomar så att anmälan skulle innehålla de två första och de fyra sista siffrorna i den sjukes personnummer (det som nu betecknas rikskod) och uppgift om personens hemortslän. Om anmälan gällde infektion av HTLV-III och den sjuke tillhörde en riskutsatt grupp skulle denna grupp anges i anmälan. Några andra uppgifter om den sjukes identitet fick inte lämnas. Liksom tidigare skulle en särskild anmälan ges in med namn och adress för den person som den sjuke uppgett sig ha varit i förbindelse med på ett sådant sätt att smitta kunnat överföras. Detta gällde dock inte om läkaren fann att denne utan anmaning skulle låta sig undersökas utan dröjsmål. Rikskod skulle även användas för kontakter till den sjuke som uppgivits i smittspårningen och som läkaren själv hade undersökt. Detsamma gällde om kontakten styrkt att han blivit undersökt av annan läkare.[3] Bakgrunden till förändringen var enligt propositionen som låg till grund för förändringarna bl.a. att det framkommit att anmälningarna vid de veneriska sjukdomarna ibland kommit att innehålla fler uppgifter än vad kungörelsen föreskrev, vilket uppfattats som ett otillbörligt intrång i den personliga integriteten genom att patientens identitet röjts utan att det varit påkallat från smittskyddssynpunkt. Detta blev enligt regeringen särskilt påtagligt vid hivinfektion ”eftersom denna sjukdom ännu så länge huvudsakligen är utbredd bland homosexuella män och intravenösa narkotikamissbrukare”.

Rikskodbeteckningen byggde på Socialstyrelsens föreskrifter om hur prov för analys i anledning av misstänkt smitta skulle märkas för att, om patienten så önskade, stärka integritetsskyddet vid hanteringen av provet.[4]

[2] Förordning (1985:742) om ändring i smittskyddskungörelsen (1968:234). En namnändring till infektion av HIV genomfördes den 1 juli 1987 genom förordning (1987:271) om ändring i smittskyddskungörelsen (1968:234).
[3] Förordning (1985:786) om ändring i smittskyddskungörelsen (1968:234).
[4] Prop. 1985/86:13 s. 13.

1988 års smittskyddslag

Genom 1988 års smittskyddslag (1988:1472) togs begreppet veneriska sjukdomar bort ur smittskyddslagstiftningen. Avsikten var att veneriska sjukdomar inte skulle särregleras. Viss åtskillnad behölls dock, däribland anmälan med rikskod (21 § andra stycket i 1988 års smittskyddslag och 4 § smittskyddsförordningen [1989:301]). Till stöd för detta anfördes att smittskyddsläkaren inte krävde särskilt omfattande eller detaljerade uppgifter i anmälan för att fortlöpande kunna följa smittskyddssituationen avseende de sexuellt överförbara sjukdomarna. Vidare anfördes att om den behandlande läkarens verksamhet för undersökning, smittspårning m.m. fungerade bra hade smittskyddsläkaren sällan anledning att vidta andra åtgärder än att följa hur smittskyddssituationen utvecklades inom dåvarande landstingsområdet. Det framhölls också att en framgångsrik bekämpning av sjukdomarna i fråga förutsatte att patienten kunde känna ett orubbat förtroende för den behandlande läkaren. Att uppgifter som patienten lämnat om sig själv och om andra förhållanden inte spreds ansågs i stor utsträckning vara en förutsättning för detta förtroende.[5]

Nuvarande smittskyddslag

1996 års smittskyddskommitté, som hade i uppgift att göra en översyn av 1988 års smittskyddslag, anförde i sitt betänkande att det gick att ifrågasätta om anonymitetsskyddet i form av anmälan med rikskod skulle behållas i en ny smittskyddslag. Kommittén landade emellertid i att det fanns övervägande skäl för att skyddet skulle kvarstå och föreslog ett bemyndigande som gav regeringen möjlighet att föreskriva om att identitetsuppgifter och uppgift om smittkälla inte skulle lämnas i anmälan beträffande vissa sjukdomar.[6,7]

I den efterföljande propositionen, som låg till grund för nuvarande smittskyddslag, anförde regeringen följande i frågan om huruvida anmälan med rikskod skulle behållas:

> Det kan ifrågasättas om detta skydd bör behållas. Avsaknad av identitetsuppgifter i anmälan kan medföra att åtgärder för att begränsa smittspridningen fördröjs. Utredningsarbetet underlättas om den smittades

[5] Prop. 1988/89:5 s. 65–67.
[6] SOU 1999:51 s. 367 och 368.
[7] *Smittkälla* avser normalt sett en människa, ett djur eller ett föremål eller livsmedel som ett smittämne överförts från.

identitet är känd. Bristen på identitetsuppgifter kan dessutom innebära att smittskyddsläkarens arbete med att följa smittsamhet försvåras, bl.a. i sådana fall då en hivsmittad patient även har en annan smittsam sjukdom (t.ex. tuberkulos). Dessa svårigheter talar för att undantaget för vissa sjukdomar bör upphävas. Regeringen har inledningsvis anfört att särreglering av hivinfektion i olika sammanhang bör undvikas. Vissa skäl kan dock anföras mot att identitetsskyddet för de sexuellt överförbara sjukdomarna skall behållas. Det har bl.a. framförts att uppgivandet av identitetsuppgifter vad gäller de ifrågavarande sjukdomarna kan motverka möjligheten att minska smittspridningen, eftersom det kan befaras att en person som misstänker att han eller hon kan vara smittad av dylik sjukdom avhåller sig från att uppsöka sjukvården om hans eller hennes identitetsuppgifter sprids. Kravet på att identitetsuppgifter skall lämnas kan vidare få till följd att behandlande läkare i enskilda fall helt underlåter att fullgöra sin anmälningsskyldighet av hänsyn till patientens integritet. Vid en avvägning finner regeringen att övervägande skäl talar för att skyddet för identitetsuppgifter vid anmälan av fall av de sexuellt överförbara sjukdomar som omfattas av anmälningsplikt för närvarande skall kvarstå.[8]

När den nuvarande smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, infördes togs mot denna bakgrund in ett bemyndigande om möjligheten att föreskriva om undantag för uppgift i anmälan för viss sjukdom (2 kap. 7 §).

6.2 Fyra sjukdomar anmäls med rikskod

Regleringen av anmälningsskyldigheten

De fyra sjukdomar som ska anmälas med rikskod i dag är gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis. De har omfattats av bestämmelserna om detta sedan 1988 års smittskyddslag infördes. Samtliga är klassificerade som allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen och därmed smittspårningspliktiga och anmälningspliktiga. Detta framgår av 1 kap. 3 § och bilaga 1 till smittskyddslagen (se mer om klassificeringen i kapitel 2).

Vem som ska anmäla fall av smittsamma sjukdomar regleras i 2 kap. 5 § SmL. Behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av en allmänfarlig sjukdom eller en annan anmälningspliktig sjukdom ska utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i

[8] Prop. 2003/04:30 s. 94 och 95.

den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten (s.k. klinisk anmälan).

Anmälningsskyldigheten gäller också läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik och den som är ansvarig för ett sådant laboratorium (s.k. laboratorieanmälan) samt läkare som utför obduktion. En anmälningsskyldighet för den behandlade läkaren finns också för annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Huvudregeln om vad en anmälan av fall av en anmälningspliktig sjukdom ska innehålla finns i 2 kap. 6 § SmL. Där stadgas att anmälan ska innehålla uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, den sannolika smittkällan, de sannolika smittvägarna, de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Som angetts ovan bemyndigas i 2 kap. 7 § sjätte punkten SmL regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om undantag för uppgift i en anmälan. Regeringen har utnyttjat bemyndigandet genom att i 4 § smittskyddsförordningen (2004:255), förkortad SmF, och i bilaga 2 till förordningen föreskriva om undantag gällande de fyra nämnda sjukdomarna gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis. För dessa sjukdomar ska således uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer, adress och den sannolika smittkällan inte lämnas. I stället ska anmälan innehålla uppgifter om de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades eller misstänkt smittades personnummer eller samordningsnummer och om hans eller hennes hemortslän. Om den smittade eller misstänkt smittade tillhör en grupp som är eller kan tänkas vara riskutsatt ska detta anges i anmälan. Några andra uppgifter om den smittades identitet får inte lämnas i anmälan.

För de fyra sjukdomarna som anmäls med rikskod är det således reglerat att anmälan ska innehålla följande:

– uppgift om de två första och de fyra sista siffrorna i personnummer eller samordningsnummer (rikskod i enlighet med 4 § SmF),
– uppgift om hemortslän (i enlighet med 4 § SmF),

– uppgift om att den enskilde tillhör en grupp som är eller kan tänkas vara riskutsatt (i enlighet med 4 § SmF),
– uppgift om de sannolika smittvägarna (i enlighet med 2 kap. 6 § tredje punkten SmL),
– uppgift om de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning (i enlighet med 2 kap. 6 § fjärde punkten SmL), samt
– uppgift om andra uppgifter av betydelse för smittskyddet (i enlighet med 2 kap. 6 § femte punkten SmL).

I 5 § andra punkten SmF har regeringen bemyndigat Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om sådana andra uppgifter av betydelse för smittskyddet som avses i 2 kap. 6 § SmL. Sådana föreskrifter har Folkhälsomyndigheten meddelat vid ett tillfälle, då beträffande covid-19 (Folkhälsomyndighetens föreskrifter [HSLF-FS 2021:74] om uppgifter om smittspårning vid sjukdomen covid-19).

Anmälningar av fall av allmänfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar görs i det digitala rapporteringssystemet Sminet (se närmare om Sminet i avsnitt 6.5).[9] Det finns olika formulär för anmälan av respektive anmälningspliktig sjukdom. Vilka uppgifter som ingår i klinisk anmälan respektive laboratorieanmälan skiljer sig åt bl.a. på så sätt att klinisk anmälan innehåller mer detaljerade uppgifter än laboratorieanmälningarna.

Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren får alltid samma uppgifter från respektive anmälare.

Smittskyddsläkaren kan få uppgift om identiteten vid behov

Anmälan med rikskod innebär i praktiken att det enbart är personal som arbetar med fallet hos den anmälande vårdgivaren och laboratoriet som känner till personens identitet. Smittskyddsläkaren kan dock vid behov begära att få uppgift om identiteten för personer som anmälts till Sminet med rikskod. I 6 kap. 9 § SmL stadgas att om smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt smittskyddslagen behöver uppgifter om en person med en allmänfarlig

[9] Det finns också möjlighet för behandlande läkare att göra en klinisk anmälan genom att skriva ut och skicka in ett ifyllt formulär med post till smittskyddsläkaren som då lägger in informationen i Sminet.

sjukdom, är myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet, och personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, skyldiga att på begäran av smittskyddsläkaren lämna de uppgifter som behövs.

Bestämmelsen innebär sådan uppgiftsskyldighet som anges i 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), där det stadgas att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. För enskild hälso- och sjukvård finns motsvarande bestämmelse i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Bestämmelsen i 6 kap. 9 § SmL är begränsad till personer som är bekräftat smittade av allmänfarlig sjukdom. De fyra sjukdomarna som anmäls med rikskod är allmänfarliga. I enlighet med Folkhälsomyndighetens falldefinitioner anmäls de i praktiken inte vid enbart misstänkt fall.[10] Bestämmelsen täcker således normalt de behov som smittskyddsläkaren kan ha av att ta reda på identitetsuppgifterna.

Typer av uppgifter i klinisk anmälan av sjukdomar med rikskod

Vad som ska anges i anmälan beror på sjukdomen

Flera typer av uppgifter är gemensamma i formulären för klinisk anmälan av gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis. Det gäller utöver rikskoden bl.a. juridiskt kön, grund för diagnos, anledning till undersökning, diagnosdatum, sannolikt smittland, smittväg och uppgifter om givna förhållningsregler.

På andra punkter skiljer sig anmälningarna åt.

För syfilis anges infektionens stadium (*oklar*, *primär*, *sekundär*, *tidigt latent*, *annat stadium* eller att uppgift saknas). För syfilis finns valbara alternativ beträffande anledning till undersökning som inte finns för övriga sjukdomar, bl.a. *migrant*, *screening av blodgivare*, *screening av gravida* och *screening inför assisterad befruktning.*

För hiv anges typ av infektion (*aids*, *hiv-bärare*, *hiv och aids samtidigt*, *primärinfektion* eller att uppgift saknas) och eventuellt datum

[10] Folkhälsomyndigheten. Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen 2025. Version 12. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.

för aidsdiagnos. För hiv anges också senast kända negativa test i Sverige och om personen också har tuberkulos (*TB/HIV-coinfektion*).

För både syfilis och hiv anges, för personer som inte är födda i Sverige, tidpunkt för ankomst till Sverige. I dessa anmälningar anges också om personen har donerat blod eller annat.

Vilka smittvägar som kan anmälas

Smittväg är vid klinisk anmälan obligatoriskt att ange för de fyra rikskodssjukdomarna. Begreppet smittväg är inte definierat i smittskyddslagen. Det finns heller inget bemyndigande i smittskyddslagen som uttryckligen avser meddelande av föreskrifter om vilka smittvägar som en anmälan ska innehålla.

För klamydia och gonorré är de valbara alternativen *mor-barn-smitta*, *sexuell kontakt med båda könen*, *sexuell kontakt med motsatt kön*, *sexuell kontakt med samma kön*, *annan smittväg* eller att uppgift saknas. För syfilis är alternativen utöver de nyss nämnda även *blod/blodprodukt*. För hiv kan anmälaren ange *blod/blodprodukt*, *intravenöst missbruk*, *mor-barn-smitta*, *sexuell kontakt med motsatt kön*, *sexuell kontakt med samma kön*, *tatuering/piercing*, *annan smittväg* eller att uppgift saknas.

Uppgift om riskutsatt grupp

Det ska anges i anmälan om den smittade eller misstänkt smittade tillhör en grupp som är eller kan tänkas vara riskutsatt. Att uppgiften ska anmälas för rikskodssjukdomarna sammanhänger med att inga andra personuppgifter samtidigt får anmälas (4 § SmF).

Vid klinisk anmälan i Sminet måste anledning till provtagning anges. En valbar anledning är *Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (sexuellt riskbeteende)*. Det finns inga fritextfält i anmälningsformuläret där det närmare ska anges vilken grupp det är fråga om.

Även andra sjukdomar än de fyra som omfattas av rikskod kan överföras sexuellt

Vid sidan av de fyra sjukdomarna gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis som enligt smittskyddsförordningen anges vara anmälningspliktiga sjukdomar med huvudsakligen sexuell smittväg, finns även andra sjukdomar som kan överföras sexuellt.

Hepatit A–D, infektion med HTLV I eller II samt infektion med apkoppsvirus (mpox) är alla allmänfarliga sjukdomar som kan överföras vid sexuell kontakt. De ska anmälas med angivande av bl.a. de sannolika smittvägarna, men inte med rikskod. Det innebär att det i dag, utifrån anmälningarna av dessa sjukdomar, kan gå att dra slutsatser om sexuella beteenden hos vissa individer som har anmälts med personnummer och namn. Vi går här något närmare in på anmälan av hepatit B, hepatit C och mpox.

Fall av hepatit B anmäls med namn och personnummer. Smittväg är i Sminet obligatorisk att anmäla. Alternativen som kan väljas är *blod/blodprodukt*, *intravenöst missbruk*, *mor-barn-smitta*, *personkontakt*, *sexuell kontakt med motsatt kön*, *sexuell kontakt med samma kön*, *tatuering/piercing*, *vårdrelaterad smitta som patient*, *vårdrelaterad smitta som personal* och *annan smittväg*.

Likaså anmäls fall av hepatit C med namn och personnummer. Smittväg är i Sminet obligatorisk att anmäla. Alternativen som kan väljas är *blod/blodprodukt*, *intravenöst missbruk*, *mor-barn-smitta*, *personkontakt*, *sexuell kontakt med motsatt kön*, *sexuell kontakt med samma kön*, *smitta genom yrket*, *tatuering/piercing*, *vårdrelaterad smitta som patient*, *vårdrelaterad smitta som personal* och *annan smittväg*.

När det gäller mpox, som våren 2022 fick spridning i Europa, angav Folkhälsomyndigheten i sin hemställan om att klassificera sjukdomen som allmänfarlig bl.a. att av fallen i Europa verkade överföring av virus ha skett via sexuella kontakter mellan män som har sex med män. Viruset bedömdes inte som högsmittsamt men överföring kunde ske vid nära kontakt och droppsmitta. Genom att avstå från nära kontakt, framför allt sexuell kontakt, bedömde myndigheten att risken för överföring var mycket låg.[11] Fall av mpox i Sverige har sedan dess i huvudsak setts bland män som har sex med män under åren 2022–2024.[12]

[11] Folkhälsomyndigheten. Hemställan om att infektion med apkoppsvirus klassificeras som allmänfarlig sjukdom. 2022.05.19. Dnr 01869-2022.
[12] Folkhälsomyndigheten. Mpox – statistik.

Utredningen kan konstatera att Folkhälsomyndigheten i sin hemställan inte gjorde några överväganden gällande om sjukdomen borde omfattas av anmälan med rikskod. Inte heller i den efterföljande propositionen, som låg till grund för den lagändring genom vilken sjukdomen togs in i bilaga 1 till smittskyddslagen, gjordes några sådana överväganden.[13] Fall av mpox anmäls således med bl.a. personnummer och namn. Smittväg är i Sminet obligatorisk att anmäla och alternativen som kan väljas är *djurkontakt*, *mor-barn-smitta*, *personkontakt*, *sexuell kontakt med båda könen*, *sexuell kontakt med motsatt kön*, *sexuell kontakt med samma kön*, *vårdrelaterad smitta som patient*, *vårdrelaterad smitta som personal* och *annan smittväg*. Det är också obligatoriskt att fylla i anledning till undersökning där ett av svarsalternativen är *Provtagning i grupp med högre förväntad prevalens (sexuellt riskbeteende)*.

Omfattningen av anmälningar med rikskod

År 2024 anmäldes cirka 70 600 fall av anmälningspliktiga sjukdomar (exklusive covid-19 och efter rensning för dubbletter), varav knappt 53 000 var smittspårningspliktiga. Knappt 31 500 fall anmäldes med rikskod, varav knappt 84 procent avsåg klamydia (se tabell 6.1). Som jämförelse kan nämnas att år 2023 anmäldes drygt 37 000 fall av sjukdomar med rikskod.

[13] Prop. 2021/22:254.

Tabell 6.1 Fall av sjukdomar som anmäldes med rikskod 2024

Antal och andelar

	Gonorré	Hiv	Klamydia	Syfilis	Totalt
Antal anmälda fall	4 365	296	26 392	412	31 465
Andel av fall anmälda med rikskod (%)	13,9	0,9	83,9	1,3	100
Andel av 70 600 fall av anmälningspliktiga sjukdomar (%)	6,2	0,4	37,4	0,6	44,6
Andel av 53 000 fall av smittspårningspliktiga sjukdomar (%)	8,3	0,6	49,9	0,8	59,5
Beräknat antal anmälningar per fall innan rensning i Region Stockholm 2024*	3,75	2,97	2,24	2,85	–

Källa: Underlag från Folkhälsomyndigheten, 2025-09-10.
* Data från Region Stockholm för år 2024.

Kvalitetsregistret InfCareHIV

Vid de överväganden som utredningen har att göra i fråga om ändamålsenligheten med att anmäla sjukdomar med rikskod är det av intresse hur berörda uppgifter om patienter registreras i andra register. Utredningen har inte gjort någon fullständig kartläggning över vilka register sådana uppgifter kan förekomma. Med anledning av de uppdrag vi i övrigt har i fråga om hivinfektion har vi dock valt att beskriva ett register av intresse för denna sjukdom, InfCareHIV.

InfCareHIV är ett av cirka 150 individbaserade kvalitetsregister för vilket Karolinska Universitetssjukhuset är centralt personuppgiftsansvarig. Syftet med registret är att skapa en god och jämlik vård för patienterna oavsett smittväg och vårdgivare.

InfCareHIV består förenklat av tre komponenter; ett kliniskt beslutsstöd, ett nationellt kvalitetsregister och en forskningsdatabas och inkluderar alla Sveriges hivkliniker. Det är frivilligt för individen att vara med men mer än 99 procent av alla som är diagnostiserade med hiv har samtyckt till registrering.

För varje patient registreras personnummer, rikskod, kön vid födseln, könsidentitet, födelseland, misstänkt smittväg, datum för sista negativa hivtest, datum för första positiva hivtest och misstänkt land för transmission. Data som samlas in eller uppdateras vid varje

uppföljningsbesök inkluderar en rad epidemiologiska, kliniska och laborativa data samt data kring självskattad hälsa: bl.a. ålder, kön, smittväg, vikt, eventuell aidsdiagnos och dödsorsak, start- och stoppdatum för hivläkemedel, och anledningen till eventuell ändring av läkemedelsregim, virusnivåer i blod, CD4-cellantal, hivläkemedelsresistens (inklusive virussekvenserna). Serologiska och virologiska data om samtidig infektion med hepatit C- och B-virus ingår också.

Data i InfCareHIV bidrar till att läkare kan identifiera individer eller subgrupper av personer med hiv som behöver specifika åtgärder. Uppgifterna omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess. När data används för statistik eller forskningsändamål är de alltid pseudononymiserade eller avidentifierade.

6.3 En nordisk utblick

I detta avsnitt beskriver vi översiktligt hur anmälningar av fall av de sjukdomar som i Sverige anmäls med rikskod görs i tre andra nordiska länder.

Finland

I Finland anmäls fall av hiv, klamydia, gonorré och syfilis med patientens *personbeteckning* (motsvarande vårt personnummer) och namn. Liksom i Sverige gäller anmälningsplikt både för läkare och laboratorier (med vissa undantag). För hivinfektion gäller särskilda regler som innebär att samma patient kan anmälas av läkare tre gånger: då sjukdomen konstateras, då sjukdomen når aids-stadiet och då patienten avlider.[14]

Danmark

Hivinfektion omfattas av anmälningsskyldighet i Danmark sedan 1990. Fall ska anmälas av både läkare och laboratorium till Statens Serum Institut (SSI). Motsvarande gäller för syfilis och gonorré. Klamydiainfektion anmäls enbart av laboratorium till SSI.[15]

[14] Statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar.
[15] Se 5 och 6 §§ och bilaga till bekendtgørelse om anmeldelse af smitsomme sygdomme.

Inledningsvis tillämpade Danmark helt anonym anmälan av hivfall.[16] År 2005 gick man över till anmälan med födelsedatum och vad som benämns soundex-kod. Soundex (efter engelskans *sound index*) är en kod som består av den första bokstaven i efternamnet följt av tre siffror som bestäms av konsonanterna i efternamnet. Samma kod kan gälla för en grupp efternamn, och ett specifikt namn kan inte avslöjas från en soundex-kod.

Sedan 2010 anmäls hivfall i Danmark med identitetsuppgifter, däribland personnummer, s.k. CPR-nummer. Detsamma gäller för andra sjukdomar som omfattas av anmälningsskyldighet, däribland gonorré, klamydiainfektion och syfilis.[17]

Norge

I Norge gäller anmälningsplikt för hiv, klamydia (inklusive LGV), gonorré och syfilis, som betecknas som sexuellt överförbara sjukdomar (*seksuelt overførbare sykdommer*).[18] Anmälan får bl.a. innehålla identitetsuppgifter.

Folkhelseinstituttet (FHI) som ligger under hälsoministeriet har till utredningen uppgett att när anmälningskravet för hivfall i Norge infördes ansågs det inte vara ett alternativ att ange identitetsuppgifter i anmälan på grund av stigmatisering och rädsla i befolkningen.[19] Man befarade att rädslan för att bli registrerad skulle hindra människor från att testa sig. Anmälan med identitetsuppgifter infördes emellertid 2019 efter att FHI under flera år arbetat för att få till en sådan förändring. De två viktigaste motiven angavs vara kvalitet och kunskap:

– Kvalitet: det var inte möjligt att genomföra en korrekt övervakning eftersom man inte kunde kvalitetssäkra dubbletter och arbetet med den kvalitetssäkring som var möjlig var tidskrävande. Det gick inte heller utan person-ID att påminna vårdgivare om behov av epidemiologiska rapporter som saknades.

[16] Statens Serum Institut. Soundex code on the HIV notification form. Köpenhamn: EPI-NEWS. No 51 2004; 2004.
[17] 2 § bekendtgørelse om anmeldelse af smitsomme sygdomme.
[18] Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften).
[19] Personlig kommunikation Hilde Kløvstad, Folkehelseinstituttet, FHI 2025-05-05 och 2025-06-25.

– Kunskap: man ville kunna länka fallanmälan till andra datakällor för ökad kunskap – t.ex. om allvarlighetsgrad och följsamhet i behandling.

FHI har uppgett till utredningen att det när förändringen remitterades kom en del kritiska synpunkter, men i allmänhet fanns det ett brett stöd för ändringen, inklusive från ideella organisationer. Även om det inför införandet fanns en oro hos vissa aktörer är det myndighetens uppfattning att de flesta såg fördelarna med en mer komplett övervakning. Även möjligheten till ny och användbar kunskap genom att länka register till varandra bedömdes generellt som positivt. FHI har också uppgett att myndigheten bedömer att testbenägenheten i Norge inte har påverkats negativt till följd av den förändrade anmälan.[20]

6.4 Rikskod är inte ändamålsenligt och bör tas bort

Bedömning

Ordningen att anmäla sjukdomar med rikskod är inte ändamålsenlig och bör tas bort. Regleringen i smittskyddsförordningen av anmälan med rikskod bör således upphävas.

Bemyndigandet i smittskyddslagen om undantag för uppgift i anmälan vid viss sjukdom bör inte tas bort.

Medicinska, epidemiologiska och attitydsmässiga förändringar har skett sedan rikskod infördes

När anmälan med rikskod infördes var prognosen dålig för en person med hiv, med stor risk för utvecklande av aids och att avlida av sjukdomen. En person som misstänktes eller bekräftades ha hiv hade om han eller hon sökte vård att förvänta sig begränsningar i sin livsföring efter beslut av läkare och ytterst, vid bristande följsamhet, isolering på sjukhus. Värnandet av integriteten för de enskilda och att öka förtroendet för smittskyddslagstiftningen var två av skälen till att det

[20] Personlig kommunikation Hilde Kløvstad, FHI, 2025-05-05 och 2025-06-25.

som nu är regleringen av rikskod i smittskyddsförordningen initierades.[21]

Som vi beskrivit närmare i kapitel 4 är situationen för hiv i dag radikalt annorlunda. Tillgång till effektiv läkemedelsbehandling innebär att personer vars infektion upptäcks i tid och som får tillgång till behandling inte utvecklar aids och har en förväntad livslängd som närmar sig den för personer utan hiv. Risken för att någon under dessa förutsättningar håller sig undan hälso- och sjukvården på grund av det eventuella obehag som en registrering med personnummer kan upplevas innebära får betecknas som låg. För hiv är det mot den bakgrunden rimligt att den förändrade medicinska och epidemiologiska situationen kan få genomslag i hur sjukdomen anmäls för epidemiologisk övervakning.

De fyra rikskodssjukdomarna har, enligt ordalydelsen i smittskyddsförordningen, *huvudsakligen* sexuell smittväg. Det kan hävdas att regleringen, ur ett integritetsperspektiv, vore mer konsekvent om den avsåg samtliga sjukdomar som *kan* spridas sexuellt och anmälas med sexuell kontakt som smittväg. Som vi redogjort för i avsnitt 6.2 finns det flera sådana anmälningspliktiga sjukdomar.

Genomgången i avsnitt 6.2 visar också annat. Det senaste exemplet som vi beskriver där är mpox. Det kan hävdas att sjukdomens förändrade spridningssätt som noterades 2022 borde ha medfört att den omfattats av anmälan med rikskod eftersom spridningen huvudsakligen bedömdes ske sexuellt. Det synes dock inte från någon aktör ha ifrågasatts huruvida anmälan av fall av mpox skulle ske med namn och personnummer. Detta skulle kunna bero på att kännedomen om rikskod i allmänhet är låg. Det skulle dock också kunna indikera att det har skett en förskjutning i synen på sexuellt överförbara sjukdomar.

Normer kring sexualitet och sexuell hälsa i allmänhet måste enligt utredningens uppfattning sägas ha förändrats till det bättre sedan regleringen av rikskod infördes. I dag får öppenheten anses vara större i dessa frågor.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det finns såväl medicinska, epidemiologiska som principiella skäl som talar för att avskaffa anmälan med rikskod.

[21] Prop. 1985/86:13 s. 12 och 13.

Ett borttagande av rikskod bedöms inte minska hivtestningen

Civilsamhällesorganisationer har i kontakt med utredningen tagit upp risken att befolkningens testningsbenägenhet för hiv och övriga sjukdomar som rapporteras med rikskod skulle kunna minska om undantaget avskaffas.

Utredningen kan konstatera att det saknas aktuella studier kring rikskod och kännedomen om den. Det har genomförts studier av vad som motiverar enskilda att testa sig för hiv och andra STI:er och vad som kan avhålla dem från att göra det, men ingen har frågat specifikt om rikskod. Därför har vi själva försökt undersöka saken. Vårt övergripande intryck är att kännedomen om vad anmälan med rikskod innebär tycks begränsad även bland intressenter och personer som är verksamma på hiv/STI-området.

Vi har vidare undersökt hur STI-mottagningar bedömer att vårdsökandes kännedom om rikskod är. Vi frågade skriftligen kontaktpersonerna på de STI-mottagningar som medverkade i att genomföra enkätundersökningen bland personer som söker test och rådgivning för hiv, se bilaga 5. Samtliga svarande uppgav att rikskod är något som de aldrig får frågor om från patienter eller har hört någon besökare reflektera kring.

En patient kan vid provtagning för hivinfektion begära att provet ska tas anonymt. Kontaktpersonerna på STI-mottagningarna svarade att mycket få av besökarna efterfrågar anonym hivtestning. På två av landets största STI-mottagningar uppgav man att man inte hade fått någon förfrågan om anonymt hivtest under 2025, t.o.m. september månad.

I vår enkätundersökning bland behandlande läkare framträdde övergripande en liknande bild (se bilaga 5). Bland de 20 respondenterna som besvarade frågan var det ingen som hade varit med om att få frågor om rikskod från patienter och nio som svarade att rikskod är irrelevant ur smittskyddshänseende. Sex av de 20 svarande uppgav att rikskod är viktigt ur smittskyddshänseende och bidrar till att personer vågar testa sig för STI:er.

Slutligen noterar vi att man i Norge 2019, beträffande hiv, gjort en förändring av anmälan på ett sätt som liknar det vi nu har att utreda. Enligt våra kontakter med Norge såg man där ingen minskad testbenägenhet efter förändringen av anonymitetsskyddet.

Vår sammantagna bedömning är att ett upphävande av bestämmelsen om rikskod inte bör komma att innebära minskad testning för de fyra aktuella sjukdomarna. Vad gäller hiv bedömer vi också, som vi anfört i föregående avsnitt, att tillgången till effektiv läkemedelsbehandling för en sjukdom som annars är mycket allvarlig har en särskild betydelse för motivationen att testa sig.

Rikskod medför osäkerheter vid övervakningen inom smittskyddet

Den s.k. dubbletthanteringen kompliceras av användningen av rikskod

Det förekommer att ett fall av en anmälningspliktig sjukdom anmäls mer än en gång till Sminet. Det kan uppkomma t.ex. när både laboratoriet som analyserar proverna och mottagningen där patienten har provtagits anmäler fallet. Det kan också förekomma att resultat från upprepade prover från samma patient anmäls, med följden att det finns flera anmälningar för en och samma person och diagnos i Sminet. Såväl de regionala smittskyddsenheterna som Folkhälsomyndigheten kvalitetssäkrar därför anmälningarna till Sminet genom en manuell dubbletthantering.

I t.ex. Folkhälsomyndighetens årsredovisning för 2025 anger myndigheten, som förvaltar Sminet, och som tillsammans med regionernas smittskyddsenheter äger och finansierar systemet (se mer om detta nedan), att det pågår ett fortsatt utvecklingsarbete för att effektivisera arbetet och förbättra dataunderlaget till Sminet. Effektiviseringen omfattar samtliga anmälningspliktiga sjukdomar. Arbetet har belyst behovet av att utveckla myndighetens interna arbete genom digitalisering och automatiserade processer. I årsredovisningen beskrivs särskilt ett kvalitetssäkringsarbete som genomförts för fall av hepatit C (som inte är en sjukdom som anmäls med rikskod) som historiskt rapporterats till Sminet. Kvalitetssäkringen har lett till att många tidigare dubbletter har slagits ihop och rapporteringen blivit mer ändamålsenlig.[22]

Uppgifter till utredningen från både Folkhälsomyndigheten och de regionala smittskyddsenheterna ger vid handen att särskilt användningen av rikskod komplicerar denna dubbletthantering.

[22] Folkhälsomyndighetens årsredovisning 2025, s. 26.

Folkhälsomyndigheten har inte tillförlitlig information om hur många fall som totalt anmäls under ett år innan dubbletthanteringen är genomförd. I uppgifter till utredningen exemplifierar myndigheten dock med att anmälda fall av syfilis tenderar att halveras under ett år till följd av identifiering av dubbletter.

Den största delen av dubbletthanteringen görs av de regionala smittskydden. Tillsammans uppskattas smittskyddsenheterna lägga motsvarande 1,6 heltidstjänster på detta arbete för de sjukdomar som anmäls med rikskod.[23]

Aktörer inom smittskyddet har uppmärksammat brister under lång tid

Aktörer inom smittskyddet har uppmärksammat brister som följer av användningen av rikskod under lång tid. Smittskyddsläkarföreningen har i två skrivelser till regeringen påtalat negativa effekter av ordningen med anmälan med rikskod. I en skrivelse till Socialdepartementet 2007 påpekade föreningen att ordningen med rikskoder kan medföra brister i patientsäkerheten samt utgöra ett hinder för ett fullgott smittskydd.[24] I en skrivelse 2012 påpekade föreningen bl.a. specifikt att statistiken för klamydia har brister, att smittspårningen inte kan kvalitetsgranskas samt att smittkedjor och reinfektioner inte kan identifieras.[25]

Smittskyddsläkarföreningen menade vidare att smittskyddsläkarna på grund av rikskod inte kan uppfylla sin uppgift enligt smittskyddslagen att ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk.

[23] Skattningen bygger på uppgifter från Smittskydd Stockholm till utredningen. Där beräknas dubbletthantering av rikskodssjukdomar ta ca 20 timmar per vecka, dvs. 1 040 timmar per år. Stockholm stod år 2025 för 40 procent av landets rapporterade fall av rikskodssjukdomar. Utifrån ett antagande om att resursbehovet är proportionerligt till Stockholms i övriga regioner motsvarar det 2 608 timmar för hela landet, dvs. arbetstid motsvarande ca 1,6 heltidstjänster.

[24] Smittskyddsläkarföreningen. Ofullständig personidentitet – ett hinder för ett fullgott smittskydd och en risk för patienterna. [Kopia till statsråd]. 2007.

[25] Smittskyddsläkarföreningen. Smittskyddsanmälningar av klamydia på ”kod” - ett omotiverat hinder för bra smittskydd. [Kopia till statsråd]. 2012.

De regionala smittskydden har vidare gett exempel på begränsningar i arbetet med hiv som bibehålls med rikskod:

– Man kan inte analysera om migranter som diagnosticerats sent med hiv tillhör dem som har fått en kallelse för hälsoundersökning eller inte, t.ex. om de kommit hit på anknytning och därmed inte omfattas av erbjudandet om hälsoundersökning.
– Man kan inte avgöra om t.ex. de som diagnosticeras så sent att de hunnit utveckla aids samtidigt som de får sin hivdiagnos, har haft tidigare kontakter med vården utan att erbjudas ett hivtest. Man kan därför inte heller identifiera vårdenheter som särskilt skulle kunna informeras för att uppmärksamma behov av hivtest.
– Man kan inte studera t.ex. om de personer som, enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister, avlider i aids hör till dem som är sent diagnostiserade, nyligen kommit till Sverige eller har varit här en längre tid, och om de har haft en känd diagnos länge men inte fått det stöd de skulle behöva för att kunna få en välinställd hivbehandling, eller t.ex. har haft en psykiatrisk samsjuklighet eller andra riskfaktorer.

Smittskyddsläkarföreningen tog också upp den identifierade problematiken i sitt svar på regeringens remittering av Folkhälsomyndighetens översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar år 2017.[26]

År 2011 förde dåvarande Statens folkhälsoinstitut fram synpunkter på användningen av rikskoder i fråga om hiv. Institutet hänvisade till Finlands användning av personbeteckning i hivanmälningar sedan hivepidemins början.[27] Institutet föreslog en utredning av konsekvenserna för den statistiska uppföljningen och förutsättningarna för åtgärder mot hiv, och en översyn av ordningen för anmälan för övriga sexuellt överförbara infektioner som anmäls med rikskod.

[26] Smittskyddsläkarföreningen. Yttrande över: Remiss – Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar; S2016/03248/FS. Smittskyddsläkarföreningen; 2017.
[27] Statens folkhälsoinstitut. Målområde 7. Skydd mot smittspridning. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010, s. 106.

De regionala smittskydden ser en särskild problematik med rikskoder baserade på reservnummer

En särskild problematik som de regionala smittskydden lyfter är användningen av rikskod när den baseras på s.k. reservnummer. I vården används reservnummer för personer som saknar person- eller samordningsnummer. Det saknas ett enhetligt nationellt format för reservnummer vilket gör att olika vårdgivare kan använda olika reservnummer för en och samma person. I Sminet ska anmälan för personer med reservnummer registreras som ”annat nummer”. För de sjukdomar som ska anmälas med rikskod ska personer med reservnummer anmälas med en kod, som vi här kallar ”pseudorikskod”, utformad baserat på reservnumret.[28] Koden ska dock alltid inledas med födelseår även om reservnumret inte gör det. Detta har betydelse eftersom ett vanligt sätt att generera reservnummer uppges vara att bygga dem på innevarande år, dvs. i dagsläget 2026 (t.ex. 2026-123456).

Ovanstående skapar enligt Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarna flera problem i smittskyddsarbetet för de fyra sjukdomar som anmäls med rikskod.

För det första kan en individ med reservnummer som besöker olika vårdinstanser anmälas med flera olika ”pseudorikskoder” som inte går att koppla samman. Detta kan jämföras med fall av anmälningspliktig sjukdom utan rikskod för en person med reservnummer. Då innehåller Sminetanmälan utöver reservnumret andra identitetsuppgifter såsom namn, adress och telefonnummer. Det gör att anmälningar med olika reservnummer för samma person förhållandevis enkelt kan kopplas samman.

För det andra följs inte alltid instruktionen att ”pseudorikskoden” ska inledas med födelseår oavsett utformning av reservnumret. Eftersom det är vanligt att reservnummer bygger på innevarande år (t.ex. 2026-123456) får detta till följd att oproportionerligt många fallanmälningar ser ut att röra barn. Om smittskyddsenheterna misstänker att ett fall har rapporterats med felaktigt födelseår behöver de utreda registreringen för att verifiera om det gäller ett barn eller en felaktigt utformad rikskod.[29] Smittskyddsläkarna påpekar att det är problematiskt om de missar ett faktiskt fall av en rikskodssjukdom

[28] Folkhälsomyndigheten. Rutin vid anmälan med Rikskod av gonorré, hiv, klamydia och syfilis.
[29] Uppgift från Smittskydd Stockholm.

bland barn eftersom de vid misstanke om att minderåriga far illa, vilken t.ex. kan väckas av återkommande fall av sjukdomar som anmäls med rikskod, är skyldiga att enligt 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400) anmäla oro till socialnämnden.

Folkhälsomyndigheten har även påpekat för utredningen att cirka 6 000 av de 15 000 fallen av hiv som finns registrerade i Sminet är anmälda med reservnummer och att kombinationen av reservnummer och rikskoder komplicerar arbetet med statistik och epidemiologisk analys.

Sammantaget innebär således reservnumren särskilda problem för de fyra sjukdomarna som anmäls med rikskod i form av bl.a. merarbete och risk för felaktig statistik.

Rikskod försvårar regional och nationell epidemiologisk uppföljning samt internationell rapportering

Folkhälsomyndigheten ska enligt förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten bl.a. ansvara för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och faktorer som påverkar denna samt för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden (6 §). Myndigheten ska också analysera utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer och hur dessa fördelas efter kön, etnisk eller kulturell bakgrund, socioekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning och ålder (7 §).

För att följa upp utveckling i målgrupper och epidemiologiska trender behöver myndigheten enligt uppgift till utredningen göra fördjupade analyser och kunna samköra data från Sminet med andra register, exempelvis gällande samsjuklighet eller socioekonomiska grupper. Därigenom kan man följa upp jämlikhet i och förutsättningar för hälsa samt följa hälsans bestämningsfaktorer.

Grunden för en högkvalitativ systematisk övervakning av trender i risktagande, ansamling av sjukdomsfall samt uppföljning av interventioner är en individbaserad epidemiologisk övervakning, menar de aktörer som utredningen har samrått med. Folkhälsomyndigheten anser att epidemiologiska analyser och forskning begränsas genom att fall av rikskodsanmälda sjukdomar inte kan kopplas till fall av sjukdomar som anmälts med personnummer. Det gör att

t.ex. samsjuklighet och skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper inte fullt ut kan studeras eftersom Sminet-data för de fyra sjukdomar som anmäls med rikskod inte kan samköras med andra register. Myndigheten bedömer att möjligheterna till att studera ojämlikhet i hälsa och förutsättningar till hälsa därmed är lägre än för andra sjukdomar. Problematiken uppges särskilt påverka uppföljningen inom den under 2025 beslutade handlingsplanen mot hiv, aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner.[30]

För viss rapportering är Folkhälsomyndigheten i dag beroende av externa datakällor, såsom InfCareHIV, för att fullgöra internationell rapportering på t.ex. hivområdet. Det gäller t.ex. antal personer med hiv som just nu följs på landets hivkliniker, antal av dessa som har hivbehandling, och hur många av dessa som har välinställd behandling. Ett utvecklat Sminet utan att rikskod används i anmälningar bedöms av myndigheten säkerställa tillgången till nödvändiga data för statistik och internationell rapportering på ett samlat och bättre sätt. Om myndigheten hade en unik kod för varje fall, eller personnummer, kunde man samköra fall med SCB:s befolkningsregister med variabler som till exempel utbildning och bostadsort. Det skulle innebära att man kan följa trender bättre, men också att man kan rikta preventiva insatser utifrån behov och till specifika grupper i befolkningen.

Det går inte att utesluta att ett borttagande av rikskod kan medföra övergångsproblem vid införandet i fråga om epidemiologisk jämförbarhet över data över tid. En risk- och åtgärdsanalys för att säkerställa möjligheter till epidemiologisk jämförbarhet över tid behöver således i sådana fall göras.

Regleringen i smittskyddsförordningen om rikskoden bör tas bort men bemyndigandet om undantag vara kvar

Mot bakgrund av vad som redovisats i de föregående avsnitten bedömer utredningen att det finns både principiella och praktiska skäl till att ordningen med rikskod inte är ändamålsenlig. Regleringen i 4 § SmF om anmälan med rikskod bör därför upphävas.

Utredningen vill här framhålla att behovet av anonymitet i anmälan kan komma att bedömas annorlunda för nya eller förändrade

[30] Folkhälsomyndigheten. Handlingsplan mot hiv, aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.

sjukdomar. Det kan inte uteslutas att det i framtiden kan behöva övervägas att införa rapportering med pseudonymiserade uppgifter för någon annan sjukdom, eller vid förändring av förutsättningarna att behandla någon i dag känd sjukdom. Bemyndigandet i 2 kap. 7 § sjätte punkten SmL om att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får föreskriva om undantag för uppgift i anmälan vid viss sjukdom bör således inte tas bort.

6.5 Rikskod bör tas bort först efter en översyn av Sminet

Bedömning

Regleringen i smittskyddsförordningen om anmälan med rikskod bör tas bort först efter den annonserade översynen av personuppgiftsbehandlingen i Sminet.

Vid behov bör ett förändrat integritetsskydd föreslås

Inom ramen för vårt uppdrag om rikskod följer av våra direktiv att vid behov föreslå förändringar som medför ett tillfredsställande integritetsskydd för den enskilde. Det är självklart att detta behov gör sig särskilt gällande om utredningen avser att föreslå att anmälan som i dag görs med rikskod i stället bör kunna ske på ett sådant sätt att personer och känsliga uppgifter om dem kan identifieras med ledning av de angivna uppgifterna.

Integritetsskydd handlar inte minst om skydd för personuppgifter. I detta avsnitt redogörs för Sminet, regleringen av den personuppgiftsbehandling som utförs, och de behov av utredning som Integritetsskyddsmyndigheten (IMY), tidigare Datainspektionen, påpekat.

Bakgrunden till Sminet

Sminet utvecklades under 1990-talet som ett gemensamt projekt mellan dåvarande Smittskyddsinstitutet (SMI) och smittskyddsläkarna. Bakgrunden var att SMI enligt myndighetens regleringsbrev för bud-

getåret 1994/95 bl.a. skulle kunna identifiera risk för uppkomst av smittsamma sjukdomar tidigare och då kunna föreslå åtgärder för att eliminera sådana risker, snabba upp kommunikation genom uppbyggnad av datanätverk mellan SMI, landets infektionskliniker och mikrobiologiska laboratorier och förbättra kommunikationsvägarna för att snabbt sprida information om det epidemiologiska läget. Sminet syftade bl.a. till att möjliggöra samtidiga fallanmälningar till smittskyddsläkaren och SMI.

Den första versionen av Sminet togs i bruk 1997. Sminet var vid denna tidpunkt enbart delvis digitaliserat med relativt få laboratorier och vårdgivare anslutna. Mycket av registreringen behövde skötas manuellt både hos smittskyddsenheterna och SMI. Ett nytt system, Sminet-2, togs i bruk 2004 i samband med att nuvarande smittskyddslag trädde i kraft. Nuvarande version benämns Sminet-3 och lanserades 2021. Sminet-3 ägs och finansieras gemensamt av Folkhälsomyndigheten och landets regionala smittskyddsenheter. Folkhälsomyndigheten äger 50 procent och smittskyddsenheterna äger 50 procent tillsammans. Samtliga regionala smittskyddsenheter är anslutna till systemet liksom de mikrobiologiska laboratorierna samt tusentals vårdenheter. Folkhälsomyndigheten ansvarar för drift, support, förvaltning samt utveckling. Arbetet sker samordnat med de regionala smittskydden.

Förutom anmälningssystemet inbegriper Sminet sedan 2021 också en modul för smittskyddsläkarnas ärendehantering gentemot enskilda, så kallade paragrafärenden.

Känsliga personuppgifter behandlas i Sminet

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), förkortad EU:s dataskyddsförordning, är sedan 2018 det primära regelverket för personuppgiftsbehandling inom EU. Den benämns ofta med den engelska förkortningen GDPR som står för General Data Protection Regulation.

All personuppgiftsbehandling som omfattas av EU:s dataskyddsförordning ska följa de så kallade grundläggande principerna (arti-

kel 5) och kräver rättslig grund (artikel 6). Behandling av känsliga personuppgifter är som huvudregel förbjuden, men flera möjliga undantag finns (artikel 9). Vilka åtgärder som ska vidtas för att skydda personuppgifterna är bl.a. beroende av behandlingens art, omfattning och riskerna med behandlingen (artikel 32).

Utredningen har inte i uppdrag att kartlägga vilken personuppgiftsbehandling som förekommer i Sminet och nöjer oss med att konstatera att anmälningar till Sminet innehåller känsliga personuppgifter. De anmälningar som görs med rikskod är med EU:s dataskyddsförordningens terminologi pseudonymiserade men dock fortfarande att betrakta som personuppgifter (skäl 26).

Den allmänna dataskyddsregleringen, dvs. EU:s dataskyddsförordning och den kompletterande lagstiftningen till den, bl.a. lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) är tillämpliga på Sminet och den personuppgiftsbehandling som sker där. Någon särskild så kallad registerförfattning, som kan komplettera regleringen av skyddet för personuppgifter framför allt vad gäller myndigheters behandling av personuppgifter, finns dock inte för Sminet.

Behovet av en översyn av personuppgiftsbehandlingen

IMY har vid flera tillfällen påpekat behovet av en översyn av personuppgiftsbehandlingen på smittskyddsområdet. Behovet har lyfts både under den tid då den numera upphävda personuppgiftslagen (1998:204) var det primära regelverket avseende personuppgiftsbehandling och sedan EU:s dataskyddsförordning trädde i dess ställe. IMY har bl.a. framfört att frågan om behandlingen av känsliga personuppgifter i Sminet och andra frågor som rör den personliga integriteten behöver utredas och klargöras. Det gäller t.ex. frågan om det behövs ytterligare reglering som klargör den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter och som innehåller exempelvis bestämmelser om personuppgiftsansvar och ändamål för behandlingen.[31]

[31] Integritetsskyddsmyndigheten. Anmälningsplikt för rotavirus-infektion. Dnr DI-2021-10694. Se också: Datainspektionen. 2017-11-01. Remittering av betänkandet SOU 2017:66 Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning. Dnr DI-1954-2017, och där gjorda hänvisningar.

Inför att EU:s dataskyddsförordning skulle träda i kraft utredde Socialdataskyddsutredningen behovet av kompletterande reglering av bland annat Folkhälsomyndighetens personuppgiftsbehandling och bedömde att det inte var motiverat att reglera behandlingen särskilt, utan ansåg att denna i stället borde omfattas av den generella regleringen.[32] Datainspektionen ifrågasatte, i sitt remissvar, utredningens bedömning. Regeringen gjorde dock bedömningen att lagstiftningsärendet behövde avgränsas till att avse de anpassningar i författningar som vid den aktuella tidpunkten bedömdes behövas med anledning av EU:s dataskyddsförordning. I fråga om de myndigheter eller verksamheter som inte hade en särskild registerförfattning fick det enligt regeringen visa sig i tillämpningen om det behövdes ytterligare regleringar av behandling av personuppgifter.[33]

Innehållet i Sminet kommer att skifta karaktär om regleringen av rikskod upphävs

Som framgått ovan anmäldes år 2024 knappt 31 500 fall av de fyra rikskodssjukdomarna, varav majoriteten avsåg klamydia. Detta är under normala förhållanden en betydande andel av alla fall som överhuvudtaget anmäls i Sminet under ett år. Om bestämmelsen om anmälan med rikskod tas bort och de aktuella sjukdomarna alltjämt är anmälningspliktiga kommer karaktären på innehållet i Sminet över tid att förändras. Sminet kommer successivt att fyllas på med uppgifter genom vilka enskilda kan identifieras för de fyra sjukdomarna som hittills anmälts med rikskod. Förutom uppgift om sjukdom kommer även andra känsliga uppgifter, t.ex. smittväg och namn, kunna hänföras till en viss person.

Redan i dag innehåller anmälningar med rikskod personuppgifter i EU:s dataskyddsförordnings betydelse. Användandet av rikskod innebär dock en pseudonymisering av uppgifterna. Antalet anmälningar som innehåller känsliga personuppgifter skulle alltså inte öka jämfört med dagsläget om anmälan med rikskod ersattes av anmälan med personnummer och namn. Däremot skulle personnummer och namn självklart innebära att enskilda enklare identifieras. Det faktiska antalet personuppgifter per anmälan skulle också öka.

[32] SOU 2017:66 s. 201–202.
[33] Prop. 2017/18:171 s. 63–67.

Omfattande personuppgiftsbehandling föregås normalt av en översyn av behovet av en författningsreglering

Vi har ovan redogjort för att personuppgiftsbehandlingen i Sminet saknar särskild författningsreglering. Behandlingen grundar sig således på EU:s dataskyddsförordning och den lagstiftning som kompletterar den. Den typ av omfattande personuppgiftsbehandling som det är fråga om är av sådant slag att den normalt sett föregås av en grundlig utredning av behovet av en särskild reglering av behandlingen.

Genom ett tilläggsdirektiv fick vi i uppdrag att se över och analysera vilka kompletterande bestämmelser som behövs för den personuppgiftsbehandling som utförs i Sminet i syfte att värna integriteten för de registrerade. Regeringen angav i direktiven att utgångspunkten vid en sådan översyn är att regleringen ska vara ändamålsenlig och tydlig med beaktande av de bestämmelser som gäller enligt EU:s dataskyddsförordning och den kompletterande lagstiftningen. Frågor som bör analyseras är bl.a. den rättsliga grunden för behandlingen, personuppgiftsansvar, ändamålet med behandlingen och lämpliga skyddsåtgärder. Regeringen har dock senare ändrat våra direktiv och tagit bort uppdraget gällande Sminet, men samtidigt annonserat att den avser att återkomma om hur frågan översynen ska hanteras.

Ett borttagande av rikskod bör avvakta översynen av Sminet

Ovan har vi bedömt att ordningen med anmälan med rikskod inte är ändamålsenlig och bör tas bort, samtidigt som vi också har konstaterat att Sminet kommer att innehålla fler känsliga personuppgifter om ordningen med rikskod tas bort. Som vårt slutliga uppdrag kommit att utformas har utredningen inte i uppdrag att göra en översyn över personuppgiftsbehandlingen i Sminet. Det är vår uppfattning att de överväganden om integritetsskyddande åtgärder som kan behövas vidtas eller regleras i författning vid en sådan utökad personuppgiftsbehandling för de fyra sjukdomar som i dag anmäls med rikskod behöver göras tillsammans med den översyn som regeringen annonserat.[34]

[34] Dir. 2025:96, se bilaga 4.

Mot denna bakgrund anser utredningen att ett borttagande av regleringen av rikskoden i smittskyddsförordningen inte bör föregå en sådan översyn.

6.6 Anmälningar bör endast innehålla uppgifter som är nödvändiga

Bedömning

Det är inte längre nödvändigt att uppgift om den smittade tillhör en riskgrupp anges i anmälan när rikskoden tas bort.

När anmälan med rikskod tas bort bör det anges i föreskrifter vad anmälan ska innehålla.

Den kommande översynen bedöms behöva omfatta frågor om vilka uppgifter som bör ingå i en anmälan

Det är av grundläggande betydelse för den personliga integriteten att inte fler personuppgifter anmäls och behandlas än vad som behövs för att Folkhälsomyndigheten respektive smittskyddsläkarna ska kunna utföra sina uppdrag (jfr artikel 5.1 i EU:s dataskyddsförordning). En översyn av personuppgiftsbehandlingen i Sminet behöver därför enligt vår uppfattning med nödvändighet innehålla en bedömning av vilka personuppgifter som bör hanteras i Sminet och därmed ingå i en anmälan. Smittskyddslagens bemyndiganden att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som anmälan ska innehålla kan i det sammanhanget behöva justeras eller kompletteras. Vår utgångspunkt är att inte föregå en sådan kommande bedömning.

Mot bakgrund av vår bedömning att ordningen med att anmäla vissa sjukdomar med rikskod bör tas bort ser vi ändå anledning att uttala oss något om huruvida borttagandet medför följdändringar som bör vidtas i fråga om de uppgifter som anmäls till Sminet.

Uppgift om riskgrupp är inte längre nödvändig om rikskod tas bort

För sjukdomar som anmäls med rikskod ska det i dagsläget anges i anmälan om den smittade eller misstänkt smittade tillhör en grupp som är eller kan tänkas vara riskutsatt (4 § SmF). Att uppgift om riskutsatt grupp ska lämnas för rikskodssjukdomarna sammanhänger med att inga andra uppgifter om personens identitet får lämnas än rikskoden och hemortslän.

Under utredningsarbetet har vi undersökt vad uppgiften om riskutsatt grupp används till. Informationen uppges, enligt Folkhälsomyndigheten, kunna ge indikationer på utbrott i specifika grupper. Utredningens bedömning är att uppgiften om riskutsatt grupp inte fyller någon avgörande funktion för smittskyddsarbetet. Dels rapporteras uppgift om smittväg som indirekt i vissa fall kan ge information om riskgruppstillhörighet, dels bedöms de regionala smittskyddens behov kunna tillgodoses genom t.ex. direktkontakter med regionens olika utförare av testning för hiv och andra sexuellt överförbara infektioner. Det finns därför inga skäl att i föreskrifter föreskriva om att uppgiften fortsatt ska ingå i anmälan när ordningen med att anmäla med rikskod tas bort.

Det kan övervägas om alla uppgifter är nödvändiga för såväl Folkhälsomyndigheten som smittskyddsläkarna

I dagsläget behöver behandlande läkare eller laboratorium enbart göra en anmälan till Sminet per fall, och samma system används för alla anmälningspliktiga sjukdomar. Detta medför att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna har tillgång till samma uppgifter. Denna ordning är enligt utredningens uppfattning utifrån den anmälningsskyldighet som finns i dag effektiv och ändamålsenlig.

Folkhälsomyndigheten har uppgett till utredningen att den för att fullgöra sina skyldigheter i smittskyddslagstiftningen inte behöver uppgifter om vilka åtgärder som behandlande läkare har vidtagit för att hindra smittspridning, vilket i dag är en uppgift som anmäls till Sminet. Detta är uppgifter som enbart smittskyddsläkaren använder för att kvalitetskontrollera smittskyddsarbetet i sin region. Vidare bedömer Folkhälsomyndigheten att man inte alltid behöver kombinationen av både namn och personnummer.

Behovet av uppgifter är som vi beskrivit ovan nära förknippat med vilka ändamål för vilka uppgifterna får behandlas, vilket i sin tur ingår i den annonserade översynen. Detsamma bör gälla frågan om det i Sminet bör göras någon åtskillnad mellan vilka uppgifter som Folkhälsomyndigheten respektive smittskyddsläkarna kommer åt.

Folkhälsomyndigheten bör föreskriva om uppgifter av betydelse för smittskyddet

Vilka närmare uppgifter som ska anges i anmälan av anmälningspliktiga sjukdomar anges i formulär som styrelsen för Sminet beslutar. Detta gäller för samtliga anmälningspliktiga sjukdomar och inte enbart de fyra som anmäls med rikskod.

En grundläggande rättssäkerhetstanke med EU:s dataskyddsförordning är att den enskilde ska kunna skaffa sig en överblick över vilka personuppgifter om honom eller henne som registreras och vilka övriga behandlingar som sker. Nuvarande ordning innebär enligt utredningens uppfattning att vilka personuppgifter som registreras vid en anmälan till Sminet inte är så förutsebart som är önskvärt, givet att det ofta är fråga om mycket integritetskänsliga uppgifter och kombinationer av uppgifter. Ett sätt att göra det mer förutsebart är att i stället besluta om myndighetsföreskrifter med motsvarande innehåll som nu anges i Sminets formulär. Det skulle bl.a. innebära att uppgifterna blir föremål för sedvanligt beredningsförfarande och publiceras i en författningssamling. Transparensen och rättssäkerheten skulle därigenom öka. Det är därför utredningens uppfattning att det kan övervägas att de uppgifter som ska ingå i en anmälan bör framgå av myndighetsföreskrifter baserade på bemyndiganden i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen. Sådana föreskrifter bör omfatta samtliga anmälningspliktiga sjukdomar.

7 Ytterligare stärkt skydd mot omfattande smittspridning

Utredningens ursprungliga direktiv tillkom som en följd av covid-19-pandemin. Uppdraget syftar till att på olika sätt stärka beredskapen inför framtida pandemier. I delbetänkandet lämnade vi således ett antal förslag som syftar till att stärka författningsberedskapen inför framtida pandemier eller annan omfattande smittspridning, och presenterade ett underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.[1]

Två delar av de ursprungliga direktiven beslutades genom tilläggsdirektiv att vi i stället skulle redovisa i slutbetänkandet. Det gäller dels uppdraget att analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas, dels uppdraget att analysera och ta ställning till vissa organisatoriska frågor rörande smittskyddsläkarna. Genom samma tilläggsdirektiv fick vi i uppdrag att analysera och ta ställning till vilka smittskyddsåtgärder som ska kunna vidtas vid misstanke om smittsam sjukdom som inte har identifierats eller klassificerats enligt smittskyddslagen. Dessa tre uppdrag kan tillsammans sägas syfta till att förhindra, fördröja eller bättre kunna hantera situationer med eller inför vad som kan utvecklas till en omfattande eller på annat sätt allvarlig smittspridning. Det är med andra ord uppdrag som alla avser att stärka smittskyddets beredskap. Mot den bakgrunden har vi samlat dem i samma kapitel.

I avsnitt 7.1 presenterar vi våra överväganden och förslag om ökad författningsberedskap för att vid behov möjliggöra smittskyddsåtgärder innan en sjukdom har identifierats eller klassificerats enligt smittskyddslagen. Uppdraget om nationellt samordningsansvar för vård-

[1] I delbetänkandet gav vi begreppet *omfattande smittspridning* betydelsen ”en hastigt uppkommen samhällsspridning inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor”, se SOU 2025:48, avsnitt 4.1, s. 164–167.

hygien redovisas i avsnitt 7.2. Uppdraget om organisatoriska frågor för smittskyddsläkarna redovisas i avsnitt 7.3.

7.1 Författningsberedskap vid misstanke om en smittsam sjukdom som inte har klassificerats

7.1.1 Utredningen har i uppdrag att stärka beredskapen

Det är en viktig del i beredskapen inför framtida hälsohot att ha möjlighet att snabbt kunna agera vid smittspridning som riskerar att bli allvarlig eller omfattande. Bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, förutsätter att en smitta är känd och även klassificerad för att smittskyddsåtgärder ska kunna vidtas. Innan ett smittämne har identifierats saknas möjligheter att exempelvis kunna spärra av ett område eller vidta andra åtgärder enligt smittskyddslagen. I direktiven anförs därför att det finns behov av att utreda möjligheten att kunna vidta åtgärder i enlighet med smittskyddslagen vid misstanke om spridning av en smittsam sjukdom som ännu inte har identifierats.

Vi tolkar direktiven som att utredningen ska ta ställning till under vilka förutsättningar det ska vara möjligt att vidta åtgärder i enlighet med smittskyddslagen, men inte att vi ska föreslå några andra åtgärder än de som i dag får vidtas. Däremot förstår vi direktiven på så sätt att vi också kan lämna andra nödvändiga författningsförslag för att öka beredskapen för att agera snabbt vid smittspridning som kan bli allvarlig eller omfattande. Överväganden, bedömningar och förslag beträffande uppdraget i denna del finns i avsnitt 7.1.6–7.1.8.

I vårt delbetänkande angav vi att vi avsåg att återkomma till frågan om huruvida bestämmelsen om avspärrning behöver ändras som beredskap för antagonistisk spridning av en smittsam sjukdom.[2] Vi redovisar våra överväganden om detta i avsnitt 7.1.9.

[2] SOU 2025:48 s. 817–822.

7.1.2 Reglering av smittskyddets beredskap

Grundlagsregler som möjliggör smittskyddsberedskap

Grundlagsändringar för fredstida kriser ligger för beslut i riksdagen

I delbetänkandet beskrev vi den konstitutionella beredskap som finns för att styra landet i kris och den författningsberedskap som finns i smittskyddslagstiftningen för att kunna vidta ändamålsenliga åtgärder om krisen består av en pandemi eller annan omfattande smittspridning. Vi presenterade där också förslag på en ny lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder för att stärka författningsberedskapen för en sådan kris (se delbetänkandets kapitel 9).[3]

Vår beskrivning av den konstitutionella beredskapen grundade vi i allt väsentligt på Kommittén om beredskap enligt regeringsformens redovisning av detta i betänkandet *Stärkt konstitutionell beredskap*, SOU 2023:75. Efter vårt delbetänkande har kommitténs förslag om grundlagsändringar antagits som vilande enligt 8 kap. 14 § regeringsformen, förkortad RF, genom ett riksdagsbeslut den 3 december 2025 och kan komma att träda i kraft den 1 januari 2027.[4] Det ankommer på den fortsatta beredningen av våra förslag i delbetänkandet att ta ställning till om dessa grundlagsändringar kräver justering av våra förslag, t.ex. den ordning vi föreslagit för tillämpningen av den föreslagna lagen om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder.

Såväl i kommitténs betänkande som i den efterföljande propositionen betonas att god författningsberedskap är en given utgångspunkt och att utgångspunkten för svensk krishantering liksom hittills bör vara att de föreskrifter som kan behövas för att hantera en kris antas i förväg, inte under krisen. Det ska med andra ord finnas en författningsberedskap i form av beslutade regler som anger vilka åtgärder som kan vidtas när en kris kommer. Dessa regler ska tas fram genom det vanliga lagstiftningsförfarandet, vilket ger bäst förutsättningar för väl genomarbetade, verkningsfulla och rättssäkra bestämmelser. Krishanteringen blir på detta sätt också förutsebar. Det framhålls också att det lagstiftningsarbete som krävs för att åstadkomma en god författningsberedskap till stor del är sektorsspecifikt, vilket t.ex.

[3] SOU 2025:48 s. 601–832.
[4] Prop. 2024/25:155, bet. 2025/26:KU8, rskr. 2025/26:79.

innebär att smittskyddslagstiftningen ska vara förberedd för pandemier.[5]

Vi bedömer att den författningsberedskap vi föreslår i detta betänkande inte i sig påverkas av de grundlagsändringar som nu antagits som vilande. Vi noterar dock att om de vilande förslagen träder i kraft kommer riksdagen få befogenhet att fatta beslut om förkortad motionstid utan att regeringen gör en framställan om detta när regeringen underställer ett beslut eller en förordning. Detta kommer att gälla vid all underställning, dvs. också när regeringen underställer förordningar enligt det s.k. snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL, som vi föreslår vissa ändringar i, se mer om detta i avsnitt 7.1.7.

Lagstiftningsprocessen vid brådskande åtgärder

Regeringsformen innehåller ett antal undantagsregler som gör det möjligt att förkorta eller helt utesluta vissa steg i lagstiftningsprocessen. Kompletterande regler finns i riksdagsordningen. Regeringssammanträden kan hållas med kort varsel och lagstiftningsprocessen kan anpassas i brådskande fall, även om utgångspunkten är att regeringsformens beredningskrav i 7 kap. 2 § RF om att hämta in behövliga upplysningar och yttranden innan ett lagförslag beslutas också gäller i brådskande fall. Några särskilda formkrav finns dock inte på beredningsunderlaget och det kan därför få bli mer knapphändigt än normalt. Inte heller formerna för hur beredningskravet ska uppfyllas är reglerade utan kan anpassas utifrån situationen. Remisstider kan t.ex. förkortas väsentligt och synpunkter och yttranden kan hämtas in på annat sätt än genom ett sedvanligt skriftligt remissförfarande. Det finns även möjlighet att i enlighet med 8 kap. 21 § tredje stycket RF avstå från att hämta in Lagrådets yttrande, även om lagförslaget är av sådan art att yttrande normalt skulle inhämtats, om Lagrådets granskning skulle fördröja lagstiftningsfrågans behandling så att avsevärt men uppkommer.

Regeringssammanträden hålls vanligtvis en gång i veckan men en beslutsför regering med fem statsråd kan sammankallas med mycket kort varsel även på andra tider för att fatta beslut om en brådskande proposition. Den interna beredningen inom Regeringskansliet inför ett sådant regeringsbeslut kan förkortas avsevärt om det behövs. Pro-

[5] SOU 2023:75 s. 19 och prop. 2024/25:155 s. 138.

positioner som enligt regeringen bör behandlas under det pågående riksmötet ska normalt lämnas till riksdagen senast vid en viss tidpunkt som riksdagen beslutar. I riksdagsordningen finns bestämmelser om att riksdagsbehandlingen kan förkortas om det behövs. Vidare kan tiden inför ikraftträdandet, som normalt bör vara fyra veckor, göras mycket kort så att en ny lag kan börja gälla endast någon dag efter kungörandet. Lagstiftning kan också grundas på utskottsinitiativ, vilket kan gå fortare än att lagstifta genom en regeringsproposition.[6]

I propositionen om de grundlagsändringar för en stärkt konstitutionell beredskap som nämns inledningsvis anger regeringen att det i brådskande fall enligt dagens regler går att skynda på lagstiftningsprocessen så att nya föreskrifter kan tas fram på betydligt kortare tid än normalt. Om ny lagstiftning tas fram genom proposition, torde det kunna gå att få den på plats inom i vart fall någon månad från det att beredningsarbetet inleds. I utpräglade undantagsfall skulle det också kunna gå snabbare än så, exempelvis om förberedelser för en tänkbar kris inkluderat överväganden om möjliga författningsbehov, menar regeringen. Om lagstiftningen i stället tas fram genom utskottsinitiativ menar regeringen att det i mycket brådskande fall kan vara möjligt att ha en reglering på plats inom en till två veckor, när arbetet med att ta fram och bereda underlaget också inkluderas. Samtidigt understryker regeringen att så korta ledtider enbart torde komma i fråga i sällsynta fall och under förutsättning att alla steg i processen förkortas maximalt och inga komplikationer uppstår under ärendets gång.[7]

Beslutsprocessen för förordningar

Processen att meddela föreskrifter genom förordning, som regeringen meddelar, kan gå fortare än när föreskrifter meddelas av riksdagen genom lag. Beredningskravet gäller dock även i förordningsärenden, vilket innebär att behövliga upplysningar och yttranden ska hämtas in på samma sätt som i ett lagstiftningsärende. Det sker i regel skriftligt men synpunkter kan också hämtas in på annat sätt. Remisstiden kan även i dessa fall anpassas till situationen. Förordningar beslutas av regeringen vid regeringssammanträden. En skillnad jämfört med

[6] SOU 2023:75 s. 273–277.
[7] Prop. 2024/25:155 s. 65.

lagstiftningsärenden är att regeringen inte behöver redovisa hur remissinstansernas synpunkter har hanterats. När beredningen är avslutad kan regeringen således fatta beslut om förordningen mer eller mindre omedelbart. Liksom för lagar gäller att förordningar i regel inte bör träda i kraft tidigare än fyra veckor efter kungörandet. Avsteg kan dock göras i brådskande fall. Sammantaget kan processen i brådskande situationer gå mycket fort. I ett exceptionellt fall skulle en förordning sannolikt kunna tas fram, beslutas och träda i kraft under en och samma dag.[8]

Beredskap i smittskyddslagen

Smittskyddslagen avser ett brett spektrum av sjukdomar

Som nämnts inledningsvis återfinns den särskilda lagstiftningen om fredstida kriser i huvudsak i författningar under grundlagsnivån. Vid sidan av särskild beredskapslagstiftning som uttryckligen tar sikte på fredstida kriser finns det lagstiftning som reglerar situationer som ligger på gränsen till kris redan under normala förhållanden. Ett sådant exempel är smittskyddslagen.[9]

Målet med smittskyddslagens bestämmelser är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Detta följer av 1 kap. 1 § SmL. När bestämmelsen infördes betonades att risken för spridning av smittsamma sjukdomar från andra länder är större än tidigare på grund av det utökade utbytet med omvärlden. Vidare betonades att det är nödvändigt att ha en beredskap mot förändringar i karaktären eller spridningen av smittsamma sjukdomar som gör att dessa på nytt kan bli ett allvarligt hot mot befolkningen i Sverige, exempelvis på grund av att smittämnen blir resistenta mot läkemedel. Det framhölls även att spektrat av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mera ordinära sjukdomar. Vid utformningen av lagen togs därför hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut, samt att lagen måste ge möjlighet att snabbt kunna möta nya och oväntade problem.[10]

[8] SOU 2023:75 s. 278.
[9] SOU 2023:75 s. 113–117.
[10] Prop. 2003/04:30 s. 83–84.

Bestämmelser i beredskapssyfte

Flera av bestämmelserna i smittskyddslagen tar mot denna bakgrund sikte på att bidra till en beredskap för en framtida smittspridning. Hit hör bl.a. bestämmelsen i 1 kap. 7 § SmL om att Folkhälsomyndigheten (och tidigare Socialstyrelsen) ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd, samt ska följa och vidareutveckla smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt. Myndigheten ska enligt propositionen till lagen ta initiativ till de förändringar som kan behövas bland annat i lag och annan författning, i tillämpning och i organisation. Skyldigheten gäller även i kris och krig.[11]

Även den skyldighet som finns i smittskyddslagen, om att bl.a. behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom utan dröjsmål ska anmäla detta till smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten, bidrar till att snabba åtgärder kan vidtas vid behov. Anmälningsskyldigheten gäller även annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form (2 kap. 5 § SmL). En sådan anmälan ska alltid göras så snart som möjligt eftersom det är viktigt att det nödvändiga smittskyddsarbetet kommer i gång så snabbt som möjligt.[12]

För att det ska vara tillåtet att vidta ingripande åtgärder beträffande en viss sjukdom räcker det inte att sjukdomen uppfyller rekvisiten för allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Sjukdomen måste dessutom ha angivits i bilaga 1 eller 2 till lagen. Riksdagen måste alltså ha tagit ställning till att sjukdomen i fråga ska anges som allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Det snabbförfarande som finns i 9 kap. 2 § SmL utgör en beredskapslagstiftning för att snabbt kunna ingripa med långtgående åtgärder om en allvarlig sjukdom oväntat och plötsligt uppträder i landet och riksdagens beslut inte kan avvaktas. Snabbförfarandet innebär att regeringen under vissa förutsättningar får föreskriva om att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom från den tidpunkt som reger-

[11] Prop. 2003/04:30 s. 212, se även s. 169.
[12] Prop. 2003/04:30 s. 215.

ingen bestämmer. En sådan föreskrift innebär att de åtgärder som annars är förbehållna de sjukdomar som anges i bilaga 1 eller 2 i smittskyddslagen får vidtas även för sjukdomar som ännu inte blivit föremål för beslut av riksdagen. Ett initiativ till en sådan förordning kan tas av Folkhälsomyndigheten i enlighet med ansvaret i 1 kap. 7 § SmL, men det finns inget hinder mot att regeringen beslutar om en sådan förordning utan att det föregåtts av en hemställan från en myndighet.

Även regeringens bemyndiganden i 9 kap. 5 och 6 §§ SmL utgör beredskap för att säkerställa ett ändamålsenligt smittskydd. Enligt 5 § får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i. Bemyndigandet är inte begränsat till några särskilda områden. Det innehåller inte heller någon underställningsmekanism. Bemyndigandet omfattar i princip hela det delegerbara lagområdet och begränsas i fråga om sin räckvidd endast till föreskrifternas syfte, dvs. smittskydd, och att det ska vara fråga om särskilda föreskrifter.[13]

Enligt 6 § får regeringen meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt smittskyddslagen, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnande nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet. Meningen med bemyndigandet är att regeringen vid svåra påfrestningar på samhället i fred vid vilka akuta smittskyddsåtgärder är nödvändiga ska kunna besluta om samordnade nationella åtgärder och andra särskilda insatser inom smittskyddet. Se närmare om detta i vårt delbetänkande, avsnitt 7.7.[14]

De extraordinära smittskyddsåtgärderna

De extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen är förbehållna samhällsfarliga sjukdomar. För sådana sjukdomar får smittskyddsläkaren besluta om hälsokontroll på platsen för inresan för den som misstänks ha smittats och för andra som anländer med samma

[13] Prop. 2019/20:155 s. 12.
[14] SOU 2025:48 s. 374–378.

transportmedel. Folkhälsomyndigheten kan besluta att personer som anländer från ett visst geografiskt område där ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom skett ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll (3 kap. 8 §). I avsnitt 7.6 i delbetänkandet föreslår vi ett utökat tillämpningsområde för hälsokontroll på platsen för inresan samt en ny bestämmelse, 3 kap. 8 a §, för att tydliggöra innebörden i en hälsokontroll.[15]

Vidare kan smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom ska hållas i karantän (3 kap. 9 §). Folkhälsomyndigheten kan också besluta att ett visst område ska vara avspärrat om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning där (3 kap. 10 §). För ytterligare beskrivning av de extraordinära smittskyddsåtgärderna se nedan avsnitt 7.1.8 och 7.1.9.

De extraordinära smittskyddsåtgärderna har till dags dato aldrig använts.

Reglering av internationella hälsohot

IHR 2005 är WHO:s regelverk

Det internationella hälsoreglementet, International Health Regulations (IHR), är ett ramverk för medlemsländerna inom Världshälsoorganisationen (WHO). Det nu gällande reglementet antogs år 2005 och betecknas IHR 2005. Syftet med IHR 2005 är att ge största möjliga skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids internationellt med minsta möjliga hinder för den internationella trafiken (artikel 2 i IHR 2005). IHR 2005 innehåller bl.a. bestämmelser om vilka åtgärder stater får vidta mot personer och objekt vid resor in i och ut ur landet. IHR får därför främst betydelse för vilka åtgärder som medlemsländerna får vidta vid gränsövergångar. WHO:s generaldirektör har befogenhet att fastställa att det råder ett hot mot människors hälsa av internationell omfattning (public health emergency of international concern, PHEIC) enligt IHR 2005. I samband med att PHEIC fastställs ska generaldirektören utfärda så kallade tillfälliga rekommendationer beträffande hälsoåtgärder som medlemsländerna ska vidta för

[15] SOU 2025:48 s. 339–367.

att förhindra eller begränsa t.ex. smittspridning (artikel 12, 15 och 49 i IHR 2005).

Äldre versioner av IHR var uppbyggt kring enbart kända sjukdomar. Utbrottet av SARS år 2003 ledde till att IHR 2005 i stället omfattar samtliga allvarliga hot mot människors hälsa som kan spridas internationellt, oavsett hotets ursprung eller källa. Sådana hot kan utgöras av smittsamma sjukdomar men även t.ex. kemikalier och radioaktiva ämnen. Det har för tillämpningen ingen betydelse om spridningen är avsiktlig eller oavsiktlig. Det krävs dock att det ska finnas en risk för internationell spridning.

IHR-lagen kompletterar smittskyddslagen

IHR 2005 genomfördes i svensk rätt genom lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, förkortad IHR-lagen, och ett tillägg i smittskyddslagen. Samtidigt upphävdes karantänslagen (1989:290). I övrigt ansågs Sverige uppfylla de åtaganden som följde av reglementet. IHR-lagen utgör ett komplement till annan lagstiftning inom olika områden som rör skydd mot hot mot människors hälsa, varav smittskyddslagen är ett område.[16]

Med ett internationellt hot mot människors hälsa avses i IHR-lagen en risk för att smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder (2 § första stycket). Det kan vara fråga om sjukdomar som smittar till eller mellan människor, men även andra ämnen än smittämnen, t.ex. kemikalier, biologiska eller radioaktiva ämnen.[17] IHR-lagen omfattar således fler former av hälsohot än smittsamma sjukdomar. IHR-lagen innehåller dock inte några självständiga tvångsåtgärder som får vidtas mot människor. Tvångsåtgärder mot person får enligt propositionen till lagen i stället vidtas med stöd av annan lagstiftning, främst smittskyddslagen.[18]

Regionen svarar för att smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor vidtas (4 § andra stycket). Smittskyddsläkaren ska samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser och hjälpa kommuner och myndigheter när de utför uppgifter

[16] Prop. 2005/06:215 s. 31–33.
[17] Prop. 2005/06:215 s. 81.
[18] Prop. 2005/06:215 s. 57.

enligt lagen (8 §). Polismyndigheten ska under vissa omständigheter lämna den hjälp som behövs (28 §).

Om ett fartyg eller luftfartyg är drabbat eller misstänks vara drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa får ansvariga myndigheter och kommuner vidta de åtgärder mot fartyget eller luftfartyget som krävs för att skydda människors hälsa (17 §). Folkhälsomyndigheten får enligt 6 § förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa meddela föreskrifter om vilka åtgärder till skydd för människors hälsa som ansvariga myndigheter och kommuner får vidta mot drabbade fartyg och luftfartyg. Myndigheten har till dags dato inte meddelat några sådana föreskrifter.

Enligt IHR-lagen får inte fartyg och luftfartyg av smittskyddsskäl vägras tillträde till hamn eller flygplats men de kan hänvisas att fortsätta till en karantänshamn respektive karantänsflygplats (18 §). Om ett fartyg eller luftfartyg vid ankomsten till landet lägger till eller landar vid någon annan plats än en karantänshamn eller en karantänsflygplats, ska befälhavaren, vid vissa situationer, omedelbart lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket, Kustbevakningen, smittskyddsläkaren eller kommunen. Med undantag för om det föreligger en nödsituation, får under sådana omständigheter inga människor lämna fartyget eller luftfartyget och ingen last lossas utan tillstånd från ansvariga myndigheter (19 §). Vilka som är Sveriges karantänshamnar och karantänsflygplatser anges i Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:8) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Det finns för närvarande åtta karantänshamnar och fem karantänsflygplatser.

Sjukdomar på vilka bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar i smittskyddslagen är tillämpliga ska alltid anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om vilka andra sjukdomar och ämnen som ska anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa (2 § andra–tredje styckena IHR-lagen). Regeringen har inte delegerat denna föreskriftsrätt. I 2 § förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa har regeringen föreskrivit att polio alltid ska anses utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa.

7.1.3 Smittskyddets beredskap i praktiken

Snabbförfarandet i smittskyddslagen har använts sex gånger

Våra utredningsdirektiv i denna del tar sikte på mycket tidiga ingripanden för att begränsa spridningen av en viss smittsam sjukdom. Av intresse är därmed att undersöka hur ofta det så kallade snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL har tillämpats, samt hur lång tid det då det har tagit från ett initiativ tills en förordning med stöd av det bemyndigandet har trätt i kraft. Regeringen har beslutat om sådana förordningar vid sex tillfällen. I tabell 7.1 framgår vilka förordningar och sjukdomar det varit fråga om, samt när förordningen initierats, beslutats respektive trätt i kraft.

Tabell 7.1 Från initiativ till ikraftträdande

Förordningar med stöd av 9 kap. 2 § smittskyddslagen

Förordning	Initiativ	Beslut	I kraft
Förordning (2006:137) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga sjukdomar skall tillämpas på fågelinfluensa av typen H5N1	21 februari 2006	2 mars 2006	15 mars 2006
Förordning (2009:380) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga sjukdomar ska tillämpas på influensa A (H1N1) av den typ som började spridas bland människor i Mexiko i april 2009	6 maj 2009	13 maj 2009	15 maj 2009
Förordning (2014:1312) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med ebolavirus	21 oktober 2014	23 oktober 2014	24 oktober 2014
Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV	31 januari 2020	1 februari 2020	2 februari 2020
Förordning (2022:440) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med ett visst orthopoxvirus	19 maj 2022	20 maj 2022	23 maj 2022
Förordning (2024:690) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med marburgvirus	3 oktober 2024	4 oktober 2024	5 oktober 2024

Det är inte reglerat vem som får föreslå för regeringen att besluta om en förordning enligt 9 kap. 2 § SmL. Initiativet har i samtliga fall kommit från den nationella myndighet som enligt 1 kap. 7 § SmL

haft i uppdrag att ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd (dvs. Socialstyrelsen för initiativen 2006, 2009 och 2014 och därefter Folkhälsomyndigheten). Som framgår av tabellen har förordningen i två av fallen trätt i kraft den andra dagen efter att initiativet tagits genom en skrivelse. I samtliga sex fall har riksdagen efter underställning godkänt regeringens förordningar och samtidigt antagit ändringar i aktuell bilaga eller aktuella bilagor i smittskyddslagen.[19]

Ett liknande snabbförfarande fanns i 1988 års smittskyddslag (1988:1472). Förfarandet användes en gång, beträffande svår akut respiratorisk sjukdom (SARS). Socialstyrelsen föreslog den 7 april 2003 att smittskyddslagens bestämmelser om det som då betecknades samhällsfarliga sjukdomar skulle göras tillämpliga på SARS. Regeringen föreskrev i enlighet med begäran, och förordningen trädde i kraft den 1 maj 2003. Även i detta fall beslutade riksdagen därefter dels att godkänna regeringens förordning, dels att föra in SARS i bilaga till lagen.[20]

I flera av fallen då snabbförfarandet har aktualiserats har regeringen förkortat tiden för att hämta in behövliga upplysningar och yttranden genom att ersätta det skriftliga remissförfarandet med ett remissmöte.

7.1.4 Hur allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar betecknas och beskrivs

Förarbetena kan ge vägledning om vad som utgör en smittsam sjukdom

För att kunna ta ställning till behovet av reglering i nu aktuell del behöver vi få en uppfattning av vad som krävs för att en smittsam sjukdom, eller vad som kan misstänkas vara en smittsam sjukdom, ska kunna anses *identifierad* och möjlig att *klassificera* som allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. Eftersom dessa sjukdomar anges i bilaga till lagen finns förarbeten i vilka sjuk-

[19] För fågelinfluensa (H5N1), se prop. 2005/06:199, bet. 2005/06:SoU27, rskr. 2005/06:303. För influensa A(H1N1), se prop. 2008/09:212, bet. 2008/09:SoU26, rskr. 2008/09:314. Förinfektion med ebolavirus, se prop. 2014/15:38, bet. 2014/15:SoU5, rskr. 2014/15:115. Förinfektion med 2019-nCoV (covid-19), se prop. 2019/20:144, bet. 2019/20:SoU19, rskr. 2019/20:290. För infektion med ett visst orthopoxvirus (infektion med apkoppsvirus, mpox), se prop. 2021/22:254, bet. 2021/22:SoU38, rskr. 2021/22:442. För infektion med marburgvirus, se prop. 2024/25:63, bet. 2024/25:SoU25, rskr. 2024/25:126.

[20] Prop. 2002/03:131, bet. 1995/96:SoU7, rskr. 1995/96:64.

domarna beskrivs. Förarbetena kan ge vägledning i vad som krävs för att det ska vara fråga om en smittsam sjukdom, vilket är en grundläggande förutsättning för att klassificering som allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom ska kunna ske.

Definitionen av smittsam sjukdom och sjukdomsbegreppet

Smittsamma sjukdomar definieras som alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket SmL). I propositionen till lagen anför regeringen att någon närmare definition av vad som avses med smittsam sjukdom inte bör göras i lagen. Enligt regeringen visade de remissvar som inkom rörande sjukdomsbegreppet tydligt hur svårt det är att ge en uttömmande definition av begreppet smittsam sjukdom. Vid 2000-talets början hade medicinska upptäckter lett till ökad kunskap om de biologiska mekanismer som ligger bakom överföringen av smittsamma sjukdomar såväl mellan människor som från djur till människa. I en del fall är vad som orsakar sjukdomen och hur smittöverföringen går till ännu inte fullständigt klarlagt. I lagen måste således ges utrymme för att snabbt kunna ta hänsyn till medicinska upptäckter som görs.[21] I författningskommentaren ges vissa exempel på vad som bör omfattas av begreppet smittsam sjukdom. Där anförs att begreppet smittsamma sjukdomar ska ses som en samlingsterm för flera olika tillstånd. Grundläggande för alla tillstånden är att det som framkallar sjukdomen utgår från någon typ av mikroorganism, t.ex. virus, bakterier, parasiter eller svampar. Dessa kan i sig ge upphov till sjukdom eller bilda gifter som utlöser sjukdom. Vidare kan en människa bära på en mikroorganism utan att insjukna. Även vid ett sådant förhållande ska han eller hon anses ha en smittsam sjukdom.[22]

Det kan i detta sammanhang nämnas att det inte är självklart att smittskyddslagens sjukdomsbegrepp är synonymt med vad som enligt medicinsk terminologi är att anse som sjukdom.

[21] Prop. 2003/04:30 s. 87.
[22] Prop. 2003/04:30 s. 208–209.

Hur de allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna betecknats

Det finns ingen reglering av hur en sjukdom ska betecknas i smittskyddslagen. Det kan konstateras att beteckningarna av allmänfarliga sjukdomar i bilaga 1 inte är helt konsekvent utformad. Exempelvis är *hepatit A–E* en beteckning som inrymmer vad som medicinskt är att anse som fem skilda sjukdomar som har olika smittvägar och orsakas av olika virus: hepatit A, hepatit B, hepatit C, hepatit D och hepatit E. Vidare inrymmer beteckningen *virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nefropathia epidemica)* ett flertal olika infektioner, orsakade av skilda virus såsom ebolavirus, marburgvirus, lassavirus, Rift Valley-febervirus och Krim-Kongo-blödarfebervirus. Inte heller i förarbetena anges uttömmande vilka sjukdomar som ska anses ingå i begreppet.

Hur de allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna beskrivits

Samtliga de sjukdomar som i dag är klassificerade i smittskyddslagen som allmänfarliga eller samhällsfarliga har, så som nämnts ovan, beskrivits i förarbeten. 1996 års Smittskyddskommitté föreslog att 17 sjukdomar skulle omfattas av de kriterier för allmänfarliga smittsamma sjukdomar som kommittén föreslog och att regeringen skulle få föreskriva om vilka sjukdomar som skulle omfattas. För beskrivningen av sjukdomarna och deras konsekvenser hänvisades till en genomgång av sjukdomarna i bilaga till kommitténs betänkande.[23] I propositionen till smittskyddslagen föreslog regeringen att de 17 sjukdomarna i kommitténs förslag samt ytterligare ett antal[24] skulle klassificeras som allmänfarliga sjukdomar.

Det kan konstateras att samtliga de sjukdomar som fördes in i smittskyddslagen vid tiden för förarbetena var kända med avseende på smittämne. Det fanns också i allmänhet kunskap om och anvisningar för hur diagnos bör ställas, hur sjukdomarna sprids och hur de kan kontrolleras. Sjukdomarna var dock inte i samtliga fall fullständigt kartlagda. För hepatit E anges t.ex. att smittsamheten är

[23] SOU 1999:51 s. 365–366 och bilaga 8.
[24] Campylobacterinfektion, EHEC, giardiainfektion, gonorré, hepatit A, hepatit D, hepatit E, infektion med HTLV I eller II, klamydiainfektion, MRSA, infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G, salmonellainfektion, shigellainfektion, SARS och syfilis, se prop. 2003/04:30 s. 89.

okänd, för legionella att smitta mellan människor ännu inte har säkerställts, för mjältbrand att smitta mellan människor är teoretiskt tänkbar och för papegojsjuka att spridning mellan människor sannolikt inte förekommer.[25]

Förutom i förarbetena till den ursprungliga lydelsen av smittskyddslagens bilagor har klassificering av smittsamma sjukdomar behandlats i andra lagstiftningsärenden; dels när de samhällsfarliga sjukdomarna infördes 2005, dels när nya sjukdomar klassificerats som allmänfarliga eller samhällsfarliga. De sjukdomar som behandlats i sådana andra lagstiftningsärenden är SARS, smittkoppor, fågelinfluensa (H5N1), influensa A (H1N1) av den typ som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko under första halvåret 2009 (svininfluensan), ebolainfektion, covid-19, infektion med apkoppor (mpox) och infektion med marburgvirus.

Vi går här inte närmare in på smittkoppor, infektion med ebolavirus och infektion med marburgvirus.[26] Däremot behandlar vi i det följande klassificeringarna av SARS, fågelinfluensan, svininfluensan, mpox och covid-19.

Regeringen klassificerade SARS utan att smittämnet var känt

När den tidigare okända sjukdomen SARS började spridas 2003 föreslog Socialstyrelsen för regeringen att sjukdomen borde omfattas av bestämmelserna om det som betecknades samhällsfarliga sjukdomar i dåvarande smittskyddslag. Till stöd för sitt förslag framhöll Socialstyrelsen bl.a. att det rörde sig om en tidigare okänd sjukdom vars sjukdomsförlopp skilde sig från andra tidigare kända luftvägsinfektioner, att sjukdomen var smittsam och att den medförde hög dödlighet. Regeringen föreskrev i enlighet med förslaget genom förordningen (2003:140) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (1988:1472) om samhällsfarliga sjukdomar skall tillämpas på svår akut respiratorisk sjukdom (SARS).

Av Socialstyrelsens redogörelse framgick bl.a. följande. Sjukdomsförloppet skiljde sig från tidigare kända lunginfektioner. Orsaken till

[25] SOU 1999:51 bilaga 8.

[26] Smittkoppor är en virusorsakad sjukdom som tidigare orsakat stora utbrott i vårt land, det senaste 1963. Sjukdomen deklarerades av WHO som utrotad 1980 men virus finns bevarat för att kunna framställa läkemedel. Ebola och marburg var när de infördes i bilaga 2 som samhällsfarliga sjukdomar redan angivna i bilaga 1 som allmänfarliga och därigenom beskrivna i 1996 års Smittskyddskommittés betänkande som *virala hemorragiska febrar*.

sjukdomen hade inte gått att säkerställa. Det kunde dock konstateras att det inte rörde sig om något tidigare känt smittämne och att sjukdomen var smittsam men att det krävdes nära kontakt med en smittad för vidare smittspridning. Smittan tycktes dock inte ha samma spridningsbenägenhet som t.ex. influensa. Även om alla uppgifter om sjukdomen var osäkra kunde Socialstyrelsen ändå konstatera att sjukdomen var allvarlig och att den hade hög dödlighet. Socialstyrelsen föreslog att det i bilaga 1.1 till den dåvarande smittskyddslagen skulle tas in ett sjukdomssyndrom med benämningen ”Patient med snabbt påkommande feber (> 38,0° C), muskelsmärtor och frysningar följt av rethosta som under de senaste 10 dagarna vistats i närheten av ett fall av Svår Akut Luftvägsinfektion – SAL eller i ett område där sjukdomen förekommer”.[27]

Mellan det att Socialstyrelsen inkom med skrivelsen och att regeringen lämnade propositionen om lagändringen till riksdagen hade viruset som orsakar SARS identifierats och befunnits vara ett coronavirus.

Regeringen föreslog att riksdagen skulle godkänna regeringens underställda föreskrifter och att SARS skulle anges som en samhällsfarlig sjukdom i dåvarande smittskyddslagen. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen.[28]

Fågelinfluensa (H5N1)

Vid klassificeringen av fågelinfluensa (H5N1) som allmänfarlig sjukdom den 1 juli 2006 uppstod frågan om hur sjukdomen skulle benämnas. Bakgrunden var att influensa av typerna H5 och H7 hade visat sig kunna skapa omfattande epizootier bland tamfågel. Subtypen H5N1 hade spridit sig över allt större delar av världen och i flera länder hade ett litet antal människor drabbats med en mycket allvarlig sjukdomsbild efter mycket nära kontakt med sjuka fåglar. I enstaka fall hade smittspridning mellan människor inte kunnat uteslutas.[29]

I fråga om benämningen framförde dåvarande Smittskyddsinstitutet att för att täcka in eventuella framtida former av sjukdomen borde sjukdomen benämnas influensa A (H5N1), dvs. att begreppet fågelinfluensa inte borde användas. Om viruset fick potential att lätt

[27] Socialstyrelsen. Ang. svår akut luftvägsinfektion (SAL). 2003-04-07. Dnr 33-3160/2003.
[28] Prop. 2002/03:131, bet. 2002/03:SoU20, rskr. 2002/03:232.
[29] Prop. 2005/06:199 s. 7.

spridas mellan människor och orsakade en pandemi skulle viruset inte längre betraktas som ett fågelvirus. Det kunde dock förekomma ett mellanläge, då virus höll på att anpassa sig, och börjat sprida sig till människor. Det var oklart i vilket stadium virus övergår från att vara fågelinfluensa till att bli en humaninfluensa. Regeringen ställde sig dock tveksam till att som allmänfarlig sjukdom definiera en sjukdom som ännu inte existerar och lyfte fram att Socialstyrelsen, som vid den tidpunkten var den myndighet som meddelade de ytterligare föreskrifter som krävdes för ett ändamålsenligt smittskydd, hade möjlighet att inskränka begreppet fågelinfluensa (H5N1) ”så att bara de former som är relevanta ur smittskyddssynpunkt omfattas”.

Regeringen bedömde att fågelinfluensa (H5N1) uppfyllde rekvisiten för allmänfarliga sjukdomar, bl.a. genom att den visat sig ge en sjukdom med en hög dödlighet. Smittvägar för sjukdomen hade identifierats och det fanns erfarenheter som talade för att man genom att tillämpa skyddsåtgärder för människor vid kontakter med smittade fåglar kunde hindra smitta till människor.[30]

Influensa A (H1N1) av den typ som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko under första halvåret 2009 (svininfluensa)

Den så kallade svininfluensapandemin 2009 orsakades av en typ av influensa A(H1N1) som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko. I propositionen som låg till grund för klassificeringen av sjukdomen som allmänfarlig den 1 augusti 2009 uttalade regeringen att det rörde sig om ett nytt influensavirus med en genetisk sammansättning som man inte sett förut och som spreds mellan människor. Vidare bedömde regeringen att den aktuella influensan uppfyllde rekvisiten för allmänfarliga sjukdomar, bl.a. mot bakgrund av att människor inte tidigare hade smittats av den eftersom virusets genetiska sammansättning var ny och att människor därför troligtvis saknar eget skydd mot att smittas av den.[31]

I fråga om benämningen på sjukdomen kunde regeringen konstatera att benämningen varierat, från ”svininfluensan” till ”den nya influensan” och ”influensa A (H1N1)”. Regeringen ansåg att dessa benämningar var olämpliga att använda för att i lag precisera vilken sjukdom det var som avsågs, bl.a. lyftes fram att det fanns flera olika

[30] Prop. 2005/06:199 s. 9.
[31] Prop. 2008/09:212 s. 7–9.

typer av influensa A (H1N1) som var kända sedan tidigare – exempelvis i svinbesättningar i Sverige sedan i början av 1980-talet – vilka det saknades anledning att klassificera som allmänfarliga. Det bedömdes inte heller vara uteslutet att nya sådana typer skulle kunna upptäckas och som inte skulle medföra någon risk för människors liv eller hälsa. Regeringen menade att med hänsyn till enskildas rättssäkerhet fanns det skäl att inte göra det möjligt att använda sig av de tvångsmedel som en klassificering av en sjukdom som allmänfarlig medförde. För att särskilja den aktuella influensan från dessa influensatyper ansåg regeringen därför att det i lagen skulle preciseras vilken typ av influensa som avsågs, och bedömde att benämningen skulle knytas till den tid och den plats där sjukdomen först uppmärksammades och började spridas bland människor, dvs. influensa A (H1N1) av den typ som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko under första halvåret 2009.[32]

Covid-19

Den 31 januari 2020 hemställde Folkhälsomyndigheten till regeringen om att infektion med 2019-nCoV (senare benämnt covid-19) skulle klassificeras som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Vid tiden för Folkhälsomyndighetens hemställan var det bl.a. känt att det var fråga om ett nytt coronavirus som vid genetisk kartläggning uppvisat släktskap till SARS-viruset, och att det orsakat svår lunginflammation hos vissa smittade. Mycket var fortfarande okänt kring virusets smittsamhet, spridning och allvarlighetsgrad, men virusspridning i flera led hade beskrivits.[33] Regeringen beslutade baserat på myndighetens begäran en förordning som trädde i kraft den 2 februari 2020.[34]

Den 1 juli 2020 klassificerades covid-19 som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom.[35] I propositionen som låg till grund för lagändringen gjorde regeringen bedömningen att sjukdomen i många fall

[32] Prop. 2008/09:212 s. 9 och 10.
[33] Folkhälsomyndigheten. Hemställan om att infektion med 2019-nCoV klassificeras som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. 2020.01.21. Dnr 00487-2020.
[34] Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.
[35] Bestämmelserna om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar hade dock varit tillämpliga på covid-19 sedan den 2 februari 2020 genom förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

ledde till allvarlig lungsjukdom som krävde intensivvård. Även om majoriteten av smittade människor endast uppvisade milda symptom och därmed troligtvis inte uppsökte vård och blev diagnostiserade med covid-19, fanns det stor osäkerhet kring allvarlighetsgraden av smittan. Dödligheten bland rapporterade fall låg så högt som två procent och åtgärder som kan beslutas i enlighet med smittskyddslagen, såsom t.ex. förhållningsregler och isolering, var viktiga för att minska spridningen av sjukdomen. Förutsättningarna för att klassificera covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom bedömdes vara uppfyllda.[36]

Infektion med apkoppsvirus (mpox)

Som vi beskrivit i kapitel 6 började infektion med apkoppsvirus (mpox) spridas i Europa under 2022. Såväl viruset som sjukdomen var då kända. Apkoppsvirus är ett ortopoxvirus och är besläktat med ett annat ortopoxvirus, variolavirus, som orsakar smittkoppor. Däremot föreföll smittvägarna vid utbrottet 2022 vara förändrade. Spridningen fick Folkhälsomyndigheten att vända sig till regeringen med en hemställan för att sjukdomen skulle klassificeras som allmänfarlig. Folkhälsomyndigheten angav i hemställan bland annat att av fallen i Europa verkade överföring av virus ha skett via sexuella kontakter mellan män som har sex med män. Något liknande hade inte tidigare observerats för apkoppsvirus. Viruset bedömdes inte som högsmittsamt men överföring kunde ske vid nära kontakt och droppsmitta.[37]

Det pågående utbrottets snabba förlopp i Europa i kombination med ett nytt spridningssätt gjorde att regeringen bedömde att sjukdomen kunde medföra allvarliga konsekvenser och uppfyllde rekvisiten för allmänfarlig sjukdom.[38]

[36] Prop. 2019/20:144, bet. 2019/20:SoU19, rskr. 2019/20:290.
[37] Folkhälsomyndigheten. Hemställan om att infektion med apkoppsvirus klassificeras som allmänfarlig sjukdom. 2022.05.19. Dnr 01869-2022.
[38] Prop. 2021/22:254 s. 10.

7.1.5 Smittämnet måste inte vara identifierat för att det ska kunna vara fråga om en smittsam sjukdom

Bedömning

Det krävs inte att det sjukdomsalstrande smittämnet är identifierat eller att egenskaperna i övrigt är helt klarlagda för att det ska vara fråga om en smittsam sjukdom i smittskyddslagens mening. Även en sådan sjukdom kan anges som allmänfarlig eller samhällsfarlig i smittskyddslagen eller omfattas av en föreskrift som regeringen meddelar med stöd av snabbförfarandet om rekvisiten för det är uppfyllda.

Att åtgärder kan vidtas beträffande misstänkta fall har betydelse i beredskapshänseende.

Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet hindrar inte att smittskyddsåtgärder vidtas i en situation då kunskapsläget är ofullständigt. Kravet lägger dock också grunden för vilka smittskyddsåtgärder som kan övervägas.

Även en sjukdom orsakad av ett oidentifierat smittämne kan klassificeras

Det är enbart en smittsam sjukdom som, om den uppfyller övriga rekvisit i 1 kap. 3 § andra eller tredje styckena SmL, kan klassificeras som allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. En första fråga för att kunna ta ställning till behovet av att vidta åtgärder innan en sjukdom är klassificerad är därmed vad som behöver vara känt om en sjukdom för att den ska uppfylla kriterierna för en smittsam sjukdom.

Den begränsning som anges i definitionen av smittsamma sjukdomar i 1 kap. 3 § första stycket SmL avser att undanta de sjukdomar som endast innebär ett ringa hot mot människors hälsa. Som vi angett i föregående avsnitt ska begreppet smittsamma sjukdomar ses som en samlingsterm för flera olika tillstånd. Grundläggande för alla tillstånden är att det som framkallar sjukdomen utgår från någon typ av mikroorganism, t.ex. virus, bakterier, parasiter eller svampar. Dessa kan i sig ge upphov till sjukdom eller bilda gifter som utlöser sjukdom.

I föregående avsnitt har vi också redogjort för hur de allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna har beskrivits i förarbetena. Av sär-

skilt intresse i detta sammanhang är de sjukdomar där propositionen till lagändringen föregåtts av en förordning via snabbförfarandet.

Det kan sammanfattningsvis konstateras att de sjukdomar som man har övervägt ska kunna omfattas av de mest långtgående åtgärderna i smittskyddslagen i samtliga fall vid tiden för regeringens propositioner om klassificering av sjukdomarna har varit kända med avseende på typ av sjukdomsframkallande smittämne. Beträffande SARS var det dock vid tiden för Socialstyrelsens hemställan till regeringen inte känt vad som orsakade sjukdomen. Trots det kunde Socialstyrelsen i sin hemställan bl.a. beskriva sjukdomen som en tidigare okänd sjukdom vars sjukdomsförlopp skilde sig från andra tidigare kända luftvägsinfektioner, att sjukdomen var smittsam och att den medförde hög dödlighet. Regeringen beslutade baserat på detta underlag om en förordning enligt snabbförfarandet i den äldre smittskyddslagen. Vid tiden för regeringens proposition hade det framkommit att det var ett nytt coronavirus som orsakades sjukdomen. Riksdagen godkände regeringens förordning enligt snabbförfarandet och beslutade att föra in SARS i smittskyddslagen. Att smittämnet inte var identifierat ansågs således inte som ett hinder varken av Socialstyrelsen, regering eller riksdag i det fallet.

Rättssäkerhetsfrågor i förhållande till benämningen av sjukdomarna i lagen har som vi sett aktualiserats vad gäller fågelinfluensa och svininfluensa. Vad gäller fågelinfluensa rörde frågan om en sjukdom som ännu inte existerar kan klassificeras som allmänfarlig. I det fallet accepterades således en reglering av virustypen H5N1 som sådan, inklusive de varianter den kan tänkas utvecklas till. Vad gäller svininfluensa gällde frågan behovet av att precisera sjukdomen för att särskilja den från mindre farliga influensatyper, dvs. att tvångsåtgärder inte skulle bli möjliga annat än för just den typ av influensa A(H1N1) som man avsåg att klassificera.

När ett tidigare okänt smittämne uppträder är det tänkbart att spridningen först upptäcks när myndigheter inom smittskyddet uppmärksammas på fall med en kombination av symptom som bildar ett igenkännbart mönster, ett så kallat syndrom. Syndromdiagnoser kan användas när sjukdomens underliggande orsak inte är helt känd, eller när flera olika orsaker kan ge upphov till samma symtombild. På smittskyddsområdet kan en syndromdiagnos t.ex. ställas när det är okänt vilket smittämne som orsakar en viss smittsam sjukdom. Så

var fallet med SARS som Socialstyrelsen, som vi redogjort för ovan, betecknade som en syndromdiagnos innan smittämnet var identifierat.

Mot bakgrund av hur begreppet smittsamma sjukdomar beskrivs i förarbetena bedömer utredningen att det inte finns något krav på att det smittämne som orsakar sjukdomen ska vara identifierat för att en sjukdom ska kunna anses vara en smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen. Det behöver enligt vår bedömning inte heller vara känt vilken typ av smittämne det är fråga om. Exemplet med syndromdiagnosen för SARS ger stöd för denna uppfattning. Vidare ligger det i sakens natur att det dröjer innan ett tidigare okänt smittämne har klarlagts i alla avseenden. För exempelvis covid-19 var det tidigt känt vilket virus som orsakade sjukdomen, men däremot var t.ex. smittvägar, smittsamhetens karaktär och varaktighet länge inte helt klarlagda.

För att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska kunna omfatta en ny sjukdom krävs en beskrivning av sjukdomen som är så detaljerad och specificerad att det går att ta ställning till om rekvisiten i 1 kap. 3 § SmL är uppfyllda och därmed kan läggas till grund för en lagändring eller en förordning. Detta inkluderar att ta ställning till att det rör sig om en smittsam sjukdom i smittskyddslagens betydelse.

För att klassificeras som allmänfarlig sjukdom krävs att den smittsamma sjukdomen kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser. Det krävs också att det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. För att sjukdomen ska anses vara samhällsfarlig krävs därutöver att den bedöms kunna få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Om det sjukdomsalstrande smittämnet inte är identifierat måste så mycket vara känt om sjukdomen på andra sätt så att regering eller riksdag kan ta ställning till ett förslag om klassificering, även utan att känna till vilket smittämne det rör sig om.

Slutsatsen av det ovan anförda är att det är möjligt för riksdagen att föreskriva om att en smittsam sjukdom ska anges som allmänfarlig eller samhällsfarlig i smittskyddslagen även utan att smittämnet är identifierat eller egenskaperna i övrigt helt klarlagda. Motsvarande gäller vid regeringens beslut om att föreskriva att bestämmelserna om

allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom enligt snabbförfarandet. Ytterst är det regering och riksdag som har att bedöma om beskrivningen av sjukdomen i fråga är tillräcklig för ett ställningstagande beträffande klassificeringen.

Åtgärder vid misstanke kan ha betydelse i beredskapshänseende

Ett tänkbart scenario är ett utbrott av en sjukdom med liknande symptom som en sjukdom som redan anges som allmänfarlig eller samhällsfarlig i smittskyddslagen. Det kan t.ex. vara fråga om en smittkoppsliknande sjukdom där mikrobiologisk diagnos inte kan fastställas t.ex. beroende på att det är ett tidigare okänt poxvirus, eller ett känt poxvirus som har muterat så att laboratorietester blir falskt negativa. Smittkoppor är klassificerat som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Om sjukdomen i scenariot i slutänden skulle komma att bedömas som en annan sjukdom än smittkoppor, gör symptomens likhet med varandra att sjukdomsfallen inledningsvis kan komma att tas för misstänkta fall av smittkoppor. Smittskyddslagens åtgärder, inklusive de extraordinära smittskyddsåtgärderna, är således tillgängliga och kan tillämpas fram till den tidpunkt att smittkoppor inte längre kan misstänkas. Motsvarande gäller för en sjukdom som visar likheter med någon av de övriga allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar till den grad att den kan misstänkas vara den sjukdomen. Att det således är möjligt att vidta åtgärder redan vid misstänkt fall av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom kan enligt utredningens bedömning i sig ha betydelse i beredskapshänseende.

Utöver en möjlighet att agera vid sådana misstänkta fall, finns så som vi nämnt avsnitt 7.1.2 en möjlighet att agera vid annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form. Sådana fall ska skyndsamt anmälas till smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten (2 kap. 5 § första stycket SmL). Enligt förarbetena kan det t.ex. vara fråga om en tidigare känd eller okänd sjukdom som lokalt eller regionalt fått en anmärkningsvärd spridning.[39] Om sjukdomen kan misstänkas vara allvarlig är det viktigt att sådana utbrott snabbt kommer till ansvariga myndigheters

[39] Prop. 2003/04:30 s. 92.

kännedom så att utredningar och undersökningar kan påbörjas och eventuella åtgärder mot smittspridning kan vidtas.[40]

Sammanfattningsvis anser utredningen att det finns goda möjligheter att agera med stöd av smittskyddslagen redan vid misstänkta fall av allvarliga smittsamma sjukdomar.

Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet

Enligt 1 kap. 4 § SmL ska smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Som vi beskrivit i avsnitt 7.1.2. framgår av propositionen till smittskyddslagen att lagen är utformad så att den så långt som möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut, samt att det i lagen måste ges möjlighet att snabbt kunna möta nya och oväntade problem.

I delbetänkandet tog utredningen, inom ramen för det uppdrag som avsåg att överväga om en handlingsprincip borde införas inom smittskyddet, ställning till kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet i osäkra kunskapslägen. Enligt vår bedömning har lagstiftarens intention varit att smittskyddslagen ska vara användbar även i en situation där kunskapsläget är ofullständigt, t.ex. i fråga om ett utbrott av en ny smittsam sjukdom som snabbt riskerar att leda till en omfattande smittspridning i landet. Enligt vår mening kan lagstiftarens avsikt knappast ha varit att ge begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet en alltför snäv innebörd i smittskyddslagen. Vi gjorde bedömningen att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet inte hindrar att smittskyddsåtgärder vidtas i en situation då kunskapsläget är ofullständigt.[41] Utredningen håller fast vid den bedömning som vi gjorde i delbetänkandet.

Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet lägger också grunden för vilka smittskyddsåtgärder som alls kan övervägas. Detta bör enligt utredningens uppfattning inte ändras.

[40] Prop. 1988/89:5 s. 64.
[41] SOU 2025:48 s. 265–270.

7.1.6 Det bör utredas om fler sjukdomar bör klassificeras som samhällsfarliga i beredskapssyfte

Bedömning

Det finns inget hinder i smittskyddslagen mot att i beredskapssyfte klassificera fler sjukdomar som samhällsfarliga.

Det regeringsuppdrag som vi föreslagit i kapitel 3 bör omfatta att utreda om några ytterligare sjukdomar bör klassificeras som samhällsfarliga i beredskapssyfte.

En klassificering av fler sjukdomar innebär god författningsberedskap

Som vi beskrivit inledningsvis i detta kapitel går god författningsberedskap ut på att de bestämmelser som behövs för att hantera kriser i så stor utsträckning som möjligt tas fram och beslutas i förväg och inte under själva krisen.

Flera av bestämmelserna i smittskyddslagen tar sikte på att bidra till en bättre beredskap för framtida smittspridning. I delbetänkandet skriver vi att klassificeringen av en sjukdom som allmänfarlig och samhällsfarlig kan ses som en beredskapsåtgärd för att samhällets smittskydd ska kunna tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av allvarliga smittsamma sjukdomar. Det bör även beaktas att en åtgärd inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. I fråga om allmänfarlig sjukdom betyder detta å ena sidan att en smittsam sjukdom kan klassificeras vid ett utbrott för att säkerställa att åtgärder i form av läkarundersökning och provtagning kommer till stånd av misstänkt smittade, att t.ex. förhållningsregler kan ges och att smittspårning vidtas. Klassificeringen säkerställer även att tvångsåtgärder i form av tvångsundersökning och isolering vid behov kan beslutas. Å andra sidan betyder det också att inte varje utbrott av t.ex. influensa bör föranleda en klassificering om det redan från början står klart att åtgärder enligt bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar inte är behövliga eller ändamålsenliga.[42]

[42] SOU 2025:48 s. 296.

I smittskyddslagens systematik är samhällsfarliga sjukdomar de allvarligaste ur ett samhällsperspektiv. För närvarande är fyra sjukdomar klassificerade som samhällsfarliga; infektion med ebolavirus och infektion med marburgvirus (som båda är virala hemorragiska febrar), smittkoppor samt svår akut respiratorisk sjukdom (SARS). Det kan vara svårt att veta vilka sjukdomar som kan komma att spridas till Sverige och hur smittspridningen utvecklas i ett osäkert läge. Spridning mellan världsdelar kan gå mycket fort. Det finns därför skäl att i beredskapssyfte överväga att klassificera fler allvarliga sjukdomar, t.ex. sådana som i dag har en spridning enbart i andra delar av världen, som samhällsfarliga. Därigenom kan smittskyddslagens bestämmelser tillämpas utan dröjsmål om smittspridning eller risk för smittspridning med kort varsel skulle uppstå även här i landet.

Det finns exempel från våra nordiska grannländer där klassificering har gjorts av sjukdomar som inte för närvarande förekommer i dessa länder, men som är allvarliga och där det finns en risk för spridning i andra delar av världen. I Finland är t.ex. sjukdomar som orsakas av subtyp H7N9 eller en annan ny eller sällsynt subtyp av influensavirus av typ A klassificerade som det som i finsk rätt benämns *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*.[43] I Danmark har fågelinfluensa av typen H7N9 och nipahvirusinfektion klassificerats som det som där benämns *alment farlige sygdomme*.[44] I Norge har t.ex. lepra och fläcktyfus klassificerats som det som där benämns *allmennfarlige smittsomme sykdommer*.[45]

Det finns inget hinder i smittskyddslagen mot att klassificera fler sjukdomar som samhällsfarliga

Bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar infördes i smittskyddslagen i samband med införandet av de extraordinära smittskyddsåtgärderna 2005. I propositionen framgår att syftet var att förstärka smitt-

[43] Statsrådets förordning 146/2017 om smittsamma sjukdomar. I Finland har social- och hälsovårdsministeriets den 10 mars 2026 remitterat ett utkast till proposition med förslag till en ny lag om smittsamma sjukdomar som ska ersätta den nuvarande. Förslaget innebär bl.a. att definitionen av allmänfarliga smittsamma sjukdomar ändras. Det är dock enligt förslaget fortfarande statsrådet (motsvarande regeringen) som genom förordning ska få föreskriva om vilka sjukdomar som ska vara klassificerade som allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Se vidare i Social- och hälsovårdsministeriets begäran om utlåtande om utkastet till regeringens proposition med förslag till lag om smittsamma sjukdomar och vissa lagar som har samband med den, dnr VN/25987/2023.
[44] Bekendtgørelse nr. 349 af 27. marts 2023 om alment farlige sygdomme.
[45] Forskrift 1. januar 1995 om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

skyddslagstiftningen i första hand med tanke på smittkoppor och SARS. De extraordinära smittskyddsåtgärderna skulle ses som ett komplement till de möjligheter att ingripa som redan fanns i smittskyddslagen och regeringen menade att det då var uppenbart att de sjukdomar för vilka de extraordinära smittskyddsåtgärderna skulle kunna komma i fråga skulle uppfylla kriterierna för allmänfarliga sjukdomar. Därutöver skulle krävas att sjukdomen skulle kunna få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Det framhölls att detta innebär att smittsamma sjukdomar som i det enskilda fallet har hög dödlighet eller andra allvarliga konsekvenser men som har en begränsad spridningsförmåga inte bör kunna komma i fråga. Inte heller borde, enligt regeringen, smittsamma sjukdomar som effektivt kan förebyggas genom andra smittskyddsåtgärder omfattas av möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder. För att skilja de sjukdomar som skulle kunna bli föremål för extraordinära smittskyddsåtgärder från de allmänfarliga sjukdomarna betecknades de därför samhällsfarliga sjukdomar. Med hänsyn till dåvarande epidemiologiska läge ansåg regeringen att enbart smittkoppor och SARS skulle anses vara samhällsfarliga sjukdomar. Bedömningen gjordes mot bakgrund av att sjukdomarna är mycket smittsamma vid kontakter mellan människor, har en hög dödlighet samt kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner. I fråga om smittkoppor resonerade regeringen att även om sjukdomen ansetts utrotad finns depositioner av virus kvar för det fall virus kommit i händerna på stater eller organisationer som planerar att använda det för bioterrorism och att man då måste ha tillgång till virus för att utveckla nya läkemedel mot sjukdomen.[46]

Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte finns något hinder i smittskyddslagen mot att klassificera fler sjukdomar som samhällsfarliga sjukdomar i beredskapssyfte.

[46] Prop. 2003/04:158 s. 52–58.

Regeringsuppdraget till Folkhälsomyndigheten bör omfatta även klassificering i beredskapssyfte

I kapitel 3 har vi föreslagit att Folkhälsomyndigheten ska få ett regeringsuppdrag att, i samråd med andra berörda aktörer, göra en översyn över de smittsamma sjukdomarnas klassificering. Mot bakgrund av vad vi beskrivit ovan bör det uttryckligen i det uppdraget ingå att utreda om några ytterligare sjukdomar bör klassificeras som samhällsfarliga i beredskapssyfte.

7.1.7 Snabbförfarandet bör justeras för att bli mer ändamålsenligt i beredskapshänseende

Förslag

Bestämmelsen i smittskyddslagen om att regeringen får meddela föreskrifter enligt det så kallade snabbförfarandet ska ändras. De begränsningar som innebär att en sådan föreskrift får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt att sjukdomen uppfyller kriterierna för att vara en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom, eller att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet, ska tas bort.

Bakgrunden till utformningen av snabbförfarandet

I 1988 års smittskyddslag var regeringen i 4 § bemyndigad att meddela föreskrifter om att bestämmelserna om sådana sjukdomar som då benämndes samhällsfarliga skulle tillämpas på en viss smittsam sjukdom från den tidpunkt som regeringen bestämde. Förutsättningarna för ett sådant beslut var att riksdagens beslut om ändring i lagens bilaga i vilken de samhällsfarliga sjukdomarna angavs inte kunde avvaktas, och att sjukdomen uppträdde eller inom kort kunde uppträda i landet samt att sjukdomen bedömdes dels ha hög smittsamhet eller kunna få explosiv utbredning, dels medföra hög dödlighet eller bestående skador bland de smittade. Vidare fick en sådan föreskrift enligt detta s.k. snabbförfarande meddelas endast om de nämnda verkningarna av sjukdomen inte var kända vid tillkomsten av bilagan.

Av förarbetena framgår att bakgrunden till snabbförfarandet var att det av rättssäkerhetsskäl bedömdes vara en lämplig ordning att de samhällsfarliga sjukdomarna angavs genom en uppräkning i smittskyddslagen. På så sätt kom lagens tillämplighet på varje sådan sjukdom att ha prövats av riksdagen. Det argument som hade anförts mot att sjukdomarna angavs i lagen var att en sådan ordning kunde medföra en risk för att nödvändiga smittskyddsåtgärder försenades, om en ny och allvarlig smittsam sjukdom överraskande började spridas. Bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna skulle i en sådan situation då kunna börja att tillämpas först sedan riksdagen genom lag klassificerat sjukdomen som samhällsfarlig.[47] Det konstaterades vidare att det var omöjligt att förutse vilka smittsamma sjukdomar som kunde komma att uppträda i framtiden. Det konstaterades också att endast två sjukdomar, hivinfektion och klamydiainfektion, hade införts i smittskyddslagstiftningen sedan den då gällande lagstiftningen hade trätt i kraft 1969. Skälen mot att ange sjukdomarna i lagen framstod därför inte som särskilt starka. Det gick dock inte att bortse från risken att en allvarlig smittsam sjukdom skulle kunna komma att uppträda i Sverige utan förvarning och att ett riksdagsbeslut då inte kunde avvaktas. Om det gällde en verkligt hotande sjukdom borde regeringen ha möjlighet att föreskriva att bestämmelserna om de samhällsfarliga sjukdomarna i smittskyddslagen skulle tillämpas på en sådan ”ny” sjukdom.[48]

Lagrådet anförde bl.a. att det särskilt borde markeras i lagtexten att regeringens befogenhet bara skulle tillämpas när det var fråga om en sjukdom som inte var känd såsom samhällsfarlig när förteckningen i bilagan över samhällsfarliga sjukdomar kom till, dvs. när bilagan upprättades eller senast ändrades. Rekvisitet om att en föreskrift fick meddelas endast om de nämnda verkningarna av sjukdomen inte var kända vid tillkomsten av bilagan lades därför till.[49]

I 9 kap. 2 § i den nuvarande smittskyddslagen finns motsvarigheten till dessa bestämmelser. Regeringen ges möjlighet att meddela föreskrifter om att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom från den tidpunkt som regeringen bestämmer, om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller 2 inte kan avvaktas. En sådan föreskrift får med-

[47] Prop. 1988/89:5 s. 35.
[48] Prop. 1988/89:5 s. 35 och 36.
[49] Prop. 1988/89:5 s. 341.

delas endast om det vid lagens ikraftträdande inte var känt att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet. Detta framgår av 9 kap. 2 § andra stycket SmL.

Bestämmelsen i andra stycket är en skillnad jämfört med 1988 års lag. I förarbetena anförs att vad som åsyftas är sådana sjukdomar som, såvitt är känt, har utrotats men som om de skulle återuppträda, skulle omfattas av de uppställda kriterierna. Dessutom åsyftas sjukdomar som, även om det är känt att de uppfyller kriterierna, är endemiska[50] eller har ett så begränsat utbredningsområde att det inte är sannolikt att smittspridning skulle kunna förekomma i Sverige.[51]

Det får inte råda någon tvekan om att snabbförfarandet kan tillämpas när det behövs

Förhållandena som rådde vid lagens ikraftträdande 2004 bör inte vara avgörande för tillämpningen

Som vi beskrivit i föregående avsnitt bör det övervägas om fler sjukdomar bör klassificeras som samhällsfarliga som en beredskapsåtgärd. Avsikten med detta är att ha beredskap för att vidta extraordinära smittskyddsåtgärder utan fördröjning om det uppstår en situation som innebär att sjukdomen riskerar att spridas i Sverige. Även med en sådan beredskap kan det dock förekomma att ett smittämne som orsakar en sjukdom som uppfyller kriterierna för en samhällsfarlig sjukdom men som inte är klassificerad enligt smittskyddslagen riskerar att spridas i landet. Regeringens möjlighet att i avvaktan på riksdagens beslut föreskriva om att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska gälla för sjukdomen, borgar då för att erforderliga smittskyddsåtgärder kan vidtas.

Det är utredningens uppfattning att det inte får råda någon tvekan om att regeringen har möjlighet att tillämpa snabbförfarandet när det behövs. Som bestämmelserna i 9 kap. 2 § andra stycket SmL är utformade utgör de dock begränsningar av tillämpningen av snabbförfarandet. I lagtexten anges där att en föreskrift enligt regeringens snabbförfarande får meddelas endast om det vid lagens ikraftträdande

[50] Att en sjukdom är endemisk innebär att den förekommer på en relativt konstant nivå i ett geografiskt område,
[51] Prop. 2003/04:30 s. 246.

inte var känt att sjukdomen uppfyller kriterierna för att vara en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom, eller om det vid lagens ikraftträdande inte var känt att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Syftet med dessa bestämmelser är, såvitt utredningen uppfattar det, att vara en garanti för att regeringen inte ska kunna kringgå en riksdagsbunden bedömning av en sjukdoms allvarlighet. Konstitutionellt sett kan detta se ut att vara en rimlig begränsning. Det innebär dock att det vid en överhängande risk för spridning i landet av en allvarlig smittsam sjukdom först måste beaktas hur sjukdomen bedömdes vid smittskyddslagens införande 2004. Det är utredningens uppfattning att detta inte fullt ut är en ändamålsenlig lösning. Vidare syftar förslaget i kapitel 3 om en årlig översyn av vilka sjukdomar som bör vara klassificerade som samhällsfarliga, allmänfarliga, anmälningspliktiga, smittspårningspliktiga eller kostnadsfria, till att göra klassificeringen av sjukdomar som helhet mer flexibel. Också detta talar för att behovet av att behålla bestämmelsen i sin nuvarande form har minskat.

Det finns en osäkerhet kring vad som gäller vid senare överväganden om en sjukdom

Motsvarande bestämmelse i 1988 års smittskyddslag var utformad på ett annat sätt än i den nuvarande smittskyddslagen. Där framgick att en föreskrift enligt snabbförfarandet endast fick meddelas om verkningarna av sjukdomen inte var kända vid tillkomsten av bilagan till lagen i vilken de då samhällsfarliga sjukdomarna angavs (4 § första stycket sista meningen). Som nämns ovan framgår av bestämmelsens förarbeten att avsikten med bestämmelsen var att regeringens befogenhet bara skulle tillämpas när det var fråga om en sjukdom som inte var känd såsom samhällsfarlig när förteckningen i bilagan över samhällsfarliga sjukdomar kom till, dvs. när bilagan upprättades eller senast ändrades. Av den nu gällande bestämmelsen framgår i stället att en föreskrift endast får meddelas om det vid lagens ikraftträdande inte var känt att sjukdomen uppfyller kriterierna för en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom eller att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Om någon saklig förändring var avsedd med bytet från ”tillkomsten av bilagan” till ”lagens ikraftträdande” framgår inte av förarbetena

till smittskyddslagen. Det är således inte klart vad som gäller om bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar behöver tillämpas på nytt för en sjukdom som varit klassificerad men som vid något skede bedömts inte längre uppfylla kriterierna och därmed tagits bort från smittskyddslagens bilagor. En sådan sjukdom är t.ex. covid-19.[52]

Det är utredningens uppfattning att det inte får råda någon tvekan om att snabbförfarandet vid behov kan tillämpas också vid en situation där en sjukdom som tidigare varit klassificerad som allmänfarlig eller samhällsfarlig får ny spridning och vars verkningar uppfyller kriterierna för en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Övriga förutsättningar för att tillämpa snabbförfarandet är tillräckliga ur rättssäkerhetssynpunkt

Det är utredningens bedömning att det redan av det krav som ställs på en sjukdom som kan bli föremål för snabbförfarandet, dvs. att sjukdomen ska uppfylla kriterierna för en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom, tillsammans med kravet att riksdagens beslut inte kan avvaktas, är tillräckligt tydligt att regeringens bemyndigande endast ska tillämpas vid en överhängande risk för en allvarlig smittspridning. De krav som i dag ställs i 9 kap. 2 § andra stycket SmL fyller enligt utredningens bedömning därför inte någon egentlig funktion. För att göra snabbförfarandet mer ändamålsenligt i beredskapshänseende är det mot denna bakgrund vårt förslag att dessa krav tas bort.

Mot en sådan ändring kan anföras att de uppställda kraven förhindrar en regering att missbruka sin befogenhet att meddela föreskrifter enligt snabbförfarandet. Att föreskriva att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska vara tillämpliga för en viss sjukdom kan medföra långtgående befogenheter för myndigheter att vidta tvångsåtgärder och andra långtgående smittskyddsåtgärder som kan inskränka människors grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Det är därför viktigt att möjligheten kringgärdas av rättssäkerhetsgarantier.

Av denna anledning följer redan i dag av bestämmelserna om snabbförfarandet att regeringens förordning om att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss

[52] SFS 2022:217, prop. 2021/22:137, bet. 2021/22:SoU27, rskr. 2021/22:197.

sjukdom ska underställas riksdagens prövning snarast (9 kap. 2 § tredje stycket SmL och 8 kap. 6 § RF). Underställning innebär att regeringen ska lämna över förordningen till riksdagen genom en proposition och riksdagen ska pröva om den kan godkänna den eller inte. Om riksdagen inte godkänner regeringens förordning ska den omedelbart upphöra att gälla. Eftersom snabbförfarandet endast får tillämpas när riksdagens beslut att ändra i bilagorna till smittskyddslagen inte kan avvaktas, har regeringen de gånger snabbförfarandet har använts i samtliga fall också i propositionen föreslagit en sådan lagändring. Genom detta förfarande behöver regeringen utförligt redovisa sina överväganden om behovet av att tillämpa snabbförfarandet och varför sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna för att vara en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom och därmed bör klassificeras som en sådan. Det kan även framhållas att riksdagen alltid kan meddela en lag som upphäver eller ersätter en förordning som regeringen har meddelat, oavsett om den underställs eller inte. Det är utredningens uppfattning att det härigenom finns de rättssäkerhetsgarantier som krävs för att säkerställa att snabbförfarandet inte används för något annat ändamål än vad det är avsett för.

7.1.8 Folkhälsomyndigheten bör i undantagsfall få besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens beslut

Förslag

Vid en överhängande risk för spridning i landet av en viss smittsam sjukdom ska Folkhälsomyndigheten få besluta om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning under motsvarande förhållanden som gäller för dessa åtgärder i dag, om ett regeringsbeslut om att föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen inte kan avvaktas.

Folkhälsomyndighetens beslut ska upphöra att gälla om regeringen inte inom sju dagar har beslutat att föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen.

Den regionala smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll och karantän.

Det som i övrigt föreskrivs i smittskyddslagen om besluten om hälsokontroll, karantän och avspärrning ska gälla även Folkhälsomyndighetens beslut.

Det som föreskrivs i smittskyddslagen om överklagande till domstol och domstolsprocessen för hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning ska på motsvarande sätt gälla för Folkhälsomyndighetens beslut.

En hälsokontroll på platsen för inresan ska vara kostnadsfri för den som genomgår en sådan kontroll.

Bedömning

Den som måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut om karantän ska ha rätt till smittbärarpenning. Någon ändring i bestämmelserna om smittbärarpenning behövs dock inte för detta.

Snabbförfarandet ger möjligheter att agera skyndsamt

Regeringens möjlighet att enligt snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss sjukdom om riksdagens beslut om lagändring inte kan avvaktas är, som vi beskrivit tidigare, en form av författningsberedskap.

Snabbförfarandet kan inledas med en skrivelse till regeringen i vilken Folkhälsomyndigheten hemställer om att en viss sjukdom ska omfattas av smittskyddslagens bestämmelser och att regeringen ska föreskriva om detta i avvaktan på riksdagens beslut. För ett fullgott underlag för regeringens beslut bör sjukdomen, risken för smittspridning i Sverige och övriga relevanta omständigheter beskrivas i en sådan hemställan. Folkhälsomyndighetens initiativ tas inom ramen för myndighetens ansvar att följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd (1 kap. 7 § SmL). En hemställan föregås av bl.a. informationsinhämtning och riskbedömningar om det aktuella smittämnet. Hur lång tid ett sådant utredningsarbete kräver kan variera. Utredningen konstaterar att det sedan covid-19-pandemin tagits flera steg i bl.a. EU-samarbetet i syfte att i övervakningen snabbare än i dag identifiera möjliga risker för allvarlig smitt-

spridning. Den snabba tekniska utvecklingen får också sägas tala för att ledtider i detta arbete kan komma att kunna kortas framöver. Samtidigt innebär bl.a. det världsomspännande resandet och klimatförändringarna att nya hälsohot kan nå oss snabbare eller i nya former.

De åtgärder som gäller för allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar får beträffande en viss sjukdom vidtas först när en lagändring avseende sjukdomen trätt i kraft, alternativt från den tidpunkt från vilken regeringen enligt snabbförfarandet föreskrivit att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas för sjukdomen. Som framgått i avsnitt 7.1.3 har tillämpningen av snabbförfarandet i två fall (covid-19 och marburg) inneburit att förordningen har trätt i kraft på den andra dagen efter att initiativet till den har tagits. Det finns ingen lagstadgad minimitid för beredningen av förordningen. Som framgått i avsnitt 7.1.2 skulle en förordning i ett exceptionellt fall sannolikt kunna tas fram, beslutas och träda i kraft under en och samma dag.

Snabbförfarandet innebär att det finns möjlighet att agera skyndsamt inför hotet om en smittspridning av en sjukdom som ännu inte är klassificerad som t.ex. samhällsfarlig sjukdom. I det följande överväger vi om förfarandet kan anses tillräckligt i beredskapshänseende.

Vissa åtgärder enligt smittskyddslagen bör vara tillgängliga även innan regeringen föreskrivit enligt snabbförfarandet

Det går enligt utredningens bedömning att konstruera scenarier då det finns risk för att nuvarande ordning inte är tillräcklig för det behov av att vidta smittskyddsåtgärder som kan uppstå.

Ett scenario är att ett transportmedel är på väg till Sverige och det genom tillgänglig information framgår att en allvarlig smittsam sjukdom, som ännu inte är klassificerad enligt smittskyddslagen, finns eller misstänks finnas bland passagerare eller personal och riskeras att spridas in i landet. I detta scenario saknas möjligheter att vidta åtgärder enligt smittskyddslagen. Vidare innehåller IHR-lagen inga självständiga tvångsåtgärder mot enskilda, utan för sådana åtgärder ska i första hand smittskyddslagen tillämpas. Det är enligt utredningens bedömning inte möjligt att med stöd av IHR-lagen vidta åtgärder i syfte att t.ex. sätta människor i karantän.

Ett annat scenario är att det sker en olyckshändelse eller avsiktlig spridning inom landet som innebär att ett smittämne, där sjuk-

domen som orsakas av smittämnet ännu inte har klassificerats, sprids eller riskerar att spridas. Det kan t.ex. vara fråga om en läcka från ett laboratorium.

Det är i båda scenarierna fråga om situationer då behovet av att vidta smittskyddsåtgärder kan uppstå närmast akut eller inom några få timmar. Det ligger i sakens natur att det inte går att uppskatta hur sannolikt det är att en situation med dessa behov av att vidta åtgärder skulle kunna inträffa. Enligt utredningens bedömning kan det dock inte med säkerhet uteslutas. Det skulle alltså kunna uppstå situationer då regeringen inte hinner fatta beslut om föreskrifter enligt snabbförfarandet, men då tillräckligt med kunskap finns om en händelse för att det ska anses befogat och nödvändigt att kunna vidta vissa smittskyddsåtgärder.

I Finlands smittskyddslagstiftning finns en möjlighet att under sådana förhållanden fatta beslut om vissa smittskyddsåtgärder snabbt. I *lagen om smittsamma sjukdomar* finns bestämmelser om som innebär att det vid en *akut allvarlig hälsorisk* går att besluta om karantän, karantän av varor och isolering, vilka är åtgärder som annars är förbehållna sjukdomar som är klassificerade som *allmänfarliga smittsamma sjukdomar*. Förutsättningarna för ett sådant beslut är att skyndsamma åtgärder behövs för att förhindra spridningen av en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en smittsam sjukdom som uppfyller kriterierna för allmänfarliga sjukdomar. Befogenheten att fatta sådana beslut har *social- och hälsovårdsministeriet* (motsvarande Socialdepartementet), *Tillstånds- och tillsynsverket* (en riksomfattande och sektorsövergripande myndighet som hör till statens centralförvaltning och som sköter bl.a. verkställighets- och styrningsuppgifter inom flera verksamhetsområden) och det organ i *välfärdsområdet* (motsvarande regioner) eller *HUS-sammanslutningen* (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt) som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sitt verksamhetsområde. I normala fall får åtgärderna beslutas av den läkare i tjänsteförhållande som i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen ansvarar för smittsamma sjukdomar (71 §). Av förarbetena till bestämmelsen framgår att motsvarande bestämmelse har funnits i tidigare smittskyddslagstiftning och tillämpats när det har upptäckts sjukdomar som krävt snabba åtgärder och som inte förekommit tidigare i Finland och som inte heller ingått i företeckningen över allmänfarliga sjukdomar i *statsrådets* (motsvarande regeringens) förordning om smitt-

samma sjukdomar. Detta eftersom det vanligen tar flera dagar att ändra i förordningen, och åtgärderna har behövt inledas omedelbart.[53]

Det ska finnas en överhängande risk för smittspridning av en sjukdom som kan vara samhällsfarlig

Regeringens snabbförfarande i 9 kap. 2 § SmL förutsätter att riksdagens beslut inte kan avvaktas och att det är fråga om en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet. För att göra snabbförfarandet mer ändamålsenligt i beredskapshänseende har vi föreslagit att de krav som ställs om förutsättningarna för när en sådan föreskrift får meddelas tas bort, se avsnitt 7.1.7.

Utredningen anser att det bör införas en möjlighet att under vissa omständigheter vidta smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen också om ett regeringsbeslut enligt snabbförfarandet inte kan avvaktas. Det bör liksom regeringens snabbförfarande avse en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet.

Regeringens snabbförfarande innebär att samtliga bestämmelser för allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar, såväl de extraordinära smittskyddsåtgärderna som individinriktade åtgärder, inklusive tvångsåtgärder, kan tillämpas på den aktuella sjukdomen.

Folkhälsomyndigheten har framfört till utredningen att det vore lämpligt att de extraordinära smittskyddsåtgärderna, främst hälsokontroll på platsen för inresan och karantän, skulle kunna tillämpas vid sådana scenarier som vi har beskrivit ovan.

De extraordinära smittskyddsåtgärderna är utredningsåtgärder som är tydligt avgränsade i tid och rum. Hälsokontrollen ska göras på platsen för inresan i direkt anslutning till ankomsten för att utreda om någon bär på sjukdomen när han eller hon anländer. Karantän

[53] Finlands regerings proposition till riksdagen med förslag till lag om smittsamma sjukdomar och vissa lagar som har samband med den. RP 13/2016 rd. I Finland har social- och hälsovårdsministeriet den 10 mars 2026 remitterat ett utkast till proposition med förslag till en ny lag om smittsamma sjukdomar som ska ersätta den nuvarande. Det förslås bl.a. ändrade bestämmelser för bl.a. karantän. Genom den föreslagna regleringen vill man förbereda sig på situationer där ett tidigare okänt smittämne utgör ett hot mot samhället och folkhälsan. Även om nuvarande smittskyddslagstiftning ändras kommer det således finnas en möjlighet att i dessa situationer snabb fatta beslut om smittskyddsåtgärder. Se vidare i Social- och hälsovårdsministeriets begäran om utlåtande om utkastet till regeringens proposition med förslag till lag om smittsamma sjukdomar och vissa lagar som har samband med den, dnr VN/25987/2023.

är begränsad i tiden till som längst inkubationstiden för sjukdomen. Avspärrningen är en åtgärd som är avsedd för att inom ett begränsat område utreda smittspridning. Utredningen anser mot denna bakgrund att de extraordinära smittskyddsåtgärderna är ändamålsenliga i en situation som den vi här avser att reglera.

Dessa åtgärder förutsätter inte heller att de enskilda som berörs har motsatt sig åtgärden eller kan befaras bete sig på ett sätt som innebär risk för smittspridning. Detta till skillnad från isolering enligt 5 kap. 1 § SmL som förutsätter att en allmänfarlig sjukdom har konstaterats hos den enskilde, vilket i praktiken torde utesluta att bestämmelsen skulle gå att tillämpa för de akuta och kortvariga situationer som vi här avser att reglera. Tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL får beslutas även vid misstanke om en allmänfarlig sjukdom. För att bli ändamålsenlig i de aktuella situationerna skulle det krävas att tillfällig isolering fick beslutas även på svagare grund än misstänkt fall, t.ex. genom att någon kan antas ha utsatts för smitta av den aktuella sjukdomen. Motsvarande resonemang gäller också för tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 § SmL. Utredningen är inte beredd att lämna förslag på att utvidga tvångsåtgärderna mot enskilda på ett sådant sätt.

Utredningen anser således att det främst är de extraordinära smittskyddsåtgärderna som kan fylla en funktion i de situationer som vi här skisserar. Dessa åtgärder är enligt nuvarande reglering endast tillämpliga på samhällsfarliga sjukdomar. Det är enligt utredningens bedömning därmed också ändamålsenligt att det ska vara fråga om en sjukdom som bedöms uppfylla kriterierna för en samhällsfarlig sjukdom, dvs. som bedöms kunna vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittande och som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner.

Vid ett införande av ytterligare åtgärder i beredskapssyfte bör det ställas höga krav på konkretion beträffande hotet och vad konsekvenserna kan bli om åtgärder inte vidtas. Utöver att regeringens beslut om föreskrifter inte ska kunna avvaktas, bör det vara fråga om en överhängande risk för spridning i landet av en viss smittsam sjukdom. En överhängande risk kan t.ex. föreligga om det via ett annat lands myndigheter har kommit en bekräftelse på att det är fråga om en viss

sjukdom i kombination med uppgifter om ett epidemiologiskt samband med en viss transport eller en viss person ombord på en transport på väg till Sverige. Det kan t.ex. också vara fråga om att det finns bekräftade uppgifter om att ett visst sjukdomsalstrande smittämne har läckt eller omständigheterna är sådana att det av annan anledning finns starka skäl att tro att smittspridning redan börjat eller inom kort kan börja.

Särskilt om bedömningen av överhängande risk vid olyckor och brott

Frågan om så kallad bioterror var aktuell under början av 2000-talet och var ett skäl till att de extraordinära smittskyddsåtgärderna infördes i smittskyddslagen, se avsnitt 7.1.6. Frågan har fått förnyad aktualitet genom det försämrade säkerhetsläget, den snabba teknikutvecklingen och risken för att nya smittämnen tas fram eller kända smittämnen modifieras. En särskild fråga har i det ljuset för utredningens del handlat om vad som vid en första anblick framstår som ett olycksfall eller ett brott. I ett sådant scenario kan en av flera initiala hypoteser vara att smittspridning har skett eller riskerar att ske, men att det vid bedömningen av om det föreligger en överhängande risk för spridning i landet av en viss smittsam sjukdom i övrigt finns mycket lite information av relevans för smittskyddet.

I akuta situationer, där brott misstänks eller ett olycks- eller sjukdomsfall har inträffat, är det i första hand polis, ambulans och räddningstjänst som har att vidta åtgärder. Bland de åtgärder som dessa instanser har tillgång till finns det åtgärder som vidtas i andra syften men som ur smittskyddshänseende initialt kan få liknande effekt som t.ex. avspärrning enligt smittskyddslagen när det gäller att begränsa rörelse in och ut ur ett visst område. Det finns vad utredningen känner till inget exempel på någon händelse av denna karaktär då det uppstått ett behov av att ingripa med åtgärder enligt smittskyddslagen. Varken Polismyndigheten eller smittskyddsläkarna har heller inom ramen för utredningen gjort gällande att det i dylika situationer finns ett behov av att prioritera smittskyddsaspekter högre än i dag, för att ytterligare stärka beredskapen för vad som kan utvecklas till en omfattande smittspridning. Utredningen finner därför inga skäl att föreslå ändringar i lagstiftningen om skyddet mot olyckor eller om den brottsutredande verksamheten.

Folkhälsomyndigheten bör vara beslutande myndighet

Folkhälsomyndigheten är den myndighet som i kraft av sitt ansvar enligt 1 kap. 7 § SmL omvärldsbevakar bl.a. i syfte att vid behov hemställa om att regeringen ska besluta föreskrifter enligt snabbförfarandet. Folkhälsomyndigheten är också den myndighet som genom sina uppdrag på smittskyddsområdet visavi EU- och WHO-nivån först får information om internationella hälsohot. Folkhälsomyndigheten är också enligt IHR-lagen nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet. Myndigheter, kommuner och regioner som inom sina respektive ansvarsområden får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa ska omedelbart underrätta Folkhälsomyndigheten om det misstänkta hotet. Myndigheten är en av landets beredskapsmyndigheter och har flera funktioner med dygnetruntberedskap bl.a. för att kunna hantera hälsohot.

Eftersom vårt förslag tar sikte på att fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder enbart i avvaktan på regeringens beslut enligt snabbförfarandet förutsätts vidare beslutsmyndigheten ha löpande kontakt med Regeringskansliet i frågan, vilket talar för att en statlig förvaltningsmyndighet under regeringen bör vara beslutande myndighet.

Folkhälsomyndigheten har sammanfattningsvis bäst möjlighet att som första instans värdera hot, oavsett om det kommer från utlandet eller inom landet, och bedöma behovet av och fatta beslut om skyndsamma åtgärder vid risk för hotande smittspridning.

Smittskyddsläkaren bör verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll och karantän

Även om vi anser att Folkhälsomyndigheten har bäst förutsättningar att besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder vid en överhängande risk för spridning i landet av en viss smittsam sjukdom, så kan det finnas praktiska svårigheter för myndigheten att verkställa beslut om hälsokontroll på platsen för inresan och karantän. Eftersom det är fråga om akuta situationer måste det förutsättas att verkställigheten skyndsamt kan ske i nära anslutning till att beslutet fattas.

Redan enligt nuvarande bestämmelser ska smittskyddsläkaren verkställa sina egna beslut om hälsokontroll samt Folkhälsomyndighetens beslut om detta (3 kap. 8 § SmL). Ett beslut om hälsokontroll

på platsen för inresa kan gälla på flera platser i landet samtidigt och kan ta betydande resurser i anspråk. Smittskyddsläkaren beslutar även om karantän och verkställer dessa beslut enligt gällande bestämmelser (3 kap. 9 § SmL). Mot denna bakgrund bör smittskyddsläkaren verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll på platsen för inresan och karantän som fattas i avvaktan på regeringens föreskrifter enligt snabbförfarandet.

Folkhälsomyndigheten bör dock liksom enligt nuvarande regelverk verkställa beslut om avspärrning som fattas i avvaktan på regeringens beslut om föreskrifter enligt snabbförfarandet.

Folkhälsomyndighetens beslut bör upphöra att gälla efter sju dagar om regeringen inte föreskriver enligt snabbförfarandet

Vårt förslag innebär att extraordinära smittskyddsåtgärder ska få kunna vidtas även utan att regeringen har tagit ställning till om en viss sjukdom ska omfattas av bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar, dvs. utan den rättssäkerhetsgaranti som regeringens prövning enligt snabbförfarandet innebär. Det finns därför anledning att överväga om det bör finnas en begränsning för hur länge besluten ska gälla. Det skulle kunna vara lämpligt att Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll, karantän och avspärrning upphör att gälla efter en viss tid, om regeringen inte inom denna tid har beslutat att föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen.

Som vi angett ovan kan processen med att besluta om nya förordningar i brådskande situationer gå mycket fort, i extrema fall på en dag. Det bör således vara fråga om maximalt några dagar innan regeringen har hunnit föreskriva i enlighet med snabbförfarandet. Därutöver behöver regeringens beslut fattas på ett fullgott beredningsunderlag. Som vi beskrivit tidigare utgörs ett sådant underlag normalt sett av en hemställan från Folkhälsomyndigheten i vilket den aktuella sjukdomen och övriga omständigheter beskrivs. Framtagandet av detta underlag är inte medräknat i tiden för regeringens beslutsprocess.

Folkhälsomyndigheten menar att den totala tidsfristen inte bör vara kortare än 14 dagar. Myndigheten menar att det är viktigt att en klassificering baserat på syndrom inte blir för bred, dvs. att den riskerar att omfatta fler tillstånd än det avsedda. Ju mer information

myndigheten hinner skaffa sig om sjukdomen, desto mer specifik och träffsäker kan benämningen på sjukdomen bli. Vid bedömningen av hur lång tidsfristen ska vara behöver hänsyn även tas till den skyldighet som finns för myndigheter att ta fram en konsekvensutredning innan den föreslår en förordning för regeringen (2 § förordningen [2024:183] om konsekvensutredningar).

Utredningen menar att 14 dagar är en för lång tidsfrist. Förslagets rekvisit som innebär att det ska finnas en överhängande risk för spridning av en viss smittsam sjukdom avser att från tillämpningen undanta fall då det råder osäkerhet beträffande sakomständigheterna som föranleder att åtgärderna övervägs. Redan den information som krävs för att alls vidta en viss åtgärd måste således vara av en viss kvalitet. Risken för att fler tillstånd än avsett skulle omfattas bör av samma skäl heller inte överdrivas. Som framgår av avsnitt 7.1.4 har det, i samband med att snabbförfarandet utnyttjats, accepterats en viss flexibilitet gällande hur precist de sjukdomar som det varit fråga om måste beskrivas. Den information som efter ett beslut om någon av de extraordinära smittskyddsåtgärderna krävs för att genomföra en konsekvensutredning och vidta andra behövliga utredningsåtgärder och därefter hemställa till regeringen om föreskrifterna bör enligt utredningens uppfattning inte ta mer än några få dagar i anspråk. Med beaktande av den tid som regeringen därefter behöver för beredning och ställningstagande finner utredningen att totalt sju dagar är en bättre avvägd tidsfrist.

Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning ska således upphöra att gälla om regeringen inte inom sju dagar har beslutat att föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen. Detta innebär att om regeringen beslutar om föreskrifter med stöd av snabbförfarandet inom sju dagar, fortsätter Folkhälsomyndighetens beslut att löpa. I den situationen har det genom regeringens ställningstagande gjorts en bedömning att en viss sjukdom ska omfattas av de bestämmelser i smittskyddslagen som gäller samhällsfarliga sjukdomar.

Det skulle också kunna förekomma att riksdagen i den uppkomna situationen beslutar genom en lagändring att ange den aktuella sjukdomen som samhällsfarlig enligt smittskyddslagen, utan att regeringen först beslutar enligt snabbförfarandet. Under sådana förhållanden bör det vid behov tas in övergångsbestämmelser om Folkhälsomyndighetens beslut i lagen om ändringen.

Det som i övrigt föreskrivs om de extraordinära smittskyddsåtgärderna ska gälla även vid Folkhälsomyndighetens beslut

Vi föreslår som ovan har beskrivits att det är Folkhälsomyndigheten som ska besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder medan smittskyddsläkaren ska verkställa besluten. Även om det är smittskyddsläkaren som beslutar om vissa fall av hälsokontroll och karantän i de gällande bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen, är det i praktiken fråga om samma åtgärder som vi nu föreslår. Vad som i övrigt föreskrivs om de extraordinära smittskyddsåtgärderna i smittskyddslagen bör därför gälla även vid Folkhälsomyndighetens beslut.

Detta innebär att vad som föreskrivs om hälsokontroller i den i delbetänkandet föreslagna 3 kap. 8 a § ska gälla även om hälsokontrollen är beslutad i avvaktan på regeringens prövning enligt snabbförfarandet.

Det innebär vidare att Folkhälsomyndigheten utan dröjsmål ska pröva en begäran om att ett beslut om karantän ska upphöra och en ansökan om att medge undantag från förbudet att besöka den som hålls i karantän (3 kap. 9 § och 3 kap. 11 § första stycket). Folkhälsomyndigheten är beslutsmyndighet vad gäller beslutet om karantän varför myndigheten lämpligen ska pröva dessa beslut. En justering föreslås i 3 kap. 9 § andra stycket för att möjliggöra detta. Folkhälsomyndigheten ska även i egenskap av beslutsmyndighet svara för prövningen om att medge undantag från beslutet om avspärrning (3 kap. 10 § andra stycket och 3 kap. 11 § första stycket). Om det inte längre finns skäl för beslut om karantän eller avspärrning ska Folkhälsomyndigheten omedelbart häva beslutet (3 kap. 11 § andra stycket).

En hälsokontroll på platsen för inresan är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen enligt gällande bestämmelser (7 kap. 3 a §). Motsvarande bör således gälla för hälsokontroller enligt nu föreslagna bestämmelser. En ändring om detta i bestämmelsen bör därför göras.

Enligt vad som föreskrivs i nuvarande bestämmelser ska smittskyddsläkaren även vidta de åtgärder som behövs för att hindra personer som hålls i karantän eller har förbjudits att lämna avspärrat område att lämna landet (3 kap. 12 § första stycket tredje och fjärde punkterna). Eftersom smittskyddsläkaren ska verkställa besluten

enligt våra förslag, bedömer vi att smittskyddsläkaren är bäst lämpad att vidta behövliga åtgärder.

På motsvarande sätt som enligt nuvarande bestämmelser ska Polismyndigheten, på begäran av smittskyddsläkaren, lämna biträde för att genomföra hälsokontrollen och då upprätthålla ordningen, föra den som ska hållas i karantän till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, eller återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats (8 kap. 12 § första stycket fjärde till sjätte punkterna). Eftersom smittskyddsläkaren ska verkställa besluten enligt våra förslag, bedömer vi att smittskyddsläkaren har bäst förutsättningar att framställa en sådan begäran. Eftersom Folkhälsomyndigheten föreslås besluta om att spärra av områden och verkställa ett sådant beslut, föreslås att Polismyndigheten, på begäran av Folkhälsomyndigheten, ska lämna biträde med att spärra av områden och upprätthålla dessa avspärrningar på samma sätt som enligt nuvarande bestämmelser (8 kap. 12 § andra stycket).

Vissa beslut om karantän och avspärrning bör kunna överklagas

Som vi ovan beskrivit är det i praktiken fråga om samma åtgärder som Folkhälsomyndigheten kan besluta om enligt vårt förslag som i de gällande bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder. Även vad som föreskrivs i smittskyddslagen om överklagande till domstol och domstolsprocessen för hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning bör därför gälla på motsvarande sätt för Folkhälsomyndighetens beslut.

Beslut om hälsokontroll på platsen för inresan kan inte överklagas enligt gällande bestämmelser (jfr 8 kap. 1 § första och fjärde styckena). Av propositionen vid införandet av de extraordinära smittskyddsåtgärderna framgår att skälen till att ett sådant beslut inte kan överklagas är att en prövning av domstol med stor sannolikhet skulle bli aktuell först efter det att hälsokontrollen har genomförts, eftersom det är fråga om en snabb åtgärd.[54] Av motsvarande skäl anser utredningen att det inte heller ska gå att överklaga Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll som fattas med stöd av den nu föreslagna bestämmelsen.

[54] Prop. 2003/04:158 s. 78.

Inte heller kan ett beslut om avspärrning överklagas enligt gällande bestämmelser. Det anförs i propositionen att det dock bör vara möjligt för enskilda som berörs av avspärrningen att hos den beslutande instansen begära undantag från de förbud som avspärrningen innebär.[55] Sådana beslut kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § tredje stycket). Utredningen anser att motsvarande bör gälla för Folkhälsomyndighetens beslut om avspärrning enligt de föreslagna bestämmelserna.

Enligt gällande bestämmelser får smittskyddsläkarens karantänsbeslut, dvs. beslut om karantän, avslag på ansökan om att karantän ska upphöra och avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän, överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § första stycket sjätte till åttonde punkterna). Att hålla en enskild i karantän är ett betydande ingrepp i den enskildes integritet varför vi anser att även de karantänsbeslut som Folkhälsomyndigheten föreslås kunna besluta ska kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

När det gäller domstolsprocessen ska mål om karantän, mål om undantag från avspärrning samt mål om upphörande av karantän tas upp till avgörande av förvaltningsrätten senast inom fyra dagar från det att överklagandet kom in (8 kap. 5 § fjärde stycket). Av propositionen framgår att särskild skyndsamhet är påkallad eftersom de överklagade besluten rör viktiga begränsningar i grundlagsskyddade rättigheter. Härtill kommer att överklagandena rör åtgärder som har mycket kort varaktighet varför en prövning först efter det att åtgärderna upphört i regel inte skulle vara meningsfull.[56] Vi anser att det finns skäl för en skyndsam prövning av dessa mål även när Folkhälsomyndigheten fattar beslut i de fall som avses.

När det gäller mål om beslut om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän bör förvaltningsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka (8 kap. 5 § första stycket sjätte punkten), vilket vi anser vara en skälig tid för en prövning av ett sådant beslut.

Prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten krävs enligt gällande bestämmelser inte i mål om karantän, undantag från beslut om avspärrning och upphörande av karantän (8 kap. 2 § sjätte till åttonde punkterna). Vi anser att detsamma ska gälla för över-

[55] Prop. 2003/04:158 s. 72 och 73.
[56] Prop. 2003/04:158 s. 70–73 och s. 108.

klagande av mål där Folkhälsomyndighetens beslut enligt de föreslagna bestämmelserna har överklagats.

Enligt nuvarande bestämmelser ska offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om karantän, upphörande av karantän eller beslut att inte medge undantag från avspärrning, om det inte måste antas att behov av biträde saknas (8 kap. 9 § första stycket femte till sjunde punkterna). Vi anser att det på motsvarande sätt finns skäl för att offentligt biträde förordnas i motsvarande mål om beslut enligt våra förslag.

Ersättning ska kunna lämnas i vissa fall

Smittbärare har enligt 46 kap. socialförsäkringsbalken i vissa fall rätt till ersättning i form av smittbärarpenning om de på grund av vissa myndighetsbeslut måste avstå från förvärvsarbete. Detta gäller bl.a. för personer som måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett beslut om karantän, men inte vid hälsokontroll på platsen för inresan och vid avspärrning (5 § första stycket första punkten och andra stycket). Utredningen ser inga skäl till att något annat skulle gälla i fråga om smittbärarpenning för de beslut som Folkhälsomyndigheten nu föreslås kunna fatta. Bestämmelserna i 5 § andra stycket föreslås därför ändras i enlighet med detta. I fråga om karantän bedömer utredningen dock att någon ändring i bestämmelserna inte är nödvändig för att rätten till ersättning ska omfatta sådana beslut.

7.1.9 Avspärrningsbestämmelsen bör inte ändras

Bedömning

Bestämmelsen om avspärrning är ändamålsenlig och bör inte ändras.

De behov av att kunna vidta smittskyddsåtgärder vid eller inför en situation med omfattande smittspridning tillgodoses med de åtgärder som vi föreslagit i delbetänkandet och det vi föreslår i detta betänkande.

Överväganden i delbetänkandet

Enligt de ursprungliga direktiven hade utredningen, i den del av uppdraget som avsåg eventuella behov av utökade extraordinära smittskyddsåtgärder, i uppdrag att analysera och ta ställning till om det vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska finnas möjlighet att besluta om regionala reserestriktioner inom landet. I delbetänkandet gjorde vi bedömningen att det inte bör införas en sådan möjlighet.[57]

Omfattande smittspridning definierade vi i delbetänkandet som ”en hastigt uppkommen samhällsspridning inom ett begränsat geografiskt område eller över hela landet av en smittsam sjukdom som kan överföras mellan människor”. En generell tvingande begränsning av resor hade enligt vårt ställningstagande, som baserades på Folkhälsomyndighetens och Smittskyddsläkarföreningens bedömningar, inte någon betydande effekt jämfört med vad som kan uppnås på andra sätt, till exempel via rekommendationer.

Vi fann dock att det kunde finnas ett behov av att tillfälligt begränsa viss rörlighet vid andra scenarier än omfattande smittspridning exempelvis vid en antagonistisk spridning av en smittsam sjukdom som börjar i ett geografiskt avgränsat område inom landet. Behovet rörde därför snarare en utvidgning av nuvarande bestämmelse om avspärrning i syfte att ett geografiskt utvidgat område ska kunna spärras av. Eftersom det möjliga behovet av en sådan ändring skulle ligga närmare tilläggsdirektivets uppdrag om åtgärder innan en sjukdom har identifierats eller klassificerats, gjorde vi bedömningen att eventuella förslag om en ändring av avspärrningsbestämmelsen skulle lämnas i slutbetänkandet.

Avspärrningsbestämmelsen syftar till att utreda sjukdomsfall

Som vi redogjort för i föregående avsnitt regleras avspärrning i 3 kap. 10 § SmL. Enligt den bestämmelsen gäller att om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför

[57] SOU 2025:48 s. 167 och s. 817–822.

området att besöka det. Undantag från förbudet får medges i det enskilda fallet.

Av propositionen till bestämmelsen framgår bl.a. att avspärrning kan vara av värde t.ex. i det fallet att en eller flera personer som insjuknat i en livshotande sjukdom påträffas inom ett begränsat område utan att man lyckas fullständigt utreda av vem och när de smittats. I ett sådant fall finns givetvis en risk att ytterligare smittade personer finns inom området. Beträffande det avspärrade områdets geografiska storlek anges att av praktiska skäl bör endast begränsade områden kunna bli föremål för avspärrning. När det gäller större städer bör i regel endast något eller några bostadskvarter kunna komma i fråga.[58]

Avspärrning är således en utredningsåtgärd som syftar till att utreda sjukdomsfall och begränsas i tid och geografisk omfattning av de enskilda fall av samhällsfarlig sjukdom som föranlett beslutet. Hur omfattande och långvarig avspärrningen blir är beroende av utredningen av smittspridningen och när risken för fortsatt smittspridning har undanröjts eller upphört.

Bestämmelsen om avspärrning har aldrig använts

Avspärrningsbestämmelsen är förbehållen samhällsfarliga sjukdomar. Bestämmelsen infördes 2005 och av de sjukdomar som varit klassificerade som samhällsfarliga sedan dess är det enbart för covid-19 som det har förekommit smittspridning i Sverige. Avspärrning användes inte vid något tillfälle beträffande covid-19. Det finns således ingen erfarenhet av tillämpningen av bestämmelsen, och enbart en sjukdom för vilken det alls har varit möjligt att fatta sådana beslut.

Avspärrningsbestämmelsen bör inte ändras

Avspärrningsbestämmelsen är utformad så att det inte finns någon specifik begränsning i lag av hur stort geografiskt område som kan komma i fråga. Det ska dock vara fråga om ett *visst* område. Förarbetsuttalandena som vi har refererat ovan indikerar att det främst är av praktiska skäl som det, beträffande större städer, anges att det där i regel endast kan komma i fråga att spärra av något eller några

[58] Prop. 2003/04:158 s. 72.

bostadskvarter. I andra miljöer, utan de praktiska hinder som kan förväntas uppstå i städer, kan således ett visst område vara geografiskt större till ytan än enbart några kvarter.

Bestämmelsen om avspärrning innebär således en möjlighet att vidta en utredningsåtgärd som får anpassas till det enskilda fallet. Detta är en flexibilitet som utredningen anser inte bör ändras. Det framstår som mindre lämpligt att på något annat sätt än genom rekvisitet *visst område* specificera vilken geografisk omfattning det avspärrade området får ha.

Det kan enligt utredningens uppfattning finnas etiska betänkligheter kring att spärra av ett område eftersom det inte primärt handlar om att skydda människorna i det avspärrade området, utan snarare människorna utanför det. Polismyndigheten nämner bl.a. omfattande trafikstörningar och risk för ordningsstörningar som tänkbara följder av en större avspärrning i stadsmiljö.

Utredningen har i delbetänkandet lämnat en rad förslag som syftar till att hantera en omfattande smittspridning, bl.a. i syfte att underlätta storskalig testning och smittspårning och föreslagit att det införs en lag om samhällsinriktade smittskyddsåtgärder. Den nya lagen innebär, om den antas, att det införs ett ytterligare verktyg i samhällets smittskydd. Utöver de individinriktade smittskyddsåtgärderna som kan sägas vara smittskyddets kärna, och de extraordinära smittskyddsåtgärderna, som är utredningsåtgärder som är förbehållna ett fåtal mycket allvarliga sjukdomar, införs ytterligare åtgärder för att på samhällsnivå motverka smittspridning. Samtidigt har vi som nämnts avvisat att resebegränsningar ska vara en del av de åtgärder som är tillgängliga vid eller inför en omfattande smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Vi har också bedömt att frivillighet bör vara utgångspunkten även vid en pandemi.[59] Utredningen håller fast vid dessa bedömningar.

De verktyg som finns att tillgå i en tidig fas av vad som kan bli en omfattande smittspridning är således de utredningsåtgärder som de extraordinära smittskyddsåtgärderna, bland annat avspärrning, utgör. Hur effektiva dessa åtgärder kan vara beror bl.a. på smittämnets inkubationstid och andra egenskaper. Utredningen finner ändå att nuvarande bestämmelse om avspärrning framstår som ändamålsenlig i sin utformning och i sitt sammanhang, och att de extraordinära

[59] SOU 2025:48 s. 84.

smittskyddsåtgärderna kompletterar smittskyddslagens övriga bestämmelser och den lag vi föreslagit i delbetänkandet.

I föregående avsnitt har vi föreslagit att de extraordinära smittskyddsåtgärderna, däribland avspärrningsbestämmelsen, ska kunna tillämpas vid överhängande risk för spridning av en viss smittsam sjukdom, för det fall ett regeringsbeslut om att föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen inte kan avvaktas. Det införs således en möjlighet att tillämpa avspärrningsbestämmelsen i fler situationer, vilket ytterligare talar för att en sådan utredningsåtgärd måste vara flexibel och kunna anpassas till det enskilda fallet. Det är utredningens uppfattning att den nuvarande utformningen av bestämmelsen möjliggör detta.

7.2 Ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor

7.2.1 Utredningen ska föreslå hur samordningsansvaret bör utformas

I direktiven anges att vårdhygien är ett samlingsnamn för arbetet med att förebygga eller begränsa smittspridning och vårdrelaterade infektioner (ibland förkortat VRI:er) inom vård och omsorg. Regionerna har, inom ramen för sitt smittskyddsansvar, ansvar för att samordna vårdhygienarbetet och att samverka med kommunerna. Tillgången till vårdhygienisk expertis varierar dock i landet, och organiseringen av vårdhygien och smittskydd ser olika ut. Olikheterna blev särskilt tydliga under covid-19-pandemin. I kommunernas vård- och omsorgsverksamheter blev dessutom smittspridningen utbredd, med svåra konsekvenser för patienter och brukare. Det nationella ansvaret för vårdhygienfrågor delas i dag mellan Socialstyrelsen, som i första hand har ett patientsäkerhetsperspektiv, och Folkhälsomyndigheten, som framför allt arbetar med frågornas koppling till vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. Enligt direktiven kan ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete för att motverka smitta. Detta skulle sannolikt underlätta arbetet för aktörer inom vårdhygien och smittskydd på statlig, regional och lokal nivå. Det skulle också ge möjlighet till ökad likvärdighet över landet.

Utredningen har därför i uppdrag att analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas, och lämna nödvändiga författningsförslag. I avsnitt 7.2.2–7.2.9 beskriver vi vårdhygienområdet och i avsnitt 7.2.10 och 7.2.11 redogör vi för våra överväganden och förslag.

7.2.2 Vårdhygien, vårdrelaterade infektioner och vårdskador

Begreppen vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Vårdhygien är som nämnts enligt direktiven ett samlingsnamn för arbetet med att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner inom vård och omsorg. Det finns dock inga legaldefinitioner av begreppen vårdhygien eller vårdrelaterade infektioner.

År 2005 presenterade regeringen en strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (se vidare avsnitt 7.2.5) Samtidigt infördes krav på god hygienisk standard i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125).[60]

Bakgrunden till att kravet på god hygienisk standard infördes var att Socialstyrelsen funnit att det på flera håll fanns brister inom hygienområdet.[61] Regeringen delade Socialstyrelsens uppfattning att det i lagstiftningen behövdes ett uttryckligt krav på god hygienisk standard för att markera vikten av att samtliga vårdgivare så långt som möjligt förebygger och motverkar förekomsten av vårdrelaterade sjukdomar. Det framhölls att kravet på god hygienisk standard skulle gälla oavsett om det är landsting (numera regioner), kommuner eller privata aktörer som är vårdgivare. Skyldigheten omfattar hela vårdkedjan och oavsett om vården ges i öppna eller slutna former. Kravet innebär att vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet på en god hygienisk standard. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven på en god vårdhygien samt att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas. Socialstyrelsen hade även föreslagit att det skulle införas ett uttryckligt krav på tillgång till vårdhygienisk kompetens.

[60] Prop. 2005/06:50 s. 21.
[61] Prop. 2005/06:50 s. 28 och 53.

Regeringen valde att inte föreslå något sådant krav, bl.a. med hänvisning till att kravet god hygienisk standard skulle innebära ett krav på vårdgivarna att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla detta krav och att man bör vara försiktig med alltför detaljerade bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen, vilka hade karaktären av ramlagar. Det var därför enligt regeringens mening inte lämpligt att i lagtexten uttryckligen ange att det ska finnas tillgång till just vårdhygienisk kompetens. Detta innefattas i stället i kravet på god hygienisk standard.[62]

Kraven på god hygienisk standard finns nu i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och 3 § tandvårdslagen (se vidare avsnitt 7.2.2). Någon motsvarande reglering infördes dock inte beträffande den kommunala omsorgen som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS.

I Socialstyrelsens termbank definieras vårdrelaterad infektion som ”infektion som uppkommer hos person under sluten vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”. I termbanken finns dock ingen definition av begreppet vårdhygien.

Vilka infektioner är vårdrelaterade?

Vårdrelaterade infektioner kan spridas mellan människor (patienter, brukare och personal) eller från föremål till människor. Man talar då om smitta från omgivningen, exogen smitta eller exogen infektion. En individ kan också infekteras av t.ex. bakterier från sin egen kropp. Man talar då om endogen smitta eller endogen infektion. Av samtliga vårdrelaterade infektioner är de endogena infektionerna i stor majoritet.

Vårdrelaterade infektioner kan vara t.ex. lunginflammationer, infartsrelaterade infektioner, urinvägsinfektioner som uppkommer till följd av kvarliggande urinkatetrar och postoperativa infektioner. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna definieras med kliniska diagnoser och kan orsakas av olika mikrobiologiska smittämnen. Van-

[62] Prop. 2005/06:50 s. 28–29.

ligt förekommande är t.ex. hudbakterier som infekterar en annan del av kroppen.

Smittsamma sjukdomar som förekommer i det öppna samhället utanför vårdmiljöer är att anse som vårdrelaterade infektioner när de kommer in i vård- eller omsorgsmiljö och sprids där. Således kan t.ex. norovirus och influensavirus orsaka utbrott i vård- eller omsorgsmiljöer med allvarliga konsekvenser för sköra patienter eller brukare. Detsamma gäller självklart pandemiska smittämnen, t.ex. covid-19. Exempel på smittämnen som kan vålla omfattande VRI-utbrott och vara dödliga för patienter och brukare är clostridioides difficile-bakterien som kan orsaka diarré hos framför allt individer som behandlats med antibiotika eller har nedsatt immunförsvar, och calicivirus som orsakar vinterkräksjuka. Både clostridioides difficile och calicivirus omfattas av Folkhälsomyndighetens frivilliga laboratorierapporteringssystem men är inte anmälningspliktiga i enlighet med smittskyddslagens och smittskyddsförordningens bestämmelser.

Majoriteten av de vårdrelaterade infektionerna är inte anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddslagen. Bland de sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen finns dock vissa vanliga vårdrelaterade infektioner. Infektion med enterobacteriacae som producerar ESBL (extended spectrum betalactamase) är den vanligaste anmälningspliktiga resistenta bakterien i Sverige.[63] Bland de smittspårningspliktiga sjukdomarna finns bl.a. den allvarligare varianten av ESBL, $ESBL_{CARBA}$, och infektion med vancomycinresistenta enterokocker (VRE) som båda kan vara vårdrelaterade. Av de allmänfarliga sjukdomarna enligt smittskyddslagen kan i detta sammanhang nämnas MRSA. Bärarskap av MRSA är i sig inte en vårdrelaterad infektion, men ur vårdhygiensynpunkt är det angeläget att begränsa dess spridning dels eftersom den är en multiresistent bakterie, dels eftersom den kan orsaka allvarliga och svårbehandlade infektioner.

Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan

Patientsäkerhet definieras i patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, som skydd mot vårdskada. En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens

[63] ESBL är ett samlingsnamn för multiresistenta gramnegativa tarmbakterier.

kontakt med hälso- och sjukvården. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Vårdrelaterade infektioner är de vanligaste vårdskadorna i Sverige och utgör drygt en tredjedel av det totala antalet. Varje år får mer än 50 000 patienter på svenska sjukhus en vårdrelaterad infektion av varierande allvarlighetsgrad. Uppskattningsvis kan 50 procent av infektionerna undvikas. Att vårdskador per definition är undvikbara innebär att det finns möjlighet att med rätt hantering minska förekomsten av dem. En vårdskada i form av en vårdrelaterad infektion kan t.ex. undvikas med adekvata rutiner för handhygien, korrekt användning av medicintekniska produkter (exempelvis katetrar) och god miljöhygien, men också med sådant som god ventilation och anpassningar i byggnaders och lokalers fysiska utformning. Även bristande följsamhet till arbetsmiljöregler som gäller för arbetstagare kan indirekt leda till vårdskador hos patienter.

Vårdrelaterade infektioner kan bland annat orsakas av bakterier, som i vissa fall är multiresistenta och därmed svårare att behandla. Att förebygga vårdrelaterade infektioner bidrar därför till ett minskat behov av antibiotikaförskrivning och därmed även till minskad risk för att antibiotikaresistens utvecklas.

En vårdrelaterad infektion beräknas kosta i genomsnitt 107 000 kronor för svensk sjukvård.[64] Kostnaden för förlängd vårdtid kopplad till undvikbar vårdrelaterad infektion är svår att beräkna exakt. Enligt uppskattningar som Folkhälsomyndigheten har gjort rör det sig om cirka 1,6 miljarder kronor per år inom slutenvården.[65]

Mätningar av vårdrelaterade infektioner

Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama genomför stickprovsundersökningar gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning på vård- och omsorgsboenden genom verktyget HALT. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och för en ansvarsfull antibiotikaanvändning inom kommunal vård och

[64] Socialstyrelsen. Vårdrelaterade infektioner, VRI. Samlat stöd för patientsäkerhet.
[65] Folkhälsomyndigheten. Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige (ECDC PPM 2023). Solna: Folkhälsomyndigheten; 2023 s. 27.

omsorg. I 2024 års mätning hade 1,3 procent av 27 261 vårdtagare som deltog i mätningen en vårdrelaterad infektion. Det var på ungefär samma nivå som de senaste årens mätningar, men något lägre än 2023 (1,5 %).

Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) genomför punktprevalensmätningar var femte år för att mäta förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i EU/EEA-länder. Enligt den senaste mätningen som genomfördes under 2023 hade vid mättillfället en av tio patienter (10,3 %) minst en pågående vårdrelaterad infektion. Det innebar att Sverige hade den fjärde högsta förekomsten av vårdrelaterade infektioner i Europa i den mätningen.[66] Förekomsten av antibiotikaresistens bland de vårdrelaterade infektionerna var däremot låg jämfört med övriga länder.

I nuläget finns inget system för kontinuerlig mätning av VRI på sjukhus som används av alla regioner. I juni 2025 presenterade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen på regeringens uppdrag förslag beträffande system för mätningar av BHK (basala hygienkrav och rutiner) och övervakning av vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer, både på kort och lång sikt. På lång sikt ser myndigheterna behov av automatiserad övervakning av VRI och riskfaktorer.[67]

Speciella förutsättningar för att begränsa smitta och infektioner inom vård och omsorg

Utvecklingen pekar mot att de personer som i framtiden vårdas inom slutenvården kommer att vara äldre och ha flera och mer komplicerade sjukdomstillstånd, samtidigt som fler behöver vård och stöd i hemmet. Detta kan förväntas öka kraven på huvudmän, vårdgivare och utförare av omsorg att ha förmåga och kapacitet att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning i sådana miljöer.

Vård- och omsorgsmiljöer skiljer sig från det omgivande samhället på avgörande punkter när det gäller risker för och konsekvenser av infektioner och smittspridning. Inom vård och omsorg generellt finns

[66] European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024.
[67] Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelse. 2025. Uppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner. Förslag som ger förutsättningar till data av hög kvalitet. 2025.

högre antibiotikaanvändning och patienter och brukare som har en högre mottaglighet för infektioner jämfört med i det omgivande samhället. Koncentrationen av sårbara individer är ofta hög. Konkreta omständigheter som bidrar till ökad infektionsrisk och sårbarhet är nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling eller att kroppens naturliga försvarsbarriärer är satta ur spel t.ex. till följd av operation eller intubation. Såväl personal som patienter eller omsorgstagare kan ha ett stort antal kontakttillfällen med andra människor, särskilt om personalen rör sig mellan avdelningar eller mellan vårdinrättningar och patienterna eller brukarna är vårdkrävande. Kontaktmönstret innebär att smittämnen som härrör från en individ på kort tid kan komma att exponera ett stort antal andra individer. Eftersom patienter eller omsorgstagare samtidigt kan vara mottagliga för lägre smittdoser än normalt kan konsekvenserna av smittspridning ofta bli allvarligare i vård- och omsorgsmiljöer än i någon annan del av samhället.

Vård eller omsorg som ges i hemmiljö innebär ytterligare utmaningar vad gäller att upprätthålla en god vårdhygien och undvika smittspridning och vårdrelaterade infektioner genom att lokalerna och miljöerna där vård eller omsorg ges skiljer sig från de förutsättningar som gäller i sjukhus- eller institutionsmiljö.

7.2.3 Reglering på vårdhygienområdet

Som vi konstaterat ovan finns det ingen legaldefinition av begreppet vårdhygien. Det finns heller ingen särskild lag som reglerar vårdhygienområdet som sådant. Däremot finns det bl.a. reglering avseende hälso- och sjukvård och omsorg, patientsäkerhet, vårdskador, arbetsmiljö och medicintekniska produkter som på olika sätt kan sägas innehålla regler om t.ex. säkerhets- eller hygienkrav och som bidrar förebyggande av vårdrelaterade infektioner. I det följande går vi översiktligt igenom sådan relevant reglering.

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 §). Huvudman är den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet (2 kap. 2 och 3 §§).

Både vårdgivare med en offentlig huvudman och vårdgivare med en privat huvudman omfattas av lagens tillämpningsområde. Även vårdgivare som är underställda sådana huvudmän som inte har sin verksamhet reglerad i hälso- och sjukvårdslagen, t.ex. vårdgivare som tillhandahåller elevhälsa enligt skollagen (2010:800) och hälso- och sjukvård som bedrivs av Kriminalvården enligt fängelselagen (2010:610), omfattas. När det gäller huvudmännen är hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde mer begränsat. Lagen gäller enbart regioners och kommuners huvudmannaskap, dvs. inte staten i egenskap av sjukvårdshuvudman.

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, inklusive sjuktransporter och att ta hand om avlidna. Hälso- och sjukvårdslagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (2 kap. 1 §).[68] Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §). Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 §).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 §). Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 §). Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 §). I hälso-

[68] Begreppen hälso- och sjukvård respektive hälso- och sjukvårdsverksamhet särskiljs inte i hälso- och sjukvårdslagen, se prop. 2016/17:43 s. 86.

och sjukvårdslagen finns särskilda bestämmelser som gäller regioner (avdelning III) som huvudmän respektive kommuner som huvudmän (avdelning IV).[69]

Det centrala i huvudmannaskapet är ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård. Huvudmannen har ingen skyldighet att bedriva vården i egen regi, utan kan överlåta detta på någon annan. Huvudmannen har dock alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla kraven i bestämmelser för all hälso- och sjukvård enligt 5 kap. HSL. Huvudmannaskapet medför ett ansvar, oavsett om driften av verksamheten har överlåtits till någon annan eller inte. Om en region eller kommun har avtalat med någon annan om att utföra vården, har regionen eller kommunen således fortfarande ett ansvar för att säkerställa att invånarna får en god vård.

Tandvårdslagen

I tandvårdslagen finns bl.a. mål och krav på tandvården. Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan (1 §). Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 §). I tandvårdslagen finns ett motsvarande krav på god hygienisk standard som i hälso- och sjukvårdslagen. Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder (3 §). Där det bedrivs tandvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (4 a §).

Regionernas ansvar för tandvården inbegriper bl.a. att de ska erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen och även i övrigt verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som regionen själv bedriver benämns folktandvård. Regionen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen och dess folktandvård ansvarar för enligt tandvårdslagen (5 §). Regionen ska planera

[69] Begreppet kvalitet är inte definierat i lag. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete definieras kvalitet som ”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.

tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Regionen ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Planeringen ska avse även den tandvård som erbjuds av annan än regionen (8 §).

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen innehåller bland annat bestämmelser som riktar sig till vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada (1 kap. 1, 2 och 6 §§). En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (1 kap. 5 och 6 §§). Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska snarast anmälas av vårdgivaren till Inspektionen för vård och omsorg (3 kap. 5 § första och andra styckena, ofta kallad *lex Maria*).

Med vårdgivare avses i patientsäkerhetslagen statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 3 §).

Vårdgivaren har enligt 3 kap. skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 §). Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (3 kap. 2 §). Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det (3 kap. 3 §).

Den kommunala omsorgen enligt socialtjänstlagen eller insatser enligt LSS är inte verksamheter som omfattas av patientsäkerhetslagen (se nästa stycke).

Socialtjänstlagen och LSS

I 5 kap. socialtjänstlagen finns bestämmelser om verksamhetens kvalitet. I 1 § ställs krav på att den verksamhet som bedrivs ska vara av god kvalitet. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. I 2 § åläggs socialnämnden att systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. I 3 § anges att personal som utför uppgifter inom socialtjänsten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet.

Motsvarande bestämmelser finns i 6 § LSS. Bestämmelserna i socialtjänstlagen och LSS gäller för alla som bedriver verksamhet, oavsett driftsform.

Smittskyddslagen

Smittskyddslagen, som beskrivs översiktligt i kapitel 2, är tillämplig också på förhållanden inom vård, omsorg och tandvård. Den omfattar alla smittsamma sjukdomar, varav ett antal är angivna i författning som samhällsfarliga, allmänfarliga, anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Enbart smittsamma sjukdomar som innebär ett ringa hot mot människors hälsa är undantaga från lagens tillämpningsområde.

I 1 kap. 10 § finns en skyldighet för myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal att samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Formerna för samverkan bestäms av de inblandade aktörerna själva. Riktlinjer för underrättelser, informationsutbyte och samråd finns dock i 6 kap. 7 §.[70]

I 2 kap. 4 § stadgas att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ska vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt. Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvårdspersonal enligt hälso- och sjukvårdslagen, och både privat och offentlig verksamhet. Skyldigheten gäller samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. För den som inte arbetar med smittsamma sjukdomar innebär skyldigheten i bestämmelsen främst att han eller hon

[70] Prop. 2003/04:30 s. 213.

ska hänvisa enskilda till en lämplig läkare för undersökning och behandling.[71]

I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att stödja hälso- och sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet samt, när det behövs, ge dessa råd om lämpliga smittskyddsåtgärder (6 kap. 2 § fjärde punkten).

I samma lagstiftningsärende där kravet på god hygienisk standard infördes i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen infördes även justeringar i smittskyddsläkarens uppgifter i smittskyddslagen. Smittskyddsläkaren skulle hädanefter följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, och skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för (6 kap. 2 § sjunde punkten och 6 kap. 7 a §). Begreppet vårdgivare har i denna bestämmelse samma innebörd som i 1 kap. 3 § PSL.[72] Med vårdgivare avses således statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Både offentlig verksamhet och privata vårdgivare omfattas. Verksamhet som omfattas av tandvårdslagen ingår i begreppet hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen.

Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagens (1977:1160) ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap. 1 §). Till de faktorer som orsakar ohälsa räknas smittämnen. Enligt 3 kap. 2 och 2 a §§ ska arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Vid detta ska utgångspunkten vara att allt sådant som kan leda till ohälsa eller olycksfall ska ändras eller ersättas så att risken för ohälsa eller olycksfall undanröjs. Vidare ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven på en god arbetsmiljö.

[71] Prop. 1988/89:5 s. 117–118 och prop. 2003/04:30 s. 215.
[72] Prop. 2005/06:50 s. 54 och prop. 2009/10:210 s. 189.

Arbetsgivaren ska också utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta.

I 11 kap. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:10) om risker i arbetsmiljön finns närmare bestämmelser. Föreskrifterna syftar till att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen på grund av uppgifternas art eller förhållandena i arbetet (1 §).

Arbetsmiljöverket meddelar föreskrifter och utövar tillsyn på arbetsmiljöområdet. Myndigheten deltar också i bl.a. Folkhälsomyndighetens samverkansgrupp för vårdhygieniska frågor.

Skyddsutrustning för användning i vården kan räknas som både personlig skyddsutrustning och medicintekniska produkter (se nästa avsnitt).

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter har betydelse för vårdhygienområdet på så sätt att felaktiga produkter eller felaktig användning eller rengöring kan orsaka infektioner.

Medicinteknikområdet regleras av EU-förordningar och lagen (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter. I förordning (2021:631) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter finns bl.a. regler om tillsyn och bemyndiganden. Läkemedelsverket utövar tillsyn av CE-märkta produkter och dess tillverkare. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, utövar tillsyn av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens användning av medicintekniska produkter samt egentillverkning av medicintekniska produkter.

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården ligger till grund för användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården och tandvården. I dessa finns bl.a. bestämmelser om regler om rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter, om behörighet att förskriva vissa förbrukningsartiklar och om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. Det är vårdgivaren som ansvarar för att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga medicintekniska produkter används på patienter.

Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och IVO samverkar inom det medicintekniska området och inom frågor där myndigheternas ansvar gränsar till varandra.

7.2.4 Uppdelningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten på smittskydds- och vårdhygienområdena

Ingen samordnande myndighet i den äldre smittskyddslagen

Nationella myndigheters uppgifter enligt 1988 års smittskyddslag delades mellan Statens bakteriologiska laboratorium (SBL), senare ersatt av Smittskyddsinstitutet, och Socialstyrelsen.[73] Ingen av myndigheterna hade ett utpekat samordnande uppdrag. Det uttrycktes i propositionen inför Smittskyddsinstitutets bildande bl.a. att statens roll måste renodlas till att avse en nationellt samordnande funktion. Det uttrycktes också att en central myndighet med en samordnande funktion på ett övergripande sätt kan följa den epidemiska situationen nationellt och internationellt och ta fram det underlag som behövs för rekommendationer och allmänna åtgärder. Något utpekat ansvar för samordning infördes dock inte i smittskyddslagen.

Socialstyrelsen fick samordningsansvar när nuvarande smittskyddslag infördes 2004

I propositionen till den nuvarande smittskyddslagen anförde regeringen att det för att förbättra förutsättningarna för en nationell samordning fanns skäl att fastställa vilken instans som under riksdag och regering skulle ha det övergripande nationella ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Vid remissbehandlingen hade ett par instanser framhållit att ansvaret för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera dåvarande landsting borde ligga på Smittskyddsinstitutet. Regeringen ansåg att uppgiften borde anförtros Socialstyrelsen eftersom den myndigheten redan hade ett ansvar för samordningen av smittskyddet såväl i egenskap av tillsynsmyndighet som genom befogenheterna att utfärda allmänna råd och före-

[73] Prop. 1992/93:46 s. 7 och 12.

skrifter. En särskild reglering om samordning av smittskyddet på nationell nivå togs in i 1 kap. 7 § SmL. I propositionen angavs att lagregleringen skulle innebära att Socialstyrelsen fick ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå skulle ligga att initiera ett utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän. Detta innebar dock inte att Socialstyrelsen fick direktivrätt över andra myndigheter som ansvarar för smittskyddsåtgärderna.[74]

I samma bestämmelse, 1 kap. 7 § SmL, ingår sedan dess ett ansvar att ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd.

Ansvarsfördelningen uppfattades som oklar men behölls

Det breddade uppdraget för Socialstyrelsen vad gäller samordning medförde att ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet uppfattades som oklar. Mot den bakgrunden föreslog Smittskyddsutredningen år 2009 att det skulle inrättas en ny smittskyddsmyndighet med ett samlat ansvar för smittskyddet med undantag för tillsyn och normering.[75]

Regeringen valde dock att behålla uppdelningen men breddade och fördjupade Smittskyddsinstitutets uppdrag. Myndigheten gavs ett bredare uppdrag för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning inom smittskyddsområdet. Det bedömdes vara av stor vikt med en förbättrad återföring av resultat till berörda inom hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg samt andra berörda. Samtidigt fick Smittskyddsinstitutet bl.a. ansvar för epidemiologisk övervakning och annan kunskapsuppbyggnad och nationellt laboratorieansvar för den diagnostik som behövs inom smittskyddsområdet.[76] En följd av förändringarna var att Smittskyddsinstitutet fick en ny instruktion med bl.a. uppdrag gällande vårdrelaterade infektioner och vårdhygien.[77]

[74] Prop. 2003/04:30 s. 171 och 172.
[75] SOU 2009:55.
[76] Prop. 2009/10:123.
[77] Förordning (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.

Folkhälsomyndigheten blev ensam nationell myndighet i smittskyddslagen men vårdhygienfrågorna var fortsatt delade

Effektivisering av kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Mellan 2013 och 2015 genomfördes en stegvis reformering av myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvården och socialtjänstens områden. Som ett första steg inrättades Inspektionen för vård och omsorg, som bl.a. tog över tillsynen enligt smittskyddslagen från Socialstyrelsen. Därefter omvandlades Apotekens service AB till E-hälsomyndigheten och i det tredje steget slogs Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut samman till den nya Folkhälsomyndigheten, som bildades den 1 januari 2014.

Inför bildandet av Folkhälsomyndigheten hade återigen frågan om ansvarsfördelningen på smittskyddsområdet kommit upp. Ett antal remissinstanser hade föreslagit att Socialstyrelsens smittskyddsenhet borde flyttas och smittskyddsfrågorna samlas på Folkhälsomyndigheten. Även normeringen föreslog flyttas. Regeringen bedömde dock att detta var frågor som krävde närmare analys, bl.a. med hänvisning till att arbetet med att förebygga smittsamma sjukdomar och därmed närliggande frågor, t.ex. vårdhygien, är verksamheter som huvudsakligen utförs av hälso- och sjukvårdspersonal och som är en integrerad del av hälso- och sjukvården. Att göra förändringar i ansvarsfördelningen utan närmare analys skulle enligt regeringen riskera att leda till att kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården splittrades ytterligare.

Inom Socialdepartementet togs därför fram en departementspromemoria om effektivisering av den statliga kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten, myndigheternas samverkan och renodling av vissa myndigheters uppdrag för att underlätta en effektiv samverkan.[78]

I promemorian föreslogs bl.a. inrättandet av Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskapsstyrningsrådet) och en ändrad ansvarsfördelning mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Ansvarsfördelningen föreslogs ändras på så sätt att Folkhälsomyndigheten skulle få ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor vilket innebar att myndigheten skulle bli förvaltningsmyndighet för smittskyddet med ansvar för förvaltningsupp-

[78] Ds 2014:9.

gifter, normering och krisberedskap. Folkhälsomyndigheten föreslogs även bli nationell kontaktpunkt enligt IHR-lagen. Samordningsansvaret för smittskyddet föreslogs tas bort. Föreskriftsbemyndigandena i smittskyddslagen och IHR-lagen samt motsvarande förordningar föreslogs föras över till Folkhälsomyndigheten men ändras bl.a. på så sätt att Folkhälsomyndigheten inte skulle få bemyndigande att meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Socialstyrelsen föreslogs behålla ansvaret beträffande hälso- och sjukvårdens krisberedskap, katastrofmedicinen och den fysiska beredskapen inom hälso- och sjukvård. Detsamma gällde blodsäkerhet, sprututbytesverksamhet, donationsfrågor, hälsoundersökningar av asylsökande och infektionsscreening av gravida. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslogs behålla det delade ansvaret för vårdhygien och antibiotikaresistens.

Folkhälsomyndigheten fick ett samlat ansvar för uppgifter som följer av smittskyddslagen …

Regeringen tog departementspromemorians förslag vidare i 2015 års budgetproposition. Regeringen framhöll där att det delade ansvaret på nationell nivå för smittskyddet av flera skäl inte var ändamålsenligt. Ett effektivt smittskydd krävde enligt regeringens uppfattning en renodlad ansvarsfördelning. Uppdelningen innebar enligt regeringens uppfattning att det fanns risk för ineffektiva arbetssätt och dubbelarbete och svårigheter att bygga upp långsiktigt hållbara organisationer på två myndigheter eftersom tillgången till relevant kompetens var begränsad. På smittskyddsområdet måste beslut ofta tas med kort varsel och information måste kommuniceras på ett samordnat och effektivt sätt. Särskilt allvarligt ansåg regeringen det vara om verksamhetsutövarna uppfattade att deras smittskyddsarbete försvårades på grund av ansvarsfördelningen.

Regeringen ansåg därför att det statliga myndighetsansvaret för uppgifter som följer av smittskyddslagen skulle samlas på Folkhälsomyndigheten genom att man tog över Socialstyrelsens dåvarande uppgifter. Samtidigt skulle Socialstyrelsen bli ett nav i den statliga kunskapsstyrningen.

Regeringen anförde att den hade för avsikt att åstadkomma en principiell skiljelinje mellan myndigheternas roller och ansvar som var tydlig för såväl allmänheten som verksamhetsansvariga.

Folkhälsomyndigheten ska i huvudsak ansvara för folkhälsofrågor där befolkningsskydd mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot ingår som en del. Socialstyrelsen ska i huvudsak ha ansvar för frågor som rör vård och behandling av samt insatser till individer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I detta ingår exempelvis ansvar för patientsäkerhetsfrågor enligt patientsäkerhetslagen och innehållet i god vårdbegreppet enligt hälso-och sjukvårdslagen. […]

Däremot kan vissa likartade frågor aktualiseras både i smittskyddsarbetet och i patientsäkerhetsarbetet. Exempelvis finns det en påtaglig smittskyddsaspekt vad gäller antibiotikaresistens på så sätt att åtgärder måste vidtas exempelvis i syfte att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier i det civila samhället. Sådana åtgärder regleras även fortsättningsvis i smittskyddslagen och faller under Folkhälsomyndighetens ansvar. Samtidigt aktualiseras frågor om antibiotikaresistens i patientsäkerhetsarbetet i syfte att förhindra att en enskild patient blir smittad av sådana bakterier, dvs. får en vårdskada. Åtgärder som vidtas i detta sammanhang regleras i patientsäkerhetslagen som en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete, vilket är Socialstyrelsens kompetensområde.

Även vad gäller vårdrelaterade infektioner finns två olika aspekter. Frågor om god hygienisk standard regleras i hälso- och sjukvårdslagen som en del av begreppet god vård. Samtidigt är god hygienisk standard en förutsättning för att förhindra smittspridning. För att förhindra vårdrelaterade infektioner måste systematiska preventiva åtgärder vidtas vilket sker inom ramen för smittskyddslagen. Det praktiska allmänpreventiva arbetet inom landstingen ställer således krav på tillgång till kompetens inom både smittskydd och vårdhygien. Exempelvis ingår det i smittskyddsläkarens uppgifter enligt smittskyddslagen att följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, dvs. agera ifall det finns tecken på bristande vårdhygieniska rutiner. I praktiken måste således smittskyddsläkarna och landstingens vårdhygieniska enheter ha ett nära samarbete när de utför uppgifter som vilar på smittskyddslagen.

På myndighetsnivå är det Folkhälsomyndigheten som, utifrån det ansvar som följer av smittskyddslagen, ansvarar för frågor om hur smittspridning i befolkningen kan förhindras. Vad gäller vårdrelaterade infektioner har myndigheten ansvar för kunskapsstöd och föreskrifter i den utsträckning som behövs för att undvika smittspridning. Frågor om vad som är god vård i samband med individinriktade direkta åtgärder samt hur en hög patientsäkerhet ska tillförsäkras faller även fortsättningsvis under Socialstyrelsens ansvar i enlighet med det ansvar som myndigheten har enligt hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetlagen och andra relevanta författningar.[79]

[79] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 79–80.

… men vissa frågor skulle även fortsättningsvis hanteras inom såväl smittskydds- som patienssäkerhetsarbetet …

Regeringen anförde vidare att det var av största vikt att gränsen mellan Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens föreskriftsbemyndiganden är tydlig. Det fanns enligt regeringen ett antal frågor som måste hanteras både inom ramen för smittskyddsarbetet och för patientsäkerhetsarbetet, exempelvis antibiotikaresistens.

> Folkhälsomyndighetens ansvar begränsar sig till att målet med smittskyddet enligt smittskyddslagen uppnås, dvs. att samhällets smittskydd tillgodoser befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. För att uppnå detta mål kan det finnas behov av att meddela föreskrifter som även rör skydd för enskilda. Regeringen anser i likhet med remissinstanserna att Folkhälsomyndighetens föreskriftsbemyndigande inte bör begränsas i förhållande till det bemyndigande Socialstyrelsen har i dag med stöd av smittskyddslagen. Genom att behålla möjligheten att meddela föreskrifter till skydd för enskilda ges Folkhälsomyndigheten möjlighet att meddela ändamålsenliga föreskrifter.[80]

Bemyndigandena i smittskyddslagen och IHR-lagen begränsades således inte. Detta innebar dock inte att Socialstyrelsens bemyndiganden som grundades på andra lagar såsom patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen skulle begränsas. Regeringen anförde:

> Eftersom smittskyddsområdet är komplext och har nära samband med områden som Socialstyrelsen ansvarar för finns det behov av ett välfungerande samarbete mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Detta gäller inte minst myndigheternas föreskriftsarbete. Exempelvis finns det behov av att se över Socialstyrelsens föreskrifter som grundar sig på föreskriftsbemyndiganden i smittskyddslagen. Regeringens förslag innebär att det kan finnas behov av justeringar i dessa föreskrifter eller av att Folkhälsomyndigheten meddelar nya föreskrifter. Myndigheternas föreskriftsarbete måste vara samordnat, effektivt och fokusera på tydlighet gentemot verksamhetsföreträdarna. Regeringen kommer genom inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet skapa en plattform där sådana samverkansfrågor kan diskuteras på strategisk nivå. Vikten av att samverkan mellan myndigheterna fungerar betonas även genom de krav regeringen ställer i den nya förordningen om statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.[81]

[80] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 80.
[81] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 80.

… och samordningen på smittskyddsområdet behölls

I och med att Folkhälsomyndigheten blev förvaltningsmyndighet för smittskyddet föll det sig enligt regeringen naturligt att det var den myndigheten som skulle ha det övergripande ansvaret på nationell nivå. Behovet av ett uttryckligt reglerat samordningsansvar hade därför minskat. Begreppet samordningsansvar var enligt regeringen dessutom inte komplikationsfritt. Regeringen anförde att det är svårt att definiera och kan leda till uppfattningen att det innefattar bestämmanderätt över andra aktörer, vilket inte är fallet. Å andra sidan instämde regeringen i promemorians bedömning att det i krissituationer inte får råda tveksamhet om vilken myndighet som har ansvar för att vidta åtgärder. Regeringen framhöll att med hänsyn till att smittutbrott ofta berör flera landsting och därmed involverar ett flertal smittskyddsläkare kan det ur verksamhetsutövarnas perspektiv vara en fördel med ett tydligt utpekat samordningsansvar på nationell nivå. Regeringen fann därför att övervägande skäl talade för att det reglerade samordningsansvaret i smittskyddslagen skulle kvarstå men flyttas över till Folkhälsomyndigheten.[82]

7.2.5 Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har olika perspektiv på vårdhygien- och VRI-frågorna

Närmare om Folkhälsomyndighetens ansvarsområde

Förvaltningsmyndighet för smittskydd och ansvarig för nationell samordning

Folkhälsomyndigheten har ett brett uppdrag som bl.a. innebär att den är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör folkhälsa och ska verka för god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Folkhälsomyndigheten är förvaltningsmyndighet på smittskyddsområdet och ansvarar enligt 1 kap. 7 § SmL för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska enligt samma bestämmelse följa och vidareutveckla smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt. Ansvaret för att vidta behövliga smittskyddsåtgärder åligger regionerna

[82] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 81.

(1 kap. 8 § SmL), dvs. huvudsakligen vårdgivare och dess personal och smittskyddsläkarna och dess smittskyddsenheter. Det innebär att ansvaret för nationell samordning av smittskyddet inte innebär att Folkhälsomyndigheten ansvarar för det operativa smittskyddsarbetet. I propositionen till smittskyddslagen anges att myndigheten med stöd av andra myndigheter inom området ska följa det epidemiologiska läget och den medicinska utvecklingen vad avser spridning och kontroll av smittsamma sjukdomar och ta initiativ till de förändringar som kan behövas bland annat i lag och annan författning, i tillämpning och i organisation.[83]

Myndigheten har en omfattande laboratorieverksamhet som ger stöd till regionala laboratorier runt om i landet. Myndigheten ansvarar för föreskrifter bl.a. på smittskydds- och hälsohotsområdet, men har dock inte beslutat om några föreskrifter som uttryckligen avser vårdhygien eller vårdrelaterade infektioner.

Internationellt samarbete

På den europeiska nivån finns Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 1082/2013/EU, förkortad hälsohotsförordningen, som tillkom i spåren av covid-19-pandemin. Hälsohotsförordningen reglerar åtgärder mot biologiska hot, som bl.a. är smittsamma sjukdomar, antimikrobiell resistens och vårdrelaterade infektioner relaterade till smittsamma sjukdomar (artikel 2.1 hälsohotsförordningen). Myndigheten är enligt 34 a § förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten behörig myndighet enligt hälsohotsförordningen, vilket innebär ansvar för bl.a. Sveriges kommunikation genom det EU-gemensamma systemet för tidig varning och reaktion (EWRS) (se artikel 18 i hälsohotsförordningen). Folkhälsomyndigheten har enligt samma bestämmelse i instruktionen även ett nationellt ansvar för frågor om EU-referenslaboratorium enligt artikel 15 i hälsohotsförordningen och får samverka med Europeiska kommissionen om relaterade frågor. Myndigheten har uppdrag som EU-referenslaboratorium för vissa smittämnen.

[83] Prop. 2003/04:30 s. 212.

Folkhälsomyndigheten är även enligt 34 § i sin instruktion samordnande behörigt organ och nationell samordnare gentemot ECDC. Myndigheten är även WHO:s fokalpunkt för vårdhygien[84] och arbetar integrerat med IPC och antimikrobiell resistens inom flera internationella engagemang tillsammans med bl.a. Sida, Swecare och inom EU-JAMRAI-2[85].

Folkhälsomyndigheten ansvarar också tillsammans med Jordbruksverket för den nationella samverkansfunktionen mot antibiotikaresistens (se vidare avsnitt 7.2.5).

Samla in, analysera och förmedla kunskap i frågor om vårdrelaterade infektioner och vårdhygien

Folkhälsomyndigheten har instruktionsreglerade uppgifter inom vårdhygien och vårdrelaterade infektioner. Uppdraget är nära förknippat med myndighetens uppdrag inom antibiotikaområdet, vilket också avspeglas i hur regleringen är formulerad. Myndigheten ska enligt bestämmelsen verka för en minskad smittspridning och resistensutveckling genom att samla in, analysera och aktivt förmedla kunskap i frågor som rör antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens samt i frågor som rör vårdrelaterade infektioner och vårdhygien. Myndigheten ska vidare verka för att förskrivare, övriga berörda yrkesgrupper och allmänheten tillämpar de kunskaper som finns om antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens (20 § förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten).

Uppdraget i instruktionen beträffande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner innebär att Folkhälsomyndigheten kartlägger förekomsten av VRI och antibiotikaresistenta bakterier, analyserar och återrapporterar utvecklingen samt stödjer implementering av kunskap i det förebyggande arbetet. Arbetet sker ofta med referensgrupper med representanter från Nationell arbetsgrupp (NAG) Vårdhygien[86] och professionsföreningar, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket.

[84] Den term som används internationellt är Infection Prevention and Control (IPC).
[85] EU-JAMRAI-2 står för EU-Joint Action on Antibiotic Resistance 2 och är ett internationellt samarbete på AMR-området som involverar fler än 120 aktörer från 30 länder, bl.a. EU-institutioner, nationella myndigheter och universitet. Folkhälsomyndigheten är svensk *beneficiary* i projektet men även Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt och Vetenskapsrådet deltar.
[86] NAG Vårdhygien är en del av Sveriges Kommuner och Regioners nationella kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård.

Folkhälsomyndigheten ansvarar också för kontinuerliga digitala möten med samtliga regionala vårdhygienenheter.

Vägledningar för det vårdhygieniska området

Folkhälsomyndigheten bidrar till kunskapsutveckling inom vårdhygienområdet bl.a. genom att ta fram kunskapsunderlag och vägledningar. Folkhälsomyndigheten har i samarbete med andra bland annat tagit fram vägledningar för vårdhygieniska rutiner i sjukvården gällande mpox, vägledning om vårdhygieniska åtgärder i sjukvården vid misstänkt eller bekräftat fall av högpatogen fågelinfluensa, vägledning om åtgärder mot smittspridning av virusorsakade luftvägsinfektioner inom vård och omsorg, och vägledning om prionsjukdomar.

Närmare om Socialstyrelsens ansvarsområde

Förvaltningsmyndighet för bl.a. hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

Socialstyrelsen har liksom Folkhälsomyndigheten ett brett uppdrag och är bland annat förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning (LSS-verksamhet). Myndigheten ska bl.a. genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde (1 och 4 §§ förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen).

Socialstyrelsens ingång i vårdhygienområdet är arbetet med patientsäkerhet. Myndigheten har via sitt regleringsbrev haft ett mångårigt uppdrag att bl.a. samordna och förstärka arbetet på patientsäkerhetsområdet. Det arbetet har bl.a. inneburit att myndigheten tagit fram nationella handlingsplaner för patientsäkerhet. Den nu gällande beslutades i maj 2025 och gäller fram till 2030.[87]

[87] Socialstyrelsen. Agera för säker vård Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.

Frågor om vad som är god vård med god hygienisk standard i samband med individinriktade direkta åtgärder faller inom Socialstyrelsens ansvarsområde i enlighet med det ansvar som myndigheten har enligt bl.a. hälso- och sjukvårdslagen. Myndigheten har omfattande bemyndiganden bl.a. på patientsäkerhetsområdet och lagstiftningen på socialtjänst- och funktionshinderområdet.

Socialstyrelsen har inte något uttalat uppdrag att arbeta med vårdhygien i sin instruktion. Socialstyrelsens insatser på vårdhygienområdet är till stor del egeninitierade. Organisatoriskt tillhör frågor om vårdhygien på Socialstyrelsen en enhet för patientsäkerhet och beredskap då förebyggande vårdhygienarbete leder till minskade förekomst av vårdrelaterade infektioner inom vård och omsorg. Som en del av patientsäkerhetsarbetet samarbetar Socialstyrelsen med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kring rapporter om vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen deltar också i den nationella samverkansfunktionen mot antibiotikaresistens.

En central myndighet i kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS

Myndigheten är som nämnts tidigare ett nav i kunskapsstyrningen på hälso- och sjukvårds-, socialtjänst- och LSS-områdena.[88] Myndighetens generaldirektör är ordförande i Kunskapsstyrningsrådet (7 § förordningen [2015:155] om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet).

Myndigheten har bl.a. tagit fram kunskapsstöd för vårdgivare om kompetens inom vårdhygien, egenkontroll av följsamhet till basala hygienkrav och rutiner och webbutbildningar för chefer och personal inom vårdhygien.

Föreskrifter på vårdhygienområdet

Socialstyrelsen har med stöd av bemyndiganden i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), socialtjänstförordningen (2025:468) och förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade meddelat föreskrifter och allmänna råd på vårdhygienområdet.

[88] Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 71 och 72.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg gäller bl.a. i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen och lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar. I verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen ska föreskrifterna tillämpas vid genomförande av insatser enligt 11 kap. 1, 4 och 5 §§ SoL, om insatsen avser hemtjänst i ordinärt boende, eller i sådant boende som avses i 8 kap. 4 eller 11 § SoL, dvs. i boende i särskild boendeform för äldre personer som behöver omvårdnad och särskilt stöd eller i bostad med särskilt stöd för personer som behöver ett sådant boende till följd av att de möter betydande svårigheter i sin livsföring av fysiska, psykiska eller andra skäl. Föreskrifterna ska även tillämpas i bostäder med särskild service enligt 9 § åttonde eller nionde punkten LSS, dvs. i bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet eller i bostad med särskild service för vuxna eller i annan särskilt anpassad bostad för vuxna.

Kraven på basal hygien omfattar bl.a. handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder. Kraven gäller verksamhet som innefattar arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med patienter eller brukare, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen.

Föreskrifterna gällde tidigare enbart inom hälso- och sjukvården. Utvidgningen till att även omfatta bl.a. särskilda boenden enligt socialtjänstlagen och LSS syftade till att samma rutiner ska gälla, oavsett vilken verksamhet som utför ett vård- eller omsorgsmoment.[89]

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa boendeformer och enligt SoL och LSS gäller i de boendeformer som angetts ovan (1 §). Den som bedriver verksamhet som omfattas av föreskriften ska fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten (3 §). Den som bedriver verksamheten ska som en del av det fortlöpande arbetet med riskanalyser[90] bedöma vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten, och vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra smitta och smittspridning

[89] Socialstyrelsen. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021, s. 10.
[90] Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

i verksamheten (5 §). Den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten och i basal hygien med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (6 §).

Som komplement till kraven på systematiskt kvalitetsarbete i socialtjänstlagen och LSS finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vidare ska den som bedriver verksamheten bl.a. utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Samverkan mellan myndigheterna på vårdhygien- och VRI-området

Samverkansgrupp för vårdhygieniska frågor

År 2012 tog dåvarande Smittskyddsinstitutet initiativ till att inrätta ett vårdhygieniskt nätverk med kontaktpersoner för varje vårdhygienisk enhet i landet. Syftet med nätverket var att upprätta en direkt kommunikationsväg mellan myndigheten och de vårdhygieniska enheterna. År 2013 inrättades en nationell grupp för vårdhygienfrågor, där Smittskyddsinstitutet var sammankallande. En mer formaliserad och utökad samverkansgrupp inrättades 2017 på Folkhälsomyndighetens initiativ och består av representanter från externa aktörer som tillsammans med Folkhälsomyndigheten verkar för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Erfarenheter visar enligt Folkhälsomyndigheten att en nära dialog mellan nationella och lokala aktörer leder till ett effektivare och mer framgångsrikt arbete i arbetet med vårdrelaterade infektioner. Gruppens uppdrag är därför att säkerställa och förmedla intressentperspektivet till Folkhälsomyndigheten. Den ska även främja den lokala förankringen av myndighetens arbete. När det gäller frågor rörande att förebygga vårdrelaterade infektioner bidrar gruppen med att:

– identifiera kunskapsluckor, problem och frågeställningar som berör vårdrelaterade infektioner och vårdhygien,
– bedöma det nationella behovet av specifika utredningar och åtgärder inom det vårdhygieniska området, och
– stödja kunskapsutveckling och implementering av ny kunskap i det förebyggande arbetet.

Gruppen är dock inte operativ i den meningen att den tar fram t.ex. riktlinjer eller stöddokument inom vårdhygienområdet.

I gruppen ingår förutom Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen Arbetsmiljöverket, Föreningen för Klinisk Mikrobiologi, NAG Vårdhygien, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, Smittskyddsläkarföreningen, Svenska hygienläkarföreningen och Svensk förening för vårdhygien.

Samverkan inom kunskapsstyrningen

Myndigheterna samverkar också inom den förordningsreglerade kunskapsstyrningen. Den syftar till att säkerställa att styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet som statliga myndigheter ansvarar för utgör ett stöd för huvudmännen (regioner och kommuner) och olika professioner som har ansvar för att patienter och brukare ges god vård och insatser av god kvalitet. Styrningen med kunskap sker genom föreskrifter och kunskapsstöd som syftar till att bidra till att verksamheterna som stödet riktas till bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska enligt förordningen vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner och huvudmän har. Styrningen med kunskap ska bidra till ökad jämställdhet (1 och 2 §§ förordningen [2015:155] om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet).

Gemensamt regeringsuppdrag

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har nära samverkan på flera områden av respektive verksamhet. Bland annat hade myndigheterna ett gemensamt regeringsuppdrag om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner som redovisades 2025 (se avsnitt 7.2.1).

Samarbete med anledning av hälsohotsförordningen

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion i uppdrag att inom sitt verksamhetsområde bistå Folkhälsomyndigheten att fullgöra de uppgifter som följer av hälsohotsförordningen (9 § andra punkten förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen).

Nationellt råd för patientsäkerhet

Myndigheterna är två av de aktörer som ingår i Nationellt råd för patientsäkerhet. Detta är ett samverkansforum mellan myndigheter, nationella organisationer och representanter för huvudmännen som har bildats inom ramen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

7.2.6 Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner har fått en mer framskjuten roll i den nya AMR-strategin

Sveriges strategier mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner mellan 2005 och 2025

Sverige har haft en strategi för samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner sedan 2005. En ny strategi om antibiotikaresistens beslutades av regeringen i april 2016.[91] Strategin bestod av dels den övergripande målsättningen att bevara möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner hos människa och djur, dels av sju mål där regeringen angav vad som var viktigt att beakta för att uppnå målen. Strategin omfattade nationellt

[91] Regeringen. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens. Stockholm: Regeringskansliet; 2016.

och internationellt arbete och gällde fram till 2020. Regeringen uttryckte i strategin bl.a. att den ville att dåvarande landsting och kommuner skulle ha tillgång till vårdhygienisk expertis och kompetens så att en god hygienisk standard kunde upprätthållas, att antibiotikaresistens, smittskydd och vårdhygien/hygien skulle ingå som moment i relevanta utbildningar, att det skulle finnas goda kunskaper om det så kallade one health-konceptet[92], antibiotika, antibakteriella ämnen, allmän hygien, vårdhygien och smittskydd hos berörda personer som arbetar inom vård och omsorg och tandvård, med djur samt inom livsmedelsområdet, samt att ansvarsfull antibiotikaanvändning, förebyggande smittskydd och en hög kunskapsnivå hos vårdpersonal är förutsättningar för att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Regeringen beslutade i februari 2020 om en uppdaterad strategi för arbetet mot antibiotikaresistens.[93] Strategin angav samma målsättningar som tidigare och regeringen angav att den ville att Sverige skulle ha väl fungerande system för tidig upptäckt, sammanställning, analys och rapportering av antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Strategin skulle ligga till grund för Sveriges arbete med att bromsa uppkomst och spridning av antibiotikaresistens, samt med att förebygga och hantera dess konsekvenser. Uppdateringen gjordes i linje med hur förutsättningarna för arbetet mot antibiotikaresistens hade för-ändrats i Sverige, inom EU och globalt. Strategin omfattade nationellt och internationellt arbete och gällde till och med 2023. Strategin förlängdes genom beslut den 30 november 2023 till att gälla till och med 2025.[94]

En samverkansfunktion inrättades 2012

Som ett led i att utveckla regeringens strategi inrättade Socialstyrelsen och Jordbruksverket på regeringens uppdrag år 2012 en nationell samverkansfunktion som bl.a. syftade till att samordna myndigheternas arbete nationellt, utveckla en nationell handlingsplan för aktiviteter på området, samla in och sprida den kunskap som finns inom olika

[92] Begreppet *one health* används för att beskriva vikten av att ta ett samlat grepp om hälsa hos människor, tama och vilda djur, växter och den omgivande miljön, inklusive ekosystem, eftersom dessa är sammankopplade och ömsesidigt beroende av varandra.
[93] Regeringen. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2020–2023. Stockholm: Regeringskansliet; 2020.
[94] Regeringen. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024–2025. Stockholm: Regeringskansliet; 2024.

kunskapsområden, identifiera kunskapsluckor och verka för att studier kan genomföras inom prioriterade områden.[95]

Funktionen leds sedan 2015 av Folkhälsomyndigheten och Jordbruksverket och har fram till och med 2025 bestått av en samverkansgrupp med representanter för 21 myndigheter och fyra andra organisationer inom folkhälsa, djurhälsa, livsmedel, miljö och forskning. Samverkansfunktionen har träffats två gånger årligen. Arbetet har utgått från regeringsuppdraget och den svenska strategin för arbete mot antibiotikaresistens 2024–2025.[96]

Samverkansgruppen har bl.a. tagit fram en tvärsektoriell handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens under perioden 2021–2025. Tidigare fanns en för åren 2018–2020.[97,98] Handlingsplanen har ett one health-fokus och omfattar aktiviteter inom områdena hälso- och sjukvård, omsorg, folkhälsa, den yttre miljön, djurhållning, veterinärmedicin, livsmedel och forskning. Handlingsplanen är avgränsad till de aktörer som ingår i samverkansfunktionen och innehåller sådana aktiviteter mot antibiotikaresistens som kräver samverkan mellan flera aktörer eller sektorer.

Statskontoret föreslog mer fokus på vårdhygien i strategin

Statskontoret hade regeringens uppdrag att analysera och ta fram förslag till hur det nationella arbetet mot antibiotikaresistens i Sverige kan utvecklas efter 2025. Rapporten publicerades i februari 2025. Statskontoret bedömde att Sveriges modell med en strategi, en nationell samverkansfunktion och en tvärsektoriell handlingsplan för AMR-arbetet fungerar väl. Den övergripande bedömningen var att det inte fanns skäl att på något mer genomgripande sätt ändra den svenska modellen för att bedriva AMR-arbetet. Statskontoret lämnade dock ett antal förslag och bedömningar, bl.a. följande.

– Ge vårdhygien större utrymme i strategin. Statskontoret skrev att vårdhygien är centralt för AMR-arbetet eftersom den påverkar spridningen av resistenta bakterier. Statskontorets intervjuer med

[95] Regeringsbeslut dnr S2010/7655/FS.
[96] Regeringsbeslut dnr S2020/09284.
[97] Folkhälsomyndigheten. Skydda antibiotikan – en del av samverkansfunktionen mot antibiotikaresistens.
[98] Folkhälsomyndigheten och Jordbruksverket. Tvärsektoriell handlingsplan mot antibiotikaresistens 2021–2025. Underlag för samverkansgruppens fortsatta arbete.

myndigheter och andra aktörer som arbetar mot AMR visade att vårdhygien behöver mer utrymme i strategin. Statskontoret föreslog därför att regeringen lyfter upp vårdhygien mer i en uppdaterad strategi.

– Gör samverkansfunktionen permanent. Statskontorets analys visade att samverkansfunktionens arbete försvåras av kortsiktig styrning genom tidsbegränsade regeringsuppdrag. Det fanns enligt Statskontoret flera skäl till att samverkansfunktionen bör vara permanent. Det främsta skälet var enligt Statskontoret att problemet med AMR är allvarligt och långsiktigt. Det innebär att det är viktigt att försöka minska sårbarheter i arbetet och att skapa förutsägbarhet. Dagens kortsiktiga styrning riskerade att arbetet prioriteras ner och att effektiviteten påverkas negativt. Statskontoret föreslog därför att regeringen skriver in denna uppgift i Folkhälsomyndighetens och Jordbruksverkets instruktioner. Statskontoret föreslog även att regeringen ger uppdraget att delta i samverkansfunktionen i övriga berörda myndigheters regleringsbrev.

Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035

I november 2025 presenterades Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035.[99] I strategin har, i linje med vad Statskontoret föreslog, vårdhygien och vårdrelaterade infektioner fått mer utrymme än tidigare. Målområde 6 i strategin avser minskad uppkomst och spridning av infektioner inklusive vårdrelaterade infektioner bland människor. Målområdet innebär bl.a. att förebyggande arbete inom olika sektorer bidrar till en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och till minskade infektioner, att inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, LSS-verksamhet och tandvård genomförs förebyggande arbete för att begränsa uppkomst och smittspridning av vårdrelaterade infektioner och för att bidra till patientsäker vård och insatser av god kvalitet bland annat genom ett gott vårdhygieniskt arbete. Förekomst, insatser, åtgärder och utfall följs upp löpande och utvecklingsarbete

[99] Regeringskansliet. 2025. Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035. Begreppet AMR står för antimikrobiell resistens. Antimikrobiell resistens innebär att mikroorganismer (bakterier, virus, parasiter eller svampar) utvecklar motståndskraft och kan överleva eller växa trots en antimikrobiell substans som normalt hämmar deras tillväxt eller dödar dem. Antibiotikaresistens, dvs. sådan resistens som bakterier utvecklar mot antibiotika, är en form av antimikrobiell resistens.

behövs för att använda och utveckla automatiserade och standardiserade digitala verktyg för att mäta och kunna förebygga vårdrelaterade infektioner. Vårdrelaterade infektioner kan enligt vad som anges i anslutning till målområdet förebyggas bland annat med hjälp av systematiskt vårdhygieniskt arbete och kompetens på alla nivåer, tillräcklig tillgång till vårdplatser i slutenvården, ökad följsamhet till medicinska rutiner, ett gott patientsäkerhetsarbete, samverkan mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård samt ett reflekterande lärande över region och verksamhetsgränser när utbrott av bakteriell resistens skett i vårdmiljöer. Internationella och nationella vägledningar och stöd har utvecklats för att underlätta implementering.

I strategin anges att Sveriges mål för vårdrelaterade infektioner är att genomsnittet för andelen vårdrelaterade infektioner hos människor (i enlighet med ECDC:s definition) mellan 2026–2035 har minskat med en tredjedel, jämfört med 2023 års data från ECDC:s punktprevalensmätning genomförd i Sverige.

I de delmål som knyts till målområdet uttrycks bl.a. att

- vårdhygieniskt arbete och infektionsförebyggande insatser i Sverige är utvecklade i linje med rekommendationer inom området från Världshälsoorganisationen (WHO),
- huvudmän och verksamheter inom vården arbetar i enlighet med gällande nationell vägledning för vårdhygieniskt arbete framtagen inom kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvården,[100]
- chefer och personal arbetar enligt gällande föreskrifter om risker i arbetsmiljön, basal hygien och smittförebyggande åtgärder för att stärka det infektionsförebyggande och vårdhygieniska arbetet inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och LSS-verksamhet, och
- vårdhygien och arbetet mot vårdrelaterade infektioner och mot antimikrobiell resistens ingår i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, antingen i samtliga regioners och kommuners handlingsplaner för ökad patientsäkerhet eller på annat lämpligt sätt.

[100] Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan. Vägledning för vårdhygieniskt arbete. Version 2. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.

Regeringsuppdrag om fortsatt samverkan och ansvar för nationell handlingsplan

I samband med att strategin för 2026–2035 presenterades fick Folkhälsomyndigheten och Jordbruksverket uppdrag att ansvara för en fortsatt nationell samverkan av arbetet mot antimikrobiell resistens. Detta exempelvis genom etablerade samverkansformer med andra relevanta myndigheter och aktörer med uppgifter och uppdrag av betydelse för genomförandet av AMR-strategin. Uppdraget började löpa den 1 januari 2026. I samverkan och dialog med berörda relevanta aktörer ska de två myndigheterna bl.a.:

- Upprätta en nationell handlingsplan för att samla insatser som bidrar till att genomföra målen i AMR-strategin för åren 2027–2030. Handlingsplanen ska tillsammans med AMR-strategin svara mot de internationella åtaganden som Sverige ingått vad gäller nationella handlingsplaner inom området.
- Utveckla eller sammanställa ett begränsat antal indikatorer eller mått av betydelse för att följa utvecklingen inom målen och delmålen i AMR-strategin.
- Analysera och redovisa utvecklingen inom AMR-strategins målområden samt följa upp vilka resultat det nationella arbetet med AMR-strategi och handlingsplan leder till i Sverige.
- Genomföra regelbundna möten inom ramen för den nationella samverkan.
- Utvärdera AMR-strategin, handlingsplanen och arbetsformerna för genomförande och lämna förslag till regeringen på eventuella förändringar i AMR-strategin.

Myndigheterna ska också ansvara för att kommunicera med de myndigheter, aktörer och målgrupper som berörs av AMR-strategin. Folkhälsomyndigheten ska därutöver vara administrativt ansvarig för arbetet vad gäller återrapporteringskrav, praktiska förberedelser och administrativt arbete förknippat med den nationella samverkan.

I uppdraget ges också Arbetsmiljöverket, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Naturvårdsverket, Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Sveriges lantbruksuniversitet, Sida, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Vetenskapsrådet i uppdrag att

medverka utifrån sina respektive uppgifter och uppdrag med relevans för frågor om antimikrobiell resistens. I det arbetet ingår det att tillsammans med Jordbruksverket och Folkhälsomyndigheten bistå med kunskap och synpunkter i syfte att ta fram, genomföra, följa upp och utvärdera handlingsplanen och AMR-strategin.

Folkhälsomyndigheten, Jordbruksverket och övriga myndigheter i uppdraget ska även samverka med relevanta icke-statliga aktörer som exempelvis Nationell arbetsgrupp (NAG) Strama, Tandvårdsstrama, Strama Veterinär och Livsmedel, NAG vårdhygien, ReAct, Smittskyddsläkarföreningen samt SKR.

Den 15 december 2026 ska de två myndigheterna ha delredovisat uppdraget, bl.a. med en nationell handlingsplan. Därefter sker årliga delredovisningar och slutredovisning senast den 31 december 2030.[101]

7.2.7 Organisation och kompetens inom vårdhygien på regional och kommunal nivå

Det finns 24 vårdhygieniska enheter i landet

Ansvaret för en god vård och tandvård av god hygienisk standard utgår från kraven i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter. Till skillnad från hur det förhåller sig på smittskyddsområdet är ansvaret för vårdhygienområdet inte detaljreglerat. Hur vårdhygienarbetet organiseras skiljer sig något över landet och tillgången till vårdhygienisk kompetens varierar också.

Det finns totalt 24 vårdhygieniska enheter i landet.[102] Grunden i en vårdhygienisk enhet är ofta ett team bestående av en eller flera hygiensjuksköterskor och en eller flera hygienläkare. Vårdhygieniska enheter samverkar med mikrobiologiska laboratorier och expertkompetenser inom exempelvis infektionsmedicin, smittskydd, epidemiologi, byggteknik och medicinteknik. I vissa regioner finns utsedd personal med särskilt ansvar för de vårdhygieniska rutinerna i regionens tandvårdsverksamhet.[103] Vårdhygien är sedan 2015 en så kallad

[101] Regeringen. Uppdrag om nationell samverkan och handlingsplan för arbetet mot antimikrobiell resistens. S2025/01910 och S2025/01938.
[102] I Västra Götalands-regionen har de fyra olika sjukhusförvaltningarna varsin vårdhygienisk enhet.
[103] Socialstyrelsen. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

tilläggsspecialitet för läkare som redan är infektionsspecialister eller specialister i klinisk mikrobiologi.[104]

Hur regionen organiserar smittskydd respektive vårdhygien skiljer sig åt mellan olika regioner. I de tre storstadsregionerna är smittskydd och vårdhygien åtskilda organisatoriskt. I övriga regioner är det ungefär hälften som har en samorganiserad verksamhet och hälften som har separerade verksamheter.[105]

Tillgången till vårdhygienisk expertis för kommuner varierar

Socialstyrelsen följer sedan 2013 upp hur det vårdhygieniska arbetet styrs inom regionerna. 2021 års uppföljning visade att 18 regioner beslutat att alla regionala hälso- och sjukvårdsverksamheter skulle ha tillgång till vårdhygienisk expertis. I tio regioner hade dessutom kommunala vårdgivare fri tillgång till vårdhygienisk expertis från regionen. I övriga regioner måste kommunerna betala. Enligt vad som framförts till Socialstyrelsen utgör en sådan ordning ett incitament för kommunerna att kostnadsfritt i stället vända sig för konsultation av vårdhygieniska frågor till regionens smittskydd.[106]

Det finns för närvarande ingen av landets kommuner som har någon egen vårdhygienisk enhet som liknar den funktion som den regionala enheten har. Det förekommer dock enskilda anställda eller funktioner som t.ex. hygiensamordnare eller hygienombud i kommunerna.

Det råder brist på specialiserad vårdhygienisk personal

Det råder brist på hygienläkare och övrig vårdhygienisk personal i regionerna.[107] I Socialstyrelsens uppföljning av regionernas vårdhygieniska arbete 2022 uppgav endast två regioner att de hade tillräcklig bemanning för ett ändamålsenligt vårdhygieniskt arbete. Svårigheten med att rekrytera och behålla personal beror bland annat på hög

[104] 6 kap. 1 och 12 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.
[105] Socialstyrelsen. 2022. Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och Kapacitet – Översyn och förslag till utveckling, s. 32.
[106] Socialstyrelsen. 2022. Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och Kapacitet – Översyn och förslag till utveckling, s. 33.
[107] Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

arbetsbelastning, brist på utbildade hygienläkare och hygiensjuksköterskor samt ett stort antal pensionsavgångar.

Enligt en sammanställning som det nationella chefsnätverket för vårdhygieniska enheter har gjort fanns det under hösten 2025 runt 166 heltidstjänster för hygiensjuksköterskor, 42 hygienläkare, och 20 övriga tjänster (t.ex. administratörer, samordnare och analytiker) på de 24 regionala vårdhygienenheterna.

Behovet av satsningar på utbildning för framför allt hygiensjuksköterskor har påpekats till utredningen av företrädare för bl.a. NAG Vårdhygien. Även ECDC har påpekat behovet av att införa en specialistutbildning för sjuksköterskor med inriktning mot vårdhygien och antimikrobiell resistens.[108]

7.2.8 Kunskap, utbildning och följsamhet i den vårdhygieniska verksamheten

Välkända brister i följsamheten till grundläggande rutiner

I samband med införandet av kravet på god hygienisk standard i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen år 2006 (se avsnitt 7.2.1) hade Socialstyrelsen påpekat vissa brister. I den vårdhygieniska verksamheten bedömdes läkare och sjuksköterskor vid hygiensektionerna arbeta i stort enligt gällande rekommendationer. Ett problem ansågs dock vara att den vårdhygieniska verksamheten var starkt koncentrerad till sluten vård och att den inte i önskvärd omfattning nådde ut till t.ex. den kommunala hemsjukvården. Ett annat problem som hade framförts var brister i kunskaper och utbildning om vårdhygien hos personal och ansvariga inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen påpekade att detta utgjorde ett problem, särskilt inom den kommunala hälso- och sjukvården.[109]

Coronakommissionen uttalade bl.a. beträffande situationen i äldreomsorgen under covid-19-pandemin att det var sedan länge välkända brister som, utöver den allmänna smittspridningen, hade störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg.[110] Dessa brister hade medfört att äldreomsorgen stått oförberedd och illa rustad

[108] ECDC. Final Joint report in respect of a one health country visit on antimicrobial resistance carried out in Sweden from 16 to 20 September 2024.
[109] Prop. 2005/06:50 s. 28.
[110] SOU 2020:80 s. 245.

för att kunna hantera en så omfattande och ingripande kris som pandemi (se vidare om Coronakommissionens synpunkter nedan).

Efter pandemin har Socialstyrelsen konstaterat att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i regionerna minskade två år i följd under 2022 och 2023.[111,112]

Socialstyrelsens uppföljning av hygienrutiner

Hösten 2024 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att sprida information till verksamheter inom äldreomsorgen om vikten av basala hygienkrav och rutiner samt följa upp efterlevnaden av myndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om Smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. I uppföljningen skulle ingå bl.a. att kartlägga i vilken utsträckning hygienrutiner ingår i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Regeringsuppdraget motiverades av en nedåtgående utveckling i följsamheten till basala hygienkrav och rutiner bland personal inom vård och omsorg för äldre. Regeringen framförde att detta är anmärkningsvärt mot bakgrund av bl.a. lärdomarna från covid-19-pandemin om betydelsen av välfungerande hygienrutiner för att minska smittspridningen.[113]

Socialstyrelsen redovisade uppdraget i december 2025. I rapporten framgår bl.a. att äldreomsorgspersonalen ibland saknar förutsättningar för att följa de rutiner som finns för hur man ska arbeta för att följa basala hygienrutiner och förhindra smittspridning. Praktisk träning som kompletterar den teoretiska utbildningen anges kunna öka omsorgspersonalens förståelse för hygienkraven och öka efterlevnaden. Socialstyrelsen skriver att under pandemin ökade både medvetenheten och kunskapen om hur smittspridning kan förhindras på äldreboenden och inom hemtjänsten samt om vikten av att följa hygienrutiner, men att fokus på basal hygien nu minskat sedan pandemin klingat av och att frågorna återigen behöver lyftas till högsta

[111] Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
[112] Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. För 2024 och framåt finns inte jämförbara data eftersom den mätning i SKR:s regi som låg till grund för Socialstyrelsens rapporter avvecklades under hösten 2023.
[113] Regeringsbeslut dnr S2024/01660.

ledningen i kommunerna. Bland annat behöver ansvaret för hygienarbetet organiseras tydligare, det gäller till exempel ansvarsfördelningen mellan enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschef eller motsvarande.[114]

7.2.9 Genomförda granskningar och framförda synpunkter på nuvarande ordning

Coronakommissionen anmärkte på för sent uppmärksammade brister

Coronakommissionen konstaterade att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen under pandemins första skede hade sitt huvudsakliga fokus på kapaciteten i sjukvården. Kommissionen ansåg att det var rimligt att prioritera sjukvårdens förmåga, men likväl framstod det som klandervärt att myndigheterna inte per omgående lade mera vikt vid förhållandena på särskilda boenden med genomgående svaga äldre, i synnerhet med den tillgängliga kunskapen om att sjukdomen var särskilt allvarlig för den gruppen. En av kommissionens slutsatser i det delbetänkande som särskilt avsåg äldreomsorgen var att det tog alltför lång tid innan ansvariga statliga myndigheter uppmärksammade de särskilda problemen och bristerna inom kommunernas äldreomsorg. Kommissionen menade att de nordiska grannländerna agerade snabbare i det avseendet.[115]

Vidare fann kommissionen bl.a. att en fragmenterad organisation var en del av det som man betecknade som strukturella brister i äldreomsorgens beredskap. Kommissionen uppehöll sig i det sammanhanget främst vid behovet av samverkan och samordning mellan regioner och kommuner. Kommissionen uttalade bl.a. följande:

> Så länge nuvarande ansvarsprincip gäller anser vi att det krävs reformer för att säkerställa en betydligt mera verksam och kontinuerlig samverkan mellan regioner och kommuner. Reformerna måste även skapa förutsättningar för en operationell samordning mellan statliga myndigheter, regioner, kommuner och övriga aktörer för att trygga en god kapacitet i den infrastruktur som behövs i en pandemi.[116]

[114] Socialstyrelsen. Äldreomsorgen: Bristande följsamhet till rutiner för hygien och smittförebyggande åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
[115] SOU 2020:80 s. 261–264.
[116] SOU 2020:80 s. 246–249.

Coronakommissionens slutbetänkande innehåller vidare beskrivningar av hur samordning och samverkan skedde mellan regioner och nationella myndigheter under pandemin.[117]

Socialstyrelsens rapport om smittskyddsläkarnas förutsättningar

Socialstyrelsen publicerade 2022 en översyn av smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag. Några av resultaten från rapporten har vi redogjort för i avsnitt 7.2.6. Vid översynen fann Socialstyrelsen angränsande problem och utmaningar inom det vårdhygieniska området.[118] Socialstyrelsen lämnade två förslag för att möta dessa.

Det första förslaget avsåg att huvudmännen inom hälso- och sjukvården och omsorgen (regioner och kommuner) måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis för en mer funktionell hantering och styrning av området. Detta förslag går vi inte närmare in på i detta sammanhang (se dock avsnitt 7.2.6 ovan beträffande bl.a. tillgång till kompetens).

Det andra förslaget avsåg att det vårdhygieniska arbetet bör samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet. Socialstyrelsen angav i rapporten att det, för att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt, finns ett behov av ökad samordning. Detta behov har blivit tydligt under covid-19-pandemin. Socialstyrelsen ansåg att en statlig myndighet generellt sett har goda förutsättningar att skapa en effektiv och ändamålsenlig nationell samordning av det vårdhygieniska området både i normalläge och i händelse av kris. Någon statlig aktör bör få den initiativrätt som krävs för att upprätthålla ett samlat och effektivt vårdhygieniskt arbete nationellt. Detta skulle underlätta arbetet för samtliga aktörer inom områdena vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och kommunal nivå, däribland de regionala vårdhygieniska enheterna och i förlängningen vårdgivarna. Att vårdhygien saknar en statlig samordning som motsvarar den som Folkhälsomyndigheten har på smittskyddsområdet tedde sig enligt Socialstyrelsen som en svaghet. Det skulle också öka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen

[117] Se t.ex. SOU 2022:10 s. 407.
[118] Socialstyrelsen. Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet. Översyn och förslag till utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

lyfte också att en sådan struktur förespråkas av WHO i Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes.[119]

Riksrevisionens granskning

Riksrevisionen granskade efter covid-19-pandemin om regeringens styrning samt Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens insatser inom det nationella smittskyddet varit effektiva.[120] Rapporten innehåller bl.a. en slutsats och en rekommendation som avser vårdhygienområdet. Riksrevisionens slutsats var att ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan stärka smittskyddets förebyggande arbete. Riksrevisionen rekommenderade regeringen att ge en lämplig myndighet samlat ansvar för vårdhygienfrågor. Vårdhygien är enligt Riksrevisionen en viktig del i det förebyggande smittskyddsarbetet och det bör återspeglas i den statliga styrningen.

Riksrevisionen konstaterade bl.a. att det delade nationella ansvaret mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten lett till en otydlig styrning. Detta blev uppenbart under covid-19-pandemin. Men att vårdhygienfrågorna saknar en tydlig hemvist på nationell nivå innebär också att vårdhygienfrågor inte omhändertas på ett tillfredsställande sätt oavsett smittläge. Riksrevisionen menade därför att det delade ansvaret påverkar smittskyddsarbetets effektivitet och möjligheterna till utveckling och förbättringar hos berörda vård- och omsorgsverksamheter. Riksrevisionen hänvisade också till att nationell kapacitet och samordning av vårdhygien enligt WHO är viktigt för ett effektivt vårdhygienarbete och för bättre förmåga att hantera hälsohot såsom epidemier, pandemier och antibiotikaresistens. Det delade ansvaret hade enligt Riksrevisionen medfört att det nationella arbetet med vårdhygien inte bedrivs på ett aktivt, systematiskt och strategiskt sätt.

Ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan enligt Riksrevisionen bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete. Ett sådant arbete förutsätter dock att även regioner och kommuner tar sitt an-

[119] World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016.
[120] Riksrevisionen. Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning. Stockholm: Riksrevisionen; 2023.

svar för att se till att vård- och omsorgsverksamheter arbetar långsiktigt och förebyggande, för att mer effektivt kunna hantera större utbrott av smitta och omfattande smittspridning.

SKR har pekat på bristande samordning under pandemin

SKR angav i sin utvärdering av covid-19-pandemin exempel på när de statliga myndigheterna inte varit samordnade och den statliga styrningen uppfattats som motstridig.[121] Det hade skapat tveksamhet och osäkerhet i kommuner och regioner om vad som egentligen gällde. Ett exempel på motstridig myndighetsinformation var enligt SKR frågan om skyddsutrustning. Trots flera försök lyckades Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket enligt SKR inte samordna sina budskap, vilket skapade en utmanande situation för chefer och medarbetare inom vård och omsorgsverksamheterna.

Utredningens enkätfrågor om förändringar om vårdhygienresurser med anledning av pandemin

Utredningen skickade under 2024 en enkät till samtliga regionledningar med frågor om bl.a. organisatoriska förändringar och satsningar på vårdhygien som en följd av covid-19-pandemin. Ytterligare svar från samma enkät redovisas i avsnitt 7.3.4 nedan.

På frågan om vårdhygienfrågorna fått högre prioritet i regionen efter covid-19-pandemin svarade 11 av 17 svarande regioner ja och 6 nej. Bland dem som svarade ja nämns bl.a. att kunskapen om vårdhygienfrågorna ökat i övriga organisationen, att vårdhygienenheten konsulteras i högre utsträckning och att följsamheten till basala hygienkrav följs och rapporteras till regionstyrelsen, och att samverkan med kommuner blivit tätare.

Tre av de 17 regionerna uppgav att de hade genomfört organisatoriska förändringar av vårdhygienisk expertis med anledning av covid-19-pandemin. Övriga 14 svarade nej. Det var i samtliga tre fall främst fråga om ökad bemanning.

När det gäller samverkan mellan smittskydd och vårdhygien uppgav flera regioner att det även innan pandemin funnits ett nära sam-

[121] Sveriges Kommuner och Regioner. Att lära av en kris: kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2023, s. 52 och 53.

arbete. Några uppgav att man som en följd av pandemin nu arbetar ännu närmare på olika sätt eller i vissa frågor.

7.2.10 Syftet med ett nationellt samordningsansvar

Bedömning

Syftet med ett nationellt samordningsansvar av vårdhygienfrågor bör vara att minska vårdrelaterade infektioner bland patienter och brukare och stärka det vårdhygieniska arbetet i hela landet.

Utredningen har i uppdrag att lämna ett förslag

Som vi konstaterat inledningsvis har vi i uppdrag att lämna ett förslag kring hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas. De samråd som utredningen har genomfört visar på samstämmighet kring att vårdhygienfrågorna på olika sätt behöver få högre prioritet, och att ett tydligare eller ökat nationellt ansvar kan vara ett viktigt bidrag till det. Nationell samordning anses nödvändig för att ge vårdhygienområdet större tyngd hos huvudmän, vårdgivare och utförare av omsorg i landet.

Vårdhygienfrågorna beskrivs som centrala såväl i vardag som i krisläge. Aktörer som vi samrått med har gett flera konkreta exempel från covid-19-pandemin som man anser hade kunnat förbättrats med en tydligare samordning på nationell nivå, bl.a. gällande samordnade budskap och snabbare producerade vägledningar kring hantering av smittspridning inom olika verksamheter. Det finns också en oro för, och konkreta tecken på, att vårdhygienfrågorna efter pandemin prioriteras ner, se t.ex. Socialstyrelsens regeringsuppdrag som redogörs för i avsnitt 7.2.7. NAG Vårdhygien har påpekat att man ser tecken på att vårdhygienfrågorna inte prioriteras i regionerna, vilket bl.a. yttrar sig i att man inte arbetar med implementering av den vägledning för vårdhygieniskt arbete som tagits fram. Svenska Hygienläkarföreningen och Svensk förening för vårdhygien menar att bilden skiljer sig åt i olika delar av landet. I några regioner noteras att förbättringsarbetet fortgått med prioritering av de vårdhygieniska frågorna på ledningsnivå. I andra har den vårdhygieniska samordningen, som så småningom byggdes upp under pandemin, enligt för-

eningarna avslutats och återgått till enbart lokalt arbete med enskilda särskilt intresserade kommunala verksamheter.

Den tydlighet som kan följa av att en myndighet har ett utpekat ansvar för nationell samordning kan även få andra positiva effekter. De närliggande områdena antibiotikaresistens och vårdskador kan indirekt förstärkas. Likaså kan det internationella arbetet med vårdhygien få fördelar om det finns en tydlig ansvarig myndighet på nationell nivå.

Det bör ändå påpekas att ansvaret för god vård, tandvård och en omsorg av god kvalitet ytterst åvilar huvudmännen och vårdgivarna. Detta innebär en betydelsefull begränsning för vad som kan uppnås med ett tydligare eller utökat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor.

Som konstaterades i samband med att Folkhälsomyndigheten övertog samordningen på smittskyddsområdet är begreppet samordningsansvar heller inte komplikationsfritt. Det är svårt att definiera och kan felaktigt leda till uppfattningen att det innefattar bestämmanderätt över andra aktörer. En samordning mellan myndigheter kan inte självklart lösa de målkonflikter som kan finnas mellan olika perspektiv, såsom arbetsmiljölagstiftning och patientsäkerhet. Ett tydligt ansvar för samordning kan dock bidra till en bättre och samordnad kommunikation som hjälper målgrupperna. I krissituationer bör det inte råda tveksamhet om vilken myndighet som på den nationella nivån har ansvar för att vidta åtgärder, eller påpeka behov av att åtgärder vidtas.

Samverkan och samordning görs som vi sett tidigare i detta kapitel redan på vårdhygienområdet och en reglering om myndigheters skyldighet att samordna sig och samverka finns på flera håll i lagstiftningen. I 8 § förvaltningslagen (2017:900) finns en allmän skyldighet för förvaltningsmyndigheterna att inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter. I 6 § andra stycket myndighetsförordningen (2007:515) finns en skyldighet för förvaltningsmyndigheter under regeringen att verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet. Vidare är exempelvis samordningen av kunskapsstyrningen som beskrivits ovan förordningsstyrd. Det går att hävda att en särskild reglering av samordningsansvaret av det skälet inte är behövlig. En uttrycklig reglering av samordningsansvaret på vårdhygienområdet medför dock enligt utredningens uppfattning en markering av behovet av att någon instans har det

utpekade, sammanhållande uppdraget och att det inte är ett arbete som kan prioriteras ner. En reglering bidrar också till att det samordnande ansvaret kan fyllas med innehåll.

Samordningsansvaret bör syfta till att minska vårdrelaterade infektioner bland patienter och brukare

Vårt uppdrag är en följd av covid-19-pandemin och direktiven tar sin utgångspunkt i hur brukare och patienter då drabbades. Skälen till den omfattande smittspridningen på bl.a. äldreboenden under pandemin har konstaterats ha en rad samverkande orsaker som har behandlats i andra sammanhang, bl.a. i Coronakommissionens betänkanden. Vi vill här kort konstatera att all spridning av covid-19 som skedde i vård- eller omsorgssituationer är att betrakta som vårdrelaterade infektioner. Vårdhygienarbetet syftar till att förebygga sådana infektioner. Även om nästa pandemi kan se annorlunda ut än covid-19-pandemin i viktiga avseenden finns det en risk att äldre och sköra på nytt kommer att drabbas oproportionerligt.

Begreppet vårdhygien är inte definierat i lag, och det som kan sägas vara vårdhygieniska aspekter kan komma in på flera områden. Direktivens utgångspunkt är att ansvaret, för de aspekter av vårdhygien som direktiven tar sikte på, är delat mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Vårdhygieniska insatser syftar i slutänden till att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner, vilket minskar lidande och sjuklighet bland de drabbade och gynnar bl.a. arbetet mot antibiotikaresistens. Om sådana infektioner uppstår i en verksamhet som omfattas av patientsäkerhetslagen och hade kunnat undvikas kan de utgöra vårdskador.

Direktiven nämner hälso- och sjukvård och omsorg. Dessa områden bör således omfattas av det som ingår i det samlade nationella ansvaret. Direktiven nämner inte tandvårdsområdet. Även tandvården hade utmaningar under pandemin. Tandvården ingår i patientsäkerhetslagens hälso- och sjukvårdsbegrepp och i smittskyddsläkarnas ansvarsområde visavi vårdgivare enligt smittskyddslagen. Tandvårdslagen innehåller ett motsvarande krav på god hygienisk standard som finns i hälso- och sjukvårdslagen och omfattas också av Socialstyrelsens föreskrifter om basala hygienrutiner. Samordningen av vårdhygien på nationell nivå bör mot den bakgrunden omfatta även tandvården.

Vårt uppdrag avser det nationella samordningsansvaret på området, men i förlängningen är det skyddet för de enskilda patienterna och brukarna inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg som avser att stärkas. Även åtgärder som regleras och vidtas på det arbetsmiljörättsliga området har bäring för det vårdhygieniska området. Det är dock utredningens uppfattning att sådana åtgärder är sprungna ur ett annat grundläggande syfte. Skyddet för arbetstagare bör därför inte ingå i syftesbeskrivningen. Det hindrar inte att den myndighet som får uppdraget att samordna vårdhygienfrågorna inom ramen för detta även samverkar med t.ex. Arbetsmiljöverket. Arbetstagaren kan, vid bristande skydd, fungera som smittkälla till patienter eller omsorgstagare. Otillräckliga skydds- och hygienåtgärder påverkar således inte enbart arbetsmiljön negativt utan kan även försämra vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Syftet med en nationell samordning av vårdhygienfrågor bör mot denna bakgrund formuleras som att minska vårdrelaterade infektioner bland patienter och brukare och stärka det vårdhygieniska arbetet i hela landet.

Ansvarsprincipen gäller och samordningsansvaret innebär ingen direktivrätt

Utredningen har i samråd med olika aktörer på vårdhygienområdet fått synpunkter med innebörden att den statliga nivån i olika avseenden bör få ett större ansvar i händelse av kris eller pandemi. Den samordning som efterfrågas av Socialstyrelsen i rapporten om smittskyddsläkarnas förutsättningar är dock en samordning som ska gälla både i kris och normalläge.

En nationell samordning som inrättas på förekommen anledning vid en kris riskerar enligt utredningens bedömning att sättas in för sent, bli resurskrävande och skapa nya gränsdragningssvårigheter. Dessutom är vissa aspekter av vårdhygien beroende av faktorer som inte kan påverkas med kort varsel, t.ex. lokalernas utformning, personalens kompetens och resurstilldelning. Kraven på hälso- och sjukvård avseende god hygienisk standard och möjlighet att hantera en pandemi måste därför ställas med god framförhållning.

Utredningen anser således att ansvaret i kris inte bör skilja sig från ansvaret i normalläge. Ansvaret för huvudmännen och vårdgivarna gäller även i kris i enlighet med ansvarsprincipen och de övriga prin-

ciperna för krishantering. I vårt delbetänkande har vi i avsnitt 6.4 ingående beskrivit ansvarsprincipen och gjort bedömningen att en samhällskris till följd av omfattande smittspridning bör hanteras samordnat och utifrån enhetliga principer.[122] Någon annan ordning bör inte gälla för den nationella samordningen av vårdhygien. Samordningen bör i linje med detta inte innebära någon direktivrätt över andra aktörer. Den struktur som finns i vardagen ska således gälla även i kris.

Det är en annan sak att krisen kan skapa mer arbete för den samordnande nationella myndigheten och nya eller oförutsedda behov av samordning. Behovet som aktualiserats av en kris kan vidare påverka utformningen av samordningen i normalläge.

Samordningsansvaret bör inte delas av flera myndigheter och bör vara både vertikalt och horisontellt

Det är inte uttryckligen angivet i direktiven att endast en myndighet ska föreslås för samordningsuppdraget. Utredningen bedömer dock att en fortsatt uppdelning i likhet med nuvarande ordning inte är ändamålsenlig. En myndighet bör således ges uppdraget. Vidare är det, mot bakgrund av det vi anfört ovan om direktivens utformning och syftet med samordningen, utredningens uppfattning att det enbart är Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen som kan komma i fråga.

Givet de behov som framkommit bör samordningen omfatta dels andra myndigheter, dels regioner och kommuner, dvs. både vara horisontell och vertikal. På vårdhygienområdet finns därtill en rad ytterligare aktörer med olika perspektiv som även de bör inkluderas i samordningen i behövlig omfattning, t.ex. de professionsföreningar och nätverk som redan i dag ingår i t.ex. Folkhälsomyndighetens samverkansstruktur på vårdhygienområdet. Bland andra nationella myndigheter som på något sätt bör kunna ingå i samverkan finns Läkemedelsverket och Arbetsmiljöverket.

[122] SOU 2025:48 s. 252–264.

Efterfrågat behov av innehåll i en samordning

I den samverkan som utredningen genomfört har det framförts skilda förslag på vad en samordning konkret bör innebära. Utredningens samlade intryck är att det, vad gäller Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens nuvarande uppdrag, finns obetydligt överlapp i det stöd som ges från nationell nivå. Myndigheterna synes i huvudsak vara väl koordinerade även om det finns exempel på sådant som kan upplevas som dubbleringar. Så beskriver myndigheternas det också själva.

Det som efterfrågats är i stället ett ökat stöd från nationell nivå, och en samordning som på olika sätt skapar förutsättningar för att uppnå en god och likvärdig vård och omsorg i hygienhänseende. I relation till andra myndigheter på nationell nivå kan det handla om att överbrygga motstridiga budskap och kommunicera en gemensam syn. I relation till huvudmän och vård- och omsorgsgivare kan det handla om sådant som att verka för enhetlighet kring *best practice* för vårdhygieniska åtgärder, att på olika sätt bidra till att stärka övervakningen av vårdrelaterade infektioner, ansvara för riktlinjer och verka för ökad likformighet i det stöd som når ut till verksamhetsutövare och vård- och omsorgspersonal. En synpunkt från aktörer som i sin verksamhet jobbar mot flera olika regioner är att stödet och resurserna på de regionala vårdhygienenheterna varierar, och att olika regioner kan ge olika stöd i likartade frågor. På smittskyddsområdet är utredningens intryck från samverkan att motsvarande problem med skilda budskap inte upplevs i samma utsträckning.

7.2.11 Folkhälsomyndigheten bör få i uppgift att samordna vårdhygienfrågorna nationellt

Förslag

Folkhälsomyndigheten ska ansvara för nationell samordning av vårdhygienfrågor som rör människor. Inom ramen för sitt samordnande ansvar ska myndigheten bidra till en god och likvärdig vårdhygien över landet genom att vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till berörda aktörer. Förhållandena inom den kommunala hälso- och sjukvården och kommunala omsorgen ska särskilt uppmärksammas.

En bestämmelse om detta ska tas in i förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har olika perspektiv

Som konstateras redan i direktiven har Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen olika perspektiv på arbetet med vårdhygien. Det finns, i myndigheternas nuvarande uppdrag och organisation, faktorer som i olika grad talar för att de är den lämpligaste instansen för ett nationellt ansvar för samordning. De två myndigheterna har båda uppdrag och bemyndiganden som på olika sätt syftar till att minska VRI-förekomsten. Oavsett vilken myndighet som föreslås för uppdraget kommer de två myndigheterna att fortsatt behöva ha ett nära samarbete inom vårdhygien- och VRI-området.

Valet mellan de två myndigheterna kan förenklat uttryckas som att det handlar om att flytta den del av patientsäkerhetsarbetet som handlar om vårdrelaterade infektioner närmare smittskyddet, eller att flytta smittskyddet inom vård och omsorg närmare patientsäkerhetsarbetet.

När Socialstyrelsen var samordnande myndighet inom smittskyddet och samtidigt förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, hade vårdhygienfrågorna en naturlig hemvist. Efter flytten av smittskyddsfrågorna till Folkhälsomyndigheten har vårdhygienfrågornas hemvist blivit otydligare. Beroende på vilket perspektiv som anläggs och hur olika aspekter värderas finns det goda argument som talar för respektive myndighet.

Vårdhygienområdet har betydande inslag av både smittskydd och patientsäkerhet. Det finns i vårdhygienområdets kärna ett stort överlapp som berör myndigheternas respektive uppdrag i det att förhindrande av smittspridning i många fall, men inte alltid, samtidigt innebär förhindrande av vårdskada. Behövliga åtgärder för att undvika smittspridning som innebär vårdskador handlar om åligganden för verksamhetsutövare och personal, men kräver också kompetens inom mikrobiologi, epidemiologi, inomhusmiljö m.m.

Folkhälsomyndigheten bör utses till nationell samordnande myndighet

Utgångspunkter för vårt förslag

När utredningen har vägt de två myndigheternas fördelar mot varandra har utgångspunkten varit att den myndighet som i dagsläget har uppdrag och verksamhet som ligger närmast att kunna ta sig an rollen som samordnande myndighet bör föreslås för uppdraget. En andra utgångspunkt har varit direktivens problembeskrivning och kopplingen till pandemiberedskapen.

Pandemiperspektivet bör väga tungt

Utredningens direktiv tar sin utgångspunkt i covid-19-pandemin. Det perspektiv som anläggs i direktiven handlar om att den nationella nivån, inom ramen för befintligt ansvar för huvudmän och vårdgivare, ska bidra till att motverka smitta.

Pandemier och annan omfattande smittspridning av den typ vi i övrigt har haft i uppdrag att föreslå författningsberedskap för, orsakas av smittämnen som av olika skäl har mycket goda förutsättningar att spridas i befolkningen.[123] Sådana sjukdomar kommer att betraktas som vårdrelaterade infektioner om de uppstår i vård eller omsorg. Det får därför närmast förutsättas att tillgången till, och samordningen av, vårdhygienisk kompetens inom vård och omsorg blir viktiga faktorer för förmågan att i dessa verksamheter hantera en framtida pandemi. Det behov som kommer att finnas under en pandemi av ett samordnat vårdhygienarbete måste också förberedas och utvecklas under normalläge.

Folkhälsomyndigheten samordnar smittskyddet på nationell nivå och har väl upparbetade strukturer och rutiner för detta, inklusive de ännu ganska färska erfarenheterna från arbetet med att samordna smittskyddet under covid-19-pandemin. I ett flertal regioner är vårdhygien och smittskydd samorganiserade, i vissa är också smittskyddsläkaren chef för vårdhygienenheten. Det innebär att smittskyddsläkarna, i en pandemisituation där vårdhygien och smittskydd har olika nationellt ansvariga myndigheter, skulle behöva samverka i överlappande frågor med två olika myndigheter.

[123] Se vidare SOU 2025:48 s. 178–187.

Smittskyddsläkarna har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet i sin region, vilket inkluderar verksamheter inom vård och omsorg. Senare i detta kapitel (avsnitt 7.3) lämnar vi även förslag som ska stärka smittskyddsläkarnas organisation. En ökad robusthet för smittskyddsläkarna kan vid en pandemi medföra bättre förutsättningar att ge stöd till vård och omsorg.

Vid en smittspridning som hotar bli eller redan har utvecklats till en epidemi eller en pandemi finns det enligt utredningens bedömning således betydande synergieffekter och effektivitetsvinster att göra genom att samma myndighet samordnar både smittskydd och vårdhygien.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att erfarenheterna från covid-19-pandemin starkt talar för att det bör vara en och samma myndighet som samordnar smittskydd och vårdhygien nationellt. Coronakommissionens slutsats om att det tog alltför lång tid innan ansvariga statliga myndigheter uppmärksammade de särskilda problemen och bristerna inom kommunernas äldreomsorg talar i samma riktning. En uppdelning på två myndigheter av det nationella samordningsansvaret för smittskydd respektive vårdhygien framstår inte som lika ändamålsenligt för möjligheterna att hantera en pandemi. Vi har inget uppdrag att förändra Folkhälsomyndighetens samordnande ansvar på smittskyddsområdet. Det innebär att redan direktivens utgångspunkt och erfarenheterna från pandemin i kombination med vår bedömning att samma myndighet bör samordna smittskydd och vårdhygien leder till att det är Folkhälsomyndigheten som utredningen föreslår bör ges det samordnande uppdraget. Uppdraget bör uttryckas som att det gäller ansvar för nationell samordning av arbetet med vårdhygien som rör människor.

Synergieffekter med smittskydd finns även i normalläge

Det är inte bara ur ett pandemiperspektiv det kan finnas en fördel med att samma myndighet samordnar smittskydds- och vårdhygienfrågorna. Även vid mer vanligt förekommande regionöverskridande spridning där behovet av smittskydds- och vårdhygienkompetens sammanfaller är det enligt utredningens uppfattning en betydande fördel om det är samma myndighet som på den nationella nivån samordnar insatserna. Folkhälsomyndigheten samordnar redan i dag vissa

smittoutbrott som påverkar mer än en region. Att även ha ansvaret för samordningen av vårdhygien kan ge ytterligare spets i det arbetet och bidra till att minska följderna för patienter och brukare. Vidare kan en stärkt övervakning av vårdrelaterade infektioner med utgångspunkt i det nationella samordningsansvaret stärka Folkhälsomyndighetens övervakande uppdrag, inklusive av sådana smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen.

Folkhälsomyndighetens AMR-uppdrag och ansvar i EU-samarbetet ger synergieffekter med arbetet mot vårdrelaterade infektioner

Folkhälsomyndigheten har ett uppdrag som avser vårdhygien och vårdrelaterade infektioner i sin instruktion. Vidare har Folkhälsomyndigheten ett övergripande ansvar för antibiotikafrågor, däribland det i januari 2026 påbörjade regeringsuppdraget om att leda implementeringen av den nya AMR-strategin tillsammans med Jordbruksverket, bl.a. med ansvar att ta fram en handlingsplan. I strategin har vårdrelaterade infektioner och vårdhygien på nytt fått en mer framskjuten roll. I det samordnande uppdraget ingår även att följa upp vilka resultat det nationella arbetet med AMR-strategin och handlingsplanen leder till i Sverige.

På europeisk nivå är smittsamma sjukdomar, vårdrelaterade infektioner och antimikrobiell resistens nära sammankopplade genom ECDC:s arbete på området och regleringen av biologiska hot i hälsohotsförordningen. Det är som beskrivits tidigare i det här kapitlet Folkhälsomyndigheten som är behörig nationell myndighet enligt den förordningen och som på det sättet är Sveriges kontaktpunkt gentemot EU-nivån på hälsohotsområdet. Folkhälsomyndigheten har också instruktionsenliga kontaktytor visavi WHO.

Vi bedömer att förutsättningarna för en stärkt beredskap mot internationella hälsohot, inkluderat antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner, förbättras med Folkhälsomyndigheten som nationell samordningsmyndighet på vårdhygienområdet.

Folkhälsomyndigheten leder en samverkansgrupp

Sedan 2017, och även tidigare i andra former, har Folkhälsomyndigheten svarat för nationell samverkan inom vårdhygienområdet genom att vara sammankallande och ansvara både för nationella möten två gånger per år med representanter från myndigheter och intresseorganisationer inom vårdhygien samt digitala möten med alla regioners vårdhygieniska enheter varannan vecka. Således finns vid myndigheten strukturer och arbetssätt som kan användas även i den samordning som det nu är fråga om.

Vad samordningsansvaret kan innehålla

Nästa fråga är vad regleringen av samordningsansvaret bör innehålla. I tidigare avsnitt har vi bedömt vad syftet med samordningen bör vara, och angett några exempel på vad som i vårt arbete har framhållits som sådant som kan ingå. Vidare har Folkhälsomyndigheten själv angett några förslag på vad som kan ingå i en samordningsfunktion. Det är bl.a. ökad samordning mellan myndigheter och mellan kommuner och regioner, ensande av rutiner, nationella riktlinjer och arbetssätt med ökad likvärdighet i det vårdhygieniska arbetet, ansvar för en nationell handlingsplan för vårdhygien och olika typer av utbildningar inom vårdhygienområdet. Myndigheten anger också att ett utökat samarbete inom kunskapsstyrningen bör ingå i ett samordningsansvar.

Det är enligt utredningens uppfattning inte lämpligt att i detalj reglera vad samordningen ska innefatta. En sådan ordning kan bidra till att regleringen inte är flexibel eller påverkar prioriteringar på ett sätt som inte är ändamålsenligt. Det framstår som en lämpligare ordning att utgå från syftet som vi ovan har formulerat, dvs. att minska undvikbara vårdrelaterade infektioner bland patienter och brukare och sträva efter att stärka det vårdhygieniska arbetet i hela landet. Den samordnande myndigheten bör ha ett ansvar för de aktiviteter som behövs för att uppnå målet i regleringen, inom de ansvarsområden för myndigheter och andra aktörer som i övrigt gäller. Aktiviteterna kan vara av skilda slag.

I regleringen av Folkhälsomyndighetens samordnande ansvar på smittskyddsområdet ingår bredvid ansvaret att samordna smittskyddet på nationell nivå även att ta de initiativ som krävs för att upprätt-

hålla ett effektivt smittskydd. Ett likartat ansvar för att identifiera luckor och utvecklingsområden bör enligt utredningens bedömning införas även beträffande vårdhygienområdet.

Det bör i samordningsuppdraget ingå att vid behov initiera utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän och andra aktörer. Eftersom det i dag finns tydliga tecken på att det finns utrymme för förbättringar, bör det också ingå att myndigheten ska vara pådrivande för att uppnå en god och likvärdig vårdhygien. I det ansvaret ingår att verka för att andra inblandade aktörer ska agera utifrån sina ansvarsområden. Ansvaret kommer som vi nämnt ovan med den begränsning som det innebär att det befintliga grundläggande ansvaret för överlappande och närliggande frågor på vårdhygienområdet ligger kvar på andra nationella myndigheter. I ansvaret bör också ligga att påpeka behov av justeringar i lag och annan författning. Samordningsansvaret bör innebära ett ansvar att verka för att de olika aktörerna fungerar tillsammans, att mottagarna av t.ex. kunskapsunderlag och kommunikation får samlade och samordnade budskap när så är möjligt.

Detta bör uttryckas som att myndigheten inom ramen för sitt samordnande ansvar ska bidra till en god och likvärdig vårdhygien över landet genom att vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till berörda aktörer.

Ansvaret för samordning innebär dock som vi tidigare angett inte att Folkhälsomyndigheten får direktivrätt över huvudmän eller vårdgivare eller andra myndigheter som ansvarar för att vidta de faktiska åtgärderna.

Det finns stora gemensamma skärningsytor mellan å ena sidan vårdhygien och andra sidan arbetet med antibiotikaresistens och smittskydd. Det finns också viktiga skillnader som måste upprätthållas och förbli självständiga genom att vårdhygienområdet får utvecklas i sin egen rätt. Folkhälsomyndigheten kan behöva förstärka med kompetenser som i dag inte finns vid myndigheten för att utföra samordningsuppdraget.

Det är enligt utredningens bedömning, baserat på den samlade samverkan och kunskapsinhämtning som vi har gjort, att det främst är i den kommunala hälso- och sjukvården som vårdhygien behöver stärkas och bli mer likvärdig. Detta visar också covid-19-pandemin. Flera möjliga förbättringsområden inom omsorgen är frågor som inte kan åtgärdas inom ramen för en nationell samordning av vårdhygien.

Det kan trots detta finnas ett värde i att omsorgen särskilt framhålls i regleringen. Samordningen från den statliga nivån bör mot den bakgrunden särskilt uppmärksamma förhållandena i den kommunala sjukvården och omsorgen. Detta bör komma till uttryck i regleringen.

Det finns i vår samverkan också tecken på att tandvården tappas bort i det stöd som ges från regional eller nationell nivå och att de privata utförarnas organisatoriska förutsättningar inte fullt ut beaktas. Ur ett pandemiperspektiv ser vi dock inte behov att uttryckligen i författningstexten ange att förhållandena inom tandvården ska beaktas i samordningsansvaret.

Sammanfattningsvis anser utredningen alltså att Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att ansvara för samordning på nationell nivå av vårdhygienfrågor som rör människor. Myndigheten ska inom ramen för sitt samordnande ansvar bidra till en god och likvärdig vårdhygien över landet genom att vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till berörda aktörer. Förhållandena i den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen ska särskilt uppmärksammas.

Vilka andra myndigheter som har ansvar på vårdhygienområdet kan påverkas av bl.a. författningsförändringar, regleringsbrev och regeringsuppdrag. Hos andra aktörer, t.ex. professionsföreningar och nätverk, påverkas frågorna av t.ex. prioriteringar och resurser. Formerna för samverkan och i detalj vilka som bör ingå bör i övrigt bör därför överlåtas till myndigheten att bestämma. Se dock nedan om särskilda överväganden i samarbetet med Socialstyrelsen.

Särskilda överväganden i förhållande till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för de verksamheter som i praktiken utgör det område som berörs av vårdhygien på det sätt som vi talar om begreppet i detta avsnitt, dvs hälso- och sjukvården och omsorgen. De verksamheter och den personal som har att vidta de åtgärder som gör att en vårdrelaterad infektion undviks är verksamma inom myndighetens ansvarsområde. Socialstyrelsen har meddelat de föreskrifter som i dag är de mest betydelsefulla för att inom vård och omsorg skydda brukare och patienter från vårdrelaterade infektioner. Vi har i samverkan noterat ett högt förtroende för Socialstyrelsen bland dessa verksamheter, och föreskrifterna om bl.a. basala hygien-

rutiner nämns återkommande som ett viktigt verktyg i det dagliga arbetet.

Socialstyrelsen har vidare nationellt ansvar för patientsäkerhet, som är nära förbundet med vårdhygien genom att vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan. Vårdrelaterade infektioner kan ofta undvikas genom smittskyddsåtgärder, men det kan också handla om att vårdrelaterade risksituationer och medicinska riskfaktorer hos den enskilde bidrar till uppkomst av en viss infektion. Arbetet för att undvika den typen av vårdrelaterade infektioner kan lämpligare betecknas infektionsprevention. Detta är beståndsdelar som är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. För att kunna sätta in effektiva åtgärder krävs ett systemperspektiv på hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen besitter.

Socialstyrelsen har ett väletablerat arbete på patientsäkerhetsområdet, på internationell, nationell, regional och kommunal nivå, med etablerade kontakter med bl.a. patientföreningar. Den nationella handlingsplanen från maj 2025 för ökad patientsäkerhet syftar till att främja och stärka säkerheten inom hälso- och sjukvården på samtliga nivåer. Planen är avsedd att stödja huvudmän och vårdgivare i det systematiska arbetet med patientsäkerhet, i syfte att förebygga vårdskador. Inom regioner och kommuner genomförs mycket av det vårdhygieniska arbetet i samarbete och inom ramen av den lokala handlingsplanen för systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Socialstyrelsen är vidare sektorsansvarig myndighet i beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg och har således ett etablerat nätverk inom ramen för det arbetet. Beredskap inom hälsa, vård och omsorg handlar bl.a. om pandemiberedskap, men även om beredskap inför krig. Vid allvarliga händelser med många skadade i behov av vård är vårdhygieniska åtgärder helt avgörande för att inte utveckla och sprida infektioner bland patienter. Det är extra utmanande i situationer där resurser är begränsade och bristfälliga, till exempel läkemedel som antibiotika. Socialstyrelsens roll som sektorsansvarig beredskapsmyndighet för hälsa, vård och omsorg innebär samordning och stöd till aktörer på nationell, regional och lokal nivå i syfte att åstadkomma förmågehöjning och robusthet inför fredstida kriser och krig, där vårdhygien ingår som en viktig del i arbetet.

Även om utredningen föreslår Folkhälsomyndigheten som nationell samordnande myndighet kan utredningen se att om uppdraget skulle läggas på Socialstyrelsen hade vårdhygienfrågornas särart i

relation till smittskyddsfrågor markerats. Det hade kunnat ses som en fördel och minskat risken för att vårdhygien och smittskydd betraktas som ett och samma område. Det är mot denna bakgrund av särskild vikt att Socialstyrelsens roll som förvaltnings- och sektorsansvarig myndighet inom berörda områden och myndighetens pågående samordningsansvar på närliggande områden tas tillvara vid samordningen på vårdhygienområdet även när det nationella samordningsansvaret för vårdhygien läggs på Folkhälsomyndigheten.

Bestämmelsen bör tas in i Folkhälsomyndighetens instruktion

Som konstaterats ovan är vårdhygien ett arbetsområde som inte har någon entydig begränsning till en viss lagstiftning. Det är därför inte lämpligt att placera regleringen av det nationella samordningsansvaret i sektorslagstiftning, t.ex. smittskyddslagen.

Det lämpligaste alternativet är enligt utredningens uppfattning i stället att föra in en bestämmelse om samordningen i förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten. I instruktionen finns redan bl.a. regleringen som anger att Folkhälsomyndigheten ska verka för en minskad smittspridning och resistensutveckling genom att samla in, analysera och aktivt förmedla kunskap i frågor som rör antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens samt i frågor som rör vårdrelaterade infektioner och vårdhygien (20 §). I instruktionen bör det således föras in en bestämmelse om det föreslagna samordningsansvaret.

Övervakningen av vårdrelaterade infektioner inom ramen för smittskyddslagen bör övervägas att utökas

Övervakning av vårdrelaterade infektioner kan ske på många olika sätt. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har nyligen gemensamt lämnat förslag om hur övervakningen kan utvecklas på kort och lång sikt (se avsnitt 7.2.4). Ett led i en sådan stärkt övervakning är att övervaka smittsamma sjukdomar. Redan i samband med lagstiftningsärendet 2005 då krav på god hygienisk standard infördes i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen bedömde regeringen att förteckningen över vilka andra sjukdomar än allmänfarliga sjukdomar som ska vara anmälningspliktiga borde kompletteras med fler vård-

relaterade sjukdomar.[124] Det kan även i dag finnas ett behov av utökad övervakning av smittsamma sjukdomar som förekommer i vård och omsorg, dvs. sådana smittsamma sjukdomar som också är vårdrelaterade infektioner. Folkhälsomyndighetens regeringsuppdrag att se över vilka sjukdomar som ska vara anmälningspliktiga bör därmed inkludera detta (se kapitel 3). Det kan t.ex. handla om sådana smittsamma sjukdomar som WHO eller ECDC förespråkar övervakning av.

7.3 Organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkaren

7.3.1 Utredningen har i uppdrag att utreda vissa tidigare väckta frågor

Detta avsnitt behandlar vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkaren i regionen. De frågor som huvudsakligen berörs är om ett krav på en biträdande smittskyddsläkare ska införas, smittskyddsläkarens placering i regionen och en ändrad benämning på smittskyddsläkaren.

Smittskyddsläkaren ansvarar för att planera, organisera och leda smittskyddet i regionen. Den organisatoriska placeringen av smittskyddsläkaren kan enligt direktiven påverka förutsättningarna att utföra dessa uppgifter, särskilt i en kris. Utredningen ska därför analysera och ta ställning till lämplig organisatorisk placering i regionen av smittskyddsläkaren. I analysen ska förslagets påverkan på den kommunala självstyrelsen särskilt beaktas.

I den rapport som vi nämnt tidigare i detta kapitel om smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet,[125] gör Socialstyrelsen bedömningen att det i lag bör regleras att det ska finnas minst en obligatorisk biträdande smittskyddsläkare i varje region, i syfte att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris eller höjd beredskap. Vi har därför att analysera och ta ställning till hur kontinuitet och robusthet för smittskyddsläkare kan stärkas, t.ex. genom införandet av en obligatorisk biträdande smittskyddsläkare.

[124] Prop. 2005/06:50 s. 29.
[125] Socialstyrelsen. Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet. Översyn och förslag till utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

Enligt Socialstyrelsens rapport kan begreppet smittskyddsläkare missförstås som en särskild utsedd läkare och inte en regional myndighetsfunktion. Vi ska därför analysera och ta ställning till om det finns behov av att förtydliga eller ändra benämningen på smittskyddsläkaren samt, om det bedöms lämpligt, föreslå en alternativ benämning. Socialstyrelsen hade i uppdrag att analysera, eller sammanställa eventuella tidigare bedömningar, om en mer lokal placering av smittskyddsenheter, exempelvis på kommunnivå, skulle stärka smittskyddet på ett ändamålsenligt sätt. Socialstyrelsen gör i rapporten bedömningen att smittskyddet även fortsättningsvis bör vara ett övergripande ansvar för regionerna och ett samlat ansvar för smittskyddsläkarna tillsammans med övrig personal vid landets smittskyddsenheter.

En översyn av huvudmannaskapet ingår inte i vårt i uppdrag. Vi har inte heller i uppdrag att se över smittskyddsläkarens uppgifter eller funktion i sak. Vi har därför utgått från att smittskyddsläkaren ska verka i regionen.

I avsnitt 7.3.2 redovisas gällande rätt vad gäller det regionala smittskyddsarbetet. Vi ger där även en kort historik om hur smittskyddsläkarens roll och ansvar har förändrats över tid och vi redogör för regionernas och smittskyddsläkarens funktion och uppgifter enligt smittskyddslagen. Vi redogör också för de kommunalrättsliga förutsättningarna för smittskyddsarbetet. Beskrivningen har den omfattning som utredningen bedömt relevant för att överväganden och analyser ska bli enkla att följa och förstå. Redogörelsen gör inte anspråk på att vara fullständig.

Därefter följer en redogörelse av den fördjupade problembild som framkommit av de tidigare utredningar som gjorts av Coronakommissionen, Socialstyrelsen och Riksrevisionen (7.3.3). I avsnitt 7.3.4 redovisas resultatet av en enkät om smittskyddsläkarnas nuvarande organisation som utredningen har ställt till både regionledningarna och smittskyddsläkarna. I avsnitt 7.3.5–7.3.8 presenteras utredningens överväganden och förslag för en stärkt robusthet och kontinuitet för smittskyddsläkaren.

7.3.2 Det regionala smittskyddsarbetet

Det regionala smittskyddsarbetet enligt smittskyddslagen

Dåvarande landstingen fick ansvaret genom 1988 års smittskyddslag

I 1968 års smittskyddslagstiftning hade kommunernas hälsovårdsnämnder respektive länsstyrelserna med biträde av så kallade länsläkare ansvar för skyddet mot smittsamma sjukdomar. När länsläkarväsendet avskaffades 1981 flyttade länsläkarnas uppgifter över på en av landstinget utsedd läkare, en funktion som kom att betecknas smittskyddsläkare.[126] Att det regionala smittskyddsarbetet vara uppdelat på detta sätt medförde problem i smittskyddsarbetet, inte minst för den enskilde. Den som hade diagnostiserats med en allmänfarlig sjukdom kunde få råd av såväl behandlande läkare eller distriktsläkaren som miljö- och hälsoskyddsnämnden. Detta ansågs inte vara ändamålsenligt. Vid införandet av 1988 års smittskyddslag fick dåvarande landstingen (nuvarande regionerna) ansvaret för det regionala smittskyddsarbetet eftersom den medicinska kompetensen fanns hos dem. Att det regionala smittskyddsarbetet övertogs av landstingen innebar även många andra fördelar, bl.a. att smittskyddsarbetet kunde anpassas till hälso- och sjukvården i övrigt.[127]

Även smittskyddsläkarens ställning förstärktes avsevärt i och med införandet av 1988 års smittskyddslag. I varje landsting skulle en smittskyddsläkare organisera, planera och leda smittskyddsarbetet. Smittskyddsläkaren ansågs vara väl lämpad att ha ett sådant ansvar. Förutom den medicinska kompetensen skulle en sådan centralt placerad läkare få en bättre överblick över smittskyddssituationen inom landstinget än t.ex. distriktsläkaren. Det ansågs särskilt viktigt att smittskyddsläkaren skulle ha ledning över smittskyddsåtgärderna vid epidemier.[128]

I förarbetena uttalades att smittskyddsläkaren borde få en mer aktiv roll i smittskyddsarbetet. Smittskyddsläkaren skulle även få flera uppgifter som innebar myndighetsutövning där smittskyddsläkaren skulle vara självständig i förhållande till landstinget. Landstingen gavs

[126] Prop. 1980/81:177 och förordning (1981:682) om ändring i smittskyddskungörelsen (1968:234).
[127] Prop. 1988/89:5 s. 37–43.
[128] Prop. 1988/89:5 s. 44.

i sin tur frihet att bestämma hur smittskyddsarbetet skulle organiseras under smittskyddsläkarens ledning.[129]

Regionerna

Den nuvarande smittskyddslagen trädde i kraft den 1 juli 2004 och ersatte då 1988 års smittskyddslag. Enligt smittskyddslagen ska samhällets smittskydd tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Som vi beskrivit tidigare i vårt betänkande regleras i smittskyddslagen endast smittskyddsåtgärder avseende sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Smittskyddsåtgärder som rör djur, livsmedel eller andra objekt regleras bland annat i miljöbalken och livsmedelslagen (2006:804). I dessa regleringar har kommunernas miljönämnder ett stort ansvar.

Smittskyddslagen reglerar tillsammans med smittskyddsförordningen smittskyddsområdet, men har stöd av ett stort antal andra författningar såsom hälso- och sjukvårdslagen, miljöbalken och socialförsäkringsbalken.

I det lokala personinriktade smittskyddsarbetet har regionerna en central roll. Medan Folkhälsomyndigheten har samordningsansvaret för smittskyddet på nationell nivå (1 kap. 7 §) ansvarar varje region för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av smittskyddslagen. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom läkarundersökning, behandling och information till allmänheten om smittvägar.[130]

Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv och hälsa (2 kap. 3 §). Regionerna ska bl.a. erbjuda vaccinationer mot smittsamma sjukdomar i syfte att förhindra smittspridning av dessa sjukdomar (2 kap. 3 a §).

[129] SOU 1985:37 s. 76 och prop. 1988/89:5 s. 44.
[130] Prop. 2003/04:30 s. 208.

Smittskyddsläkaren

I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare. Smittskyddsläkaren utses av en sådan nämnd som utövar ledningen över hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen (jfr 7 kap. 1 § HSL). I frågor som inte gäller myndighetsutövning ska smittskyddsläkaren verka under nämnden. Motsatsvis är smittskyddsläkaren självständig inom ramen för sin myndighetsutövning (1 kap. 9 § SmL). Detta innebär att regionen har det övergripande ansvaret för att smittskyddsverksamheten planeras och organiseras samt avgör vilka resurser som ska avsättas för verksamheten. Det samlade ansvaret för regionens smittskyddsarbete och den direkta ledningen av smittskyddsarbetet, verksamhetsplanering och organisation av smittskyddsarbetet i detalj ligger däremot på smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren ska även verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). Smittskyddsläkaren får vidare uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter enligt lagen (1 kap. 9 § SmL).

Närmare om smittskyddsläkarens uppgifter

I smittskyddslagen finns bestämmelser om de uppgifter som ankommer på smittskyddsläkaren. 6 kap. 2 § finns en uppräkning av de uppgifter som ankommer på smittskyddsläkaren. Av uppräkningen följer bl.a. att smittskyddsläkaren har i uppgift att följa smittskyddsläget i området och på olika sätt stödja allmänheten inklusive grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, hälso- och sjukvårdspersonal inklusive behandlande läkare, och vårdgivare att förebygga smittspridning. Av uppräkningen följer också att smittskyddsläkaren ska följa upp anmälningar om sjukdomsfall och se till att åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats. Paragrafen är inte uttömmande utan illustrerar den aktiva roll som smittskyddsläkaren förväntas inta i smittskyddsarbetet.[131]

Andra uppgifter för smittskyddsläkaren avser övertagande av smittspårningsärenden (3 kap. 5 §) och prövning av förhållningsregler (4 kap. 3 §). Smittskyddsläkaren har även centrala uppgifter utifrån den ärendehantering som följer av 6 kap. 3 och 4 §§. Smitt-

[131] Prop. 2003/04:30 s. 234.

skyddsläkaren får under vissa omständigheter ansöka om tvångsundersökning och isolering hos förvaltningsrätten (3 kap. 2 § och 5 kap. 2 §), besluta om tillfällig isolering (5 kap. 3 §), hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 §) och karantän (3 kap. 9 §).

Om smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet ska han eller hon påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt ska smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet (6 kap. 5 §).

Smittskyddsarbetets kvalitet och organisation m.m.

Smittskyddsarbetets kvalitet och organisation

I smittskyddslagens inledande kapitel finns en bestämmelse som avser att garantera att insatser inom smittskyddet ska vara av god kvalitet (1 kap. 5 § första stycket).

Vidare ska den som är verksam inom smittskyddet ha kompetens och erfarenhet som är lämplig för uppgiften (1 kap. 5 § andra stycket). Enligt förarbetena till smittskyddslagen torde det vara en självklarhet att smittskyddsläkaren måste besitta hög kompetens och erfarenhet. Men även andra befattningshavare inom smittskyddet måste ha lämpliga kvalifikationer och tillräcklig erfarenhet för sina arbetsuppgifter.[132]

I smittskyddslagen föreskrivs inte några särskilda behörighetskrav för smittskyddsläkare. Enligt förarbetena följer av namnet att det ska vara fråga om en läkare. Vidare förutsätts att endast sådan läkare utses som har tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, i klinisk bakteriologi eller i klinisk virologi.[133]

Smittskyddslagen innehåller, utöver bestämmelserna om smittskyddsläkaren, inte några regler om hur smittskyddet inom regionen ska vara organiserat. Med hänsyn till olikheterna i de lokala behoven och förutsättningarna ter det sig, enligt förarbetena till lagen, svårt att i detalj lagreglera hur organisationen ska se ut. I förarbetena poängteras vidare att organisationen måste utformas så att den kan uppfylla de mål samt de krav på kvalitet och kompetens som anges i lagen.[134]

[132] Prop. 2003/04:30 s. 212.
[133] Prop. 2003/04:30. Numera kallas klinisk virologi för klinisk mikrobiologi.
[134] Prop. 2003/04:30 s. 166.

Regionerna har således själva det övergripande ansvaret över hur smittskyddet ska organiseras under smittskyddsläkarens ledning.

Biträdande smittskyddsläkare

Endast en smittskyddsläkare kan utses per region. Skälet till detta är att många av de vinster som uppnås genom att beslutsfattandet och ansvaret för det övergripande smittskyddsarbetet samlas hos smittskyddsläkaren annars skulle kunna gå förlorat. Det finns emellertid inte något hinder mot att smittskyddsläkaren delegerar uppgifter till läkare och annan personal som organisatoriskt knyts till smittskyddsläkaren.[135]

Tidigare fick den myndighetsutövning som ankom på smittskyddsläkaren utövas endast av smittskyddsläkaren personligen eller av hans eller hennes ersättare när denne själv var förhindrad. På grund av arbetsuppgifternas stora omfattning har enligt nuvarande smittskyddslag smittskyddsläkaren en formell möjlighet att delegera uppgifter till biträdande smittskyddsläkare. En sådan möjlighet får dock inte omfatta det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där smittskyddsläkaren verkar (6 kap. 1 §).[136]

Av smittskyddslagen framgår således numera att smittskyddsläkaren kan delegera sina uppgifter enligt lagen till en annan erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen (1 kap. 9 §). Den som smittskyddsläkaren delegerar uppgifter till ska ha en kompetens som motsvarar de krav som ställs på smittskyddsläkaren. Det yttersta ansvaret har enligt denna paragraf jämfört med 6 kap. 1 § dock smittskyddsläkaren. Detta ansvar kan således inte delegeras till någon annan.[137]

Regionernas kommunalrättsliga förutsättningar

Regionerna är fristående offentligrättsliga subjekt

I regeringsformen finns rättsliga garantier som syftar till att kommunerna och regionerna ska existera och kunna verka som särskilda och fristående offentligrättsliga subjekt. Där anges att kommuner finns

[135] Prop. 2003/04:30 s. 164.
[136] Prop. 2003/04:30 s. 163 och 167.
[137] Prop. 2003/04:30 s. 213.

på såväl lokal som regional nivå, dvs. kommuner och regioner, samt att beslutanderätten utövas av valda församlingar, dvs. fullmäktige (1 kap. 7 § och 14 kap. 1 §).

Regeringsformen anger vidare att det för den offentliga förvaltningen finns statliga och kommunala förvaltningsmyndigheter. De statliga förvaltningsmyndigheterna lyder under riksdagen eller regeringen. De kommunala förvaltningsmyndigheterna är däremot inte hierarkiskt underordnade regeringen. Den svenska förvaltningsmodellens dualism – förvaltningens självständighet i myndighetsutövning och rättstillämpning – gäller även kommuninternt, dvs. i förhållandet mellan fullmäktige och de kommunala förvaltningsmyndigheterna (jfr 12 kap. 2 §). Ett annat kännemärke för de kommunala förvaltningsmyndigheterna är att ledamöterna är förtroendevalda och utses genom val i fullmäktige.

Uppgifterna som, enligt 14 kap. 2 §, ankommer på kommunerna och regionerna är att sköta lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse med iakttagande av de närmare bestämmelser som framgår av lag, samt även övriga angelägenheter som bestäms i lag. Denna uppdelning i två olika verksamhetsområden brukar benämnas den fria respektive den obligatoriska sektorn.[138]

Inom den fria sektorn har regionerna en initiativrätt medan den obligatoriska sektorn utgörs av den verksamhet som regionen är skyldig att bedriva. När det gäller regionerna utgör hälso- och sjukvård den helt dominerande verksamheten inom den obligatoriska sektorn. De obligatoriska verksamheterna är av olika karaktär och framgår av ett stort antal olika författningar. t.ex. smittskyddslagen och tandvårdslagen. På ett sådant specialreglerat område har staten genom lagstiftning bestämt vad regionen ska göra, och regionen har således mindre frihet att bestämma själv.[139]

Den kommunala självstyrelsen

All kommunal verksamhet, både den fria och obligatoriska sektorn sköts på den kommunala självstyrelsens grund. Förutom kommunerna omfattas regionerna av den kommunala självstyrelsen och kommunalrätten (jfr 1 kap. 7 § RF). Regionerna ansvarar för uppgifter som är

[138] SOU 2024:43 s. 64–70.
[139] SOU 2024:43 s. 65–69.

gemensamma för stora geografiska områden och som ofta kräver stora ekonomiska resurser. Till exempel hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och att stärka regionernas tillväxt och utveckling.

Det framgår av regeringsformen att den kommunala självstyrelsen, tillsammans med det representativa och parlamentariska statsskicket, är vad som förverkligar folkstyrelsen i Sverige (1 kap. 1 §). Principen utgör således en grundpelare i vårt styrelseskick. Samtidigt saknar begreppet *kommunal självstyrelse* en enhetlig och allmänt vedertagen definition.[140] Graden av självstyrelse avgörs ytterst av formerna för samverkan mellan staten och kommunsektorn.[141]

Decentraliserat beslutsfattande och decentraliserad förvaltning kan åstadkommas genom en lokal och regional organisation av de statliga myndigheterna. Den kommunala självstyrelsen syftar dock till att tillgodose värden utöver de fördelar som förknippas med decentralisering i allmänhet. Genom den kommunala självstyrelsen ges fler medborgare möjlighet att vara delaktiga i offentlig verksamhet och beslutsfattande. Den bidrar härigenom till en spridning av den politiska makten i samhället. Kommunal självstyrelse anses även ge förutsättningar för variation och flexibilitet. Olika regioner ges möjlighet att anpassa sina verksamheter utifrån skiftande förutsättningar. Särskilt tydligt kan effektivitetsvärdet antas göras gällande när det kommer till frågor om verksamhetens organisering, som ofta bäst torde kunna bedömas lokalt. Kommunal självstyrelse kan också medge utrymme för pluralism. Flera aktörer kan, inom lagens ramar, pröva olika metoder för att lösa likartade problem. De erfarenheter och den kunskap som härigenom skapas kan tas till vara, spridas mellan olika kommuner eller regioner och härigenom bidra till effektivitetsvinster i förvaltningen.[142]

Inskränkningar i självstyrelsen ska vara proportionerliga

Föreskrifter som avser kommunernas åligganden och befogenheter kräver lagstiftning. Om staten således vill införa en ny uppgift för kommunerna eller regionerna, eller frånta en befogenhet de redan har, krävs ett ställningstagande från riksdagen.

[140] Se t.ex. prop. 2009/10:80 s. 210.
[141] Se prop. 1990/91:117 s. 23.
[142] Se SOU 2024:43 s. 62 och 63.

Inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska enligt regeringsformen föregås av en proportionalitetsbedömning. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen (14 kap. 3 § RF). Ingrepp i den kommunala självstyrelsen får därmed endast anses godtagbara i den mån inskränkningen framstår som proportionell i förhållande till såväl lagstiftningens ändamål som dess utformning. Proportionalitetsprincipens huvudsakliga syfte är att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget. Se vidare om inskränkningar i den kommunala självstyrelsen i kapitel 11.

Kommunallagen gäller även för regionerna

Kommunallagen (2017:725), förkortad KL reglerar både kommuners och regioners organisation, verksamhet och ekonomiska förvaltning, samt deras befogenheter och ansvar. Den utgör grunden för det kommunala självstyret och anger ramarna för kommunernas verksamhet. Bestämmelserna gäller för både kommuner och regioner om inte annat sägs eller framgår av omständigheterna.[143]

Regionfullmäktige är det högsta beslutande organet i regionen. Fullmäktige beslutar vilka nämnder som ska finnas och väljer ledamöter och ersättare till styrelse och nämnderna (6 kap. 2 §). Varje nämnd ansvarar för ett visst ansvarsområde. Exempel på nämnder som finns i många regioner är hälso- och sjukvårdsnämnd och kulturnämnd. Nämnderna i regionen är självständiga kommunala förvaltningsmyndigheter. Nämnderna bestämmer självständigt kring sin förvaltning, t.ex. anställning av personal och inköp av utrustning (6 kap. 3 §).

På det specialreglerade området är kravet att det måste finnas en eller flera ansvariga nämnder för att fullgöra de uppgifter som ankommer på regionen. Ingen del av den specialreglerade verksamheten får falla utanför styrelsens eller en annan nämnds ansvar. Det ankommer på fullmäktige att se till att det blir ett sådant heltäckande ansvar och att

[143] Det följer av 1 kap. 7 § RF där det slås fast att det i riket finns kommuner på lokal och regional nivå och i 1 kap. 1 § KL där det anges att dessa kommuner i kommunallagen benämns kommuner respektive regioner.

uppgifterna finns noga angivna i reglementet för respektive nämnd.[144] Den organisatoriska friheten befriar således inte regioner från att uppfylla de krav som uppställs i speciallagstiftning, exempelvis smittskyddslagen. Nämndorganisationen måste vidare vara sådan att de mål och skyldigheter som finns i speciallagarna blir uppfyllda.[145]

Regionerna har en i princip fullständig frihet att organisera nämndarbetet. Eftersom regionerna själva bestämmer vilka nämnder de vill ha ser det olika ut runt om i Sverige. Friheten att själva bestämma infördes redan på 1990-talet genom den äldre kommunallagen (1991:900). I förarbetena till den lagen angavs att utvecklingen hade nått det stadiet att alla kommuner och landsting (nu regioner) borde ges möjlighet att organisera sin verksamhet på ett friare sätt. Regeringen ansåg att kommunerna och landstingen själva borde kunna bestämma hur de ville fördela sina uppgifter på olika nämnder eftersom det fanns en stark tilltro till kommunernas och landstingens förmåga att ta ansvar för de samhällsuppgifter som statsmakterna har tilldelat dem.[146]

7.3.3 Tidigare granskningar pekar på brister i de regionala smittskyddens organisering

Coronakommissionen ansåg att smittskyddsläkarnas ställning måste stärkas

Hanteringen av covid-19-pandemin har utvärderats och granskats på olika sätt. I juni 2020 tillsatte regeringen en kommission med uppdrag att utvärdera regeringens, förvaltningsmyndigheternas, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och spridningens effekter.[147]

En av kommissionens övergripande slutsatser var att Sveriges smittskydd var och är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som bär ansvaret för helheten när en allvarlig infektionssjukdom drabbar landet. Kommissionen ansåg att det sätt på vilket Sverige valt att organisera sitt smittskydd gav upphov till en rad problem när det gällde att bekämpa pandemin.[148]

[144] Madell & Lundin, Kommunallagen (3 feb. 2025, Version 4B, JUNO), kommentaren till 6 kap. 2 §.
[145] Jfr prop. 2016/17:171 s. 360.
[146] Prop. 1990/91:117 s. 40 och 41. Det finns även visst stöd för detta i SOU 1991:25.
[147] Dir. 2020:74.
[148] SOU 2021:89 s. 24 och s. 748.

När det gäller smittskyddet i regionerna kom Coronakommissionen fram till att förhållandet mellan region och smittskyddsläkare är otydligt.[149] Kommissionen menade att bakgrunden till otydligheten är hur smittskyddet i regionen är uppbyggt. Regionen är huvudman för smittskyddet och har det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt avgör vilka resurser som ska avsättas för verksamheten. Den direkta ledningen av smittskyddsarbetet, verksamhetsplanering och organisation av smittskyddsarbetet i detalj ligger däremot på smittskyddsläkaren. Den sistnämnda är en funktion som är tänkt att agera under stort oberoende, samtidigt som den är beroende av huvudmannens ekonomiska och organisatoriska muskler, vilket innebär en otydlighet, menade kommissionen. Detta otydliga förhållande mellan region och smittskyddsläkare framhölls redan i förarbetena till smittskyddslagen, poängterade kommissionen. Kommissionens slutsats var att smittskyddsläkarnas ställning måste stärkas och göras tydlig, men att hur en sådan ordning bör se ut behövde utredas vidare.[150]

Socialstyrelsen har lämnat flera förslag på förstärkningar

Översyn av smittskyddsläkarnas förutsättningar

Som vi beskrivit i avsnitt 7.3.1 fick Socialstyrelsen 2021 i uppdrag av regeringen att göra en översyn av de regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag som framgår av smittskyddslagen med syfte att möjliggöra en ökad effektivitet, samordning och likformighet i verksamheterna. Socialstyrelsen skulle särskilt se över smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas personella resurser och kapacitet, organisation och struktur. Information om smittskyddsverksamheterna samlades in via en enkätundersökning om kompetensförsörjning inom vårdhygien- och antibiotikaresistensområdet. Enkätfrågorna besvarades av olika regionala funktioner i olika regioner såsom avdelningschef, smittskyddsläkare och utredare vid förvaltningen. I enkäten ställdes 13 frågor om smittskyddsverksamheten som besvarades av

[149] SOU 2021:89 s. 41.
[150] SOU 2021:89 s. 41–42 och s. 743–744.

19 av de 21 regionerna. Frågorna avsåg främst förhållanden per den 1 november 2021. Myndigheten redogjorde för uppdraget 2022.[151]

En obligatorisk biträdande smittskyddsläkare

I sin redovisning av regeringsuppdraget bedömde Socialstyrelsen att smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering i stort är tillräcklig i normalläge för att genomföra uppdraget som det framgår av smittskyddslagen. En biträdande smittskyddsläkare fanns dock inte i alla regioner vilket Socialstyrelsen ansåg att det borde göra.

Vid Socialstyrelsens intervjuer med smittskyddsläkarna i små regioner framkom att smittskyddsläkare som inte har någon biträdande smittskyddsläkare saknar någon att konsultera i frågor som rör både det individinriktade och det övergripande smittskyddsarbetet. Behovet av att samråda med andra smittskyddsläkare kan endast till viss del tillgodoses av kontakter med smittskyddsläkare i andra regioner och med Folkhälsomyndigheten. Under pandemin var det extra svårt att underhålla kollegiala nätverk över regioner givet samtliga smittskyddsläkares arbetsbörda.

Vidare framhöll Smittskyddsläkarföreningen den sårbarhet som kan följa av att smittskyddsläkaren inte har någon biträdande smittskyddsläkare att konsultera och ha ett kontinuerligt kunskapsutbyte med. Denna sårbarhet framhölls särskilt i händelse av en situation med stor smittspridning. Mot denna bakgrund ansåg Socialstyrelsen att det borde finnas minst en biträdande smittskyddsläkare i varje region även i ett normalläge. Detta för att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris. En obligatorisk biträdande smittskyddsläkare skulle enligt Socialstyrelsen stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att genomföra uppdraget i både normalläge och vid större smittutbrott.

[151] Riksrevisionen. Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning. Stockholm: Riksrevisionen; 2023, s. 56 och 76.

Smittskyddsläkarens placering i regionen

Enligt Socialstyrelsen visade enkätresultaten och de intervjuer med både smittskyddsläkare och hälso- och sjukvårdsdirektörer som myndigheten gjorde att smittskyddsläkarfunktionen är placerad på olika ställen i olika regioner. Smittskyddsläkaren är direkt underställd regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören eller en chef längre ner i organisationen. I vissa regioner är smittskyddsläkaren placerad i en stabsposition medan smittskyddsenheten är placerad längre ner i strukturen. I andra regioner har smittskyddsenheten tillsammans med smittskyddsläkaren en samlad placering, antingen direkt under hälso- och sjukvårdsdirektören eller längre ner i strukturen. Socialstyrelsen bedömde att det i princip råder konsensus bland smittskyddsläkarna om vikten av att vara centralt placerad i regionens organisatoriska struktur, även om smittskyddsläkaren i några regioner har en placering längre ner i organisationen. Smittskyddsläkarna i dessa regioner hade betonat att en central placering är nödvändig för att kunna arbeta utifrån det regionperspektiv som smittskyddslagen föreskriver.

Mot denna bakgrund gjorde Socialstyrelsen bedömningen att smittskyddsenheterna och smittskyddsläkaren behöver vara centralt placerade i regionens organisation direkt underställd regiondirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Enligt myndigheten visade översynen att det i de regioner där smittskyddsverksamheten i dag har en sådan placering finns bättre förutsättningar att ta det samlade ansvar att planera, organisera och leda smittskyddet för smittskyddsarbetet inom regionen som smittskyddslagen föreskriver. Närheten till ansvarig politisk nämnd möjliggör också ett mer effektivt och samordnat smittskydd, särskilt i en krissituation.

En central placering minskar också risken för oklarheter mellan hur regionen och smittskyddsläkaren uppfattar sina olika roller. Smittskyddsläkaren kan med en central placering också på ett enklare sätt få behovet av stödfunktioner tillgodosett. Socialstyrelsen bedömde att det strategiska arbetet som smittskyddet förutsätter och den oberoende roll som smittskyddsläkaren förväntas ha förutsätter en placering direkt under ansvarig direktör. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas likformigt över landet stärks också om smittskyddsläkaren har samma framskjutna position i alla regioner. En sådan central placering av smittskyddsläkaren borde enligt Socialstyrelsen preciseras i smittskyddslagen.

Förslag på namnbyte

Socialstyrelsen menade att benämningen smittskyddsläkare är otydlig eftersom den kan missförstås som en särskilt utsedd läkare och inte en myndighetsfunktion. Till detta kommer att vissa vårdgivare har ”lokalt” ansvariga med titeln ”smittskyddsansvariga” läkare inom exempelvis primärvården vilka i vissa sammanhang enligt Socialstyrelsen kan förväxlas med smittskyddsläkaren. Om benämningen smittskyddsläkare associeras med en läkarfunktion, och inte en oberoende myndighetsfunktion, riskerar funktionen att försvagas och kan skapa missförstånd i kontakter med aktörer inom och utom hälso- och sjukvården samt mot allmänheten. Dessutom framgår det inte heller av benämningen att det är på regionens mandat som vissa uppdrag ges. Smittskyddsläkaren är både en person, en myndighetsfunktion och en del av regionen vilket ger upphov till viss otydlighet. Att vissa smittskyddsläkare dessutom arbetar kliniskt förstärker troligen denna otydlighet, enligt Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen ansåg att benämningen Regional smittskyddsmyndighet (RSM) bättre skulle motsvara innehållet i funktionen samt skulle minska risken för missförstånd. Benämningen skulle förtydliga att smittskyddsläkaren är en självständig och oberoende myndighetsfunktion samtidigt som funktionens regionindelade ansvarsområde skulle tydliggöras. Namnbytet skulle också symboliskt uppvärdera både smittskyddsläkarfunktionen och det viktiga arbete som övrig regional personal utför vid landets smittskyddsenheter. Socialstyrelsen föreslog att smittskyddsläkaren skulle vara myndighetschef över den Regionala smittskyddsmyndigheten samtidigt som titeln smittskyddsläkare skulle finns kvar med tillhörande mandat och ansvar enligt smittskyddslagen.

Riksrevisionen fann att smittskyddsläkarnas ställning och placering är viktigt för en effektiv styrning

Riksrevisionen redovisade i maj 2023 en granskning av effektiviteten i styrningen av den nationella smittskyddsverksamheten, både i ett normalläge och i ett krisläge.[152] Riksrevisionen hade undersökt om regeringens styrning samt Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens

[152] Riksrevisionen, Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning. Stockholm: Riksrevisionen; 2023, s. 56 och 76.

insatser inom det nationella smittskyddet varit effektiva. Regionernas smittskyddsenheter granskades inte, men var enligt Riksrevisionen centrala för att bedöma hur det nationella smittskyddet fungerade inom ramen för Folkhälsomyndighetens samordningsansvar. Riksrevisionen hade genomfört en enkätundersökning bland landets smittskyddsläkare under augusti 2022. Parallellt hade intervjuer genomförts med bland annat ordinarie smittskyddsläkare och medarbetare i en region.

Riksrevisionens övergripande slutsats var att det nationella smittskyddet bidrar till ett effektivt smittskydd, men behöver stärkas på flera plan för att öka förmågan att hantera framtida utbrott av smitta och smittspridning som kan få allvarliga konsekvenser för samhället. Vid sidan av Riksrevisionens rekommendationer ansågs samverkan och ett väl fungerande samarbete mellan berörda parter på nationell, regional och lokal nivå helt avgörande för att åstadkomma ett effektivt smittskydd.

Riksrevisionen konstaterade i sin granskning att ett effektivt smittskydd förutsätter en tydlig ansvarsfördelning. Eftersom ansvaret är delat mellan Folkhälsomyndigheten och regionerna är också smittskyddsläkarens ställning och smittskyddsenheternas organisatoriska placering i regionen viktiga aspekter. Dessa aspekter är styrande för de regionala smittskyddsenheternas förutsättningar för att bedriva ett effektivt smittskydd. Riksrevisionen beskrev att redan i propositionen till smittskyddslagen framhölls smittskyddsläkarnas förutsättningar och beroendeställning till regionerna och hur det kan påverka arbetet. Enligt regeringens uttalanden i propositionen var det viktigt att smittskyddsläkaren har en stark och oberoende ställning i förhållande till regionen och kommunerna, men regeringen ansåg inte att det fanns tillräckliga skäl för att övergå till ett statligt huvudmannaskap.[153]

[153] Riksrevisionen tar även upp att det i SOU 2009:55, Ett effektivare smittskydd, framkommit problembeskrivning om ansvarsfördelning mellan myndigheter och regioner inom smittskyddsområdet.

7.3.4 Utredningens enkätundersökningar

Utredningens enkätundersökning om smittskyddsläkarnas organisation och förutsättningar

Utredningen har gjort en enkätundersökning med frågor om bl.a. smittskyddsläkarens organisation och förutsättningar. Enkäten skickades ut till smittskyddsläkaren i samtliga regioner. Samtliga 21 smittskyddsläkare svarade på enkäten under 2024–2025. Även den centrala ledningsfunktionen i regionerna fick svara på enkätfrågor om smittskyddsläkarens organisation och förutsättningar. Svar inkom från 17 regioner under 2024.

Smittskyddsläkarens placering och chefskap

På frågan om var i regionernas organisation smittskyddsläkaren är placerad har smittskyddsläkarna i de allra flesta (20/21) regioner svarat att de är placerade under region- eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Av dessa har majoriteten (12/21) region- eller hälso- och sjukvårdsdirektör som sin närmsta chef. Två smittskyddsläkare har svarat att de är placerade längre ner i organisationen. Utredningen ställde även frågan till de centrala ledningsfunktionerna i regionen om den ordinarie smittskyddsläkaren i regionen både är chef för myndigheten och dess personal. Av 17 ledningsfunktioner som svarade på enkäten svarade 9 ja.

Inflytande över resurser m.m.

Utredningen har ställt frågan om smittskyddsläkarna bedömer att de har tillräckligt inflytande i processen med resurs- och budgettilldelning för smittskyddet. Strax under hälften (10/21) av smittskyddsläkarna upplever att de har tillräckligt inflytande i processen med resurs- och budgettilldelning för smittskyddet. Bland de övriga svarar åtta att de inte har tillräckligt inflytande och tre vet inte. De som är osäkra kommenterar vidare att de har visst inflytande att lyfta sina behov och att hälso- och sjukvårdsdirektören i regionen lyssnar till viss del, men att de inte har direkt inflytande på budgeten. En smittskyddsläkare efterfrågar nationella riktlinjer för regionala smittskyd-

dens behov av kompetenser och kapacitet utifrån befolkning och uppdrag.

Utredningen har även ställt frågan om smittskyddsfunktionen har tillräckligt med kompetenser och stödfunktioner som bedöms vara viktiga för smittskyddet, exempelvis inom juridik, epidemiologi, vårdhygien, statistik, analys och kommunikation. Uppfattningen att ha tillräcklig tillgång till kompetenser och stödfunktioner korrelerar i stora delar med att samtidigt anse sig ha tillräckligt med inflytande över resurs- och budgettilldelning. Endast två regioner avviker från detta svarsmönster. Där svarar en smittskyddsläkare ”vet inte” och en annan att den har tillräckligt inflytande på resurs och budget, men inte tillräcklig tillgång till kompetenser och stödfunktioner.

På frågan om smittskyddsläkaren anser att denne har tillräcklig tillgång till kompetenser och stödfunktioner svarar strax under hälften (10/21) smittskyddsläkare ja, två regioner svarar både ja och nej, en svarar att det är svårt att svara på vad som är ”tillräckligt” och resten (8/21) svarar nej. De kompetenser och stödfunktioner som efterfrågas bland de som svarar nej är främst kompetenser inom juridik, epidemiologi, statistik och analys samt viss efterfrågan på stöd med kommunikation. Bland dem som svarar att det finns tillräcklig tillgång till kompetenser och stödfunktioner är tillgången i allmänhet fastställd för ett normalläge.

Biträdande smittskyddsläkare

De centrala regionledningarna fick frågan om hur de ordinarie smittskyddsläkarna utses i regionen. Majoriteten (13/17) har svarat att beslutet tas av nämnd motsvarande lägst hälso- och sjukvårdsnämnd. Resterande (4/17) har svarat att beslutet delegeras ner i organisationen till regiondirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör.

När det gäller beslut om biträdande smittskyddsläkare har drygt hälften av de centrala regionledningarna (10/17) svarat att det tas av ordinarie smittskyddsläkare. Resterande (7/17) anger att beslut tas på olika sätt, bl.a. av chef för smittskyddsläkaren, i samråd med smittskyddsläkare och enhetschef, av nämnd motsvarande lägst hälso- och sjukvårdsnämnd, av hälso- och sjukvårdsdirektör eller av chef underställd hälso- och sjukvårdsdirektör.

7.3.5 Stärkt robusthet och kontinuitet för smittskyddsläkaren

Vad innebär en stärkt robusthet och kontinuitet?

Enligt direktiven ska utredningen analysera och ta ställning till hur robustheten och kontinuiteten för smittskyddsläkare kan stärkas. Strukturen där regionen har det övergripande ansvaret och smittskyddsläkaren har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen har enligt tidigare utredningar visat sig vara ändamålsenlig och hållbar. Däremot finns vissa avgränsade problem och utmaningar vad gäller smittskyddets kapacitet, organisation och samverkan med andra aktörer, vilket blev tydligt under covid-19-pandemin.

Utredningens utgångspunkt är att en robust verksamhet är en verksamhet som är motståndskraftig och kan hantera både interna och externa påfrestningar, störningar och förändringar utan att förlora sin förmåga att klara det man är ålagd att utföra enligt lag. Det handlar också om att ha en i grunden effektiv organisation, att kunna prioritera mellan åtaganden samt att ha en förmåga att anpassa sig till och återhämta sig från t.ex. pandemier och andra samhällskriser.

Att en verksamhet ska ha kontinuitet innebär enligt utredningen att verksamheten ska kunna upprätthållas på en acceptabel nivå även vid störningar, som till exempel naturkatastrofer, tekniska fel eller pandemier. Det handlar således om att i alla lägen ha en planering för, vara förberedd på och kunna genomföra åtgärder för att minimera konsekvenserna av sådana händelser och snabbt kunna återhämta sig.

När det gäller pandemisituationer och annan beredskap så har regionerna en skyldighet att upprätthålla beredskap inom smittskyddet, däribland att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område (1 kap. 8 § SmL). Vi bedömer dessutom att vårt förslag i avsnitt 7.1.1 i delbetänkandet om en gemensam rättslig grund för beslut om plan för beredskap, dvs. epidemi- och pandemiplaner, bidrar till att stärka regionernas beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Vi föreslår vidare där att bestämmelser införs i smittskyddslagen om att regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Regionen ska genom de föreslagna bestämmelserna besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan). Smittskyddsläkaren i regionen ska ansvara för att upprätta ett förslag till planen.

Regionerna ges på så sätt lika förutsättningar att stärka beredskapen inför en situation med omfattande smittspridning.[154]

Ett regionalt perspektiv behövs i analysen om smittskyddsläkarnas organisation

Regionen är huvudman för smittskyddet och har det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt avgör vilka resurser som ska avsättas för verksamheten. Den direkta ledningen av smittskyddsarbetet, verksamhetsplanering och organisation av smittskyddsarbetet i detalj ligger däremot på smittskyddsläkaren. Dessutom är smittskyddsläkaren självständig i frågor som gäller dennes myndighetsutövning. Enligt utredningens mening finns det således en otydlighet i förhållandet mellan region och smittskyddsläkare, så som Coronakommissionen har framhållit.

En stor anledning till denna otydlighet och skälet till att förhållandena för smittskyddsläkare kan variera mellan olika regioner är att regionen lyder under den kommunala självstyrelsen. Principen innebär att regionerna själva kan bestämma hur smittskyddet ska organiseras under smittskyddsläkarens ledning. Det ser därför olika ut i de olika regionerna. Därtill måste nämnden, som smittskyddsläkaren ska verka under, följa de kommunalrättsliga förutsättningarna för organisationen.

Vill man ändra på de stora variationerna för smittskyddsläkarna och ta bort otydligheten mellan region och smittskyddsläkare är det snarare ett statligt huvudmannaskap som bör övervägas. Som Riksrevisionen påpekade i sin rapport och som vi redogjort för tidigare avsnitt har ett statligt huvudmannaskap för smittskyddsläkaren tidigare diskuterats, senast i samband med införandet av den gällande smittskyddslagen. Enligt regeringen var det viktigt att smittskyddsläkaren har en stark och oberoende ställning i förhållande till regionen och kommunerna, men man ansåg inte att det fanns tillräckliga skäl för att övergå till ett statligt huvudmannaskap.

En översyn av huvudmannaskapet ingår dock inte i utredningens uppdrag. Utredningen har i stället utgått från att smittskyddsläkaren ska verka i regionen utifrån de olika regelverk som gäller där. Utredningen kan dock konstatera att det kommunalrättsliga perspektivet

[154] SOU 2025:48 s. 273–276.

inte verkar ha beaktats i någon högre utsträckning i Socialstyrelsens och Coronakommissionens utredningar. Vi beaktar därför på ett tydligare sätt ett kommunalrättsligt perspektiv i de överväganden om smittskyddsläkarens organisation som vi redogör för i det följande.

7.3.6 Smittskyddsläkarens placering i regionen bör regleras

Förslag

En ny bestämmelse ska föras in i smittskyddslagen om att den regionala smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under.

Smittskyddsläkaren bör vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under nämnden

Bakgrunden till vårt uppdrag att ta ställning till en lämplig organisatorisk placering i regionen av smittskyddsläkaren är att placeringen kan påverka förutsättningarna för smittskyddsläkarens ansvar att planera, organisera och leda smittskyddet i regionen, särskilt i en kris. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas enhetligt över landet kan också påverkas av smittskyddsläkarens position i respektive region.

Som framkommit varierar strukturen och organisationen av regionernas smittskyddsläkare och smittskyddsenheter mellan regionerna. Anledningen till det är att regionerna enligt kommunallagen getts i princip fullständig frihet att organisera nämndarbetet. Frågan är därför om en inskränkning av denna frihet behövs.

Smittskyddsläkarföreningens förordnade expert har bl.a. anfört följande i samband med vårt utredningsarbete. Det är endast möjligt för smittskyddsläkaren att kunna verka utifrån lagmässiga krav på arbetsuppgifter och uppdrag, om smittskyddsläkaren och smittskyddsenheten organisatoriskt placeras centralt i regionen, under regiondirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör utan andra chefer emellan. Vilken av dessa två funktioner som är mest lämplig beror på respektive regions struktur och organisation. Pandemin har visat på betydelsen av att smittskyddsläkaren finns i regionen då smitt-

skyddsläkaren utifrån det samlande ansvaret för smittskyddet haft del i samordningen både gällande smittspårning, provtagning, vaccinering och regional anpassning av nationella riktlinjer och rekommendationer. Synpunkterna har i allt väsentligt bekräftats i dialog med utredningens referensgrupp med smittskyddsläkare.

Utredningens enkätundersökning visar att de flesta smittskyddsläkare är placerade under en hälso- och sjukvårdsdirektör eller en regiondirektör. Det finns dock ett par exempel på smittskyddsläkare som är placerade längre ner i organisationen. Majoriteten av de som svarat att de är placerade under region- eller hälso- och sjukvårdsdirektör har svarat att de har denne som sin närmsta chef.

Det har även framkommit av enkätundersökningen att majoriteten av smittskyddsläkarna har tillräckligt inflytande i processen med resurs- och budgettilldelning för smittskyddsarbetet. Många av dessa smittskyddsläkare har anfört att de är delaktiga i processen och har möjlighet att lyfta smittskyddets behov.

Av enkätundersökningen har även framkommit att en stor del av smittskyddsläkarna är både chef för smittskyddet och dess personal. Detta torde vara en förutsättning för att uppfylla kraven i smittskyddslagen och för att uppfylla kraven i 6 kap. 1 § SmL på planering och organisation av verksamheten.

Utredningen gör samma bedömning som Socialstyrelsen, dvs. genom rätt placering i organisationen ges smittskyddsläkaren bättre förutsättning för att kunna utföra sina uppdrag enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen anser även att ju fler beslut om befolkningsinriktade åtgärder eller ingripande beslut mot enskilda smittskyddsläkaren har att fatta, desto starkare blir behovet för smittskyddsläkaren att kunna utgå från rätt nivå i organisationen. En centralt placerad smittskyddsläkare som är direkt underställd antingen en hälso- och sjukvårdsdirektör eller en regiondirektör har möjlighet att verka med en högre grad av självständighet. Det kan i sin tur leda till en bättre samverkan med regionen.

En generell bestämmelse om placeringen ska införas i smittskyddslagen

Föreskrifter som avser kommunernas åligganden och befogenheter kräver lagstiftning. Utredningen anser därför att det ska införas en bestämmelse i smittskyddslagen om en lämplig organisatorisk placer-

ing av smittskyddsläkaren. Bestämmelsen ska garantera att samtliga smittskyddsläkare får en central placering i organisationen.

Bestämmelsen bör innebära inte bara ett formellt krav på att smittskyddsläkaren ska ha en viss plats i organisationen, utan också att smittskyddsläkaren i praktiken ska ges en reell möjlighet att ge stöd åt och påverka ledningen för nämnden i frågor som involverar smittskyddsaspekter. Detta är särskilt viktigt i tider av kris, t.ex. vid en pandemi, men är enligt utredningens uppfattning också viktigt i ett normalläge.

Som framgått ovan har regionerna i princip fullständig frihet att organisera nämndarbetet. Enligt bestämmelsen är det således en uppgift för fullmäktige att ta ställning till vilka nämnder som ska finnas, uppgiftsfördelningen mellan dem och om de ska verka på central eller lokal nivå. Ett undantag görs för de fall då något annat är särskilt föreskrivet (6 kap. 2 § KL).

Anledningen till att smittskyddsläkaren kan vara placerad på olika ställen i den regionala organisationen är alltså att regionerna självständigt beslutar om placeringen av smittskyddsläkaren, men under förutsättning att denne utses och verkar under en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § HSL, dvs. som utövar ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten (1 kap. 9 § SmL).

Med hänsyn till olikheterna i de lokala behoven och de olika förutsättningarna kan det finnas svårigheter att i detaljnivå reglera hur organisationen ska se ut. Bestämmelsen måste vara generell och gälla alla regioner oavsett hur organisationen ser ut och vilken benämning den högsta verksamhetschefen har i förvaltningen under nämnden.

Ett exempel på en sådan generell bestämmelse om placering i organisationen är den bestämmelse som finns för säkerhetsskyddschefen i 2 kap. 7 § säkerhetsskyddslagen (2018:585)[155]. Där anförs att säkerhetsskyddschefen ska vara direkt underställd chefen för verksamhetsutövarens verksamhet, om en sådan chef finns, och annars verksamhetsutövarens ledning. Bestämmelsen gäller alla typer av verksamheter och innebörden av placeringen bl.a. för regionen har förtydligats i författningskommentaren.[156]

Det är utredningens uppfattning att på motsvarande sätt bör smittskyddsläkarens placering regleras i smittskyddslagen så att det fram-

[155] Bestämmelsen reglerar placeringen av säkerhetsskyddschef i stat, kommun, region och andra verksamheter.
[156] Prop. 2020/21:194 s. 126 och 127.

går att smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under. Som framgått ska smittskyddsläkaren redan i dag, undantaget smittskyddsläkarens myndighetsutövning, verka under den nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen. Det kan handla om en eller flera nämnder. Vilken eller vilka nämnder som utövar ledningen över sjukvårdsverksamheten kan variera mellan olika regioner. Det kan t.ex. handla om en nämnd som benämns ”hälso- och sjukvårdsnämnd” där det finns en hälso- och sjukvårdsdirektör som är högsta chef över verksamheten. Även regionstyrelsen kan vara en sådan nämnd som utövar ledningen över hälso- och sjukvårdsverksamheten med regiondirektören som högsta chef. Eftersom regionen har i princip fullständig frihet att besluta sin organisation skulle en sådan nämnd även kunna få helt andra benämningar. I stället för hälso- och sjukvårdsdirektör eller regiondirektör kan det handla om en annan titel eller chefsbefattning som regionen beslutar. Innebörden av att smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under, är således att smittskyddsläkaren ska placeras direkt under regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande högsta chefsbefattning.

Med tanke på att regionerna i princip är helt fria om att bestämma om sin organisation innebär detta förslag en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Utredningen gör bedömningen att den är proportionerlig, se närmare i kapitel 11 om konsekvenser av utredningens förslag.

Den bestämmelse om placering som föreslås bedöms därmed sammanfattningsvis kunna stärka robustheten och kontinuiteten för smittskyddsläkaren.

7.3.7 Obligatorisk biträdande smittskyddsläkare behövs inte

Bedömning

Det finns inget behov av att införa ett krav i smittskyddslagen på att en biträdande smittskyddsläkare ska finnas i varje region.

Majoriteten av regionerna har biträdande smittskyddsläkare

I dag finns det en möjlighet att utse en biträdande smittskyddsläkare, men det är inte något obligatorium. Antalet biträdande smittskyddsläkare som i dagsläget finns i de olika regionerna redovisas i tabell 7.2.

Tabell 7.2 Antal biträdande smittskyddsläkare i Sverige

Tabellen avser förhållandena i regionerna 2025-08-22

Region	Antal	Heltid	Deltid*
Blekinge	0	0	0
Dalarna	2	0	2
Gotland	1	0	1
Gävleborg	1	0	1
Halland	2	0	2
Jämtland Härjedalen	2	0	2
Jönköping	1	0	1
Kalmar	2	0	2
Kronoberg	1	0	1
Norrbotten	2	0	2
Skåne	5	5	0
Stockholm	8	8	0
Sörmland	1	0	1
Uppsala	2	0	2
Värmland	2	0	2
Västerbotten	3	0	3
Västernorrland	1	1	0
Västmanland	1	0	1
Västra Götalandsregionen	7	7	0
Örebro län	2	0	2
Östergötland	1	1	0

* Deltidstjänsterna varierar mellan 10 och 50 procent.

Det finns stora variationer, men de flesta regioner har minst en biträdande smittskyddsläkare. Den enda region som inte har någon biträdande smittskyddsläkare är Region Blekinge. De flesta regioner har fler än en biträdande smittskyddsläkare. De tre största regionerna (Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne) utmärker sig genom att ha flest biträdande smittskyddsläkare och samtliga har heltidstjänster. Övriga regioner, förutom Region Blekinge, har 1–2 biträdande smittskyddsläkare som är anställda på heltid och 1–2 biträdande smittskyddsläkare på deltid, utom Region Östergötland som har en heltidsanställd biträdande smittskyddsläkare men inte någon deltidsanställd smittskyddsläkare. Hur många biträdande smittskyddsläkare som bedöms behövas synes således variera med regionernas storlek.

Vårt förslag om en central placerad smittskyddsläkare säkrar en robust verksamhet

Ett argument som framkommit för att införa obligatoriska biträdande smittskyddsläkare är att regionerna i normalläget, dvs. i tider utanför kris- eller pandemisituationer, kanske inte skulle prioritera att ha biträdande smittskyddsläkare, vilket skulle kunna riskera smittskyddsarbetets kvalitet och att pandemiberedskapen skulle försämras.

Det är dock utredningens bedömning att det redan i dag ställs krav på regionerna att utforma sin organisation så att den kan uppfylla de mål och de krav på kvalitet och kompetens som anges i smittskyddslagen.[157] I detta krav ligger bl.a. att anställa den personal som behövs för att uppfylla kraven i smittskyddslagen. Regionen har således redan i dag ett ansvar att dimensionera smittskyddsarbetet på ett ändamålsenligt sätt.

Genom det regelverk som finns i dag har således regionen möjlighet att anställa biträdande smittskyddsläkare och att anpassa dessa tjänster efter regionernas storlek och verksamhet.

Det är också vår bedömning att vårt förslag om att smittskyddsläkaren ska placeras centralt i varje region innebär att smittskyddsläkaren kan ges bättre förutsättningar att ge stöd åt och påverka ledningen för nämnden i frågor om regionens smittskydd samt vilka resurser som krävs för att utföra smittskyddsarbetet i respektive

[157] Prop. 2003/04:30 s. 166.

region. Kortare beslutsvägar och bättre möjligheter att påverka utformningen av verksamheten kommer att resultera i en mer effektiv och robust verksamhet som kan hantera både interna och externa påfrestningar och förändringar utan att förlora förmågan att klara det man är ålagd att utföra. En central placering kommer även att påverka kontinuiteten till det bättre för smittskyddsläkaren eftersom en mer effektiv organisation kommer att kunna upprätthållas på en acceptabel nivå även vid störningar, som t.ex. pandemier.

Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att det saknas skäl att ålägga regionerna ett obligatorium att anställa en biträdande smittskyddsläkare.

7.3.8 Smittskyddsläkarens benämning bör ändras

Förslag

Benämningen smittskyddsläkare ska ändras till regional smittskyddsläkare.

Den nya benämningen innebär ändringar i smittskyddslagen och i andra författningar.

Benämningen bör kopplas till regionen

Som vi redogjort för i avsnitt 6.3.3 föreslog Socialstyrelsen i sin rapport att begreppet Regional smittskyddsmyndighet skulle användas i stället för benämningen smittskyddsläkare. Socialstyrelsen menade att detta begrepp inkluderar övrig smittskyddspersonal som i dag inkluderas i benämningen smittskyddsenhet. Som skäl för sitt förslag har Socialstyrelsen bl.a. anfört att det medför en otydlighet att smittskyddsläkaren är en person, myndighetsfunktion och del av regionen.

Vi bedömer dock att benämningen Regional smittskyddsmyndighet skulle medföra en otydlighet på flera sätt. Bedömningen görs mot bakgrund av att smittskyddsläkaren har flera olika funktioner så som Socialstyrelsen har beskrivit i sin rapport. Att byta benämningen till en del av funktionen, myndighetsfunktionen, blir därför missvisande i förhållande till de andra funktionerna.

Den av Socialstyrelsen föreslagna benämningen innebär även en otydlighet i förhållande till de kommunalrättsliga förutsättningarna

för verksamheterna i en region. I regionen är det nämnderna som är kommunala myndigheter och de styrs av en politisk ledning. Att benämna smittskyddsläkaren som en myndighet, utöver den myndighetsutövande verksamhet denne utför enligt smittskyddslagen, överensstämmer således inte med övrig verksamhet i regionen och med kommunallagen.

Benämningen smittskyddsläkare bör ändras till regional smittskyddsläkare

Smittskyddsläkarföreningens expert har till utredningen uppgett följande om kopplingen till regionen. Smittskyddsläkaren ansvarar för många regionala uppdrag och är den funktion i regionen som står för regionens expertkunskap inom smittskyddsområdet. Pandemin har visat på betydelsen av att funktionen finns i regionen då smittskyddsläkaren utifrån det samlande ansvaret för smittskyddet haft del i samordningen både gällande smittspårning, provtagning, vaccinering och regional anpassning av nationella riktlinjer och rekommendationer. För detta har krävts ett nära samarbete med förvaltning, regionala vårdgivare och regionala laboratorier samt kommunikation med allmänheten. Smittskyddsläkaren kommer även fortsättningsvis behöva hantera olika kriser och utbrott, och behöver därför ständigt ligga på en nivå i förvaltningen som är självständig och innebär största möjliga kontaktbas med övriga regionala beslutsfattare. Synpunkterna har i allt väsentligt bekräftats i dialog med utredningens referensgrupp med smittskyddsläkare.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen, i stället för den benämning som Socialstyrelsen föreslagit, att benämningen *smittskyddsläkare* ska ändras till *regional smittskyddsläkare*. Benämningen förstärker enligt vår uppfattning smittskyddsläkarens koppling till regionerna. Förslaget förtydligar att smittskyddsläkaren verkar regionalt och är placerad i regionen.

Den nya benämningen bedöms minska risken för att smittskyddsläkaren förväxlas med kliniskt verksamma läkare. Av benämningen framgår fortsatt att det ska vara fråga om en läkare vilket även har förtydligats i tidigare förarbeten. Utredningen framhåller att det, i likhet med tidigare förarbeten, förutsätts att endast sådan läkare som har tillräckliga kunskaper om infektionssjukdomar, i klinisk bakte-

riologi eller i klinisk virologi, utses.[158] Numera har dock specialiteterna klinisk bakteriologi och klinisk virologi sammanförts under beteckningen klinisk mikrobiologi.

En nackdel med förslaget är att det innebär en längre och något krångligare benämning. Det finns inte heller någon annan smittskyddsläkare på någon annan nivå än den regionala smittskyddsläkaren. Vi anser dock att fördelarna med en ny benämning överväger nackdelarna. Därför föreslås att smittskyddsläkaren ska byta benämning till regional smittskyddsläkare i smittskyddslagen och i andra författningar i vilket benämningen förekommer.

Eftersom det endast är fråga om ett namnbyte kommer de smittskyddsläkare som har utsetts innan ändringarna träder i kraft inte formellt behöva utses på nytt, se kapitel 10.

[158] Prop. 2003/04:30 s. 164.

8 Förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter och barns rättigheter

Av direktiven framgår att vi ska analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, och beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt. Vi ska också analysera förslagens förhållande till de grundläggande fri- och rättigheterna så som de kommer till uttryck i regeringsformen. Vi inleder kapitlet med en övergripande redogörelse för de rättsliga utgångspunkterna för analysen (avsnitt 8.1).

I avsnitt 8.2–8.4 redovisar vi vår analys av våra författningsförslags förenlighet med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Vi redovisar här också vår analys om förslagens överensstämmelse med FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen).

Eftersom våra direktiv särskilt lyfter frågan om huruvida regleringen av informationsplikten vid hivinfektion är ändamålsenlig och proportionerlig redovisar vi i avsnitt 8.5 hur våra förslag som berör detta förhåller sig till den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner, och till internationella deklarationer och målsättningar på området.

Några aspekter berör vi dock inte alls i detta kapitel. Hit hör analysen i fråga om skyddet för den personliga integriteten vid hantering av personuppgifter. Den analysen redovisar vi i kapitel 9. I kapitel 11 om förslagens konsekvenser redovisas förslagens förhållande till det internationella hälsoreglementet, till EU:s tjänste- respektive

anmälningsdirektiv och till bestämmelserna i regeringsformen om den kommunala självstyrelsen.

8.1 Rättsliga utgångspunkter

Regeringsformen

Viktiga mål för den samhälleliga verksamheten

I 1 kap. 2 § regeringsformen, förkortad RF, anges målsättningarna för utövandet av den offentliga makten. Av bestämmelsen framgår bl.a. att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska rätten till arbete, bostad och utbildning tryggas och det allmänna ska verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person.

Bestämmelsen ger uttryck för vissa särskilt viktiga mål för den samhälleliga verksamheten, men ger inte upphov till några rättigheter. Rättighetsreglerna finns i katalogen för de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. RF. Såvitt är av intresse för vår analys framgår där följande.

De grundläggande fri- och rättigheterna

I 2 kap. RF finns bestämmelser om de s.k. opinionsfriheterna; yttrandefriheten, informationsfriheten, mötesfriheten, demonstrationsfriheten, föreningsfriheten och religionsfriheten (1–3 §§). I 4–8 §§ finns bestämmelser som skyddar den enskildes personliga frihet och säkerhet. Hit hör de s.k. kroppsliga fri- och rättigheterna och skydd mot kroppsvisitation och andra påtvingade kroppsliga ingrepp. Här finns förbud mot t.ex. att svenska medborgare hindras att resa in i riket, liksom bestämmelser om att var och en är skyddad mot frihets-

berövanden och att svenska medborgare har frihet att förflytta sig inom riket och att lämna det. I 9–19 §§ finns grundläggande rättssäkerhetsgarantier och vissa andra bestämmelser, bl.a. rätten till prövning av domstol eller domstolsliknande nämnd vid frihetsberövanden, bestämmelser om egendomsskydd och om närings- och yrkesfrihet.

Begränsningar av fri- och rättigheter

När det gäller styrkan hos skyddet skiljer regeringsformen mellan två slag av grundläggande fri- och rättigheter, nämligen sådana som är absoluta och sådana som kan begränsas. Till de absoluta fri- och rättigheterna hör t.ex. religionsfriheten.

Fri- och rättigheterna i 2 kap. RF som kan begränsas brukar delas in i två nivåer. Den första nivån avser fri- och rättigheter som kan begränsas genom lag och där det kvalificerade förfarandet i 22 § (se nedan) kan bli tillämpligt. Hit hör bl.a. yttrandefriheten, informationsfriheten, mötesfriheten, demonstrationsfriheten, föreningsfriheten och rörelsefriheten (20 § första stycket). Kravet på lagform innebär att det endast är riksdagen som kan besluta om inskränkningar i rättigheterna. Det finns dock några undantag från huvudregeln om att dessa rättighetsbegränsningar måste ske genom lag. Exempelvis får föreskrifter om tystnadsplikt för offentliga funktionärer och föreskrifter som inskränker mötesfriheten och demonstrationsfriheten av hänsyn till rikets säkerhet eller för att motverka farsot efter bemyndigande i lag begränsas genom annan författning (20 § andra stycket).

Begränsningar får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Begränsningen får inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Vidare får den inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning (21 §). I förarbetena framhålls att kraven syftar till att lagstiftaren, när en fri- och rättighetsinskränkande lag beslutas, noga ska redovisa sina syften.[1]

När det gäller de begränsningsbara opinionsfriheterna ställs det upp ytterligare krav för rättighetsbegränsningar (23 och 24 §§). Dessa

[1] Prop. 1975/76:209 s. 153.

krav tar sikte på de särskilda ändamål som lagstiftaren får lägga till grund för en begränsning, t.ex. får mötes- och demonstrationsfriheten begränsas endast av hänsyn till ordning och säkerhet vid sammankomsten eller demonstrationen eller till trafiken eller av hänsyn till rikets säkerhet eller för att motverka farsot (24 §).

Det kvalificerade förfarandet i 22 § innebär att ett lagförslag om rättighetsbegränsningar ska vila i tolv månader, om lägst tio riksdagsledamöter yrkar det. Förslaget kan dock antas direkt om fem sjättedelar av de röstande riksdagsledamöterna är för det. Vissa undantag från det kvalificerade förfarandet finns. Det är konstitutionsutskottet som prövar om förfarandet är tillämpligt på ett visst lagförslag.

Den andra nivån av begränsningsbara fri- och rättigheter avser sådana som kan begränsas genom lag utan tillämpning av kraven i 21–24 §§. En viktig funktion hos grundlagsbestämmelserna är här att reglera normgivningskompetensen.

Den 3 december 2025 beslutade riksdagen att vilandeförklara förslag om ändringar i regeringsformen som ger regeringen befogenhet att vid allvarliga fredstida krissituationer meddela föreskrifter som annars ska meddelas genom lag. Ändringarna kan komma att träda i kraft den 1 januari 2027.[2] I kapitel 7 har vi redogjort för vår bedömning av dessa förslag i relation till dem vi lämnar i det här betänkandet.

FN:s konventioner om vissa rättigheter

FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter

FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter antogs 1966. Sverige är folkrättsligt bundet till konventionen men den har inte inkorporerats i svensk lag. Konventionen ger därmed inte upphov till rättigheter som kan utkrävas i t.ex. svensk domstol.

Konventionens innehåll korresponderar på många sätt med regeringsformen och innehåller flera av de rättigheter som regleras där. Här finns bestämmelser om bl.a. rätten till livet, förbud mot tortyr, rätten till domstolsprövning och särskilda rättssäkerhetsgarantier i domstolsförfarandet och rätten till privat- och familjeliv. Avsteg från förpliktelserna får göras om det föreligger ett allmänt nödläge som hotar nationens fortbestånd. Bland annat är dock förbudet mot tortyr

[2] Prop. 2024/25:155, bet. 2025/26:KU8, rskr. 2025/26:79.

en absolut rättighet, dvs. avsteg får aldrig göras. Konventionsstaterna ska vidta nödvändiga åtgärder för att genom lagstiftning och på annat sätt förverkliga rättigheterna i konventionen. De ska säkerställa att varje person som anser att hans eller hennes rättigheter har kränkts har effektiva möjligheter att klaga och få klagomålet prövat.

FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

Även FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter antogs 1966 och är en konvention som Sverige är folkrättsligt bundet till men som inte ger utkrävbara rättigheter. Konventionen är en målsättningskonvention enligt vilken konventionsstaterna till fullo ska utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa att de i konventionen inskrivna rättigheterna gradvis förverkligas i sin helhet genom alla därtill ägnade medel. Konventionsstaterna erkänner genom konventionen bl.a. rätten för envar att såväl fysiskt som psykiskt åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Staterna ska vidta åtgärder som är nödvändiga för att bl.a. förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar (artikel 12.2 c).

Europakonventionen

Genom lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) gäller Europakonventionen som svensk lag. Enligt 2 kap. 19 § RF får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen.

I konventionen finns en katalog över fri- och rättigheter som på många sätt korresponderar med regeringsformens (artiklarna 2–14). Här kan särskilt nämnas artikel 5 som innehåller bestämmelser om frihet och personlig säkerhet och innehåller en uttömmande uppräkning av de fall vid vilka frihetsberövande är tillåtet. Frihetsberövande ska stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen och övriga artiklar i konventionen. Av artikel 5.1 e framgår att ett frihetsberövande kan vara tillåtet för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom. Skydd mot andra former av begränsningar

av rörelsefriheten finns i artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet till konventionen.

Här kan också nämnas dels rätten till en rättvis rättegång i artikel 6, dels artikel 8 som ger var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Det skyddet kan dock begränsas under förutsättning att inskränkningen har stöd i lag, tillgodoser något av de ändamål som anges i artikeln och är nödvändig i ett demokratiskt samhälle för att tillgodose detta ändamål. Ett av ändamålen för vilka inskränkningar får göras är för skyddande av hälsa.

Konventionen innehåller vidare ett antal generella bestämmelser om utrymmet för att inskränka fri- och rättigheterna (artiklarna 15–18). Bland annat anges att avvikelser får göras från åtagandena enligt konventionen och tilläggsprotokollen då särskilda omständigheter föreligger. Så är fallet under krig eller i annat allmänt nödläge som hotar nationens existens. Från vissa absoluta rättigheter, såsom rätten till liv och förbud mot tortyr, får avvikelser dock aldrig göras (artikel 15). Det anges även att inskränkningar i fri- och rättigheter inte får tillämpas för andra syften än för vilka de har medgetts (artikel 18).

Barnkonventionen

Enligt lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter gäller barnkonventionen som svensk lag. I förarbetena till lagstiftningen framhålls att det utöver den inkorporering som har skett krävs fortsatt transformering av konventionen för att den ska få genomslag. Transformering innebär att, i den utsträckning det anses behövligt, införa eller ändra svenska bestämmelser så att de överensstämmer med konventionens bestämmelser, dvs. att det även fortsättningsvis i svensk lagstiftning införs bestämmelser som överensstämmer med konventionens bestämmelser. Det framhålls vidare att konventionen bör synliggöras i förarbeten till lagstiftning där barnets rättigheter kan vara relevanta och särskilt fokus bör ligga på principen om barnets bästa som ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser samt barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade. Genom transformering kan författningsbestämmelser tydliggöra vad rättigheterna innebär, vilket ökar förutsebarheten

och ger rättstillämparen ytterligare stöd i tolkningen och tillämpningen.[3]

Av artikel 2.1 följer att utgångspunkten är att konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn de rättigheter som anges i barnkonventionen utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt. Med barn avses varje människa under 18 år (artikel 1).

Principen om barnets bästa anges i artikel 3.1. Av artikeln framgår att det vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt artikel 12.1 ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

FN:s kommitté för barnets rättigheter, barnrättskommittén, som övervakar genomförandet av barnkonventionen, har tagit fram en vägledning om principen om barnets bästa i form av en allmän kommentar som utgör ett stöd vid tolkning och tillämpning av konventionsåtagandet.[4] Enligt kommentaren ska barnets bästa väga tungt, men inte ensamt vara utslagsgivande, när olika intressen vägs mot varandra. I det enskilda fallet kan således andra samhällsintressen väga tyngre. Principen om barnets bästa är ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser, vilket enligt barnrättskommittén innebär att när ett enskilt barn eller en grupp barn kommer att påverkas av ett beslut, måste beslutsprocessen innehålla en utvärdering av eventuella positiva eller negativa konsekvenser för barnet eller barnen. I beslutet ska beslutsfattaren dessutom motivera på vilket sätt hänsyn har tagits till barnets bästa, dvs. vad som beslutsfattaren ansett vara barnets bästa, vilka kriterier detta grundas på och hur barnets intressen vägts mot andra intressen. Principen om barnets bästa ska enligt barnrättskommittén tillämpas i förhållande till övriga grundprinciper i barnkonventionen. Av dessa är artikel 12 om barnets rätt att uttrycka

[3] Prop. 2017/18:186 s. 60, 92 och 93.
[4] CRC/C/GC/14, prop. 2017/18:186 s. 84.

sina åsikter av särskild vikt. Artiklarna 3 och 12 kompletterar varandra. Barnets åsikter är en viktig del i bedömningen av barnets bästa.[5]

8.2 Förslagen om en flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar

Bedömning

Förslagen om ett bemyndigande till regeringen att föreskriva om kostnadsfrihet för andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga och att dessa sjukdomar också ska omfatta rätten till smittbärarersättning är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen, och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Bestämmelsen i smittskyddslagen om barnets bästa säkerställer att barnets bästa särskilt beaktas när bemyndigandet tillämpas.

Detsamma gäller förslagen om en årlig översyn för att hålla förteckningarna av de smittsamma sjukdomarna uppdaterade och förändringen i den regionala smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårning när sjukdomen inte är allmänfarlig.

Kostnadsfrihet, smittbärarersättning och en årlig översyn

Skydd för grundläggande fri- och rättigheter genom klassificering av smittsamma sjukdomar

Smittskyddslagstiftningen ger upphov till principiella konflikter mellan samhällets intresse av ett effektivt smittskydd och individens anspråk på skydd mot ingrepp i den personliga friheten. 1996 års Smittskyddskommitté adresserade dessa konflikter i sitt betänkande Smittskydd, samhälle och individ.[6] Betänkandet kom sedermera att ligga till grund för den nuvarande smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL.

[5] CRC/C/GC/14, p. 6 och 43.
[6] SOU 1999:51 s. 355–362.

Kommittén slog fast att det inte går att ge ett enhetligt svar på hur sådana konflikter ska lösas. Avgörandet måste i stället bygga på en avvägning mellan de olika intressen, samhälleliga och individanknutna, som i varje enskilt fall står emot varandra. Dessa avvägningar rymmer både politiska, etiska och rättsliga aspekter och är i princip en uppgift för lagstiftaren. Kommittén lyfte också att stora och betydelsefulla delar av de epidemiologiskt inriktade insatserna inom smittskyddet kan genomföras utan någon konflikt med motstående enskilda intressen. Det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillighetens väg och möjligheterna till tvångsåtgärder spelar i praktiken inte någon framträdande roll. Dessa aspekter måste återspeglas i de överväganden som görs beträffande möjligheter till ingripanden mot den enskildes vilja och tyngdpunkten i smittskyddsarbetet måste ligga på det frivilliga arbetet. Kommittén anförde vidare att från etiska och rättsliga synpunkter är det de vid tvångsingripanden föreliggande konflikterna mellan individens intresse och samhällets intresse som skapar störst problem.

Vidare beskriver kommittén att det å ena sidan framgår av Europakonventionen att skyddet mot smittsamma sjukdomar kan vara ett sådant intresse som kan rättfärdiga bland annat frihetsinskränkningar. Å andra sidan är det samtidigt självklart att intresset av ett effektivt smittskydd inte berättigar till vilka ingrepp som helst i den enskildes frihet eller integritet. Samhällsintresset måste här som i många andra fall vägas mot individens berättigade krav på skydd mot allt för långtgående ingrepp i den privata sfären. Ingreppet måste från olika synpunkter anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Krav på att ingreppet ska vara nödvändigt och proportionerligt ställs bl.a. i Europakonventionen.

Vidare lyfte kommittén fram att spektrumet av smittsamma sjukdomar är mycket vitt och omfattar såväl mycket allvarliga sjukdomar med hög dödlighet som mer ordinära sjukdomar och att behovet av åtgärder inte är likartat för samtliga sjukdomar. Lagen måste därför vara utformad så att den så långt det är möjligt tar hänsyn till att behovet av åtgärder är skiftande beroende på vilken sjukdom det är fråga om och hur den epidemiologiska situationen ser ut.

I propositionen som ligger till grund för smittskyddslagen togs fasta på detta resonemang när lagens klassificeringssystem utformades. I propositionen konstateras att bestämmelser om smittskyddsåtgärder behöver anpassas till det verkliga behovet för de olika sjuk-

domarna och att de effektivaste åtgärderna mot smittspridning vanligen är preventiva insatser som information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde bör vidta samt medicinsk behandling för redan smittade personer. Sådana insatser är relevanta beträffande alla de sjukdomar som lagen omfattar. Det framhålls i propositionen att åtgärder som innebär större ingrepp i den enskildes integritet bör vara förbehållna vissa allvarliga sjukdomar där behov av sådana åtgärder finns. Eftersom klassificeringen av allmänfarliga sjukdomar är av sådan betydelse för enskildas integritet anges förteckningen över de allmänfarliga sjukdomarna i lag och kriterierna för en sådan sjukdom tydliggörs genom att definitionen av allmänfarlig sjukdom framgår av lagen.[7]

Genom indelningen av sjukdomar i smittskyddslagen anpassas således bestämmelserna om smittskyddsåtgärder till det verkliga behovet för de olika sjukdomarna och den epidemiologiska situationen. Tvångsåtgärder är förbehållna de sjukdomar som anges i smittskyddslagen som allmänfarliga. I propositionen bedöms utifrån detta och utifrån de övriga rättssäkerhetsgarantier som ställs upp kring dessa åtgärder att bestämmelserna är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.[8]

Utredningen ser inga skäl att ifrågasätta bedömningen i fråga om smittskyddslagens förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen. Det bemyndigande vi föreslagit i kapitel 3 som innebär att regeringen får föreskriva om kostnadsfrihet för patienten för andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga, liksom våra förslag om att dessa sjukdomar också ska omfatta rätten till smittbärarersättning och om en årlig översyn av förteckningarna av de smittsamma sjukdomarna, syftar till att göra klassificeringen av sjukdomar mer flexibel. Förslagen innebär således inte några mer långtgående inskränkningar i förhållande till smittskyddslagens nuvarande bestämmelser. Syftet med förslagen är i stället att ingen sjukdom ska behöva omfattas av bestämmelser som medger mer ingripande åtgärder än vad som är nödvändigt. Det är därför utredningens bedömning att förslagen är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.

[7] Prop. 2003/04:30 s. 88.
[8] Prop. 2003/04:30 s. 127, 217–220 och 244–246.

Av samma skäl anser utredningen att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Barns rättigheter

I 1 kap. 4 § andra stycket SmL ges uttryck för det barnperspektiv och den princip om barnets bästa som följer av barnkonventionen. När smittskyddslagen infördes betonades i förarbetena att det är en självklarhet att bestämmelserna i barnkonventionen bör tas i beaktande när smittskyddsåtgärder vidtas. Det gäller såväl i de fall som barnet själv bär på en smittsam sjukdom som i de fall åtgärder behöver vidtas för att förhindra att barn smittas. Med hänvisning till barnkonventionen uttalades att barn, på grund av sin sårbarhet, behöver vård och skydd samt att barnet har rätt till hälsa, liv och utveckling samt vila och fritid. Det uttalades också att det är familjen som har det primära ansvaret för den vård och det skydd barnet behöver, samtidigt som barnet är i behov av samhälleligt skydd. Regeringens uppfattning var att hänsynen till barnets bästa är av så stor vikt i smittskyddsarbetet att det bör komma till uttryck i en särskild bestämmelse i smittskyddslagen.[9]

Utredningen bedömer att bestämmelsen om barnets bästa i smittskyddslagen, på motsvarande sätt som för nuvarande bestämmelser i lagen, säkerställer att barnets bästa beaktas också när det föreslagna bemyndigandet tillämpas och vid den årliga översynen av klassificering av sjukdomar.

Smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårning när sjukdomen inte är allmänfarlig

Skyldigheten att låta sig undersökas vid smittspårning är inget påtvingat kroppsligt ingrepp

I 3 kap. 1 § första stycket SmL regleras den enskildes skyldighet att söka läkare och låta sig undersökas. Skyldigheten överensstämmer med de fall då den enskilde enligt 3 kap. 4 § SmL är skyldig att medverka till smittspårning. Detta innebär att den enskilde åläggs en

[9] Prop. 2003/04:30 s. 85 och 172.

sådan skyldighet då han eller hon vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom. I dessa fall ska den enskilde utan dröjsmål söka läkare. I författningskommentaren till bestämmelsen anges att en anledning att misstänka att man bär på en sådan sjukdom kan föreligga t.ex. då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad. Skyldigheten kan också uppkomma genom att man underrättas om risken i ett smittspårningsärende.[10]

I samband med införandet av smittskyddslagen yttrade sig Lagrådet över bestämmelsen i 3 kap. 1 § SmL och anförde att en fastlagd skyldighet att underkasta sig läkarundersökning bör uppfattas som ett påtvingat kroppsligt ingrepp även om underlåtenheten att iaktta skyldigheten inte kan medföra några sanktioner. Detta innebar, menade Lagrådet, att en sådan föreskrift enligt regeringsformen måste meddelas genom lag. Lagrådet menade att eftersom skyldigheten att låta sig undersökas kunde utvidgas från att bara gälla allmänfarliga sjukdomar till att också gälla andra sjukdomar genom att regeringen eller dåvarande Socialstyrelsen kunde meddela föreskrifter om smittspårningsplikt för dem, framstod regleringen som mindre väl förenlig med regeringsformen. I propositionen bemöttes Lagrådets invändning med att tvångsundersökning inte kan tillämpas när det gäller smittspårningspliktiga sjukdomar som inte också är allmänfarliga. Det finns med andra ord ingen sanktion i dessa fall då en enskild inte medverkar till att låta sig läkarundersökas. Skyldigheten enligt 3 kap. 1 § SmL att låta sig läkarundersökas när det gäller de smittspårningspliktiga sjukdomarna som inte är allmänfarliga innebär, framhölls det i propositionen, inget påtvingat kroppsligt ingrepp i den mening som avses i regeringsformen. För att det ska vara frågan om ett påtvingat kroppsligt ingrepp måste det allmänna ha möjlighet att med tvång genomdriva ett sådant ingrepp, dvs. med våld eller med andra maktmedel. När det gäller dessa sjukdomar finns det inte några sådana maktmedel. Trots den föreslagna bestämmelsens utformning rör det sig alltså inte om en reell tvångssituation.[11]

Om en patient misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom men motsätter sig erforderlig undersökning eller provtagning ska läkaren enligt 3 kap. 1 § tredje stycket SmL utan dröjsmål göra anmälan till

[10] Prop. 2003/04:30 s. 217.
[11] Prop. 2003/04:30 s. 218.

smittskyddsläkaren. Bestämmelsen avser situationen då en patient av någon anledning söker läkarvård. För fall då misstanke om smitta framkommit vid smittspårning finns bestämmelser om anmälan i 3 kap. 6 § SmL.

Skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren enligt 3 kap. 1 och 6 §§ gäller endast vid allmänfarliga sjukdomar. I 6 kap. 3 § SmL finns bestämmelser som behandlar smittskyddsläkarens skyldigheter då han eller hon fått anmälan om att en person som antas bära på en allmänfarlig sjukdom inte låter sig undersökas av läkare. Efter anmälan har smittskyddsläkaren att utreda ärendet, ta reda på varför den misstänkt smittade inte låter läkarundersöka sig samt vilka åtgärder som kan vidtas för att detta frivilligt ska ske. Om inte skäl talar däremot ska i smittskyddsläkarens utredning ingå ett personligt samtal med den enskilde. Går det inte att nå resultat på detta sätt kan det i vissa fall bli aktuellt med att ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §.

Någon skyldighet att anmäla till smittskyddsläkaren föreligger enligt nuvarande bestämmelser alltså inte vid andra smittspårningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga. I stället åligger det den som ansvarar för smittspårningen att aktivt söka påverka personen att söka läkare.[12]

Den person som ska genomföra smittspårningen måste inte bara ha goda epidemiologiska kunskaper utan han eller hon måste också besitta en förmåga att kunna sätta sig in i den enskilda patientens livssituation. Smittspårning ska genomföras på ett sätt som inte är kränkande för patienten och den eller de personer som denne kan ha smittat eller smittats av. För att säkerställa att smittspårning utförs på tillfredsställande sätt, ges i 3 kap. 5 § SmL möjlighet för smittskyddsläkaren att befria behandlande läkare från uppgiften och överlämna den till en person med tillräcklig kompetens och erfarenhet. Detta kan ske i två fall. I första hand efter underrättelse från den som smittspårar att han eller hon inte ser sig i stånd att genomföra viss smittspårning. I andra hand då smittskyddsläkaren i sitt arbete själv finner att ett visst smittspårningsärende inte utförs på ett riktigt sätt. Avsikten är inte i första hand att smittskyddsläkaren själv ska ta över smittspårningen, men det kan i undantagsfall vara lämpligt att så sker. Ett överlämnande eller övertagande enligt bestämmelsen kan avse smittspårningsärendet i sin helhet eller enbart en

[12] Prop. 2003/04:30 s. 222.

viss del därav, såsom själva kallelsen av de av patienten uppgivna personerna samt kontroll av att dessa söker läkare.[13]

Dessa nuvarande bestämmelser har, så som vi beskrivit tidigare, tillsammans med de övriga bestämmelserna om smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen bedömts vara förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.

Den föreslagna anmälningsskyldigheten innebär ingen sanktion

I kapitel 3 har vi föreslagit att anmälningsplikten i 3 kap. 6 § SmL när den som har underrättats i ett smittspårningsärende om att det finns en misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare ska utökas till att gälla också andra smittspårningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga. Det är vår uppfattning att anmälan till smittskyddsläkaren inte i sig är en åtgärd som renderar en annan bedömning om huruvida skyldigheten att underkasta sig en läkarundersökning är att uppfattas som ett påtvingat kroppsligt ingrepp enligt regeringsformens mening. Inte heller den bestämmelse i 6 kap. SmL som vi föreslår ska reglera vad smittskyddsläkaren är satt att vidta för åtgärder vid en sådan anmälan ändrar denna bedömning. Av vårt förslag följer att smittskyddsläkaren ska underrätta den enskilde, som huvudregel vid ett personligt samtal, om att han eller hon kan ha smittats av den smittspårningspliktiga sjukdomen och uppmana honom eller henne att uppsöka läkare. Detta är således åtgärder som motsvarar vad smittskyddsläkaren kan behöva vidta redan i dag inom ramen för ett smittspårningsärende som smittskyddsläkaren övertar enligt 3 kap. 5 § SmL. Vårt förslag öppnar inte heller upp för att de ytterligare åtgärder som smittskyddsläkaren kan vidta när det är fråga om en allmänfarlig sjukdom, t.ex. att ansöka hos förvaltningsrätten om tvångsundersökning, ska kunna användas också vid en smittspårningspliktig sjukdom.

Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att förslagen är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.

[13] Prop. 2003/04:30 s. 222.

Av samma skäl anser utredningen att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

På motsvarande sätt som för nuvarande bestämmelser i lagen bedömer vi även att smittskyddslagens bestämmelse om att barnets bästa säkerställer att barnets bästa beaktas också när den som misstänks ha smittats av en smittspårningspliktig sjukdom är ett barn.

8.3 Förslagen om ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda

Bedömning

De föreslagna ändringarna i bestämmelserna om den enskildes skyldigheter att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar, om råd och förhållningsregler och om informationsplikt syftar till att stärka rättssäkerheten kring individuellt inriktade smittskyddsåtgärder och är förenliga med regeringsformen, Europakonventionen och FN:s deklarationer om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Bestämmelsen i smittskyddslagen om barnets bästa säkerställer att barnets bästa särskilt beaktas när åtgärderna rör barn.

Detsamma gäller de justeringar som föreslås av bestämmelserna om smittbärarersättning i socialförsäkringsbalken med anledning av förslagen om råd och förhållningsregler.

Ett förändrat regelverk för beslut om förhållningsregler

Förslagen innebär en ändamålsenlig och rättssäker användning av förhållningsregler

I kapitel 5 har vi beskrivit hur den nuvarande regleringen om individuellt inriktade smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom innebär att den som bär på eller misstänks bära på en sådan sjukdom alltid ska meddelas förhållningsregler. Eftersom smittskyddsåtgärder vid sådana sjukdomar kan behöva omfatta att enskilda ombeds eller åläggs att vidta långtgående begränsningar i sin vardag och i sitt privat- och familjeliv föreslår vi inte att möjligheten att meddela

förhållningsregler tas bort. Det är vår uppfattning att sådana smittskyddsåtgärder bör vila på en tydlig lagstiftning och kringgärdas av ändamålsenliga rättssäkerhetsgarantier. Det är dock vår mening att det inte är en ändamålsenlig eller proportionerlig ordning att en person alltid ska åläggas förhållningsregler, när han eller hon både är motiverad och har förutsättningar att med råd och stöd som grund vidta de åtgärder som krävs för att förhindra smittspridning på frivillig väg. Vi föreslår därför flera ändringar i regelverket kring förhållningsregler i syfte att användningen av förhållningsregler ska bli ändamålsenlig och rättssäker för den enskilde.

Sammanfattningsvis föreslår vi att förhållningsregler ska beslutas endast när medicinska och praktiska råd om vad den enskilde behöver vidta för åtgärder för att minimera risken för att överföra smitta till någon annan inte kan ges i samförstånd med den enskilde. Rättssäkerheten kring sådana beslut ska stärkas genom att regelverket förtydligas och kompletteras på flera punkter. Det ska tydliggöras vad som ska beaktas när förhållningsreglerna utformas för att anpassas till den enskilde individen och att de ska meddelas både muntligt och skriftligt. Det ska ställas krav på att behovet av meddelade förhållningsregler regelbundet övervägs och att beslutet om förhållningsregler upphävs när det inte längre behövs. Det ska införas bestämmelser om att beslutet om förhållningsregler kan vara tidsbegränsat så att den enskilde inte underkastas förhållningsregler under längre tid än vad som är nödvändigt. Ett beslut om förhållningsregler ska också utformas på ett sådant sätt att det säkerställs att den enskilde får information om sina möjligheter att begära överprövning och att överklaga.

Som vi beskrivit i föregående avsnitt bedömdes i samband med att den nuvarande smittskyddslagens bestämmelser om smittskyddsåtgärder infördes att de var förenliga med regeringsformen och Europakonventionen.

Utredningen ser inga skäl att ifrågasätta denna bedömning, men kan konstatera att de förslag vi lämnar innebär en mer ändamålsenlig och mindre långtgående användning av sådana betungande förvaltningsbeslut som beslut om förhållningsregler utgör. I de fall beslut om förhållningsregler fattas med stöd av våra föreslagna bestämmelser kommer den enskilde på ett bättre sätt kunna ta tillvara sina rättigheter i fråga om att t.ex. få beslutet omprövat. Det är därför utredningens bedömning att förslagen är förenliga med skyddet

för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.

Av samma skäl anser utredningen att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Särskilt om justeringarna av de moment som förhållningsregler får avse

I nuvarande reglering av förhållningsregler finns en uppräkning i punktform av de moment som förhållningsreglerna får avse. Som vi förklarat i kapitel 5 bedömer vi att en sådan uppräkning bidrar till en tydlighet och bör behållas, men att vi föreslår vissa justeringar. En sådan justering är att punkten som tar sikte på en skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minskar risken för smittspridning görs neutral i fråga om smittväg. Justeringen innebär dock inte att förhållningsregler inte kan ges i fråga om ett anpassat beteende vid sexuella kontakter med stöd av den föreslagna punkten. Det är vår bedömning att den inskränkning av den enskildes grundlagsskyddade fri- och rättigheter som en förhållningsregel om att iaktta ett smittsäkert beteende vid sexuella kontakter kan innebära, inte kräver att detta uttryckligen anges i lagtexten.

Detsamma gäller justeringen att punkten som uttryckligen medger att en förhållningsregel om ett förbud mot att överlåta begagnade injektionsverktyg utgår och att ett sådant förbud i stället kan, vid behov, meddelas med stöd av den föreslagna punkten om att anpassa sitt beteende.

Det ska också här framhållas att uppräkningen i lagtexten av vad förhållningsreglerna får innehålla avser att ange inom vilka moment som förhållningsregler får ges. Detta innebär att de förhållningsregler som meddelas den enskilde ska vara mer preciserade än hur momenten beskrivs i lagtexten. De ska härutöver, såväl enligt nuvarande lagstiftning som enligt vårt förslag, vara individuellt utformade och alltså anpassas till den enskilde så att de går att förstå och tillämpa på ett ändamålsenligt sätt.

Vi föreslår också att punkten som innebär att en förhållningsregel om förbud mot att donera blod och organ får meddelas tas bort, eftersom lagstiftningen om blodsäkerhet vid donation och transplantation enligt vår bedömning är tillräcklig ur smittskydds-

hänseende. Någon betydelse för hur smittskyddslagstiftningen förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter har således inte detta förslag.

Våra förslag om skyldigheten att informera innebär en mer ändamålsenlig inskränkning av fri- och rättigheter

I kapitel 5 föreslår vi att ett borttagande av den informationsplikt som regleras särskilt i smittskyddslagen och som innebär att den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma. Förslaget bygger på vår uppfattning att de allra flesta människor på frivillighetens väg vidtar de åtgärder som krävs för att skydda andra från smittrisk och att de individuellt inriktade smittskyddsåtgärderna i första hand bör vila på råd som ges i samförstånd med patienten. Detta gäller också ifall det av smittskyddsskäl finns anledning att informera om överföringsrisken. Den möjlighet som vi i kapitel 5 föreslår att under vissa omständigheter besluta om en förhållningsregel som innebär en skyldighet att informera anser vi vara tillräcklig och mer ändamålsenlig än att var och en som bär på en allmänfarlig sjukdom ska vara underkastad en lagstadgad informationsplikt.

I nuvarande uppräkning av de moment som förhållningsregler får avse finns en punkt som innebär att en förhållningsregel får ges om att informera om smittbärarskap för vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp. Vi föreslår att den punkten utgår och i stället omfattas av en ny bestämmelse som innebär att utrymmet att meddela sådana förhållningsregler blir mindre. Det är bara i situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smittan överförs och i vilka det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera överföringsrisken med ett anpassat beteende som en förhållningsregel om en informationsskyldighet får meddelas. En sådan situation kan alltjämt vara en vårdsituation eller vid ett icke-medicinskt ingrepp. Det kan exempelvis också vara fråga om en situation där trängsel eller trångboddhet gör att den som bär på en luftburen allmänfarlig sjukdom inte kan anpassa sitt beteende på ett tillräckligt smittsäkert sätt.

Vi föreslår också att den punkt som innebär att en förhållningsregel kan ges om att informera en sexualpartner om smittbärarskap

tas bort. Till skillnad från de situationer vi precis beskrivit är det vår uppfattning att en informationsskyldighet aldrig kan bli aktuell i en sådan situation med den reglering vi nu föreslår, eftersom det vid sexuella kontakter alltid går att anpassa sitt beteende så att överföring inte uppstår.

Det är vår bedömning att detta innebär en mer ändamålsenlig och mindre långtgående inskränkning i skyddet för privat- och familjeliv så som det kommer till uttryck i t.ex. Europakonventionen. I de fall en sådan förhållningsregel meddelas kommer den enskilde också, i motsats till den lagstadgade informationsplikten som finns i dag, att kunna begära omprövning och överklaga beslutet om en sådan skyldighet. Det är därför utredningens bedömning att förslagen är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen.

Av samma skäl anser utredningen att förslagen är förenliga med FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Följdändringarna i bestämmelserna om smittbärarersättning

Förslagen i kapitel 5 om ändringar i socialförsäkringsbalkens bestämmelser om rätten till smittbärarpenning syftar till att anpassa dem till den ordning för beslut om förhållningsregler som vi föreslår. Avsikten med den nya ordningen är som vi beskrivit tidigare att ingen ska behöva få förhållningsregler när råd om hur smittöverföring kan undvikas kan ges i samförstånd. Detta gäller också när en behandlande läkare bedömer att en bärare av en allmänfarlig sjukdom behöver avstå från förvärvsarbete under en tid för att inte riskera att smitta andra. Våra föreslagna ändringar i socialförsäkringsbalken i denna del avser att smittbärarpenning ska kunna utgå, om övriga förutsättningar för det är uppfyllda, på basis av råd och intyg från den behandlande läkaren om att avstå från förvärvsarbete under en period.

Förslagen är därför förenliga med regeringsformen, Europakonventionen och FN:s deklarationer om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Barns rättigheter

Av statistik som utredningen har tagit del av från Folkhälsomyndigheten rörde drygt 3 900 anmälda fall av allmänfarlig sjukdom barn (0–17 år). Under de senaste tio åren (2015–2025) har barn stått för 11 procent av fallen av allmänfarlig sjukdom. De två senaste åren, 2024 och 2025, är motsvarande andel 9 procent, mot 12 procent i början av perioden. Minskningen ser ut att kunna förklaras av en generell minskning av klamydiafall som är en sjukdom som i barnpopulationen uteslutande torde drabba tonåringar.

I propositionen som ligger till grund för smittskyddslagen uttalas att när ett barn är smittbärare är det i första hand barnets vårdnadshavare som svarar för att åtgärder vidtas på ett sådant sätt att smittrisk inte uppkommer. Det framhålls att det är viktigt att barnets rättigheter respekteras samtidigt som barnets skyldigheter att vidta nödvändiga åtgärder bör öka med stigande ålder och ökad mognad. Det lyfts också fram att det är särskilt viktigt att förhållningsregler används med försiktighet när det är fråga om barn som är smittbärare. Möjligheten för barnet att delta t.ex. i förskoleverksamhet är många gånger av stor betydelse för barnets förutsättningar att utvecklas. Av detta skäl bör de förhållningsregler som ska meddelas alltid anpassas efter barnets ålder och utveckling samt vara utformade så att de medför ett så litet intrång i barnets livsföring som möjligt.[14]

Utredningen bedömer att bestämmelsen om barnets bästa i smittskyddslagen säkerställer att barnets bästa på detta sätt beaktas vid tillämpningen också av de bestämmelser vi föreslår. Det är också vår mening att genom de ändringar vi föreslår kommer sådana hänsyn kunna iakttas på ett än bättre sätt än vid tillämpningen av nuvarande bestämmelser för de barn som drabbas av en allmänfarlig sjukdom och därigenom kommer omfattas av bestämmelserna om råd och förhållningsregler i smittskyddslagen.

[14] Prop. 20023/04:30 s. 97 och 116.

8.4 Förslagen om ytterligare stärkt skydd mot omfattande smittspridning

Bedömning

Den föreslagna möjligheten för Folkhälsomyndigheten att besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens beslut om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss sjukdom syftar till att stärka beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning och är förenliga med regeringsformen, Europakonventionen och FN:s deklarationer om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Bestämmelsen i smittskyddslagen om barnets bästa säkerställer att barnets bästa särskilt beaktas när de extraordinära smittskyddsåtgärderna rör barn.

Förslagen om justeringar i bestämmelsen om det så kallade snabbförfarandet, smittskyddsläkarens benämning och placering i regionen och om att Folkhälsomyndigheten ska vara nationellt samordnande myndighet för frågor om vårdhygien stärker beredskapen på smittskyddsområdet och är förenliga med skyddet för fri- och rättigheter så som de kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen, barnkonventionen och de nämnda FN-deklarationerna.

De extraordinära smittskyddsåtgärderna är i sig förenliga med skyddet för fri- och rättigheterna

När de extraordinära smittskyddsåtgärderna – hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning (3 kap. 8–12 §§ SmL) – infördes redovisades i propositionen en analys motsvarande den vi nu ska göra för våra förslag.[15]

Där konstateras att de extraordinära smittskyddsåtgärderna är relativt begränsade i tiden och kan som längst pågå under en tidsperiod motsvarande inkubationstiden för den aktuella sjukdomen. Karantänsvistelsen kan i många fall verkställas i den misstänkta smittades hem om så önskas och avspärrningsbeslut bör endast vidtas

[15] Prop. 2003/04:158 s. 76–81.

då samhället inte med andra medel kan kontrollera spridningen av en samhällsfarlig sjukdom. Tvångsåtgärderna ska upphöra så snart det inte längre finns skäl för dem. Hälsokontrollen får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Vidare konstateras att syftet med ett beslut om hälsokontroll är att försöka fastställa att personer som har för avsikt att resa in i landet inte är smittade av någon samhällsfarlig sjukdom. Om smittade personer kan diagnostiseras och relevanta åtgärder vidtas på ett tidigt stadium, kan en spridning av sjukdomen i Sverige undvikas. Hälsokontrollen är normalt av mindre ingripande karaktär och bör i regel kunna begränsas till att sjukvårdspersonal samtalar med varje passagerare och gör iakttagelser av eventuella sjukdomssymptom under samtalen. Den får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Det betonas att det är av stor vikt att hälsokontrollen görs så snart som möjligt efter inresan för att dess syfte inte ska gå förlorat. En prövning av domstol skulle med stor sannolikhet bli aktuell först efter det att hälsokontrollen redan har genomförts. Regeringen ansåg därför att det inte strider mot Europakonventionen att ett beslut om hälsokontroll inte går att överklaga.

Inte heller ett beslut om avspärrning går att överklaga. Det anförs dock i propositionen att både den som vill ta sig in i ett avspärrat område och den som vill ta sig ut har möjlighet att få ett undantagsbeslut från avspärrningsbeslutet. Regeringen bedömde att rätten för den enskilde att begära undantag från beslutet om avspärrning är tillräcklig för att ta till vara den enskildes rätt. Den enskilde kan härigenom ges tillstånd att lämna området. En näringsverksamhet som den enskilde bedriver innanför det avspärrade området kan dock påverkas negativt ur en ekonomisk synvinkel. I propositionen dras paralleller till polislagens (1984:387) bestämmelser om att en polisman – i syfte att avvärja ett brott som innebär allvarlig fara för liv eller hälsa – under vissa förhållanden får avstänga, utrymma eller förbjuda tillträde till ett ställe och att Polismyndigheten får under vissa förutsättningar för att upprätthålla ordning och säkerhet förbjuda tillträde till visst område eller utrymme. Det konstateras i propositionen att även dessa beslut kan drabba enskilda ekonomiskt på samma sätt som ett beslut om avspärrning enligt smittskyddslagen och att ett avspärrningsbeslut enligt polislagen inte går att överklaga.

I stället kan beslutens riktighet prövas t.ex. inom ramen för en talan om tjänstefel eller en skadeståndstalan på grund av fel eller försummelse vid myndighetsutövning. Vidare konstateras att beslut om karantän och undantag från beslut om avspärrning går att överklaga.

I propositionen förs vidare fram att de extraordinära smittskyddsåtgärderna syftar till att begränsa spridningen av mycket allvarliga sjukdomar och de begränsningar i skyddet för privat- och familjeliv som åtgärderna kan innebära därmed får anses ändamålsenliga och proportionerliga.

Regeringen bedömde mot denna bakgrund att bestämmelserna om de extraordinära smittskyddsåtgärderna uppfyller de krav som ställs i Europakonventionen och i regeringsformen avseende rätten att begränsa en individs rörelsefrihet.

I vårt delbetänkande har vi föreslagit en viss utvidgning och vissa förtydligande bestämmelser om hälsokontroll på platsen för inresa. I samband med det gjorde vid bedömningen att bestämmelserna, de nuvarande och de vi då föreslog, var förenliga med skyddet för fri- och rättigheterna, se avsnitt 12.2.2 i delbetänkandet.[16]

De extraordinära smittskyddsåtgärderna är i sig förenliga med barnets rättigheter

I propositionen som låg till grund för införandet av de extraordinära smittskyddsåtgärderna beskrivs åtgärdernas förhållande till barnkonventionen.[17] Artikel 37 b stadgar att inget barn olagligt eller godtyckligt får berövas sin frihet. Frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. I propositionen konstateras att ett barn som sätts i karantän berövas sin frihet. Det anförs vidare att ett karantänsbeslut motiveras av att allvarliga sjukdomar inte ska få spridning i samhället. För det fall att barnets vårdnadshavare och syskon har ett fullgott vaccinationsskydd mot sjukdomen i fråga, bör barnet kunna hållas i karantän i sitt hem. Med hänvisning till artikel 24 anförs vidare att det i motsatt fall många gånger kan vara lämpligt att barnet får vistas på en vårdinrättning med utbildad personal som kan säkerställa barnets rätt till tillgång av hälso- och sjukvård. Det betonas att det är viktigt att smittskyddsläkaren ser till

[16] SOU 2025:48 s. 1021–1027.
[17] Prop. 2003/04:158 s. 45–46.

omständigheterna i det enskilda fallet när denne ska besluta var barnet ska hållas i karantän. Karantänsvistelsen måste för barnet bli så skonsam som möjligt. Det anförs vidare att ett beslut om karantän är av begränsad varaktighet och ska hävas så snart det inte längre finns skäl för beslutet. I propositionen bedömde regeringen att det är förenligt med barnkonventionen att sätta barn i karantän om förutsättningarna härför enligt smittskyddslagen är uppfyllda.

Vidare konstateras att om barnet eller någon av barnets föräldrar sätts i karantän berövas barnet temporärt sin rätt till en eller båda sina föräldrar. Enligt artikel 9 får barnet inte skiljas från sina föräldrar om det inte är nödvändigt för barnets bästa. Att ett barn inte i onödan utsätts för risken att smittas av en dödlig sjukdom är enligt regeringen en åtgärd som i högsta grad vidtas med barnets bästa i åtanke. Vidare får det anses vara till barnets bästa på lite längre sikt att dess föräldrar inte utsätts för smitta av en samhällsfarlig sjukdom, genom att barnet sätts i karantän. Om barnets föräldrar insjuknar i en samhällsfarlig sjukdom kommer barnet sannolikt att skiljas från sina föräldrar under betydligt längre tid.

Vidare framhålls i propositionen artiklarna i konventionen om barnets rätt till liv och överlevnad (artikel 6), skydd, bistånd och omvårdnad (artikel 28), utbildning (artikel 28) samt lek och kreation (artikel 31).

Även den nu föreslagna ordningen för beslut är förenlig med skyddet för fri- och rättigheterna och barnets rättigheter

Utredningen ser ingen anledning att göra en annan bedömning än den som redovisas ovan om att de extraordinära smittskyddsåtgärderna i sig är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Det som skiljer vårt förslag mot den ordning som i dag gäller för dessa åtgärder är att de enligt vårt förslag ska kunna vidtas också på grundval av en smittsam sjukdom som ännu inte har bedömts av regeringen eller riksdagen som samhällsfarlig. Det är fråga om beslut som avser extrema undantagsfall och vars syfte är att skydda befolkningen från en sjukdom som t.ex. kan vara livshotande och ge upphov till allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner, i den lucka som kan uppstå från det att det finns en konkret risk för att sjukdomen kan komma att spridas i landet och till det att regeringen hunnit besluta om att bestämmelserna om

samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen enligt det så kallade snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL. Inte desto mindre krävs dock att ett sådant beslut kringgärdas av särskilda överväganden, bestämmelser om rättssäkerhetsgarantier och att de inskränkningar i fri- och rättigheter som besluten kan innebära inte går utöver vad som är ändamålsenligt och proportionerligt.

Utredningen har vid utformningen av förevarande förslag gjort särskilda överväganden i dessa avseenden. I kapitel 7 har vi bedömt att det inte finns några hinder att klassificera sjukdomar som samhällsfarliga i beredskapssyfte och vi har därför föreslagit att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att utreda om fler allvarliga smittsamma sjukdomar bör anges som samhällsfarliga i smittskyddslagen. En sådan beredskap minskar utrymmet för när beslut om de extraordinära smittskyddsåtgärderna behöver fattas för en sjukdom som inte på förhand är klassificerad som samhällsfarlig.

De rekvisit som vi ställt upp för att ett beslut enligt vår föreslagna ordning alls ska komma i fråga innebär vidare att sjukdomen ska bedömas uppfylla kraven för att vara en samhällsfarlig sjukdom och att det måste föreligga en överhängande risk för att sjukdomen ska få spridning i Sverige. Att risken ska vara överhängande innebär att det måste föreligga konkreta omständigheter som talar för att så är för handen. Behovet av åtgärder ska också vara så brådskande att regeringens föreskrifter om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar kan tillämpas på sjukdomen inte kan avvaktas. Redan med anledning av detta är utrymmet mycket begränsat för beslut enligt den nya ordningen.

Vi har också gjort särskilda överväganden om vilken instans som ska vara den som har att fatta besluten. Att vi har valt Folkhälsomyndigheten borgar för att besluten blir allsidigt belysta utifrån den omvärldsbevakning och nationella beredskap som ankommer på myndigheten och att de särskilda överväganden som behövs kan göras med understöd av t.ex. de juridiska funktioner som finns inom en statlig förvaltningsmyndighet. Eftersom besluten enbart få fattas i avvaktan på regeringens beslut enligt snabbförfarandet förutsätts att den instans som har att fatta besluten har löpande kontakt med Regeringskansliet i frågan. Även detta talar för Folkhälsomyndigheten och för att besluten endast fattas när det finns ett reellt behov av dem.

Ett alternativ hade också kunnat vara att Folkhälsomyndighetens beslut härutöver skulle underställas en domstolsprövning. Något krav på en sådan prövning ställs dock inte vid beslut om de extraordinära smittskyddsåtgärderna enligt nuvarande bestämmelser. Enbart den skillnaden att det för våra förslag är fråga om en sjukdom som ännu inte är klassificerad som samhällsfarlig medför enligt vår bedömning inte att en sådan domstolsprövning erfordras. Vid denna bedömning beaktar vi även att det är fråga om beslut som är begränsade i tid och som fattas i avvaktan på ett regeringsbeslut. Fattar inte regeringen beslut inom sju dagar upphör besluten omedelbart att gälla. Härutöver gäller, så som beskrivs ovan, att beslut om de extraordinära smittskyddsåtgärder som är mest ingripande för den enskilde – karantän och avspärrning – kan angripas rättsligt av den enskilde genom överklagande respektive genom att begära och få prövat förutsättningarna att meddelas undantag från att omfattas av avspärrningsbeslutet.

Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att förslagen är förenliga med regeringsformen, Europakonventionen och FN:s deklarationer om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

På motsvarande sätt som för de extraordinära smittskyddsåtgärderna enligt nuvarande bestämmelser är de också förenliga med barnets rättigheter så som de kommer till uttryck i barnkonventionen och att bestämmelsen om barnets bästa i smittskyddslagen säkerställer att barnets bästa på detta sätt beaktas vid tillämpningen också av de bestämmelser vi föreslår.

Övriga förslag är förenliga med skyddet för fri- och rättigheterna och barnets rättigheter

Utöver möjligheten för Folkhälsomyndigheten att fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringsföreskrifter har vi i kapitel 7 också presenterat ytterligare författningsförslag som syftar till att stärka smittskyddets beredskap. Hit hör förslaget om att bestämmelserna i 9 kap. 2 § SmL om det så kallade snabbförfarandet bör justeras så att det inte råder någon tvekan om att regeringen kan fatta beslut enligt förfarandet när det behövs. Hit hör också förslagen som avser att stärka smittskyddsläkarens roll, liksom förslagen att utse Folkhälsomyndigheten som nationell samord-

nande myndighet för vårdhygienfrågor. Det är utredningens bedömning att dessa förslag inte är av sådan natur att de berör individer på ett sådant sätt att deras förhållande till skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna ingående behöver analyseras. Utredningen kan dock konstatera att de på olika sätt stärker beredskapen inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning. De ligger således väl i linje med den målsättning som FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ställer upp om att erkänna rätten för envar att såväl fysiskt som psykiskt åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och att som konventionsstat vidta åtgärder som är nödvändiga för att förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar (artikel 12.2 c).

Det är vidare utredningens bedömning att också dessa förslag är förenliga med skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna så som det kommer till uttryck i regeringsformen, Europakonventionen, FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. En stark och ändamålsenlig beredskap inför en pandemi eller annan omfattande smittspridning skyddar även barns rätt till liv och överlevnad och är förenliga med barns rättigheter så som de kommer till uttryck i barnkonventionen.

8.5 Förslagen om ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter är i linje med nationella och internationella målsättningar för hiv

Bedömning

De föreslagna ändringarna i fråga om informationsplikt och om råd och förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom är i linje med de målsättningar relaterade till hiv som den svenska strategin och internationella överenskommelser uttrycker. Förändringarna bidrar till att personer som lever med hiv ges likvärdiga förutsättningar för en god hälsa och god livskvalitet som befolkningen i stort.

Nationell strategi och handlingsplan mot hiv/aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner

Sveriges första samlade strategi mot hiv och aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner presenterades i december 2005. Strategin uppdaterades senast 2024 av Folkhälsomyndigheten på regeringens uppdrag.[18] I strategin är det övergripande målet att överföring av hiv och STI:er ska begränsas genom att skapa samhälleliga förutsättningar för en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa för personer i hela landet samt att personer som lever med hiv ska ha likvärdiga livsvillkor och likvärdig livskvalitet som befolkningen i stort.

Folkhälsomyndigheten konstaterar att en ny lägesbild över den epidemiologiska situationen i Sverige och ny kunskap om läkemedel som en viktig del i det förebyggande arbetet pekar på behovet av att anpassa framtida mål och prioriteringar. Myndigheten lyfter fram att den kunskap och utveckling som påverkat lägesbilden bl.a. är att:

- Välbehandlad hiv överförs inte vid sexuella kontakter.
- Utveckling av behandlingen av hiv innebär att livslängden hos personer som lever med hiv har närmat sig livslängden hos befolkningen i stort.
- Preexpositionsprofylax (PrEP) är en förebyggande åtgärd mot hiv som visar goda resultat.
- Sprututbytesverksamhet är ett viktigt infektionsförebyggande insats för personer som injicerar droger.
- Det förebyggande och stödjande arbetet fungerar bättre när målgrupperna är delaktiga i att utforma, genomföra och följa upp insatserna.

För att öka förutsättningarna att nå detta mål har insatsbehoven från strategin omsatts i en handlingsplan som Folkhälsomyndigheten publicerade 2025.[19] I strategin och handlingsplanen anges fyra delmål:

[18] Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2024.
[19] Folkhälsomyndigheten. Handlingsplan mot hiv, aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.

– Hälsofrämjande och förebyggande insatser med en bred SRHR-ansats[20] ska nå relevanta prioriterade grupper, såväl som hela befolkningen.
– Hiv, aids och andra sexuellt överförbara infektioner ska förebyggas och tidigt identifieras och behandlas.
– Stigma och diskriminering relaterat till hivinfektion ska elimineras.
– Personer som lever med hiv ska genom hela livet ha likvärdiga förutsättningar för en god hälsa och god livskvalitet som befolkningen i stort.

I strategin konstateras att för att uppnå målen behöver det nationella arbetet med hiv, aids och andra sexuellt överförbara infektioner utgå från de internationella mål och deklarationer som manifesterats i FN:s deklarationer om hiv och aids, Dublindeklarationen och Agenda 2030. Vi beskriver kortfattat dessa internationella överenskommelser nedan.

FN:s deklarationer om hiv och aids

År 2001 sammanträdde FN:s generalförsamling i en särskild session om hiv och aids för att besluta om omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av dessa sjukdomar. Sessionen resulterade i den s.k. UNGASS-deklarationen[21] som bl.a. Sverige har undertecknat. År 2021 antog FN:s medlemsländer den senaste deklarationen på området med målet att utrota aids som ett folkhälsohot till år 2030.[22]

[20] SRHR står för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
[21] FN. General Assembly (26th special sess: 2001). Declaration of Commitment on HIV/AIDS (2001). A/RES/S-26/2. New York: FN; 2001.
[22] FN. General Assembly (75th sess. 2020-2021). Political Declaration on HIV and AIDS: Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. A/RES/75/284. New York: FN; 2021, punkterna 28 och 65 (a).

Dublindeklarationen

Dublindeklarationen från 2004 betonar hiv som en viktig politisk prioritering för länderna i Europa och Centralasien.[23]

Vartannat år utvärderar och rapporterar Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) om genomförandet av 53 länders åtaganden i Dublindeklarationen och deras måluppfyllelse i relation till andra internationella mål.[24]

95-95-95-målen

Som vi beskrivit i kapitel 4 lanserade UNAIDS år 2014 globala mål för diagnos och behandling av hivinfektion, de s.k. 90-90-90-målen som senare kom att ingå i den politiska deklarationen som FN:s medlemsstater antog år 2016.[25,26] I samband med att FN:s generalförsamling sammanträdde 2021 uppdaterades de till 95-95-95-mål. Dessa innebär att:

- 95 procent av alla personer med hiv ska vara diagnostiserade,
- 95 procent av alla diagnostiserade personer ska behandlas, och
- 95 procent av de som får behandling ska vara välbehandlade.

I den politiska deklarationen 2021 angavs år 2025 som tidpunkten då målen skulle vara uppfyllda.[27] Som vi också nämnt i kapitel 4 har en forskningsrapport visat att Sverige som ett av de första länderna i världen uppnådde UNAIDS 95-95-95-mål redan år 2018.

[23] Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Signerad i samband med konferensen Breaking the Barriers: Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia' Conference, Dublin 23 februari 2004.
[24] ECDC. Monitoring implementation of the Dublin Declaration. Solna: ECDC; u.å.
[25] UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneve: UNAIDS; 2014.
[26] FN. General Assembly (70th sess. 2015-2016). Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. A/RES/70/266. New York: FN; 2016.
[27] FN. General Assembly (75th sess. 2020-2021). Political Declaration on HIV and AIDS: Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. A/RES/75/284. New York: FN; 2021, punkt 61.

Agenda 2030

År 2015 antog FN:s medlemsstater Agenda 2030 för hållbar utveckling, som inkluderar 17 globala mål för en hållbar och rättvis framtid.[28] Ett delmål är att senast 2030 utrota epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar. Globalt sett ligger Sverige i framkant i genomförandet. I en rankning över vilka länder som kommit längst har Sverige placerat sig högt flera år sedan målen antogs.[29]

Våra förslag är i linje med nationella och internationella mål

När vi överlämnar detta betänkande är det 25 år sedan FN:s generalförsamling sammanträdde för att anta en gemensam deklaration kring hiv och aids. I de därpå följande internationella överenskommelserna noterar vi att ambitionsnivån vad gäller minskad sjuklighet och dödlighet till följd av hiv och aids, liksom för konsekvenserna för samhället kontinuerligt har höjts. Det har enligt utredningens bedömning kunnat ske till följd av ökad kunskap om hiv och dess smittsamhet, medicinska framsteg, global tillgång till hivtestning, preventionsinsatser och läkemedelsbehandling, men också till följd av minskat tabu kring t.ex. sexualitet och droganvändning.

Av de internationella överenskommelserna framgår att man ska eftersträva samtycke för all hälso- och sjukvård samt frivillighet i relation till testning, smittspårning och information om hivstatus. Man ska också eftersträva eliminering av stigmatisering och diskriminering.

I kapitel 4 gör vi bedömningen att för hiv är skyldigheten att informera sexuella kontakter inte ändamålsenlig. Bedömningen baseras både på att den medicinska utvecklingen har lett till att enbart en liten andel med diagnosticerad hiv alls kan överföra viruset vid sex, och på principiella skäl. I kapitel 5 föreslår vi att den skyldighet som regleras i 2 kap. 2 § andra stycket SmL om att den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna infor-

[28] FN (70th sess. 2015-2016) Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development: resolution / adopted by the General Assembly. A/RES/70/1. New York, FN; 2015.
[29] Sachs, J. D., Lafortune, G., Fuller, G., Iablonovski, G. Financing Sustainable Development to 2030 and Mid-Century. Sustainable Development Report 2025. Paris: SDSN, Dublin: Dublin University Press; 2025.

mation om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma tas bort. Även den möjlighet som i dag finns att ålägga den enskilde en skyldighet genom en förhållningsregel att informera om smittbärarskap förändras. Genom vår föreslagna ändring kan en sådan förhållningsregel endast ges för situationer vid vilka det finns en beaktansvärd risk för att smittan överförs och det inte kan anses möjligt eller tillräckligt att med ett anpassat beteende minimera risken för smittspridning. Vårt förslag innebär att en sådan förhållningsregel inte kommer kunna ges för sexuella kontakter eftersom det i sådana situationer alltid går att anpassa sitt beteende för att minimera risken för överföring av smitta.

En sådan förändring för hivinfektion ligger enligt utredningens bedömning väl i linje med såväl de nationella som internationella målsättningarna relaterade till sjukdomen. Detsamma gäller våra övriga förslag om att förtydliga patientens rätt till råd och stöd och att förhållningsregler endast ska ges när erforderliga råd inte kan ges i samförstånd. Det är vår uppfattning att de ändringar vi föreslår bidrar till att öka likvärdigheten i förutsättningar för en god hälsa och god livskvalitet för personer som lever med hiv.

9 En samlad integritetsskyddsanalys av förslagen

Av utredningens direktiv framgår att förslagens förhållande till EU-rätten ska analyseras. I detta ingår att analysera förslagens förenlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), förkortad EU:s dataskyddsförordning. Den benämns ofta med den engelska förkortningen GDPR som står för General Data Protection Regulation. Även i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02), förkortad EU:s rättighetsstadga, finns bestämmelser om skydd för enskildas integritet. Förslagens förhållande till dessa rättsakter redogör vi för i detta kapitel.

Enligt direktiven ska utredningen även analysera förslagens förhållande till grundläggande fri- och rättigheter så som de kommer till uttryck i regeringsformen, förkortad RF, och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen. Den analysen redovisar vi huvudsakligen i kapitel 8. Analysen i fråga om förslagens förenlighet med skyddet för den personliga integriteten i hanteringen av personuppgifter enligt 2 kap. 6 § andra stycket RF och artikel 8 i Europakonventionen redovisar vi dock i förevarande kapitel.

Vi inleder i avsnitt 9.1 med en kort redogörelse för de rättsliga utgångspunkterna för analysen. I avsnitt 9.2 presenterar vi vår analys i fråga om den personuppgiftsbehandling som kan uppstå genom den föreslagna skyldigheten att anmäla dröjsmål med att söka läkare

vid smittspårning när sjukdomen inte är allmänfarlig. I avsnitt 9.3 finns vår analys i fråga om den personuppgiftsbehandling som de föreslagna ändringarna i smittskyddslagens bestämmelser om råd och förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom kan ge upphov till. I avsnitt 9.5 presenterar vi vår analys i fråga om den föreslagna möjligheten för Folkhälsomyndigheten att fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder och i 9.5 vår analys i fråga om de föreslagna ändringarna i socialförsäkringsbalkens bestämmelser om smittbärarersättning. Övriga förslag bedömer vi inte ger upphov till behandling av personuppgifter.

9.1 Rättsliga utgångspunkter

Rätten till respekt för privatlivet och personlig integritet

Rätten till skydd av personuppgifter är en del av den grundläggande rätten till respekt för privatlivet. Skyddet för enskildas privatliv regleras i flera internationella överenskommelser till skydd för de mänskliga rättigheterna, däribland EU:s rättighetsstadga och Europakonventionen. Av lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna framgår att Europakonventionen gäller som svensk lag. Vidare får enligt 2 kap. 19 § RF lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen. Av såväl Europakonventionen som EU:s rättighetsstadga följer att var och en har rätt har rätt till skydd för sitt privatliv. Denna rättighet får begränsas endast med stöd i lag och om det är nödvändigt i ett demokratiskt samhälle (artikel 8 i Europakonventionen samt artiklarna 7 och 52.1 i EU:s rättighetsstadga).

Skyddet för privatlivet omfattar vitt skilda aspekter av en persons liv och begreppet har ingen uttömmande definition. Utöver skydd för t.ex. en persons bostad och kommunikation garanterar denna rättighet bl.a. ett skydd för den personliga integriteten.

I 2 kap. RF finns bestämmelser bl.a. om den personliga integriteten. Enligt 6 § andra stycket är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Av 20 § framgår att det skyddet kan begränsas genom lag. En sådan begränsning får endast

göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. En begränsning får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning (21 §).

Det allmänna skyddet för den personliga integriteten i samband med behandling av personuppgifter regleras i EU:s dataskyddsförordning. Förordningen syftar till att säkra en enhetlig och hög skyddsnivå för fysiska personer och till att undanröja hindren för flödena av personuppgifter inom unionen. En EU-förordning är bindande och direkt tillämplig i varje medlemsstat. EU:s dataskyddsförordning är dock utformad på ett sådant sätt att den både förutsätter och medger nationella bestämmelser som kompletterar eller utgör undantag från förordningens regler. Eftersom EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig behöver den nationella kompletterande regleringen vara förenlig med förordningen och tillämpas tillsammans med den.

I Sverige kompletteras EU:s dataskyddsförordning av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen, och förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad kompletteringsförordningen. Vidare finns bestämmelser om personuppgiftsbehandling i särskilda s.k. registerförfattningar. Sådana författningar reglerar framför allt myndigheters behandling av personuppgifter. För hälso- och sjukvårdens del finns sådana bestämmelser i patientdatalagen (2008:355), lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och patientdataförordningen (2008:360).

Vissa rättsområden ligger utanför tillämpningsområdet för EU:s dataskyddsförordning. Hit hör t.ex. verksamhet som syftar till att upprätthålla nationell säkerhet (artikel 2.2 a). Genom 1 kap. 2–4 §§ dataskyddslagen utvidgas dock tillämpningsområdet till att gälla även detta, med vissa undantag.

Även bestämmelser om sekretess kan vara en del av skyddet för personuppgifter. I svensk rätt upprätthålls skyddet för personuppgifter därmed också genom bestämmelserna om sekretess och tyst-

nadsplikt enligt bl.a. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Närmare om EU:s dataskyddsförordning

EU:s dataskyddsförordning ska tillämpas på sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis företas på automatisk väg samt på annan behandling än automatisk av personuppgifter som ingår i eller kommer att ingå i ett register (artikel 2.1). Behandling är ett vitt begrepp och omfattar exempelvis insamling, registrering, lagring, bearbetning och utlämnande genom överföring (artikel 4.2). Med personuppgift avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person (artikel 4.1). Förordningen omfattar inte behandling av personuppgifter rörande juridiska personer.

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten krävs att det finns en rättslig grund i EU:s dataskyddsförordning för behandlingen, dvs. att behandlingen har stöd i en eller flera av de villkor som anges i artikel 6.1 i förordningen. Av särskilt intresse för en myndighets verksamhet är artikel 6.1 c som rör behandling som är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar myndigheten och artikel 6.1 e som rör behandling som är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning. Om den rättsliga grunden är att uppgiften är av allmänt intresse behöver denna grund vara proportionerlig mot det legitima mål som eftersträvas.

För all behandling av personuppgifter måste vidare ett antal övergripande principer vara uppfyllda, t.ex. att personuppgifter ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt och att det ska samlas in för på förhand bestämda och berättigade ändamål som tydligt angetts (artikel 5). Uppgifterna får inte heller lagras längre än nödvändigt. Myndigheternas personuppgiftsbehandling som sker för att fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller för att fullgöra en uppgift av allmänt intresse eller myndighetsutövning (artikel 6.1 e) ska också vara fastställd i enlighet med unionsrätten eller i den nationella rätten (artikel 6.3).

Särskilda krav gäller enligt artikel 9 för behandling av vissa känsliga personuppgifter. Hit hör personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertyg-

else eller medlemskap i fackförening. Hit hör också genetiska uppgifter, biometriska uppgifter, uppgifter om hälsa och uppgifter om en persons sexualliv eller sexuella läggning. Sådan behandling är bara tillåten under vissa förutsättningar. Hit hör exempelvis behandling som är nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller nationell rätt, vilket ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenligt med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (artikel 9.2 g). Hit hör också behandling som är nödvändig av skäl som hör samman med t.ex. förebyggande hälso- och sjukvård, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling, social omsorg eller förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system, på grundval av unionsrätten eller nationell rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet och under förutsättning att tystnadsplikt råder (artikel 9.2 h och 9.3). Behandling av känsliga personuppgifter är också tillåten om den är nödvändig av skäl av allmänt intresse på folkhälsoområdet, såsom behovet av att säkerställa ett skydd mot allvarliga gränsöverskridande hot mot hälsan på grundval av unionsrätten eller nationell rätt och där lämpliga och specifika åtgärder för att skydda den registrerades rättigheter och friheter fastställs, särskilt tystnadsplikt (artikel 9.2 i).

Därutöver framgår av artikel 87 att medlemsstaterna närmare får bestämma på vilka särskilda villkor ett nationellt identifikationsnummer eller något annat vedertaget sätt för identifiering får behandlas. Om en medlemsstat bestämmer särskilda villkor för behandling av nationella identifikationsnummer, ska de se till att identifikationsnumret bara används med iakttagande av lämpliga skyddsåtgärder för de registrerades rättigheter och friheter enligt EU:s dataskyddsförordning. Enligt 3 kap. 10 § dataskyddslagen får personnummer och samordningsnummer behandlas utan samtycke bara när det är klart motiverat med hänsyn till ändamålet med behandlingen, vikten av en säker identifiering eller något annat beaktansvärt skäl.

9.2 Förslaget om att förstärka smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårning

Bedömning

Förslaget om att förstärka den regionala smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårning av sjukdomar som inte är allmänfarliga medför ingen ytterligare behandling av personuppgifter än vad som redan förekommer.

Förslaget är förenligt med kraven i EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslagen är inte nödvändig.

I kapitel 3 föreslår utredningen att skyldigheten att anmäla till smittskyddsläkaren när en person vid en smittspårning inte uppsöker läkare bör utökas till att omfatta också smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga enligt smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL. Vid en sådan anmälan ska smittskyddsläkaren utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd en läkarundersökning, om en läkarundersökning inte är obehövlig. Förslagen innebär visserligen en förstärkt reglering av hur den behandlande läkaren, eller annan inom hälso- och sjukvården som ansvarar för smittspårningen, och smittskyddsläkaren ska agera när någon i ett smittspårningsärende inte hörsammar en uppmaning att låta sig undersökas. Motsvarande arbetsuppgifter bedrivs dock redan i dag och är ett led i att upprätthålla smittskyddet. Någon ny eller utökad personuppgiftsbehandling ger förslaget inte upphov till.

Den personuppgiftsbehandling, däribland av känsliga uppgifter, som sker är nödvändig för att den som ansvarar för smittspårningen och smittskyddsläkaren ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således rättslig grund för behandlingen i artiklarna 6 och 9 i EU:s dataskyddsförordning. Behandlingen sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, patientdatalagen och patientdataförordningen. I fråga om sekretesskydd för uppgifter om enskilda personliga förhållanden finns bestämmelser i 21 kap. OSL, och i 25 kap. OSL finns

särskilda bestämmelser om sekretess för enskilda inom hälso- och sjukvården. Någon ändring i dataskyddslagstiftningen är därför inte nödvändig.

9.3 Förslagen om ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda

Bedömning

Förslagen om ändringar i smittskyddslagens bestämmelser om råd och förhållningsregler vid allmänfarlig sjukdom medför ingen ytterligare behandling av personuppgifter än vad som redan förekommer.

Förslagen är förenliga med kraven i EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslagen är inte nödvändig.

Som presenteras i kapitel 5 föreslår utredningen flera ändringar i regelverket kring bland annat råd och förhållningsregler i syfte att bestämmelserna om den enskildes rättigheter och skyldigheter vid allmänfarliga sjukdomar ska bli mer ändamålsenliga och användningen av förhållningsregler mer rättssäker.

Det är utredningens bedömning att förslagen kommer leda till att betydligt färre än i dag meddelas förhållningsregler och att mer av det individuellt inriktade smittsarbetet kan vila på frivillighetens grund. Det ligger i våra förslag att den enskilde i stället för förhållningsregler ska få erforderliga råd och stöd för att kunna vidta de åtgärder som krävs för att minimera risken att smitta andra. Dessa råd och stöd ska, på motsvarande sätt som förhållningsreglerna som meddelas med stöd av nuvarande reglering journalföras. För allmänfarliga sjukdomar innebär detta således ingen ytterligare personuppgiftsbehandling än vad som görs i dag.

Enligt våra förslag ska råd och stöd också journalföras för andra sjukdomar än allmänfarliga. Vi förutsätter att sådan journalföring sker redan i dag inom hälso- och sjukvården, men vi bedömer att den personuppgiftsbehandlingen kan komma att öka med våra förslag.

När förhållningsregler ges enligt vår föreslagna reglering ska de övervägas regelbundet och ändras eller upphävas när de det finns skäl för det. Eftersom förhållningsregler redan enligt nuvarande reglering inte ska vara mer omfattande än vad som är nödvändigt och därmed ändras av läkare sker personuppgiftsbehandling med anledning av förändringar av förhållningsreglerna redan i dag. Genom våra förslag bedömer vi dock att denna personuppgiftsbehandling kan komma att öka för de patienter som får förhållningsregler, samtidigt som en följd av våra förslag är att betydligt färre personer alls kommer att meddelas förhållningsregler.

Det är således vår bedömning att även om våra förslag innebär förändringar i den behandlande läkarens och smittskyddsläkarnas arbete innebär våra förslag inte någon ny eller totalt sett utökad personuppgiftsbehandling. Motsvarande behandling av personuppgifter görs redan i dag och är ett led i att upprätthålla smittskyddet.

Den personuppgiftsbehandling, däribland av känsliga uppgifter, som sker är nödvändig för att behandlande läkare och smittskyddsläkare ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således rättslig grund för behandlingen i artiklarna 6 och 9 i EU:s dataskyddsförordning. Behandlingen sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, patientdatalagen och patientdataförordningen. I fråga om sekretesskydd för uppgifter om enskilda personliga förhållanden finns bestämmelser, så som nämnts ovan, i 21 kap. OSL, och i 25 kap. OSL finns särskilda bestämmelser om sekretess för enskilda inom hälso- och sjukvården. Någon ändring i dataskyddslagstiftningen är därför inte nödvändig.

9.4 Förslaget om att Folkhälsomyndigheten ska få fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder

Bedömning

Förslaget om att Folkhälsomyndigheten får fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på att regeringen föreskriver att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska

tillämpas på en viss sjukdom medför inte behandling av några ytterligare kategorier av personuppgifter än vad som redan förekommer. Förslaget kan dock medföra en utökad behandling av personuppgifter.

Förslaget är förenligt med kraven i EU:s dataskyddsförordning. Den utökade personuppgiftsbehandlingen utgör en proportionerlig inskränkning av det skydd för den personliga integriteten som finns i regeringsformen, Europakonventionen och EU:s rättighetsstadga.

Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslaget är inte nödvändig.

Hälsokontroll vid inresa och avspärrning

I kapitel 7 föreslår utredningen att Folkhälsomyndigheten ska få fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder om det finns en överhängande risk för spridning av en smittsam sjukdom och regeringens föreskrifter enligt det så kallade snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen inte kan avvaktas.

För de extraordinära smittskyddsåtgärderna hälsokontroll vid inresa och avspärrning har Folkhälsomyndigheten redan i dag befogenhet att fatta sådana beslut (3 kap. 8 § andra stycket och 10 § SmL). Våra förslag innebär dock att myndigheten får fatta besluten på andra grunder än i dag. Förslagen ger enligt utredningens bedömning dock inte upphov till någon annan personuppgiftsbehandling än vad gällande bestämmelser gör. Åtgärderna är smittskyddsåtgärder av extraordinär natur och de nuvarande bestämmelserna har vad utredningen erfar hittills inte använts. När åtgärderna väl används är dock den personuppgiftsbehandling som det ger upphov till nödvändig för att Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren, som ska verkställa hälsokontrollen, ska kunna fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således grund för behandlingen i artiklarna 6 och 9 i EU:s dataskyddsförordning och som fastställts i den nationella rätten.

Behandlingen sker med stöd av EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, patientdatalagen och patientdataförordningen. Uppgif-

terna om enskildas personliga förhållanden omfattas vidare av de sekretessbestämmelser som finns i 21 kap. OSL och, i fråga om hälso- och sjukvården, i 25 kap. OSL. Med beaktande härav och mot bakgrund av vad som anförts ovan anser utredningen att personuppgiftsbehandlingen som kan uppkomma vid tillämpningen av de föreslagna bestämmelserna om hälsokontroll är proportionerlig och står i överensstämmelse med skyddet mot ingrepp i den personliga integriteten i EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

Karantän

En utökad behandling av personuppgifter hos Folkhälsomyndigheten

När det gäller den extraordinära smittskyddsåtgärden karantän är det uteslutande smittskyddsläkarna som har befogenhet att fatta beslut enligt nuvarande bestämmelser (3 kap. 9 § SmL). Genom våra förslag får också Folkhälsomyndigheten befogenhet att fatta sådana beslut, i avvaktan på att regeringen beslutar om föreskrifter enligt snabbförfarandet. Förslaget ger således upphov till personuppgiftsbehandling hos Folkhälsomyndigheten med anledning av en beslutsbefogenhet som myndigheten inte har i dag. Det är dock vår bedömning att det inte handlar om några andra kategorier av personuppgifter än vad de övriga extraordinära smittskyddsåtgärderna som myndigheten har befogenhet att fatta beslut om i dag ger upphov till. Däremot får förslaget anses innebära en utökad behandling av sådana personuppgifter.

Det är svårt att avgöra i vilken omfattning personuppgiftsbehandlingen kan komma att öka. Åtgärden karantän är av extraordinär natur och har vad utredningen erfar hittills inte använts. Utredningen bedömer att personuppgiftsbehandlingen behövs för att myndigheten ska kunna fullfölja sina uppgifter. Behandlingen är därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse och utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandlingen är också nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Det finns således rättslig grund för behandlingen i artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning. Grunden för behandlingen fastställs i nationell rätt genom bestämmelserna i smittskyddslagen.

Utredningen anser vidare att det är motiverat att Folkhälsomyndigheten behandlar uppgifter om personnummer eller, i förekommande fall samordningsnummer, med hänsyn till vikten av en säker identifiering (artikel 87 i EU:s dataskyddsförordning och 3 kap. 10 § dataskyddslagen). Förslaget motiveras av viktiga samhällsintressen.

Förslaget är proportionerligt och utgör inte ett betydande intrång i den personliga integriteten

Som anges ovan i avsnitt 9.1 behöver en bedömning göras av om personuppgiftsbehandling uppfyller kravet på proportionalitet som ställs upp i EU:s dataskyddsförordning och även bedömas mot det skydd mot intrång i den personliga integriteten som följer av Europakonventionen, EU:s rättighetsstadga och regeringsformen. Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot bl.a. betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Skyddet får dock under vissa förutsättningar begränsas genom lag.

Avgörande för om en åtgärd ska anses innebära övervakning eller kartläggning är inte dess huvudsakliga syfte utan vilken effekt som åtgärden har. Vad som avses med övervakning respektive kartläggning får bedömas med utgångspunkt från vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa begrepp. Vid bedömning av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett betydande intrång ska både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärderna innebär beaktas. Även åtgärdernas ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse vid bedömningen. Bestämmelsen om skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdernas intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildes privata sfär.[1]

Den föreslagna beslutsbefogenheten syftar till att Folkhälsomyndigheten ska kunna fatta brådskande beslut om karantän under motsvarande förhållanden som smittskyddsläkarna i dag kan göra för en samhällsfarlig sjukdom. Folkhälsomyndighetens beslut får endast fattas när regeringens föreskrifter enligt snabbförfarandet inte kan avvaktas, dvs. i extrema undantagsfall. Det handlar således inte om

[1] Prop. 2009/10:80 s. 250.

någon övervakning eller kartläggning av enskildas personliga förhållanden.

I den mån den föreslagna beslutsbefogenheten ändå skulle kunna anses innebära sådan övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden som utgör ett betydande intrång i den enskildes personliga integritet enligt 2 kap. 6 § andra stycket RF bedömer utredningen att begränsningen av skyddet inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den och är godtagbar i ett demokratiskt samhälle (2 kap. 20 och 21 §§ RF).

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att behandlingen av personuppgifterna som förslaget ger upphov till är förenlig med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslaget är inte nödvändig.

Förslaget innebär personuppgiftsbehandling också hos smittskyddsläkarna

På motsvarande sätt som redan gäller vid hälsokontroll vid inresa är det smittskyddsläkarna som har att verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om karantän. Eftersom smittskyddsläkarna redan i dag har befogenhet att besluta om och verkställa karantän, ger förslagen inte upphov till någon annan personuppgiftsbehandling hos dem än vad gällande bestämmelser gör. På motsvarande sätt som vid bedömningen av hälsokontroll på platsen för inresa ovan bedömer vi därför att behandlingen är förenlig med dataskyddslagstiftningen.

Polismyndighetens personuppgiftsbehandling vid handräckning

Polismyndigheten kan behöva behandla motsvarande personuppgifter som Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna när de begär hjälp av myndigheten för att genomföra hälsokontroll på platsen för inresan, karantän eller avspärrning (8 kap. 12 § SmL). Polismyndigheten skulle behandla motsvarande personuppgifter i dag vid handräckning om någon av åtgärderna beslutades med stöd av nuvarande bestämmelser. Förslaget ger således inte upphov till någon annan personuppgiftsbehandling hos myndigheten än vad gällande bestämmelser gör.

Utredningen gör bedömningen att det finns rättslig grund enligt artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning för Polismyndighetens personuppgiftsbehandling, då den är nödvändig för att myndigheten ska kunna fullfölja en rättslig förpliktelse, utföra en uppgift av allmänt intresse och nödvändig som ett led i myndighetsutövning. Grunden för behandlingen fastställs i smittskyddslagen. Behandlingen går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett den och är godtagbar i ett demokratiskt samhälle och att den är förenlig med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ytterligare reglering är därför inte nödvändig.

De allmänna förvaltningsdomstolarnas personuppgiftsbehandling

På motsvarande sätt som i dag föreslås beslut om karantän, avslag på en ansökan om att karantän ska upphöra, avslag på en ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän och beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut om avspärrning kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol (8 kap. 1 § SmL). Detta kan medföra att domstolarna kommer att behandla motsvarande personuppgifter som myndigheterna. Även för domstolarnas behandling är den rättsliga grunden att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse och som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning). Den rättsliga grunden fastställs genom bestämmelserna i smittskyddslagen. De närmare ändamålen för personuppgiftsbehandlingen finns i domstolsdatalagen (2015:728) och domstolsdataförordningen (2015:729).

På motsvarande sätt som för myndigheternas personuppgiftsbehandling bedöms domstolarnas behandling vara proportionerlig i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ytterligare reglering behövs enligt utredningens bedömning inte.

9.5 Förslagen om smittbärarersättningen

Bedömning

Förslagen om ändringar i socialförsäkringsbalkens bestämmelser om smittbärarersättning medför ingen ytterligare behandling av personuppgifter än vad som redan förekommer.

Förslagen är förenliga med kraven i EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen.

Någon ändring i dataskyddslagstiftningen med anledning av förslagen är inte nödvändig.

Med anledning av våra förslag om ändringar i smittskyddslagen har vi också föreslagit flera ändringar i socialförsäkringsbalkens bestämmelser om smittbärares rätt till smittbärarersättning. Med anledning av våra förslag som innebär att förhållningsregler endast ska ges när behövliga råd om individuellt inriktade smittskyddsåtgärder inte kan ges i samförstånd med patienten, har vi föreslagit att en smittbärare ska ha rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av ett råd om detta från den behandlande läkaren. I dag krävs att den behandlande läkaren har fattat ett beslut om en sådan förhållningsregel för att ersättningen ska utges. När det gäller allmänfarliga sjukdomar innebär förslaget endast att förmånen söks hos Försäkringskassan på en annan grund än i dag, dvs. ett läkarintyg om läkarens råd om att avstå från förvärvsarbete i stället för ett beslut om en förhållningsregel om detta. Någon ytterligare personuppgiftsbehandling ger detta alltså inte upphov till hos Försäkringskassan.

Vi föreslår också att rätten till smittbärarpenning på motsvarande sätt som för en allmänfarlig sjukdom också ska omfatta en sådan sjukdom som regeringen med stöd av vårt föreslagna bemyndigande har föreskrivit ska vara kostnadsfri för patienten. Också detta förslag innebär att en smittbärare kan ansöka om förmånen på en annan grund än i dag. I vilken omfattning detta kan komma att innebära fler ärenden hos Försäkringskassan och därmed en utökad personuppgiftsbehandling beror på i vilken utsträckning och för vilka sjukdomar regeringen använder sitt bemyndigande. Några nya kategorier av uppgifter än de Folkhälsomyndigheten behandlar i dag ger

dock den föreslagna utökningen av rätten till smittbärarpenning inte upphov till.

Den rättsliga grunden för behandlingen är att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse och som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning). Den rättsliga grunden fastställs genom bestämmelserna i smittskyddslagen och socialförsäkringsbalken. De närmare ändamålen för personuppgiftsbehandlingen finns i 114 kap. socialförsäkringsbalken och förordningen (2024:14) om behandling av personuppgifter vid Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

På motsvarande sätt som för myndigheternas personuppgiftsbehandling bedöms domstolarnas behandling vara proportionerlig i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, EU:s rättighetsstadga, Europakonventionen och regeringsformen. Någon ytterligare reglering behövs enligt utredningens bedömning inte.

10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

10.1 Ikraftträdandebestämmelser

Förslag

Samtliga författningsförslag ska träda i kraft den 1 juli 2027.

Enskildas rättigheter och skyldigheter och kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen

I kapitel 5 lämnar vi förslag på ett flertal förändringar av bestämmelserna om enskildas skyldigheter i 2 och 4 kap. smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, bl.a. i syfte att förändra hanteringen av förhållningsregler vid allmänfarliga sjukdomar och att öka rättssäkerheten för enskilda. I kapitel 3 föreslår vi ett bemyndigande till regeringen att föreskriva om att kostnadsfrihet för den enskilde och smittbärarersättning ska kunna omfatta även andra anmälningspliktiga sjukdomar än de allmänfarliga. Vi föreslår där också förändringar om smittskyddsläkarens möjligheter att bistå vid smittspårning vid andra smittspårningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga. I det kapitlet föreslår vi också att bestämmelser om en årlig översyn av förteckningarna över samhällsfarliga, allmänfarliga, smittspårningspliktiga och anmälningspliktiga sjukdomar ska tas in i smittskyddsförordningen (2004:255). De förslagen syftar liksom förslagen om enskildas skyldigheter till att bidra till en ny inriktning för smittskyddet.

Utredningen anser att dessa författningsförslag är angelägna och bör träda i kraft samtidigt och så snart som möjligt. Med beaktande av tidsåtgången för den process som föregår lagändringar föreslår utredningen att de föreslagna ändringarna ska träda i kraft den 1 juli

2027. Detsamma gäller de följdändringar som dessa ändringar medför i smittskyddslagen och socialförsäkringsbalken och av bestämmelser i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. I fråga om den årliga översynen, se dock också nedan om Folkhälsomyndighetens inledande regeringsuppdrag och avsnitt 10.2.3 om övergångsbestämmelser.

Författningsberedskap inför pandemier och annan omfattande smittspridning

I kapitel 7 lämnar vi förslag om ändringar i smittskyddslagen som avser att på olika sätt stärka skyddet mot pandemier och annan omfattande smittspridning. Hit hör ändringar i bestämmelserna om det så kallade snabbspåret för regeringen att föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss sjukdom. Hit hör också de nya bestämmelserna vi föreslår som möjliggör för Folkhälsomyndigheten att besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens föreskrifter. Det är angeläget att också dessa författningsförslag träder i kraft så snart som möjligt. Även dessa ändringar bör därför träda i kraft den 1 juli 2027. Detsamma gäller de följdändringar som förslagen medför i socialförsäkringsbalken.

Organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkarna

I kapitel 7 föreslår vi också att *smittskyddsläkaren* byter benämning till *regional smittskyddsläkare*, vilket innebär ändringar i ett flertal författningar. Vi föreslår där också en reglering i smittskyddslagen av smittskyddsläkarens placering i den regionala organisationen. På motsvarande sätt som för de ovan angivna förändringarna är det angeläget att dessa ändringar träder i kraft så snart som möjligt, dvs. den 1 juli 2027. Se dock förslaget om en övergångsbestämmelse avseende regleringen av smittskyddsläkarens placering nedan i avsnitt 10.2.2.

Ett nationellt samordningsansvar för vårdhygien

I kapitel 7 föreslår vi att Folkhälsomyndigheten ska få ett nationellt samordningsansvar av vårdhygienfrågor och att ansvaret regleras i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Regleringen bör tas in i instruktionen så snart som möjligt. På motsvarande sätt som för de ovan angivna förändringarna är det angeläget att dessa ändringar träder i kraft så snart som möjligt, dvs. den 1 juli 2027.

10.2 Övergångsbestämmelser

10.2.1 Äldre förhållningsregler bör gälla under en övergångsperiod

Förslag

Beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet gäller längst till och med den 30 juni 2028. Den behandlande läkaren ska så snart som möjligt under denna övergångsperiod ta ställning till om förhållningsregler behövs i enlighet med de nya bestämmelserna och vid behov fatta ett beslut om förhållningsregler i enlighet därmed. Den behandlande läkaren ska samtidigt upphäva det tidigare beslutet.

Om en enskild vid ikraftträdandet är isolerad enligt bestämmelserna i 5 kap. smittskyddslagen på grund av att det finns grundad anledning att anta att denne inte följer de förhållningsregler som beslutats, eller om det finns ett sådant gällande isoleringsbeslut som inte är verkställt, är det i stället den regionala smittskyddsläkaren som ska ta ställning och fatta beslut enligt ovan. Detta ska ske senast den 10 juli 2027. Om förutsättningarna för det är uppfyllda, ska han eller hon inom samma tid på nytt ansöka hos förvaltningsrätten om isolering. Till dess ansökan har prövats av förvaltningsrätten gäller de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna.

Om ett mål i allmän förvaltningsdomstol om isolering inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet, och det i målet ska prövas om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna,

ska rätten pröva förutsättningarna för isolering utifrån de förhållningsreglerna.

I övrigt gäller för beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet de äldre föreskrifterna.

Förhållningsregler som beslutats före ikraftträdandet ska upphöra att gälla efter ett år

I kapitel 5 har vi föreslagit att förhållningsregler endast ska ges när medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Vi har också föreslagit andra ändringar av bestämmelserna om förhållningsregler, bl.a. avseende de moment som förhållningsreglerna kan omfatta. Förutsättningarna för att meddela beslut om förhållningsregler skiljer sig således mot den skyldighet som behandlande läkare har i dag att besluta om förhållningsregler för alla patienter med en allmänfarlig sjukdom (jfr 4 kap. 2 § SmL). Mot denna bakgrund bör nuvarande förhållningsregler gälla under en övergångsperiod från ikraftträdandet så att behandlande läkare har möjlighet att göra en bedömning av om förhållningsregler behövs för patienten enligt de nya bestämmelserna. Detta gäller förhållningsregler som beslutats av den behandlande läkaren enligt 4 kap. 2 § SmL såväl som förhållningsregler som beslutats av smittskyddsläkaren enligt 4 kap. 3 § SmL eller av allmän förvaltningsdomstol efter överklagande enligt 8 kap. 1 § första stycket första punkten SmL.

Vi har föreslagit att den behandlande läkaren fortlöpande och minst en gång per år ska överväga om de förhållningsregler som beslutats fortfarande behövs. Vi anser att denna tidsperiod är väl avvägd även för en övergångsperiod efter ikraftträdandet. Det innebär att förhållningsregler som har beslutats före den 1 juli 2027 ska gälla längst till och med den 30 juni 2028.

Beslut om förhållningsregler är betungande för den enskilde och ska inte gälla längre än vad som är nödvändigt. För att säkerställa att den behandlande läkaren prövar de äldre förhållningsreglerna så snart som möjligt under övergångsperioden och upphäver dem, och vid behov ersätter dem med beslut enligt de nya bestämmelserna, bör en övergångsbestämmelse om detta införas. I övrigt ska de äldre före-

skrifterna om förhållningsregler gälla för beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet.

Tvångsisolering måste ansökas på nytt

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras bl.a. om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats (5 kap. 1 § första stycket andra punkten SmL). Beslut om isolering och fortsatt isolering fattas av förvaltningsrätten efter ansökan av smittskyddsläkaren (5 kap. 2 och 5 §§ SmL). Finns inte längre skäl för isoleringen ska smittskyddsläkaren enligt 5 kap. 8 § SmL omedelbart besluta att isoleringen ska upphöra. Frågan om isoleringens upphörande ska övervägas fortlöpande.

Om en enskild är isolerad vid ikraftträdandet på grund av att det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer ett beslut om förhållningsregler, eller om det finns ett sådant gällande isoleringsbeslut som inte är verkställt, bör enligt vår mening bestämmelsen i 5 kap. 8 § tolkas så att det åligger smittskyddsläkaren att omedelbart besluta att isolering ska upphöra om han eller hon bedömer att förutsättningarna för att meddela förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna inte är uppfyllda. Om smittskyddsläkaren bedömer att det finns förutsättningar för att besluta om förhållningsregler också utifrån de nya bestämmelserna ska han eller hon fatta ett sådant beslut. Om han eller hon också bedömer att det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte heller kommer att följa det nya beslutet bör smittskyddsläkaren åläggas att ansöka om isolering på nytt hos förvaltningsrätten inom viss tid. Vi anser att en tid om tio dagar för detta är väl avvägd. Smittskyddsläkaren ska således under dessa förhållanden senast den 10 juli 2027 på nytt ansöka hos förvaltningsrätten om isolering. Till dess ansökan har prövats av förvaltningsrätten gäller de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna. Detta bör komma till uttryck i övergångsbestämmelser.

Att ett beslut om förhållningsregler gäller under en övergångsperiod om inte den behandlande läkaren upphäver beslutet innebär att om ett mål i förvaltningsrätten om isolering, eller fortsatt isolering, inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet, och det i målet ska prövas om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte

följer förhållningsreglerna, ska rätten pröva förutsättningarna för isolering utifrån de beslutade förhållningsreglerna. För att det inte ska råda någon tvekan om detta bör det komma till uttryck i en övergångsbestämmelse. Vad som ovan beskrivits om smittskyddsläkarens skyldighet att ansöka om isolering på nytt om förutsättningarna för det är uppfyllda gäller dock också.

Vi har även övervägt om det behövs övergångsbestämmelser om ärenden och mål om isolering enligt 5 kap. 1 § första stycket första punkten SmL och om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL. Rekvisiten för ett beslut om sådan isolering är dock inte avhängiga att ett beslut har fattats om förhållningsregler. Några övergångsbestämmelser om detta bedömer vi därför inte är behövliga.

10.2.2 Övergångsbestämmelser för bestämmelserna om den regionala smittskyddsläkaren

Förslag

Bestämmelsen i smittskyddslagen om att den regionala smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under ska tillämpas från och med den 1 januari 2029.

Smittskyddsläkare som har utsetts före den 1 juli 2027 ska från och med detta datum anses ha utsetts till regional smittskyddsläkare.

I kapitel 7 har vi föreslagit att smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under (1 kap. 9 § SmL). Om en region behöver ändra organisationen på så sätt att smittskyddsläkaren placeras under en annan nämnd än i dag, påverkas budgeten för de aktuella nämnderna, även om förslaget inte påverkar den totala budgeten för regionen. Enligt kommunallagen (2017:725), förkortad KL, ska regionerna varje år (budgetår) upprätta en budget för nästa kalenderår (11 kap. 5 § KL). Förslag till budget ska normalt upprättas av styrelsen före oktober månads utgång (11 kap. 8 § första stycket KL). Budgeten fastställs sedan av fullmäktige före november månads utgång (11 kap. 10 § KL).

Eftersom vi föreslår den 1 juli 2027 som ikraftträdandedatum behövs en övergångsbestämmelse för att ta höjd för regionernas budgetprocess som upprättas för ett kalenderår (budgetår). En övergångsbestämmelse bör därför införas om att bestämmelsen om smittskyddsläkarens placering ska tillämpas första gången ett och ett halvt år senare, dvs. den 1 januari 2029.

Vi har även föreslagit att smittskyddsläkaren ska byta benämning till regional smittskyddsläkare. En smittskyddsläkare utses enligt 1 kap. 9 § SmL av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Eftersom vårt förslag endast innebär ett namnbyte och inte en ändring i sak, ska smittskyddsläkare som har utsetts före ikraftträdandet anses ha utsetts till regional smittskyddsläkare från och med den 1 juli 2027. Även en övergångsbestämmelse om detta bör införas.

10.2.3 Rapporteringen av den årliga översynen bör börja 2029

Förslag

Bestämmelserna i smittskyddsförordningen om att Folkhälsomyndigheten årligen den 1 oktober ska lämna en rapport om sin översyn av förteckningarna över smittsamma sjukdomar och vid behov föreslå förändringar i dem ska tillämpas första gången år 2029.

I kapitel 3 har vi föreslagit att Folkhälsomyndigheten årligen den 1 oktober ska lämna en rapport om sin översyn av förteckningarna över smittsamma sjukdomar och vid behov föreslå förändringar i dem. Bestämmelser om detta bör tas in i smittskyddsförordningen. Eftersom vi föreslår att bestämmelserna ska träda i kraft den 1 juli 2027 skulle första rapporteringen således göras den 1 oktober 2027, dvs. tre månader efter ikraftträdandet. Det får bedömas vara en alltför kort tid för en sådan översyn som avses. Härtill kommer det regeringsuppdrag om en inledande översyn av klassificeringen av sjukdomarna som vi föreslår i kapitel 3 ska föregå den årliga översynen. Det är därför vår bedömning att Folkhälsomyndigheten bör rapportera enligt den föreslagna bestämmelsen första gången den 1 oktober 2029. En övergångsbestämmelse om detta bör därför införas. Detta hindrar dock inte myndigheten att vid behov hemställa

till regeringen om en förändring i förteckningarna över smittsamma sjukdomar dessförinnan.

10.2.4 För övriga författningsändringar behövs inga övergångsbestämmelser

Bedömning

Några övergångsbestämmelser behövs inte för övriga författningsförslag.

De författningsändringar som vi föreslagit och som vi inte berört i avsnitt 10.2.1–10.2.3 bedömer vi inte är av sådant slag att det behövs några övergångsbestämmelser för dem.

Hit hör bemyndigandet i smittskyddslagen om kostnadsfrihet för andra sjukdomar än allmänfarliga och de följdändringar som denna ändring innebär (kapitel 3).

Hit hör också ändringen av bestämmelsen om underrättelse till närstående i nuvarande 4 kap. 8 § SmL och ändringarna av bestämmelserna i 2 kap. och 4 kap. om var och ens ansvar att förebygga smittspridning, om medicinska och praktiska råd och psykosocialt stöd och ändringen som innebär att bestämmelsen om den så kallade informationsplikten tas bort (kapitel 5). Detsamma gäller ändringarna i 3 kap. 6 § och 6 kap. 3 § SmL om smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårning när en sjukdom inte är allmänfarlig (kapitel 3).

Även ändringarna av bestämmelserna om smittbärarersättning i 46 kap. socialförsäkringsbalken (kapitel 3, 5 och 7) och bestämmelserna om det så kallade snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL hör hit, liksom bestämmelserna i smittskyddslagen om Folkhälsomyndighetens befogenhet att fatta beslut om extraordinära smittskyddsåtgärder när regeringens snabbförfarande inte kan avvaktas, samt bestämmelsen i förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten om det nationella samordningsansvaret för vårdhygien (kapitel 7).

11 Förslagens konsekvenser

I detta kapitel redovisas konsekvenserna av utredningens förslag. Kapitlet ska läsas tillsammans med tidigare kapitel, där det finns överväganden gällande t.ex. vad som förväntas uppnås med förslagen, vilka andra handlingsalternativ som övervägts, förslagens förenlighet med vissa rättsakter och överväganden gällande tidpunkten för förslagens ikraftträdande.

11.1 Krav på konsekvensanalysen

Krav enligt kommittéförordningen

Utredningen ska i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474)[1] redovisa konsekvenserna av de förslag som lämnas i betänkandet. Av dessa bestämmelser följer att om förslagen i betänkandet påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska även dessa redovisas. Om förslagen innebär kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner ska utredningen dessutom föreslå en finansiering. Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. När förslagen har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integ-

[1] Bestämmelserna gäller för denna utrednings vidkommande i sina tidigare lydelser. Detta framgår av övergångsbestämmelserna till förordningen (2024:185) om ändring i kommittéförordningen (1998:1474).

rationspolitiska målen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

Eftersom utredningen lämnar förslag till nya och ändrade regler ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.[2] Enligt 6 § i den förordningen ska en konsekvensutredning bl.a. innehålla en beskrivning av problemet och vad man vill uppnå, en beskrivning av vilka alternativa lösningar som finns för det man vill uppnå och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd. Vidare ska uppgifter om vilka som berörs av regleringen redovisas, liksom om förslagen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen. Bedömningar av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser ska också göras.

Om regleringen kan få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt ska konsekvensutredningen enligt 7 § i samma förordning även innehålla en särskild beskrivning av konsekvenserna ur olika aspekter för de företag som berörs.

Krav enligt direktiven

Krav på utredningens konsekvensbedömningar finns även i våra ursprungliga direktiv. Där anges att utredningen, utöver vad som följer av kommittéförordningen, särskilt ska redovisa konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer.

Vidare anges att om något av förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska mot bakgrund av regleringen i 14 kap. 3 § regeringsformen, förkortad RF, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Utredningen ska utforma förslagen så att de inte leder till högre administrativ belastning, högre kostnader eller större negativa effekter än nödvändigt för myndigheter, regioner, kommuner och företag.

[2] Förordningen är numera upphävd men bestämmelserna i 6 och 7 §§ gäller alltjämt för denna utrednings vidkommande. Detta framgår av övergångsbestämmelserna till förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar.

Utredningen ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) och beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt. Förhållandet till Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning) beskrivs i kapitel 9. Förhållandet till Europakonventionen, FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och FN:s konventioner om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter beskrivs i kapitel 8. Där beskrivs också våra förslags förhållande till den nationella strategin mot bl.a. hiv och aids och förhållandet till andra internationella deklarationer och målsättningar på samma område. Förhållandet till övriga rättsakter beskrivs i avsnitt 11.10.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin, och de åtgärder som vidtagits med anledning av den, är att både pandemin och åtgärderna har drabbat olika grupper av individer på olika sätt, vilket kan få konsekvenser för jämställdheten och jämlikheten i hälsan. I direktiven anges därför att vi ska integrera ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv i utredningen. Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

11.2 Vad ska förslagen leda till?

Sedan smittskyddslagens tillkomst har vissa förändringar gjorts i den, men dess grundvalar har inte utretts på ett så omfattande sätt som vi nu haft i uppdrag att göra. Utredningen har dock inte haft i uppdrag att föreslå en helt ny smittskyddslag.

Vi har i kapitel 2 betecknat de sammantagna förändringarna som vi föreslår inom smittskyddet som en ny inriktning. Vi menar att detta består av ett större fokus på frivillighet, ett ökat gemensamt ansvarstagande, en flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar och en smittskyddsreglering med stärkt fokus på beredskap.

Utöver vad som framgår av kapitel 2 vill vi här resonera något ytterligare om vad de förslag som vi lämnar i slutbetänkandet syftar att leda till. Våra förslag kan grovt delas in i sådana som gäller beredskap för en omfattande eller på andra sätt allvarlig smittspridning och sådana som gäller smittskyddet i normalläge.

Uppdragen gällande nationell samordning av vårdhygienfrågor och de organisatoriska frågorna beträffande smittskyddsläkarna finns i våra ursprungliga direktiv och avser till stor del, dock inte enbart, att stärka beredskapen inför framtida pandemier. Uppdraget som avser vilka åtgärder som ska kunna vidtas innan en sjukdom har klassificerats enligt smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, tar sikte på att undvika eller fördröja en situation som annars kan utvecklas till en smittspridning med allvarliga konsekvenser. Dessa delar bör läsas tillsammans med de förslag om stärkt pandemiberedskap som vi har lämnat i delbetänkandet. Därför har vi också samlat våra överväganden och förslag i dessa delar i ett gemensamt kapitel (kapitel 7). Om eller när krisen hotar eller inträffar syftar våra förslag till att smittspridning ska kunna undvikas eller fördröjas med direkta eller indirekta följder i form av färre sjukdomsfall och dödsfall och lägre grad av samhällspåverkan. Den nationella samordning som vi föreslår inom vårdhygienområdet ska bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete och leda till en ökad likvärdighet över landet, vilket är värdefullt inte minst i händelse av en pandemi. Förändringarna vi föreslår vad gäller smittskyddsläkarnas organisation syftar ytterst till att behövliga smittskyddsåtgärder inom regionerna ska kunna vidtas så effektivt och snabbt som krävs, i normalläge liksom i kris.

En mer ändamålsenlig pandemihantering kan också innebära stora ekonomiska besparingar och andra slags vinster, t.ex. vad gäller upprätthållande av allmänhetens förtroende för de åtgärder som vidtas och att grundläggande fri- och rättigheter skyddas under de rådande omständigheterna. För ett motsvarande resonemang i delbetänkandet, se dess avsnitt 14.1.[3]

I de delar av uppdragen som avser enskildas rättigheter och skyldigheter är det inte en specifik, akut händelse, så som covid-19-pandemin, som föranlett behov av en översyn av regleringen. Här avses snarare frågor som debatterats under många år och förändrade förut-

[3] SOU 2025:48 s. 1045 och 1046.

sättningar som växt fram genom medicinsk utveckling och ny kunskap.

Gemensamt för flera av våra förslag är att de syftar till ett mer ändamålsenligt, proportionerligt och rättssäkert omhändertagande av individer som har eller misstänks ha en allmänfarlig sjukdom. Våra förslag om en mer ändamålsenlig och flexibel klassificering syftar till att sjukdomar ska förenas med skyldigheter och rättigheter för den enskilde på ett mer träffsäkert sätt.

Vi lämnar också förslag och gör bedömningar som kommer att innebära förändringar vad gäller informationsplikten, särskilt i samband med sexuella kontakter. Vi menar, som vi angett tidigare i betänkandet, att det är fråga om en perspektivförskjutning med innebörden att ett ökat ansvarstagande för alla individer och mindre av ett ensidigt förlitande på information innebär en lägre risk för att bli smittad generellt, och är det som bäst gagnar smittskyddet som helhet. Förändringen kan förväntas bli störst för personer som lever med hivinfektion, en sjukdom som på många sätt förknippats med informationsplikten sedan 1980-talet.

Att inte genomföra några förändringar i denna del skulle innebära att regleringen behålls som i dag. Som vi bedömt i tidigare kapitel skulle det innebära en i vissa delar otidsenlig reglering. Utan våra förslag om hur klassificeringen av sjukdomar ska kunna bli mer ändamålsenlig skulle regleringen kunna upplevas som svår att förändra och sjukdomar skulle riskera att vara klassificerade på ett visst sätt längre än vad som är motiverat ur ett smittskyddsperspektiv.

Sammanfattningsvis är det vår bedömning att våra förslag på ändringar leder till en ändamålsenlig hantering av smittsamma sjukdomar och ett moderniserat smittskydd.

11.3 Konsekvenser för staten och finansieringsförslag

11.3.1 Folkhälsomyndigheten

En flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar

Folkhälsomyndigheten föreslås få ett regeringsuppdrag att föreslå en uppdaterad klassificering av de smittsamma sjukdomarna i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen (2004:255), att ange vilka som därutöver bör vara smittspårningspliktiga samt föreslå vilka som

utan att vara allmänfarliga ska omfattas av kostnadsfrihet för den enskilde.

En del av det underlag som behöver redovisas i uppdraget rör sådant som Folkhälsomyndigheten redan i dag arbetar med. Uppdraget bör därmed i viss utsträckning handla om att sammanställa befintlig kunskap för respektive sjukdom.

Folkhälsomyndigheten har beräknat ett behov av 3,5 heltidstjänster under 18 månader för genomförandet till en kostnad av totalt 9,2 miljoner kronor.[4] Uppdraget bedöms kunna genomföras med start 2027 och slutredovisas under 2028. Uppdraget bedöms kunna finansieras inom myndighetens befintliga ekonomiska ramar.

Även Folkhälsomyndighetens arbete med årliga underlag till regeringen, i enlighet med de bestämmelser vi föreslår i smittskyddsförordningen, bedöms kunna rymmas inom befintlig ekonomisk ram. Närmare överväganden kring Folkhälsomyndighetens nuvarande ansvar enligt 1 kap. 7 § SmL i förhållande till det vi nu föreslår finns i kapitel 3.

Nationellt samordningsansvar för vårdhygien

Folkhälsomyndigheten ska enligt vårt förslag ansvara för nationell samordning av vårdhygienfrågor som rör människor. En konsekvens av förslaget kan t.ex. vara att myndigheten behöver bredda sin kompetens inom vissa frågor inom det förhållandevis breda vårdhygienfältet.

Resursbehovet för samordningen beräknas av Folkhälsomyndigheten omfatta sammanlagt 1,1 årsarbetskrafter permanent till en kostnad av 1,3 miljoner kronor per år. Kostnaderna kan inte anses vara större än att de ryms inom myndighetens befintliga ekonomiska ramar.

Förändringar av smittskyddets beredskapsregler

Förslaget om att Folkhälsomyndigheten under vissa omständigheter ska kunna besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder innebär nya uppgifter beträffande beslut om karantän. Utredningen bedömer

[4] Läkare 30 procent, mikrobiolog 100 procent, epidemiolog 100 procent, jurist 100 procent och hälsoekonom 20 procent. Kostnaderna är beräknade i 2025 års prisnivå.

dock att myndigheten, genom den kompetens den har vad gäller smittskydd och internationella hälsohot, har förutsättningar att fatta även dessa beslut. Det är vidare fråga om beslut som ska fattas enbart i extrema undantagsfall och vara kortvariga. Det som i första hand behövs är beredskap och rutiner för att fatta besluten om behov skulle uppstå. Samma bedömning gäller besluten om hälsokontroll på platsen för inresan och avspärrning, som myndigheten redan i dag ansvarar för att fatta.

Vidare har myndigheten från sina andra ansvarsområden sådan erfarenhet av processer i allmän förvaltningsdomstol som kan behövas i händelse av att beslut enligt de nya bestämmelserna överklagas.

Förslagen bedöms sammantaget inte få annat än tidsbegränsade och obetydliga ekonomiska konsekvenser för myndigheten och ryms inom befintliga ekonomiska ramar.

Övriga förslag

Folkhälsomyndigheten kan till följd av vårt föreslagna namnbyte på smittskyddsläkaren behöva uppdatera föreskrifter och annat material som berör regionalt smittskyddsarbete. Detsamma gäller våra förslag om justeringar i bestämmelserna om förhållningsregler. Sådant arbete ryms inom myndighetens befintliga ramar.

11.3.2 Försäkringskassan

Vi föreslår justeringar i bestämmelserna om smittbärarersättning (smittbärarpenning och resekostnadsersättning) i socialförsäkringsbalken. Situationerna då smittbärarpenning kan komma i fråga utvidgas något genom att Folkhälsomyndighetens beslut om karantän omfattas. Liksom de karantänsbeslut som smittskyddsläkaren kan fatta enligt dagens lagstiftning är detta dock avsett att vara en åtgärd som vidtas i extrema undantagsfall och medför förhållandevis kortvariga beslut för en begränsad krets personer. Utredningen bedömer att vårt förslag i denna del inte innebär någon kostnadsökning för Försäkringskassan.

Förslaget om att en smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han eller hon med anledning av en allmänfarlig sjukdom måste avstå

från förvärvsarbete på grund av ett sådant råd som en behandlande läkare ska ge smittbäraren enligt bestämmelser i smittskyddslagen, föranleder inte heller någon kostnadsökning för Försäkringskassan. Avsikten med förslaget är att motsvarande den rätt till smittbärarpenning som finns i dag ska kvarstå även när regleringen om förhållningsregler ändras i enlighet med våra förslag.

Förslaget om att även sådana sjukdomar som regeringen föreskriver ska vara kostnadsfria för patienten ska ge rätt till smittbärarersättning kan medföra ökade kostnader för Försäkringskassan först om regeringen utnyttjar sitt bemyndigande. Konsekvenserna av en sådan föreskrift bör närmare beskrivas och beräknas i beredningen inför en sådan.

Smittbärarpenning är en sällan nyttjad ersättningsform. Enligt Försäkringskassans statistik fick 304 personer smittbärarpenning under totalt 5 388 nettodagar under 2025, vilket motsvarade ett belopp om cirka 4,7 miljoner kronor.[5] År 2024 var det 267 personer som fick ersättning under 4 164 nettodagar och statens kostnader för detta uppgick till cirka 3,7 miljoner kronor.[6] Försäkringskassan för inte statistik över ersättningen kopplat till diagnos.[7] Utredningens uppfattning är att smittbärarpenning i huvudsak utnyttjas av personer som arbetar med livsmedel eller inom hälso- och sjukvård eller omsorg, som utan att vara sjuka bär på t.ex. salmonellainfektion eller MRSA (meticillinresistenta staphylococcus aureus). Under covid-19-pandemin mångdubblades ersättningen jämfört med ett genomsnittligt år för att möjliggöra att enskilda stannade hemma vid misstanke om samhällsfarlig sjukdom utan att ha nedsatt arbetsförmåga. Våra förslag avser dock inte en sådan situation. Vid en motsvarande utveckling i en framtida pandemi av samhällsfarlig sjukdom innebär inte våra förslag i sig någon möjlig kostnadsökning.

Eftersom grunderna för i vilka situationer smittbärarersättning kan ges förändras av våra förslag behöver Försäkringskassan revidera t.ex. informationsmaterial och intygsmallar. Uppgiften anses ingå som en del i myndighetens löpande arbete inom befintlig ekonomisk ram.

[5] Försäkringskassan. Statistik inom området sjuk – smittbärarpenning [Internet]. Hämtad 2026-01-30.
[6] Försäkringskassan. Antal personer som har fått smittbärarpenning. Årsstatistik från och med 1998 över antal mottagare, nettodagar och utbetalt belopp efter kön, län och ålder [Internet]. Hämtad 2026-02-19.
[7] Muntliga uppgifter från Försäkringskassan, 2025-12-09.

11.3.3 Polismyndigheten

I händelse av att Folkhälsomyndigheten beslutar om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän eller avspärrning enligt våra föreslagna bestämmelser ska Polismyndigheten lämna motsvarande biträde som i dag gäller i samband med de åtgärderna (8 kap. 12 § SmL). Hälsokontroll, karantän och avspärrning är utredningsåtgärder som endast får användas i extrema undantagsfall och vara förhållandevis kortvariga. Eftersom bestämmelserna motsvarar de som finns i smittskyddslagen i dag bör Polismyndigheten redan ha beredskap för att lämna sådant biträde. Några tillkommande kostnader för beredskap bedömer utredningen att förslagen inte innebär.

11.3.4 Allmänna förvaltningsdomstolar

Våra förslag avser bl.a. att tydliggöra för den enskilde att förhållningsregler kan prövas av smittskyddsläkaren och därefter överklagas till förvaltningsrätten. Betydligt färre patienter än i dag väntas att alls få förhållningsregler av den behandlande läkaren. Patienter begär i dag smittskyddsläkarens prövning i mycket liten utsträckning. Det är svårt att bedöma om antalet framställningar om smittskyddsläkarens prövning och därefter överklaganden till förvaltningsrätten kan förändras genom våra förslag. En väl avvägd tillämpning av beslut om förhållningsregler torde enligt utredningens uppfattning inte leda mer än till undantagsvisa överklaganden.

När det gäller förslaget om att Folkhälsomyndigheten i undantagsfall ska få besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder, har vi föreslagit att beslut om karantän, avslag på ansökan om upphörande av karantän, avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän samt avslag på ansökan om undantag från avspärrning, ska få överklagas till förvaltningsrätten som i dag. Målen är av förturskaraktär och offentligt biträde ska förordnas för den som åtgärden avser i mål om karantän, om upphörande av karantän och om beslut att inte medge undantag från avspärrning, om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Det krävs inte prövningstillstånd i kammarrätten vid överklagande av mål om karantän, upphörande av karantän och undantag från avspärrning medan prövningstillstånd krävs vid överklagande av mål om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän. De föreslagna bestämmel-

serna om att Folkhälsomyndigheten får besluta om karantän och avspärrning avser utredningsåtgärder som är avsedda att användas i extrema undantagsfall. Antalet överklaganden kan inte antas bli så stort i förhållande till nuvarande reglering att domstolarnas arbetsbelastning eller kostnaden för offentligt biträde påverkas i någon nämnvärd grad.

De ekonomiska konsekvenserna av våra förslag får således rymmas inom befintliga ekonomiska ramar.

11.3.5 Myndigheter inom vårdhygienområdet

För bland andra Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen kan myndigheternas samverkan med Folkhälsomyndigheten förändras något genom att Folkhälsomyndigheten får ansvar för nationell samordning av vårdhygienområdet. Förslaget innebär dock enligt utredningens bedömning inte några ekonomiska konsekvenser för Arbetsmiljöverket eller Socialstyrelsen, som fortsatt arbetar med vårdhygieniska aspekter i sina respektive uppdrag inom arbetsmiljö- respektive patientsäkerhetsområdena. Motsvarande bedömning gäller övriga myndigheter som kan komma att beröras.

11.3.6 Smittskyddslagens tillsynsmyndigheter

Det är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Försvarsinspektören för hälsa och miljö som är tillsynsmyndigheter enligt smittskyddslagen. Båda myndigheterna behöver uppdatera sig om och vid behov anpassa sitt arbete till den nya regleringen. Det bedöms vara del av det löpande arbetet som får göras inom ramen för respektive myndighets förvaltningsanslag.

11.3.7 Övriga myndigheter

Andra statliga myndigheter kan behöva höras inför att den årliga rapporten om sjukdomarnas klassificering ska lämnas av Folkhälsomyndigheten. De myndigheter som kan komma i fråga är t.ex. Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt och Tandvårds- och

läkemedelsförmånsverket. De arbetsuppgifter som tillkommer för dem bedöms rymmas inom befintliga ekonomiska ramar.

11.4 Konsekvenser för regioner, kommuner och den kommunala självstyrelsen

Ett flertal av utredningens förslag bedöms få konsekvenser för främst regioner. Kommuner påverkas i mindre omfattning.

I kapitel 7 har vi beskrivit den kommunala självstyrelsen som gäller för relationen mellan stat, kommun och region och är avsedd att ge kommunerna och regionerna en självständig, och inom vissa ramar, fri bestämmanderätt.

Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranleder inskränkningen, dvs. en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Det innebär att förslag inte får vara onödigt långtgående. Om syftet med nya eller ändrade bestämmelser kan uppnås på ett mindre ingripande sätt ska det minst ingripande alternativet väljas. Det ska således göras dels en analys av de konsekvenser som förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan det kommunala intresset av självstyrelse och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

Den slutliga bedömningen av hur denna prövning faller ut görs av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget.[8]

Enligt den s.k. finansieringsprincipen bör kommuner och regioner inte åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa på annat sätt än med höjda skatter. Detsamma gäller ändrade ambitionsnivåer för befintliga kommunala uppgifter.

[8] Prop. 2009/10:80 s. 212–213.

11.4.1 Behandlande läkares och annan hälso- och sjukvårdspersonals uppgifter

Råd, stöd och beslut om förhållningsregler

Behandlande läkares arbete med råd, stöd och förhållningsregler kommer att förändras på flera sätt. Vi föreslår att medicinska och praktiska råd och vid behov psykosocialt stöd vid smittsamma sjukdomar tydligare ska uttryckas som en rätt för den enskilde. Uppgifter om de råd och det psykosociala stöd som lämnas till den enskilde ska journalföras. Konsekvenserna gäller även annan hälso- och sjukvårdspersonal i de fall de ger råden eller det psykosociala stödet.

Läkaren behöver göra en bedömning av om medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde. Först i sådana fall ska beslut om förhållningsregler meddelas. I dag ges förhållningsregler regelmässigt vid allmänfarlig sjukdom. I de fall förhållningsregler meddelas ska de vara individuellt utformade. Så är det redan i dag, men våra förslag förtydligar vad det närmare innebär.

Våra förslag innebär vidare att behandlande läkare får en delvis justerad uppsättning moment som förhållningsregler kan omfatta att förhålla sig till. En förhållningsregel om att informera personer i omgivningen ska enbart få ges i vissa situationer och innebär en principiell förändring jämfört med i dag. En följd av detta är att förutsättningar inte längre kommer finnas för att meddela förhållningsregler innebärande informationsskyldighet vid sexuella kontakter i fråga om sjukdomar som är sexuellt överförbara. Läkaren kan dock fortfarande uppmuntra patienten till att berätta på frivillig väg. Förhållningsregler vid sexuella kontakter ska i stället inriktas på hur beteendet kan anpassas.

Läkaren behöver vidare ta ställning till om förhållningsreglerna ska vara tidsbegränsade eller gälla tills vidare. Läkaren ska ändra ett beslut om förhållningsregler när det finns anledning till det, och besluta att det ska upphöra när det inte längre behövs. Vidare ska läkaren fortlöpande och minst en gång per år överväga om de förhållningsregler som beslutats fortfarande behövs.

Våra förslag syftar alltså till att på flera sätt ändra tillämpningen av förhållningsregler enligt smittskyddslagen till förmån för råd och stöd. Det är alltså fråga om förändrade arbetsuppgifter i flera avseenden, men vi bedömer att det totalt sett inte bör innebära en ökad arbetsbörda.

Tidigare meddelade förhållningsregler

Beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet av de nya bestämmelserna föreslås gälla ett år efter ikraftträdandet. Den behandlande läkaren ska så snart som möjligt under denna övergångsperiod ta ställning till om förhållningsregler behövs i enlighet med de nya bestämmelserna och vid behov fatta ett beslut om förhållningsregler i enlighet därmed. Läkaren ska samtidigt upphäva det tidigare beslutet.

Hur detta görs i praktiken är inte reglerat. Eftersom det är fråga om patienter med långvariga förhållningsregler är ett sätt att uppfylla kravet att göra det i samband med återbesök. I vissa fall, t.ex. för patienter med välfungerande hepatit B-behandling, kan fristen om ett år innebära att det under den tiden inte finns något inplanerat återbesök. En grov uppskattning är att det är fråga om i vart fall 2 500 patienter för hepatit B som inte nödvändigtvis har ett återbesök inplanerat inom ett år efter ikraftträdandet. I dessa fall kan läkaren i stället meddela förändringarna via telefon och brev eller kalla patienten till ett extra besök. Motsvarande gäller patienter med andra diagnoser som träffar läkare lika sällan. Det skulle t.ex. kunna förekomma med hivinfektion och MRSA. Hanteringen av denna kategori patienter kan totalt sett innebära ett visst merarbete för behandlande läkare i anslutning till lagens ikraftträdande. Det är dock utredningens mening att ha återkommande kontakter med sina patienter och att regelbundna återbesök redan i dag ingår i den behandlande läkarens arbetsuppgifter med patienter som meddelats förhållningsregler med långvarigt smittbärarskap.

Fler sjukdomar kan bli föremål för anmälan till smittskyddsläkaren

Vi föreslår att anmälan från behandlande läkare till smittskyddsläkaren beträffande den som underrättats i ett smittspårningsärende men inte sökt läkare utan dröjsmål, ska utvidgas till att även omfatta sjukdomar som är smittspårningspliktiga men inte allmänfarliga. Hur omfattande denna utökade arbetsuppgift blir för behandlande läkare beror på vilka sjukdomar som är smittspårningspliktiga och hur vanligt förekommande de är. Inget tyder på att kikhosta, som varit en av de mest förekommande smittspårningspliktiga sjukdomarna under

senare år, legionella eller mässling skulle generera ett stort antal anmälningar från behandlande läkare.

Förslagen bedöms inte kräva ökade resurser

Vi bedömer att våra förslag medför att betydligt färre patienter än i dag kommer att meddelas förhållningsregler. Vi bygger det antagandet på att de allra flesta frivilligt kommer att göra det som krävs för att minimera risken för att smitta andra. De arbetsuppgifter som i dessa fall bortfaller är dels det faktiska meddelandet av förhållningsregler, dels efterarbete i form av angivande av vilka förhållningsregler som getts i samband med anmälan av fallet till Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkarna. Våra förslag om att även råd och stöd ska journalföras innebär enligt vår bedömning att arbetsbördan vad gäller journalföring jämfört med i dag blir i stort sett oförändrad. Råd och stöd är dock inte formbundet på samma sätt som meddelande av förhållningsregler. Våra förslag innebär också att läkarens skyldighet att så långt som möjligt se till att givna förhållningsregler följs kommer att omfatta betydligt färre patienter. Särskilt påtaglig kommer den lättnande effekten vara för långvariga sjukdomar. Det kan också förväntas stärka relationen mellan läkare och patient att läkaren i många fall inte längre har denna uppgift.

Dessa förväntade lättnader ska ställas mot den möjliga ökningen av arbetsmoment i de fall förhållningsregler kommer i fråga. I de flesta fall torde dock övervägandet av om förhållningsregler ska ges kunna gå mycket fort. I vissa fall kan det krävas noggrannare överväganden. Detta beror bland annat på hur väl läkaren känner patienten. I de fall förhållningsregler beslutas innebär våra förslag att nya moment tillkommer som i dag inte finns, bl.a. bedömning om tidsbegränsning, regelbundna överväganden och upphävande. Alla nya moment kommer dock i praktiken inte behövas för alla sjukdomar. Vidare torde det i praktiken redan vara så att behandlande läkare, t.ex. i samband med återbesök för att kontrollera om en viss infektion läkt ut eller är smittfri, överväger om vissa eller alla förhållningsregler fortsatt ska gälla. För de långvariga sjukdomarna finns också möjligheten att den behandlande läkaren träffar patienten under många år och att relationen därigenom underlättar läkarens överväganden gällande förhållningsregler.

För vissa sjukdomar kan det i tillämpningen visa sig bli vanligare med förhållningsregler än för andra. Våra enkätresultat (se bilaga 5) indikerar att läkare som möter patienter med hepatit B och tuberkulos i mindre utsträckning än andra anser att råd och rekommendationer räcker. Resultatet ska dock tolkas med stor försiktighet på grund av det begränsade underlaget. Frågan ställdes i en enkät utan att respondenterna gavs information om det alternativ som våra nuvarande förslag innebär. Vi bedömer att det eventuella merarbete som läkares arbete med förhållningsregler innebär i de fall de ges, vägs upp av fördelarna som förslagen innebär för patientkollektivet. Vidare kan tydliga beslutsstöd och mallar underlätta arbetet med de förändrade reglerna för behandlande läkare.

Totalt sett bedömer vi att våra förslag för behandlande läkares vidkommande kommer att innebära en viss administrativ och tidsmässig lättnad beträffande ett betydande antal patienter. Vi förväntar oss dock att läkarna får en viss administrativ och tidsmässig ökning för vissa andra patienter. Förslagen innebär enligt utredningens bedömning att samhällets smittskydd förbättras.

Våra förslag innebär således inte att regionerna totalt sett åläggs mer omfattande uppgifter än i dag. Det handlar vidare inte om några förändringar av kommunala befogenheter eller skyldigheter eller av grunderna för kommunernas eller regionernas organisation eller verksamhetsformer. Utredningens förslag i denna del bedöms därför inte få några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eller kräva ökade resurser.

11.4.2 Smittskyddsläkarnas uppgifter

Anmälningar från behandlande läkare till smittskyddsläkaren

Behandlande läkare ska enligt nuvarande regelverk i vissa situationer anmäla enskilda till smittskyddsläkaren. Betydligt färre personer med allmänfarlig sjukdom väntas med våra förslag få beslut om förhållningsregler. Det är dock inte möjligt att med rimlig säkerhet beräkna i vilken grad regleringen av förhållningsregler i sin tur innebär att antalet anmälningar till smittskyddsläkaren kommer att minska. Detta kommer bl.a. att bero på hur bestämmelserna om förhållningsregler tillämpas. Om behandlande läkare redan vid givande av förhållningsregler kan inskärpa behovet av att den enskilde vidtar de

aktuella åtgärderna kan också behovet av att i nästa steg anmäla vederbörande till smittskyddsläkaren undvikas. Antalet ärenden av anmälningar från behandlande läkare bedöms därutöver även bero på sådant som omfattningen av smittspridningen av en viss sjukdom och sjukdomars olika karaktär. En försiktig bedömning ger vid handen att antalet anmälningar till smittskyddsläkaren kommer att minska något.

Vi föreslår också att anmälan beträffande den som underrättats i ett smittspårningsärende men inte sökt läkare utan dröjsmål, ska utvidgas till att även omfatta smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga. Hur omfattande denna utökade arbetsuppgift blir för den som ansvarar för smittspårningen beror bl.a. på vilka sjukdomar som för tillfället är smittspårningspliktiga och hur vanligt förekommande de är.

Givet nuvarande epidemiologiska situation för de sjukdomar som i dag är allmänfarliga och smittspårningspliktiga, är det utredningens bedömning att antalet anmälningar från behandlande läkare till smittskyddsläkaren inte kommer att öka.

Prövning av förhållningsregler

Våra förslag avser att göra det tydligare för den enskilde att förhållningsregler är beslut som det går att begära smittskyddsläkarens prövning av och därefter överklaga till förvaltningsrätten. Patienter begär i dag smittskyddsläkarens prövning i mycket liten utsträckning. Det tycks i vart fall delvis vara en följd av att kännedomen om att man kan begära omprövning är låg, men det kan också bero på att behovet inte finns bland patienter. Det är svårt att bedöma i vilken utsträckning antalet framställningar om smittskyddsläkarens prövning kan komma att ändras genom våra förslag. Det är dock inte troligt att det skulle bli fråga om en hantering som skulle ta några betydande resurser i anspråk jämfört med i dag för smittskyddsläkaren, särskilt som det totala antalet patienter som får förhållningsregler väntas minska betydligt.

Smittskyddsbladens funktion

Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad riktade till läkare och patienter som avser allmänfarliga sjukdomar behöver enligt utredningens uppfattning revideras till följd av våra förslag om i vilka fall förhållningsregler ska ges den enskilde och förslagen om vilka förhållningsregler som får ges. I stället för att som i dag användas för att förmedla beslut om förhållningsregler, kan bladen utvecklas till att utgöra grund för den medicinska och praktiska råd som ska ges till patienter. De kan även utvidgas för att utgöra ett underlag för behandlande läkares bedömning av behov av förhållningsregler. Våra förslag innebär dock att behandlande läkare inte längre kan använda enbart smittskyddsbladen för att meddela förhållningsregler i de fall det finns ett behov av att besluta om sådana.

Även de smittskyddsblad som avser sjukdomar som inte är allmänfarliga kan behöva revideras med anledning av våra förslag om gällande enskildas rättigheter och skyldigheter vid smittsam sjukdom.

Det finns ingen reglering av smittskyddsbladen. Smittskyddsläkarföreningen står bakom bladen och personal vid de regionala smittskyddsenheterna engageras i arbetet med framtagande och revidering. Personalen arbetar med smittskyddsbladen som en del av sitt övriga arbete. Våra kontakter har inte kunnat precisera omfattningen av resursåtgången för detta arbete. En revidering av många blad under en begränsad period, inför ikraftträdandet av våra förslag, ställer krav på att personal avsätts just då. Vi bedömer att det medför ett visst merarbete under en period.

Förändringar av smittskyddets beredskapsregler

Folkhälsomyndigheten ska enligt våra förslag få besluta om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning i avvaktan på regeringens föreskrifter enligt snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL. Förslaget innebär att smittskyddsläkarna ska verkställa besluten om hälsokontroll vid platsen för inresan och karantän.

Förslaget innebär att antalet situationer då karantän och hälsokontroll alls kan komma i fråga utvidgas, men att det enbart är Folkhälsomyndigheten som ska besluta. Smittskyddsläkaren har redan i dag i ansvar att fatta beslut beträffande karantän och hälsokontroll vid inresa och att verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälso-

kontroll. Gällande smittskyddsläkarens beredskap torde det därför inte bli fråga om någon praktisk förändring. Redan i dag måste smittskyddsläkaren ha den beredskap som krävs beträffande de extraordinära smittskyddsåtgärderna, och ha beredskap för att nya sjukdomar kan komma att uppträda och med kort varsel bli föremål för överväganden om åtgärder. Åtgärderna som våra förslag gäller förutsätter dessutom en hög grad av konkretion för att få vidtas. Den information som Folkhälsomyndigheten lagt till grund för sitt beslut och den samverkan som krävs med Folkhälsomyndigheten i samband med att beslutet ska verkställas, anser utredningen kommer att innebära att smittskyddsläkarna får förutsättningar att vidta adekvata åtgärder för att verkställa de aktuella besluten.

Mot bakgrund av hur våra förslag är utformade kan det enbart bli fråga om beslut som föranleder kostnader i extrema undantagsfall, och förhållandevis kortvarigt för att täcka en möjlig lucka mellan det att en överhängande risk uppstår för smittspridning av en sjukdom som kan innebära allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och att regeringen har hunnit föreskriva att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska vara tillämpliga på sjukdomen. Om regeringen inte meddelar sådana föreskrifter upphör besluten att gälla efter sju dagar. Besluten kan också upphävas tidigare än så på Folkhälsomyndighetens initiativ.

Det kan i detta sammanhang nämnas att vi i avsnitt 7.6.6 i vårt delbetänkande har föreslagit ett regeringsuppdrag om tillgången till karantänsplatser. Bakgrunden är bl.a. att frågan om karantänslokaler för många personer och under längre tid inte ansetts helt klarlagd.[9]

Förslagen bedöms inte öka smittskyddsläkarens arbetsbörda

Genomförandet av förslagen om förhållningsregler bedöms medföra vissa initiala insatser för regioner och smittskyddsläkare i enlighet med vad vi har beskrivit ovan. Förslagen ändrar emellertid inte regionernas eller smittskyddsläkarnas ansvar eller uppgifter på något grundläggande sätt. Att implementera en justerad reglering är att betrakta som en del av det löpande arbetet. Våra förslag i denna del innebär således inte att regionerna och smittskyddsläkarna åläggs mer omfattande uppgifter än vad de redan har. Det handlar vidare inte om

[9] SOU 2025:48 s. 367–374.

några förändringar av kommunala befogenheter eller skyldigheter eller av grunderna för kommunernas eller regionernas organisation eller verksamhetsformer. Utredningens förslag i denna del bedöms därför inte få några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eller kräva ökade resurser.

Motsvarande bedömning gör utredningen för smittskyddsläkarens uppgifter i samband med våra förslag gällande extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens föreskrifter. I det förslag om ett regeringsuppdrag om tillgången till karantänsplatser som nämns ovan ingår att ta fram ett underlag över vilka kostnader som är förknippade med tillgång till karantänsplatser samt omkostnader som kan tillkomma vid genomförande av beslut om karantän, i syfte att klargöra hur kostnaderna ska fördelas.

11.4.3 Organisatorisk placering och benämning av smittskyddsläkaren

Vi har föreslagit att smittskyddsläkaren ska byta benämning till regional smittskyddsläkare samt att han eller hon ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd smittskyddsläkaren verkar under.

Det föreslagna namnbytet föranleder uppdatering av bl.a. regioners, smittskyddsläkares och kommuners dokument och informationsmaterial. Förändringen torde i viss utsträckning kunna genomföras allt eftersom revidering av dokument och information m.m. görs av andra skäl. Kostnaden bedöms mot den bakgrunden vara begränsad och av tillfällig karaktär.

Förslaget om namnbytet bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen. Staten råder redan i dag över benämningen av funktionen och en förändring från en benämning till en annan innebär enligt utredningens uppfattning inte ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Smittskyddsläkarens placering i regionen beror på regionens nuvarande organisation och skiftar därmed från region till region. Om ett beslut om placeringen föranleder en förändring av nämndorganisationen behövs ett beslut av regionfullmäktige. En förändring av organisationen påverkar även regionens interna budgetprocess vilket innebär att en viss förberedelsetid kan krävas inför ett sådant beslut. I samband med en ändring av organisationen behöver

styrelsen och nämnden besluta om förändringar i interna styrdokument. Om smittskyddsläkaren i dag är placerad längre ner i organisationen än det vi föreslagit under styrelsen eller en nämnd, kan beslut krävas av styrelsen eller av både styrelsen och den aktuella nämnden.

Två regioner hade i vår enkätundersökning inte redan smittskyddsläkaren placerad på det sätt som vi föreslår. Den organisatoriska förändring som behöver genomföras i dessa regioner bedöms i sig inte föranleda mer än tillfälliga och försumbara kostnader.

Förslaget om att smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd högsta chefsbefattning under den nämnd som smittskyddsläkaren verkar under innebär en ny skyldighet för regionerna. Förslaget utgör därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Genom den föreslagna placeringen i organisationen ges smittskyddsläkaren bättre förutsättningar för att kunna utföra sina uppdrag enligt smittskyddslagen. Vidare har en centralt placerad smittskyddsläkare, som är direkt underställd en hälso- och sjukvårdsdirektör, en regiondirektör eller motsvarande chefsbefattning, möjlighet att verka med en högre grad av självständighet. Eftersom det i utredningsarbetet har visat sig att de flesta regionerna redan placerar smittskyddsläkaren i enlighet med vårt förslag så kan den faktiska inskränkningen för flertalet av regionerna anses vara försumbar. Ett fåtal regioner behöver vidta begränsade åtgärder för att verkställa åläggandena enligt förslaget. Syftet bedöms inte kunna uppfyllas genom mindre ingripande åtgärder än de föreslagna. Förslaget bedöms sammantaget vara proportionerligt i förhållande till den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som det medför.

Som vi beskrivit tidigare aktualiseras den kommunala finansieringsprincipen när nya uppgifter som innebär ökade kostnader läggs på regionsektorn. Eftersom eventuella kostnadsökningar i detta fall dock bedöms utebli eller bli ytterst marginella bör förslaget inte föranleda någon ekonomisk kompensation från staten. Våra förslag ger också regionerna en viss förberedelsetid genom att förändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2027 men börja tillämpas först från och med den 1 januari 2029.

11.4.4 Nationell samordning av vårdhygienfrågor

Folkhälsomyndigheten föreslås bli den instans som har det övergripande nationella ansvaret på vårdhygienområdet. Det är enligt förslaget myndigheten själv som kommer att avgöra de närmare formerna för vad samordningen ska innebära. Sådant som kunskapsstyrning, riktlinjer och olika samverkansforum kan ha kommunala och regionala huvudmän, vårdgivare eller utförare av omsorg som avnämare. Det ligger t.ex. nära till hands att de 24 regionala vårdhygienenheterna kommer att ha en närmare samverkan än i dag med Folkhälsomyndigheten. Avsikten med förslaget är att vårdhygienområdet ska stärkas och inslagen av samordning öka. Det kan konkret innebära att huvudmännen eller vårdgivarna får ett bättre stöd i olika avseenden från den nationella nivån. Även för smittskyddsläkarna väntas positiva effekter genom att vårdhygienområdet samordnas av samma myndighet som samordnar smittskyddet.

Avsikten är dock inte att regleringen av det nationella ansvaret ska innebära nya åligganden för regioner och kommuner. Det bedöms därmed inte heller finnas några ekonomiska konsekvenser av förslaget för dem och utgör inte heller någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

11.4.5 Framtida föreskrifter om kostnadsfrihet

Förslaget om regeringens föreskriftsrätt gällande kostnadsfrihet för den enskilde för sjukdomar som klassificeras som anmälningspliktiga men inte allmänfarliga får inte i sig några konsekvenser för regioner och kommuner. Det är först om regeringen utnyttjar bemyndigandet som konsekvenser kan uppstå. Om regeringen föreskriver att sjukdomar som i dag är klassificerade som allmänfarliga, och därmed redan kostnadsfria, inte längre ska anges som allmänfarliga men förenas med kostnadsfrihet förändras inte förutsättningarna vad gäller kostnadsansvar och kostnadsdelning jämfört med i dag.

Konsekvenser uppstår däremot om kostnadsfrihet för den enskilde föreskrivs för sjukdomar som inte i dag omfattas av kostnadsfrihet. I det fallet ska regionerna börja erbjuda kostnadsfri provtagning, vård, behandling och läkemedel till personer som har, eller misstänker att de har, den aktuella sjukdomen.

För det fall regeringen avser att utnyttja bemyndigandet är vår bedömning att den s.k. finansieringsprincipen ska tillämpas eftersom kostnadsfrihet för nya sjukdomar medför en obligatorisk ökad ambitionsnivå från statens sida, som dessutom inverkar på regionernas möjlighet att ta ut patientavgifter. Det medför att staten ska ersätta regionerna för de kostnader som följer. Vilka kostnader det blir fråga om skiljer sig något åt bl.a. beroende på om det är existerande sjukdomar som inte är kostnadsfria, för vilka regionerna således tar ut patientavgifter, eller helt nya sjukdomar.

11.5 Behov av informationsinsatser

Utredningen ska göra en bedömning av om det finns behov av speciella informationsinsatser. Våra förslag om förändringar beträffande enskildas ansvar och skyldigheter kan medföra behov av utbildning för dem som ska tillämpa och påverkas av bestämmelserna i sitt arbete, dvs. behandlande läkare, viss övrig hälso- och sjukvårdspersonal och smittskyddsläkare. Detta är målgrupper som är väl förtrogna med nuvarande regelverk. Förslagen innebär förändringar på flera sätt i smittskyddslagen, men är dock lämnade inom ramen för nuvarande smittskyddslags struktur. Terminologin är t.ex. densamma och vilka sjukdomar som omfattas av regleringen ändras inte.

De utbildningsinsatser som behövs kan enligt utredningens bedömning ske inom ramen för den fortbildning och kompetensutveckling som normalt ges hälso- och sjukvårdpersonal och smittskyddspersonal. I viss mån bör smittskyddsläkarna kunna tillhandahålla utbildning inom ramen för sitt samlade ansvar för smittskyddsarbetet i respektive region och uppgiften att stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet. Detta innefattar även privata vårdgivare. På nationell nivå finns Folkhälsomyndigheten som kan ge visst stöd till i första hand smittskyddsläkarna inom ramen för sitt samordnande uppdrag på smittskyddsområdet.

De informations- och utbildningsinsatser som behövs med anledning av förslagen om enskildas skyldigheter och rättigheter får enligt utredningens bedömning anses ingå i myndigheters, regioners och kommuners befintliga ansvar och därmed inte föranleda kompensation från staten till regioner och kommuner.

Utredningen bedömer att våra förslag i övrigt inte föranleder behov av speciella informationsinsatser.

11.6 Konsekvenser för enskilda

Förhållningsregler i mindre omfattning och med stärkt rättssäkerhet

Förhållningsregler ska enligt vårt förslag endast ges när medicinska och praktiska råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde. Det innebär att läkaren har att göra en bedömning i det enskilda fallet om ett beslut om förhållningsregler behövs. Sådana beslut ska inte heller gälla längre än vad som är nödvändigt. Härutöver föreslår vi förändringar som syftar till att stärka rättssäkerheten för den enskilde som meddelas förhållningsregler. Vi föreslår också att det ska tydliggöras i smittskyddslagen vad det innebär att förhållningsregler ska vara individuellt utformade. Förslaget innebär att skyldigheter genom förhållningsregler endast kommer åläggas den som läkaren bedömer inte på frivillig väg kommer anpassa sitt beteende eller kommer att vidta de andra åtgärder som krävs för att minimera risken för smittspridning. Eftersom vår bedömning och utgångspunkt är att de allra flesta som bär på en allmänfarlig sjukdom är villiga att vidta behövliga åtgärder för att skydda andra på frivillig väg, kommer det vara betydligt färre än i dag som omfattas av förhållningsregler, utan att för den skull göra avkall på skyddet mot smittspridning.

Genom ändringarna är det utredningens mening att förutsättningar skapas för bättre samarbete mellan behandlande läkare och patient och att enskilda tar ett ökat ansvar och genom sitt eget agerande medverkar till att smittspridning inte sker. Den som meddelas förhållningsregler får genom våra förslag ökade möjligheter att förstå och ta tillvara sin rätt att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren och domstol. Vi bedömer att den perspektivförskjutning som vi eftersträvar med förslagen kommer att vara till gagn för samhällets smittskydd som helhet.

Särskilt om förändringen av informationsplikten

Vi föreslår att den skyldighet som i dag finns i smittskyddslagen om att man, vid situationer där det finns en beaktansvärd risk för smittoöverföring, ska informera om att man bär på en allmänfarlig sjukdom, ska tas bort. En skyldighet om att informera ska dock kunna ges som en individuellt utformad förhållningsregel om förutsättningarna för att meddela en sådan förhållningsregel är uppfyllda, dvs. i vissa situationer där en anpassning av beteende inte är möjligt eller tillräckligt. Detta påverkar dels hur många som alls kan omfattas av en skyldighet att informera, dels kan det påverka personer i omgivningen.

Även genom denna ändring är det utredningens mening att förutsättningar skapas för bättre samarbete mellan behandlande läkare och patient och att enskilda tar ett ökat ansvar och genom sitt eget agerande medverkar till att smittspridning inte sker. Samma förhållningssätt, dvs. ett generellt ökat ansvarstagande för alla individer och mindre av ett ensidigt förlitande på information från ena parten, innebär enligt vår uppfattning en lägre risk för att bli smittad i kontakter med personer som inte känner till att de bär på en allmänfarlig sjukdom. Vi bedömer, liksom för förslagen om förhållningsregler i övrigt, att den perspektivförskjutning som vi eftersträvar kommer att vara till gagn för samhällets smittskydd som helhet.

Rätten till smittbärarersättning med anledning av en allmänfarlig sjukdom bibehålls

Vi lämnar förslag på förändringar i socialförsäkringsbalken som innebär att smittbärarpenning motsvarande det som i dag kan utgå till följd av ett beslut om förhållningsregler om att avstå från förvärvsarbete för att förhindra smittspridning, även ska kunna utgå på grund av ett råd om detta som en behandlande läkare har gett den enskilde med anledning av en allmänfarlig sjukdom. Vi föreslår också ändringar i socialförsäkringsbalken som innebär att det till en sådan ansökan om smittbärarpenning ska fogas ett intyg om de råd som getts av behandlande läkaren. Avsikten med ändringarna är att rätten till smittbärarpenning på grund av en allmänfarlig sjukdom inte ska förändras med anledning av de ändringar vi föreslår om förhållnings-

reglerna. Vi bedömer att förslaget i sig inte får några ekonomiska eller andra konsekvenser för enskilda.

Genom våra förslag omfattar rätten till smittbärarpenning också den som sätts i karantän enligt ett sådant beslut som vi föreslår att Folkhälsomyndigheten ska få fatta, men däremot inte vid beslut om hälsokontroll på platsen för inresa eller avspärrning. Detta motsvarar vad som gäller vid sådana beslut enligt nuvarande lagstiftning.

En flexibilitet i klassificeringen av sjukdomar gynnar alla

Förslaget om möjlighet till utökad kostnadsfrihet avser att undanröja hinder för att enskilda söker vård vid misstanke om vissa smittsamma sjukdomar. I förlängningen kan även andra enskilda indirekt gynnas genom att färre personer smittas och behöver vård eller behandling.

Enligt våra förslag utökas möjligheten för den behandlade läkaren att anmäla till smittskyddsläkaren när en enskild vid en smittspårning inte utan dröjsmål uppsöker läkare. Vårt förslag innebär att en sådan anmälan ska kunna göras inte bara för allmänfarliga sjukdomar utan också för andra smittspårningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsläkaren ska därefter underrätta den enskilde om att han eller hon kan ha smittats av sjukdomen och uppmana honom eller henne att uppsöka läkare. Smittskyddsläkaren ska också ha ett personligt samtal med den enskilde, om inte skäl talar mot detta. Förslaget innebär en viss utökning av vad som gäller i dag. Hur många som påverkas är beroende av vilka sjukdomar som är klassificerade som smittspårningspliktiga och hur vanligt förekommande de är. Med den mer flexibla ordning för klassificering av sjukdomar som vi föreslår kan bestämmelsen på sikt även omfatta sjukdomar som i dag är allmänfarliga och som i motsvarande situation omfattas av mer långtgående befogenheter för smittskyddsläkaren. Förslaget ger en mer ändamålsenlig hantering av de klassificerade sjukdomarna ur smittskyddshänseende. Den förändring vi föreslår för smittskyddsläkarens uppgifter vid smittspårning kan leda till att smittkedjor upptäcks och bryts, vilket förstärker samhällets smittskydd.

Det blir tydligt att smittskyddslagen innehåller rättigheter för den enskilde

Vi föreslår att det ska framgå att den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom ska ha rätt till medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. En motsvarande förändring görs beträffande psykosocialt stöd. Förslagen innebär att regleringen på ett annat sätt än i dag uttrycker att det är fråga om en rätt som enskilda har. Vi föreslår också att bestämmelsen om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning ska tydliggöras. Vi bedömer att dessa förändringar får begränsad praktisk betydelse för enskilda. Vi ser det ändå som principiellt viktiga förtydliganden som konkretiserar att smittskyddslagen innebär både rättigheter och skyldigheter för den enskilde.

Antalet enskilda som berörs

Våra förslag berör huvudsakligen enskilda som misstänks eller bekräftas ha en allmänfarlig sjukdom. Även personer som bär på en anmälningspliktig sjukdom kan på sikt beröras genom att det är sådana sjukdomar som regeringen kan föreskriva ska vara kostnadsfria, utöver de som är allmänfarliga. I de flesta fall är det fråga om förhållandevis kortvariga sjukdomar, och således en förhållandevis kort tid som man som enskild behöver följa råd eller, i förekommande fall, förhållningsregler till följd av den allmänfarliga sjukdomen. I vissa fall är det dock fråga om långvariga eller kroniska bärarskap. För dessa individer har våra förslag större betydelse.

Antalet personer som konstaterats eller misstänks ha en allmänfarlig sjukdom varierar över tid. Som exempel kan nämnas att det år 2023 anmäldes 73 000 fall av anmälningspliktiga sjukdomar, varav 55 000 smittspårningspliktiga och 52 500 allmänfarliga.[10] År 2024 anmäldes 71 000 fall, varav 53 000 smittspårningspliktiga och 48 000 allmänfarliga.

Förtydligandet om var och ens ansvar att förebygga smittspridning och förslaget om att den enskilde ska ha rätt till råd och stöd är inte begränsade till allmänfarliga sjukdomar utan gäller vid smittsam sjukdom. Hur många personer det rör sig om som i kontakt med vården ges råd eller stöd beträffande en smittsam sjukdom är

[10] Exklusive covid-19.

inte möjligt att uppskatta, likaså hur många som överhuvudtaget får en smittsam sjukdom.

Förändringar av smittskyddets beredskapsregler

Förslaget om att Folkhälsomyndigheten ska få besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på att regeringen föreskriver att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss sjukdom bedöms om det tillämpas få vissa konsekvenser för enskilda. Omfattningen av dessa konsekvenser jämfört med nuvarande regler är svårbedömd. Det är inte otänkbart att bestämmelsen aldrig kommer att tillämpas. Nuvarande regler om extraordinära smittskyddsåtgärder har hittills aldrig tillämpats.

Åtgärderna som sådana är desamma som i dag regleras i 3 kap. 8–10 §§ SmL. De innebär att enskilda, som en utredningsåtgärd, kan underkastas smittskyddsåtgärder som bl.a. begränsar deras rörelsefrihet.

Förslaget om ändring av det s.k. snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL bedöms inte få några omedelbara konsekvenser för enskilda. Liksom gäller för andra beredskapsregler inom smittskyddet kan dock snabbt vidtagna åtgärder minska eller fördröja smittspridningen vilket kan gagna för samhället i stort.

Nationell samordning av vårdhygienfrågor

Förslagen som gäller nationell samordning av vårdhygienfrågor får inte några omedelbara konsekvenser för enskilda. Förslagen kan dock i förlängningen både på kort och längre sikt innebära att såväl lidande, inkomstbortfall som dödsfall till följd av vårdrelaterade infektioner undviks. I kapitel 7 har vi översiktligt beskrivit nuläget vad gäller vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvård och omsorg i Sverige och vad de i dag uppskattas leda till i form av vårdskador.

11.7 Konsekvenser för företag och civilsamhälle

Privata eller idéburna vårdgivare som har patienter med smittsamma sjukdomar, särskilt allmänfarliga sjukdomar, påverkas på samma sätt av våra förslag som offentliga vårdgivare, se avsnitt 11.4.1 om behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Ovan har vi bedömt att förslagen om enskildas ansvar och skyldigheter inte föranleder behov av ökade resurser för det offentliga. Motsvarande bedömning gör vi således för vårdgivare som inte är offentliga.

Privata vårdgivare kan också behöva uppdatera informationsmaterial och liknande till följd av det förslagna namnbytet på smittskyddsläkaren.

Den nationella samordningen på vårdhygienområdet förändrar inte det ansvar som åvilar privata vårdgivare eller utförare av omsorg i dagsläget, där det bl.a. ingår att erbjuda en god vård av god hygienisk standard respektive en omsorg av god kvalitet. Däremot kan den statliga samordningen bidra till t.ex. ökad tydlighet om bl.a. råd och riktlinjer, vilket även kommer privata företag till gagn.

Vi förutser att förslagen i betänkandet inte i någon del får effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt. Inte heller påverkas små företag i dessa avseenden på något sätt som skiljer sig från stora företag.

Patientföreningar och andra civilsamhällesorganisationer kan framför allt inledningsvis, i samband med att förändringar av enskildas rättigheter och skyldigheter träder i kraft, få frågor om den nya regleringen.

11.8 Övriga konsekvenser

Jämställdhet

Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Det finns också sju jämställdhetspolitiska delmål. Inga av förslagen i betänkandet bedöms ha någon direkt betydelse för möjligheterna att nå målen för jämställdhetspolitiken. Förslagen i betänkandet förutspås inte heller leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män. Inte heller är några av förslagen utformade för att särskilt få effekter för kvinnor eller män, flickor eller pojkar.

Det kan dock framhållas att smittsamma sjukdomar i vissa fall drabbar kvinnor respektive män, samt olika åldersgrupper, i olika omfattning. Exempelvis är det en majoritet av personer med hiv som är män (60 %) och bland nya rapporterade fall av hiv år 2024 var det cirka två tredjedelar som var män. För den vanligaste allmänfarliga sjukdomen, klamydia, var fördelningen av de anmälda fallen 54 procent kvinnor och 46 procent män år 2024.

Integration

Inga av förslagen i betänkandet bedöms ha någon direkt inverkan på möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

En majoritet av de personer som har hiv och av dem som årligen anmäls som nya fall i Sverige är utrikes födda. Även för flera andra smittsamma sjukdomar, såsom t.ex. tuberkulos och hepatit B, noteras en överrepresentation av utrikes födda samt annat smittland än Sverige i statistiken. För att de rättssäkerhetsförbättringar som vi föreslagit ska få genomslag är det viktigt att hälso- och sjukvården säkerställer att adekvat information kan ges på olika språk eller med tolk.

Samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt

Samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt är de effekter som går utöver direkta kostnader och intäkter för stat, kommuner, regioner, företag och andra enskilda. Vinsterna av förebyggande arbete för smittskydd, folkhälsa och samhälle är inte alltid enkla att kvantifiera. Det beror bl.a. på att nyttan på samhällsnivå ofta tar lång tid att uppnå och att det kan vara svårt att isolera effekten av enskilda åtgärder.

Genom att smittskyddet på individnivå blir mer ändamålsenligt och proportionerligt finns förutsättningar för bl.a. minskad smittspridning och bättre folkhälsa.

Förslagen beträffande nationell samordning på vårdhygienområdet avser att på långt sikt uppnå förändring. I Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens finns konkreta mål, t.ex. att genomsnittet för andelen vårdrelaterade infektioner hos människor (enligt ECDC:s definition) ska minska med en tredjedel mellan 2026–2035 jämfört med 2023 års nivå. De samhällsekonomiska konsekvenserna av en sådan minskning är undvikande av allvarliga infektioner, vårdskador

och dödsfall. Det nationella samordningsansvaret är enbart en del av flera samverkande faktorer som kan bidra till att uppnå ett sådant mål.

Förslagen som syftar till stärkt robusthet för de regionala smittskyddsläkarna förväntas leda till förbättringar i normalläge men har också beredskapskaraktär. Vid en pandemi kan centralt placerade regionala smittskyddsläkare bidra till mer samordnande insatser för minskad smittspridning.

Brottslighet, brottsförebyggande arbete samt sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningen bedömer att inget av förslagen kommer att ha någon betydelse för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet. Motsvarande bedömning gör vi för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.

11.9 Förhållandet till tjänste- och anmälningsdirektiven

Tjänstedirektivet

Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (tjänstedirektivet) innehåller bestämmelser som syftar dels till att förenkla förfaranden och formaliteter som är tillämpliga på tillträde till och utövande av tjänsteverksamhet, dels till att tjänsteleverantörer ska kunna fullgöra vissa förfaranden och få information genom gemensamma kontaktpunkter i medlemsstaterna. Direktivet syftar till att underlätta för tjänsteleverantörer att sälja tjänster i ett annat EU-land utan att vara etablerade där, dvs. som enbart tillhandahåller den aktuella tjänsten tillfälligt i Sverige.

Vi lämnar förslag som innebär förändrade krav på bl.a. behandlande läkare vid och efter meddelande av beslut om förhållningsregler. Förslagen omfattar även behandlande läkare i privat verksamhet. Enligt artikel 2.2.f. tjänstedirektivet är dock hälso- och sjukvårdstjänster, oavsett om de tillhandahålls via sjukvårdsinrättningar eller inte, och oavsett hur de är organiserade och finansierade på nationell

nivå eller om de är offentliga eller privata, undantagna från direktivets tillämpning. I lagen (2009:1079) om tjänster på den inre marknaden, som har samma tillämpningsområde som direktivet, definieras tillämpningsområdet genom att de tjänster som undantas från tillämpningsområdet anges i 2 §. Bland undantagen finns tjänster som är förbehållna reglerade yrken inom hälso- och sjukvården.

Vår bedömning är att förslagen om förändringar som gäller smittskyddslagens reglering av förhållningsregler inte behöver anmälas enligt tjänstedirektivet. Inte heller några av våra övriga förslag bedömer vi omfattas av tjänstedirektivets tillämpningsområde.

Anmälningsdirektivet

Enligt det anmälningsförfarande som regleras i Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2015/1535 av den 9 september 2015 om ett informationsförfarande beträffande tekniska föreskrifter och beträffande föreskrifter för informationssamhällets tjänster (anmälningsdirektivet), ska nationella krav avseende produkters egenskaper och krav för informationssamhällets tjänster (så kallade e-tjänster) anmälas till kommissionen. Syftet är att motverka handelshinder. Anmälningsdirektivet är genomfört i Sverige bl.a. genom förordningen (1994:2029) om tekniska regler. Av 2 § den förordningen framgår att med teknisk föreskrift avses

– föreskrifter eller andra bestämmelser som utgörs av eller hänvisar till tekniska specifikationer eller andra krav och som är rättsligt eller faktiskt tvingande vid saluföring eller användning av en vara,
– föreskrifter om informationssamhällets tjänster som är rättsligt eller faktiskt tvingande vid tillhandahållande, etablering eller användande av sådana tjänster, samt
– föreskrifter som förbjuder tillverkning, import, saluföring eller användning av en vara.

Kravet på anmälan av författningsförslag som omfattas av direktivet omfattar både regeringen och myndigheter. Anmälan görs via Kommerskollegium.

Utredningen bedömer att anmälningsdirektivets regler inte aktualiseras för de lagförslag vi lämnar i betänkandet. Förslagen uppställer

enligt vår bedömning inga specifikationer, krav eller förbud avseende varor, och avser inte heller informationssamhällets tjänster.

11.10 Förhållandet till IHR 2005

Det internationella hälsoreglementet, International Health Regulations (IHR), är ett ramverk för medlemsländerna inom Världshälsoorganisationen (WHO). Det nu gällande reglementet IHR 2005 syftar till att ge största möjliga skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids internationellt med minsta möjliga hinder för den internationella trafiken (artikel 2 i IHR 2005). IHR 2005 innehåller bl.a. bestämmelser om vilka åtgärder stater får vidta mot personer och objekt vid resor in i och ut ur landet. IHR får därför främst betydelse för vilka åtgärder som medlemsländerna får vidta vid gränsövergångar. Utredningens bedömning är att förslagen om att Folkhälsomyndigheten i vissa fall ska få besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder i avvaktan på regeringens föreskrifter enligt det så kallade snabbförfarandet i 9 kap. 2 § SmL är förenligt med IHR 2005. Samma bedömning gäller övriga förslag i betänkandet.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

1 kap.

9 §

I varje region ska det finnas en *regional* smittskyddsläkare.

Den regionala smittskyddsläkaren utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under nämnden *och vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under nämnden*.

Den regionala smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

Paragrafen anger att det i varje region ska finnas en regional smittskyddsläkare samt hur denne utses, verkar och får delegera uppgifter. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.6.

I *första stycket* görs en ändring som innebär att smittskyddsläkaren byter benämning till regional smittskyddsläkare.

I *andra stycket* görs dels ändringar med anledning av den ändrade benämningen, dels ett tillägg om regionala smittskyddsläkarens placering i den regionala organisationen. I den hittillsvarande bestämmelsen anges att smittskyddsläkaren, i frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning, ska verka under en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vilken eller vilka nämnder som utövar ledningen över sjukvårdsverksamheten, och således vilken nämnd smittskyddsläkaren verkar under, kan variera mellan olika regioner. I bestämmelsen görs ett tillägg om att den regionala smittskyddsläkaren ska vara direkt underställd den högsta chefsbefattningen under den nämnd som smittskyddsläka-

ren verkar under. Innebörden av tillägget är att smittskyddsläkaren ska placeras direkt under regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande högsta chefsbefattning under nämnden. Bestämmelsen gäller alla regioner oavsett hur organisationen ser ut och vilken chefsbefattning den högsta chefen har i förvaltningen eller motsvarande verksamhet under nämnden. Bestämmelsen innebär inte bara ett formellt krav på att regionala smittskyddsläkaren ska ha en viss placering i organisationen, utan också att denne i praktiken ska ges en reell möjlighet att ge stöd åt och påverka regionledningen i frågor som involverar smittskyddsaspekter. I frågor som avser myndighetsutövning ska regionala smittskyddsläkaren fortsatt vara självständig i förhållande till regionen (se prop. 2003/04:30 s. 213). Någon ändring i sak av detta är inte avsedd. Förändringen är inte heller avsedd att ändra regionens och smittskyddsläkarens ansvar enligt 1 kap. 8 § respektive 6 kap. 1 §.

I *tredje stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

11 §

Regionen ansvarar för att det finns beredskap för att hantera en omfattande smittspridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.

Regionen ska besluta om en plan för beredskapen (epidemi- och pandemiplan).

Den regionala smittskyddsläkaren ansvarar för att upprätta ett förslag till planen.

Paragrafen reglerar regionernas beredskapsansvar vid en omfattande smittspridning. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *tredje stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

2 kap.

1 §

Var och en *ska* genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

Paragrafen anger att utgångspunkten i samhällets smittskydd är att var och en så långt som möjligt ska vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot smittrisk. Övervägandena finns i avsnitt 5.15.

I bestämmelsen tas orden ”medverka till att” bort. Genom ändringen kommer var och ens ansvar tydligare till uttryck. Någon ändring i sak är inte avsedd (se prop. 2003/04:30 s. 214). I bestämmelsen ändras också ordet skall till ska.

3 §

Regionen, och under regionen *den regionala* smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.

Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom smittskyddet ska vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar.

Paragrafen innehåller bestämmelser om information och förebyggande åtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

5 §

En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, ska utan dröjsmål anmäla detta till *regionala* smittskyddsläkaren i den region där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Folkhälsomyndigheten. Anmälan ska göras även beträffande annan sjukdom som är eller som misstänks vara smittsam, om sjukdomen har fått en anmärkningsvärd utbredning inom ett område eller uppträder i en elakartad form.

Anmälningsskyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även
– läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik,
– den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, och
– läkare som utför obduktion.

Paragrafen innehåller bestämmelser om anmälningsskyldigheten till regionala smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten vid misstänkt eller konstaterat fall av allmänfarlig sjukdom, annan anmälningspliktig sjukdom eller annan smittsam sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

7 a §

En veterinär ska utan dröjsmål underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om underrättelseskyldighet för veterinärer. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I bestämmelsen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

3 kap.

1 §

Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger.

En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom *ska* skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs.

Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning *ska* läkaren utan dröjsmål anmäla detta till *den regionala* smittskyddsläkaren.

Paragrafen innehåller bestämmelser om läkarundersökning vid allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårningspliktig sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *andra och tredje styckena* ändras ordet skall till ska och i tredje stycket görs även ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

2 §

Om någon som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger, får förvaltningsrätten på ansökan av *den regionala* smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning. Beslut om sådan undersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

Vid undersökningen får det inte förekomma ingrepp som kan förorsaka annat än obetydligt men.

Den läkare som utfört undersökningen *ska* omedelbart underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om resultatet av denna.

I paragrafen regleras förutsättningarna för tvångsundersökning. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första och tredje styckena* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och i tredje stycket ändras också ordet skall till ska.

3 §

Om den som undersökts för en allmänfarlig sjukdom byter behandlande läkare, *ska* den läkare som övertar behandlingsansvaret omedelbart underrätta den tidigare behandlande läkaren och *den regionala* smittskyddsläkaren om detta.

I paragrafen finns en bestämmelse om underrättelseskyldighet vid byte av behandlande läkare. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I bestämmelsen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

5 §

Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen, *ska* han eller hon underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får överta

smittspårningsärendet eller överlämna det till en annan person med särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. Sådant övertagande eller överlämnande får också ske om smittskyddsläkaren finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.

Har smittspårningsärendet tagits över av *den regionala* smittskyddsläkaren *ska* den enskilde patienten lämna sådana upplysningar som avses i 4 § första stycket till honom eller henne.

I paragrafen anges att den regionala smittskyddsläkaren i ett enskilt fall får ta över smittspårningsärende av behandlande läkaren. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första och andra styckena* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

6 §

Om en person som har underrättats enligt 4 § andra stycket om misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom eller *annan smittspårningspliktig sjukdom* inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, *ska* den som enligt 4 § första stycket ansvarar för smittspårningen utan dröjsmål anmäla detta till *den regionala* smittskyddsläkaren.

I paragrafen finns en bestämmelse om en anmälningsskyldighet för den som ansvarar för smittspårningen när en patient inte låter sig undersökas. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.3 och 7.3.8.

I bestämmelsen görs ett tillägg som innebär att anmälningsskyldigheten även ska gälla för annan smittspårningspliktig sjukdom. Enligt den hittillsvarande bestämmelsen gäller skyldigheten att göra anmälan till smittskyddsläkaren endast vid allmänfarliga sjukdomar. Anmälan ska göras av den som ansvarar för smittspårningen, dvs. i förekommande fall även annan hälso- och sjukvårdspersonal än behandlande läkare (prop. 2003/04:30 s. 222). Smittskyddsläkarens skyldigheter efter det att han eller hon mottagit anmälan framgår av 6 kap. 3 och 3 a §§.

I bestämmelsen görs även ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

7 §

En anmälan enligt 1 § tredje stycket eller 6 § *ska* innehålla uppgifter om
1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och
2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för *den regionala* smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

En sådan anmälan *ska* alltid innehålla en redogörelse för de omständigheter på vilka den behandlande läkaren grundar sin misstanke om att en person bär på en allmänfarlig sjukdom.

I paragrafen finns bestämmelser om vad en anmälan ska innehålla. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska. Även i *andra stycket* byts skall mot ska.

8 §

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får *den regionala* smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det finns grundad anledning att anta att det i ett visst geografiskt område pågår ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område eller från ett annat område som står i nära förbindelse med området, samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå en hälsokontroll på platsen för inresan.

Den regionala smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut enligt andra stycket.

Paragrafen innehåller bestämmelser om hälsokontroll på platsen för inresan. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första och tredje styckena* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

9 §

Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får *den regionala* smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen *ska* hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut

innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *beslutsmyndigheten* i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Paragrafen innehåller bestämmelser om karantän. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8 och 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

I *andra stycket* ändras ordet smittskyddsläkaren till beslutsmyndigheten. Folkhälsomyndigheten får under vissa förutsättningar besluta om karantän enligt 9 kap. 2 a §. Ändringen görs till följd av att Folkhälsomyndigheten i egenskap av beslutsmyndighet, på samma sätt som den regionala smittskyddsläkaren, får medge undantag från förbudet mot besök vid karantän i det enskilda fallet om det kan ske utan risk för spridning av sjukdom. En hänvisning till bestämmelsen finns i 9 kap. 2 c §. Någon ändring i sak i de fall det är den regionala smittskyddsläkaren som fattat beslut om karantän enligt första stycket är inte avsedd.

10 a §

I 9 kap. 2 a–2 c §§ finns bestämmelser om att Folkhälsomyndigheten under vissa förutsättningar får besluta om sådan hälsokontroll vid inresa, karantän respektive avspärrning som avses i 8, 9 och 10 §§.

Paragrafen, som är ny, upplyser om att Folkhälsomyndigheten under vissa förutsättningar får besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

12 §

Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,
2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,
3. *ska* hållas i karantän enligt 9 §, eller
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §

får inte resa ut ur landet. *Den regionala smittskyddsläkaren ska* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *ska* dock i god tid före avresan meddela *den regionala* smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *ska* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

Paragrafen innehåller bestämmelser om att en person som har isoleras, hålls i karantän eller förbjudits lämna avspärrat område inte får lämna landet. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första och andra styckena* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

4 kap. Vissa rättigheter och skyldigheter vid smittsam sjukdom

Skyddsplikt

1 §

Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk.

Paragrafen har hittills innehållit bestämmelser dels om den behandlande läkarens skyldighet att ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade medicinska och praktiska råd, dels om att den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring ska erbjudas detta. Övervägandena finns i avsnitt 5.14 och 5.15.

De hittillsvarande bestämmelserna i paragrafen flyttas med vissa ändringar till kapitlets 2 § respektive 3 §.

Bestämmelsen om den så kallade skyddsplikten i hittillsvarande 2 kap. 2 § första stycket flyttas hit. Någon ändring i sak är inte avsedd (prop. 2003/04:30 s. 214).

Rätt till medicinska och praktiska råd

2 §

Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom har rätt till medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Den behandlande läkaren ansvarar för att sådana råd ges.

Paragrafen har hittills innehållit bestämmelser om den behandlande läkarens skyldighet att besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 5.14.

De hittillsvarande bestämmelserna i paragrafen flyttas med vissa ändringar till ett nytt kapitel, 4 a kap.

Bestämmelsen i hittillsvarande 1 § första stycket om den behandlande läkarens skyldighet att ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom medicinska och praktiska råd flyttas hit, med följande ändringar.

Bestämmelsen formuleras om så att det framgår att det är en rättighet för den enskilde att få medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk och att den behandlande läkaren ansvarar för att sådana råd ges.

Att den behandlande läkaren ansvarar för att sådana råd ges innebär att råden inte måste ges av just läkaren. Beroende på vilket smittämne eller sjukdom det gäller och på omständigheterna i övrigt kan råden ges av någon annan hälso- och sjukvårdspersonal. Ansvaret för att råden ges på ett tillfredsställande sätt vilar dock alltjämt på den behandlande läkaren.

Kravet att råden ska vara individuellt utformade tas bort. Att den enskilde har rätt till medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk innebär att råden ska vara utformade på ett sådant sätt att det framgår för den enskilde vad han eller hon kan göra för att förhindra att överföra smittämnet eller sjukdomen till någon annan. Sådana råd kan, beroende på vilket smittämne eller sjukdom det gäller och beroende på omständigheterna i övrigt, ges som generellt utformade råd eller vid behov anpassas till den enskilde. Råd kan behöva ges vid upprepade tillfällen och innehållet kan behöva förändras över tid på grund av t.ex. den enskildes personliga förhållanden eller sjukdomsutvecklingen.

Det kan erinras om att läkare även har en allmän skyldighet enligt andra bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område att ge upplysningar och råd rörande den sjukdom som patienten drabbats av, se t.ex. 3 kap. patientlagen (2014:821). Den skyldigheten gäller också smittsamma sjukdomar.

Rätt till psykosocialt stöd

3 §

Den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom har vid behov rätt till psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring. Sådant stöd ska ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.

Paragrafen har hittills innehållit bestämmelser om smittskyddsläkarens prövning av beslutade förhållningsregler. Övervägandena finns i avsnitt 5.14.

De hittillsvarande bestämmelserna i paragrafen flyttas med vissa ändringar till ett nytt kapitel, 4 a kap.

Bestämmelsen i hittillsvarande 1 § andra stycket om psykosocialt stöd flyttas hit, men med vissa ändringar.

Bestämmelsen formuleras om så att det framgår att det är en rättighet för den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom att vid behov erbjudas psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring. Någon ändring i sak är inte avsedd (prop. 2003/04:30 s. 223).

Övriga ändringar är redaktionella.

Dokumentation

4 §

Uppgifter om de råd och stöd som lämnas enligt 2 och 3 §§ ska antecknas i den enskildes patientjournal.

Paragrafen har hittills innehållit bestämmelser om behandlande läkarens anmälningsplikt vid bristande följsamhet till beslutade förhållningsregler. Övervägandena finns i avsnitt 5.14.

De hittillsvarande bestämmelserna i paragrafen flyttas med vissa ändringar till ett nytt kapitel, 4 a kap.

I paragrafen införs en bestämmelse om att uppgifter om vilka medicinska och praktiska råd som har getts den enskilde med stöd av 2 § och sådant psykosocialt stöd som erbjuds den enskilde med stöd av 3 § ska antecknas i den enskildes patientjournal.

Skyldigheten att föra patientjournal regleras i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

4 a kap. Vissa smittskyddsåtgärder vid allmänfarlig sjukdom

Individuellt utformade förhållningsregler

Behandlande läkare får besluta om individuellt utformade förhållningsregler

1 §

När en patient bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och medicinska och praktiska råd enligt 4 kap. 2 § inte kan ges i samförstånd med honom eller henne, ska den behandlande läkaren besluta om individuellt utformade förhållningsregler.

Att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade innebär att de ska vara anpassade till den allmänfarliga sjukdomens spridningssätt, patientens smittsamhet och andra personliga förhållanden.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om den behandlande läkarens skyldighet att besluta om individuellt utformade förhållningsregler under vissa förutsättningar för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 5.6. och 5.7.

Bestämmelsen i *första stycket* motsvarar delvis bestämmelsen om den behandlande läkarens skyldighet att besluta om förhållningsregler i hittillsvarande 4 kap. 2 § första stycket första meningen, men skyldigheten begränsas till de situationer när omständigheterna är sådana att medicinska och praktiska råd enligt 4 kap. 2 § (se kommentaren till den bestämmelsen ovan) inte kan ges i samförstånd med patienten.

Att råden inte kan ges i samförstånd innebär att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte samtycker till att vidta de åtgärder som behövs. Omständigheter som kan ligga till grund för en sådan

bedömning kan t.ex. vara att möjligheterna till frivilliga insatser är uttömda genom att patienten inte följer de råd som redan getts eller inte deltar i de psykosociala stödinsatser som bedömts vara nödvändiga och som erbjudits.

Kraven får dock inte ställas så högt att det för att förhållningsregler ska bli aktuella krävs att patienten först inte följer givna råd eller uteblir från insatser som har erbjudits. Patienten kan på fråga från den behandlande läkaren t.ex. uttryckligen uppge att han eller hon inte har för avsikt att följa råden eller motsätter sig att ta emot det psykosociala stöd som bedöms vara nödvändigt för att patienten ska kunna ta till sig råden eller ändra sin livsföring.

Det kan också föreligga situationer när patientens inställning inte är så klar, men omständigheterna är sådana att den behandlande läkaren ändå behöver besluta om förhållningsregler. Sådana omständigheter kan vara att den behandlande läkaren känner till, genom sina tidigare kontakter med patienten eller genom journalanteckningar, att patienten tidigare inte återkommit till behandlande läkare i enlighet med bestämd planering, inte fullföljt föreskriven behandling eller erbjudna behandlingsinsatser på ett sätt som väcker tvivel om att patienten kommer att följa behövliga råd. Det skulle även kunna handla om att det föreligger andra personliga förhållanden, t.ex. psykisk ohälsa eller ett pågående missbruk, som bedöms påverka förmågan att vidta behövliga åtgärder för att minska smittrisken med frivillighet som grund.

Patientens samtycke till att följa givna råd och ta del av erbjudet psykosocialt stöd måste också vara allvarligt menat. Det kan förekomma att patienten samtycker till de åtgärder som han eller hon behöver vidta men den behandlande läkaren har grundad anledning att anta att samtycket inte är allvarligt menat eller att det finns överhängande risk för att samtycket kan komma att tas tillbaka.

Frågan om huruvida råd om behövliga åtgärder kan ges i samförstånd med patienten behöver mot bakgrund av det ovanstående således avgöras i varje enskilt fall och patientens inställning till åtgärderna utredas av den behandlande läkaren.

I 6 kap. 2 § fjärde punkten finns bestämmelser om regionala smittskyddsläkarens uppgift att stödja den behandlande läkaren och ge råd om lämpliga åtgärder när det behövs. Behöver den behandlande läkaren stöd i sin bedömning av om råd kan ges i samförstånd med patienten ska smittskyddsläkaren alltså vara behjälplig med detta.

I *andra stycket* anges vad som menas med att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade.

Där framgår att förhållningsreglerna ska anpassas till den aktuella sjukdomens spridningssätt. Vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra smittspridning varierar från sjukdom till sjukdom och kan t.ex. bero på sjukdomens smittvägar. En luftburen smitta kräver givetvis andra åtgärder än en sjukdom som enbart kan överföras genom blod och andra kroppsvätskor. Vad som kan vara behövliga förhållningsregler för en viss sjukdom behöver utgå från aktuell kunskap om sjukdomen och dess spridningssätt.

Vidare framgår att förhållningsreglerna ska anpassas till den enskildes smittsamhet. En individs smittsamhet kan variera över tid, t.ex. på grund av att den behandling som han eller hon erhåller mot sjukdomen minskar eller eliminerar överföringsrisken. Det kan också finnas andra omständigheter som rör den enskilde och som påverkar smittsamheten.

Härutöver framgår att förhållningsreglerna ska utgå från den enskildes personliga förhållanden. Med personliga förhållanden avses den enskildes beteende som är relevant för smittspridning och hans eller hennes levnadsförhållanden, t.ex. psykisk ohälsa eller ett pågående missbruk.

2 §

Förhållningsreglerna får avse

1. en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare

2. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,

3. en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, och

4. en skyldighet att anpassa sitt beteende på ett sätt som minimerar risken för smittoöverföring i situationer som innebär en beaktansvärd risk för sådan överföring.

För situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smittan överförs och det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken med ett anpassat beteende, får förhållningsreglerna även avse en skyldighet att lämna information om smittan till människor som patienten då kommer i kontakt med.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om vad förhållningsreglerna som beslutas med stöd av 1 § får avse. Övervägandena finns i avsnitt 5.12.

Uppräkningen i *första stycket* motsvarar den hittillsvarande uppräkningen i 4 kap. 2 § första stycket med vissa skillnader.

Den *första punkten* motsvarar den hittillsvarande åttonde punkten om en skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare (se prop. 2003/04:30 s. 223). Någon ändring i sak i fråga om det moment som punkten omfattar är inte avsedd.

Den *andra punkten* motsvarar den hittillsvarande första punkten om inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet (se prop. 2003/04:30 s. 224). Någon ändring i sak i fråga om de moment som punkten omfattar är inte avsedd. Se dock författningskommentaren till ändringar i 46 kap. 5 § och 110 kap. 24 § socialförsäkringsbalken som innebär att rätten till smittbärarpenning inte förutsätter beslut om förhållningsregler enligt punkten.

Den *tredje punkten* motsvarar den hittillsvarande sjunde punkten om en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner (se prop. 2003/04:30 s. 225). Någon ändring i sak är inte avsedd.

Den *fjärde punkten* motsvarar delvis den hittillsvarande sjätte punkten om en skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning (se prop. 2003/04:30 s. 225). Punkten har gjorts neutral i fråga om smittväg och omfattar nu också andra situationer vid vilka det finns beaktansvärd risk för att smittan överförs. Med situationer med beaktansvärd risk avses endast situationer i vilka det finns en reell smittrisk som inte är alltför obetydlig. När en sådan risk föreligger beror t.ex. på den enskilda situationen och på sjukdomens smittvägar. Det är därför viktigt att förhållningsreglerna anpassas till sjukdomens spridningssätt, den enskildes smittsamhet och personliga förhållanden i enlighet med 1 § andra stycket.

Det ska alltså vara situationer där risken är sådan att det kan anses vara både ändamålsenligt och proportionerligt att besluta om förhållningsregler om att iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning. En förhållningsregel som tar sikte på att anpassa beteendet vid sexuella kontakter ska dock endast ta sikte på den sexuella situationen och de åtgärder som då kan krävas. Det är inte fråga om att meddela förhållningsregler som innebär en allmän anpassning av livsföringen eller som i praktiken innebär en livslång avhållsamhet från sex. Det tydligaste exemplet på en förhållningsregel om att anpassa beteendet vid sexuella kontakter är en förhållningsregel om att använda kondom.

Förhållningsregler som tar sikte på andra situationer skulle t.ex. kunna avse att inte låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg, vilket har reglerats i hittillsvarande tredje punkten. Det kan också t.ex. vara fråga om förhållningsregler att undvika kontakt med vissa djur, eller undvika nära kontakt med grupper av personer som har risk för svår sjukdom. Det bör även erinras om att förhållningsregler endast ska beslutas om behövliga råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde enligt 1 §.

I *andra stycket* finns möjlighet att ge en förhållningsregel om att informera om smittrisken. Möjligheten att ge en sådan förhållningsregel är begränsad i jämförelse med vad som gällt enligt hittillsvarande femte punkten. En förhållningsregel om att patienten ska lämna information om den allmänfarliga sjukdom han eller hon bär på eller misstänks bära på får endast ges för sådana situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smittan överförs och det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken genom ett anpassat beteende, dvs. ett sådant beteende som avses i första stycket fjärde punkten. För de flesta situationer bör det vara såväl tillräckligt som möjligt att anpassa sitt beteende för att minimera risken för smittoöverföring. Ett exempel på en situation för vilken förutsättningarna för en förhållningsregel enligt andra stycket inte är uppfyllda är sexuella kontakter i fråga om sjukdomar som är sexuellt överförbara. För sådana situationer går det att på olika sätt anpassa sitt beteende för att minimera risken för smittoöverföring.

Ett exempel på en situation där förutsättningarna skulle kunna vara uppfyllda enligt andra stycket är att det är fråga om en luftburen smitta och det på grund av trängsel eller trångboddhet eller där det finns andra hinder för att på ett tillräckligt sätt anpassa sitt beteende. I sådana situationer kan det vara ändamålsenligt att ge förhållningsregler enligt såväl första stycket fjärde punkten såväl som andra stycket, förutsatt att övriga förutsättningar för att besluta om förhållningsregler är uppfyllda. Ett annat sådant exempel kan vara att det är fråga om en blodsmitta i situationer där det finns en beaktansvärd risk att överföring sker genom kontaminerat blod och där risken inte går att minimera genom ett anpassat beteende. Även här ska givetvis också övriga förutsättningar för att besluta om förhållningsregler vara uppfyllda. Som framgår av 1 § ska förhållningsregler endast ges när erforderliga råd inte kan ges i samförstånd med den enskilde.

På motsvarande sätt som hittills gällt kan det vara svårt för den enskilde läkaren att i alla fall ha tillräckliga kunskaper om vilka förhållningsregler som bör ges och andra förebyggande åtgärder som kan behöva vidtas. Vägledning bör därför ges centralt i form av föreskrifter och allmänna råd eller genom Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad. Vid tveksamhet bör läkaren alltid rådfråga den regionala smittskyddsläkaren som har en skyldighet enligt 6 kap. 2 § att bistå honom eller henne i dessa frågor.

Liksom tidigare är uppräkningen uttömmande. Ytterst begränsas också utrymmet inom varje moment dels av sitt syfte, dvs. att möjliggöra nödvändiga och effektiva åtgärder som den enskilde själv kan vidta för att minimera risken för smittoöverföring av en viss allmänfarlig sjukdom, dels av de allmänna riktlinjer som anges i 1 kap. 4 § och som alltid ska beaktas inom smittskyddet. En förhållningsregel som meddelas med stöd av någon av punkterna, ska således bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Den ska utformas och meddelas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. Om åtgärden rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

3 §

Beslut om förhållningsregler gäller tills vidare om den behandlande läkaren inte beslutar något annat.

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse om giltighetstiden för förhållningsregler som beslutas med stöd av 1 §. Övervägandena finns i avsnitt 5.8.

Bestämmelsen innebär att ett beslut om förhållningsregler gäller, om inget annat beslutas, utan tidsbegränsning. Som anges i 1 § ska förhållningsreglerna dock vara individuellt utformade och som följer av 1 kap. 4 § första stycket får de inte heller vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa.

Bestämmelsen innebär att också i fråga om beslutets giltighetstid har den behandlande läkaren att utifrån omständigheterna i det enskilda fallet överväga om förhållningsreglerna bör gälla tills vidare eller om det finns skäl att begränsa dem i tiden. Vid denna bedömning bör det beaktas att förhållningsregler endast ska meddelas efter

en bedömning att råd om behövliga åtgärder inte kan ges i samförstånd med den enskilde, se 1 §. Härvid bör således beaktas att omständigheter som ligger till grund för bedömningen att det finns behov av att meddela förhållningsregler kan vara av övergående slag.

Det kan också här framhållas att den skyldighet som den behandlande läkaren har att erbjuda insatser i form av sådant psykosocialt stöd som kan hjälpa den enskilde att hantera sin livssituation också gäller i en situation i vilken förhållningsregler meddelas (4 kap. 1 § andra stycket SmL). Också under sådana förhållanden bör det övervägas om förhållningsreglerna bör vara tidsbegränsade, t.ex. under den tid som den psykosociala stödinsatsen pågår. Det kan också finnas andra omständigheter som gör att beslutet om förhållningsregler bör tidsbegränsas. Det är omständigheterna i det enskilda fallet som avgör. Se också 5 och 6 §§ om ändring, upphörande och regelbundna överväganden av meddelade beslut om förhållningsregler.

4 §

Beslut om förhållningsregler ska meddelas muntligt och skriftligt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om innehållet i det skriftliga beslutet.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om formkrav för beslut om förhållningsregler enligt 1 §. Övervägandena finns i avsnitt 5.10.

Bestämmelsen i *första stycket* motsvarar delvis hittillsvarande första ledet i 4 kap. 2 § andra stycket om att förhållningsregler ska meddelas skriftligt så snart det är möjligt. Av bestämmelsen framgår nu att beslut om förhållningsregler ska meddelas såväl muntligt som skriftligt. Normalt bör det kunna ske vid samma tillfälle, t.ex. vid ett läkarbesök eller vid någon annan form av vårdkontakt. I brådskande situationer bör, liksom förut, beslutet meddelas muntligen och ett skriftligt beslut tillställas den enskilde så snart som möjligt. Någon ändring i sak i detta avseende är inte avsedd.

Andra stycket innehåller en upplysningsbestämmelse om att regeringen med stöd av regeringsformen kan meddela närmare föreskrif-

ter om innehållet i det skriftliga beslutet om förhållningsregler. Regeringen kan också vidaredelegera föreskriftsrätten.

Bestämmelser om ändring, upphörande och regelbundna överväganden av beslutet

5 §

Den behandlande läkaren ska ändra ett beslut om förhållningsregler när det finns anledning till det. När ett beslut om förhållningsregler inte längre behövs, ska han eller hon besluta att det ska upphöra.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om ändring och upphörande av meddelade beslut om förhållningsregler enligt 1 §. Övervägandena finns i avsnitt 5.9.

Ett beslut om förhållningsregler ska inte gälla längre än vad som är nödvändigt. Av 3 § följer att beslut om förhållningsregler kan gälla till vidare eller vara tidsbegränsade. Om omständigheterna är sådana att det inte längre finns skäl för beslutet ska enligt förevarande bestämmelse den behandlande läkaren snarast möjligt fatta beslut om att det ska upphöra. Detta gäller såväl beslut som gäller tills vidare som beslut som är tidsbegränsade.

Innehåller beslutet flera förhållningsregler och det finns skäl att ta bort eller på annat sätt ändra någon av dem ska den behandlande läkaren ändra beslutet. Detsamma gäller om beslutet gäller tills vidare och det finns skäl att tidsbegränsa beslutet.

Bestämmelsen gäller meddelade beslut och de förhållningsregler som omfattas av beslutet. Om omständigheterna i stället har ändrats på sådant sätt att den behandlande läkaren bedömer att ytterligare förhållningsregler behöver meddelas den enskilde bör den behandlande läkaren med stöd av 1 § då fatta ett nytt beslut om den förhållningsregeln.

6 §

Den behandlande läkaren ska minst en gång per år överväga om beslutet om förhållningsregler fortfarande behövs.

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse om den behandlande läkarens ansvar att fortlöpande överväga om meddelade förhållningsregler fortsatt behövs. Övervägandena finns i avsnitt 5.9.

Bestämmelsen innebär att den behandlande läkaren ska överväga beslutet minst en gång per år. Tiden räknas från den dagen beslutet meddelas. Bestämmelsen gäller såväl tidsbegränsade beslut som beslut som har en längre giltighetstid än ett år.

Övervägandet innebär att den behandlande läkaren i den kontakt som han eller hon har med patienten ska efterfråga hur patienten uppfattar och hanterar sina förhållningsregler och bedöma om det finns skäl att ändra dem eller besluta att de ska upphöra. Det är därför nödvändigt att läkaren har tillräckligt täta kontakter med patienten även då han eller hon avböjer behandling eller då behandling inte finns. Om övervägandet resulterar i att beslutet ska bestå utan ändringar krävs inte ett formellt beslut om detta. I 8 § finns dock en bestämmelse om att även ett sådant övervägande ska antecknas i den enskildes patientjournal.

Av 5 § följer att ett beslut ska ändras eller upphöra så snart det inte längre bedöms finnas ett behov de meddelade förhållningsreglerna. Sådana förändringar ska alltså inte avvakta ett övervägande enligt förevarande paragraf.

Den regionala smittskyddsläkaren kan ompröva beslutet

7 §

Om patienten begär det ska den regionala smittskyddsläkaren ompröva ett beslut om förhållningsregler. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra beslutet på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut ska meddelas patienten och den behandlande läkaren.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om den regionala smittskyddsläkarens omprövning av ett beslut om förhållningsregler. Övervägandena finns i avsnitt 5.9.

Bestämmelserna motsvarar i allt väsentligt hittillsvarande 4 kap. 3 § första stycket (se prop. 2003/04:30 s. 225). Bestämmelserna omfattar dock också sådana ändringar av beslut som avses i 5 §. Ytterligare en skillnad är att det framgår att den regionala smittskyddsläkarens beslut ska meddelas såväl patienten som den behandlande läkaren. Övriga ändringar är inte avsedda att innebära någon förändring i sak.

I hittillsvarande 4 kap. 3 § anges i ett andra stycke att patienten ska informeras av den behandlande läkaren om möjligheten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren. Motsvarande bestämmelse finns inte i förevarande paragraf. Möjlighet för regeringen att föreskriva om detta på förordningsnivå finns dock i 8 kap. 7 § regeringsformen.

Dokumentation

8 §

Beslut enligt 1, 5 och 7 §§ och överväganden enligt 6 § ska antecknas i den enskildes patientjournal.

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse om dokumentation i patientens journal av beslut och överväganden om förhållningsregler. Övervägandena finns i avsnitt 5.9 och 5.10.

Bestämmelsen motsvarar delvis det hittillsvarande sista ledet i 4 kap. 3 § första stycket (se prop. 2003/04:30 s. 225). Bestämmelsen omfattar förutom beslut om förhållningsregler (1 §) också beslut om ändring av sådana beslut (5 §) och överväganden om huruvida beslutet ska fortsätta att gälla (6 §). Övriga ändringar är endast språkliga.

Skyldigheten att föra patientjournal regleras i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Efterlevnaden av förhållningsreglerna

9 §

Den behandlande läkaren ska så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs.

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse om efterlevnaden av meddelade förhållningsregler. Övervägandena finns i avsnitt 5.13.

Bestämmelsen motsvarar sista meningen i hittillsvarande 4 kap. 2 § andra stycket (prop. 2003/04:30 s. 112).

10 §

Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakttar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna och läkaren bedömer att han eller hon inte själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende, ska läkaren anmäla detta till den regionala smittskyddsläkaren.

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse om den behandlande läkarens anmälningsplikt vid bristande följsamhet till förhållningsreglerna. Övervägandena finns i avsnitt 5.13.

Bestämmelsen motsvarar hittillsvarande 4 kap. 4 § (se prop. 2003/04:30 s. 225), med den skillnaden att det tydliggörs att den behandlande läkaren inte har någon anmälningsskyldighet om han eller hon bedömer att det stöd som patienten behöver kan fås genom läkarens försorg. I bestämmelsen ändras också ordet skall till ska.

Underrättelseskyldighet

11 §

Om den regionala smittskyddsläkaren genom en anmälan enligt 10 § misstänker eller får veta att en patient inte har informerat närstående om smittrisken, trots att patienten meddelats en sådan förhållningsregel enligt 2 § andra stycket, och smittskyddsläkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas, ska han eller hon underrätta den närstående om smittrisken och hur den kan förebyggas.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om underrättelse till närstående. Övervägandena finns i avsnitt 5.13.

Bestämmelserna motsvarar till viss del hittillsvarande 4 kap. 8 §. Bestämmelserna anpassas till de ändringar som görs i fråga om den så kallade informationsplikten vid en allmänfarlig sjukdom. Informationsplikten tas bort i hittillsvarande 2 kap. 2 § andra stycket, men en möjlighet finns kvar om att besluta om en förhållningsregel om att lämna information i situationer som innebär en beaktansvärd risk för att smittan överförs och det inte bedöms möjligt eller tillräckligt att minimera risken med ett anpassat beteende (4 a kap. 1 § och 4 a kap. 2 § andra stycket).

Genom bestämmelserna ska den regionala smittskyddsläkaren i vissa fall underrätta den enskildes närstående om smittrisken och om hur den kan förebyggas. Skyldigheten föreligger i de fall smittskyddsläkaren efter en anmälan enligt 10 § misstänker eller fått veta att den enskilde inte har informerat närstående trots att den enskilde meddelats en sådan förhållningsregel och smittskyddsläkaren bedömer att den närstående löper en påtaglig risk att smittas. I övrigt föranleder inte ändringarna någon förändring i sak. Se därför vidare i fråga om t.ex. vem som är att anse som närstående, prop. 2003/04:30 s. 227.

12 §

Om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, ska den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården där underrättas av den behandlande läkaren, när denne får kännedom om intagningen, om smittan och om de medicinska och praktiska råd eller förhållningsregler som meddelats den intagne.

Kan den intagne inte tas om hand på ett sådant sätt att smittspridning kan förhindras, ska den ansvarige läkaren anmäla detta till den regionala smittskyddsläkaren.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om underrättelser om den enskilde tas in på en kriminalvårdsanstalt eller med tvång på en vårdinrättning. Övervägandena finns i avsnitt 5.13.

Bestämmelserna motsvarar hittillsvarande 4 kap. 5 § (prop. 2003/04:30 s. 226), men med den ändringen att den behandlande läkaren också ska underrätta om de medicinska och praktiska råd som med-

delats den enskilde enligt 4 kap. 2 §. I såväl *första* som *andra stycket* byts ordet skall ut mot ordet ska.

Vård och behandling

13 §

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom ska av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende ska detta också erbjudas den enskilde.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om vård och behandling. Övervägandena finns i avsnitt 5.15.

Bestämmelserna motsvarar hittillsvarande 4 kap. 6 § (prop. 2003/04:30 s. 227). Ordet skall byts ut mot ordet ska.

14 §

Om den behandlande läkaren får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte följer erbjuden medicinsk behandling och detta innebär en smittrisk för andra människor ska läkaren anmäla detta till den regionala smittskyddsläkaren.

Anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att patienten i fortsättningen kommer att följa behandlingen.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om den behandlande läkarens anmälningsplikt vid brister i följsamheten till medicinsk behandling. Övervägandena finns i avsnitt 5.15.

Bestämmelserna motsvarar hittillsvarande 4 kap. 7 § (prop. 2003/04:30 s. 227). I *första stycket* byts ordet skall ut mot ordet ska.

Innehållet i anmälan

15 §

I en anmälan enligt 10 § eller 14 § första stycket ska den behandlande läkaren ange

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress, och

2. andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för regionala smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om innehållet i den behandlande läkarens anmälan till regionala smittskyddsläkaren. Övervägandena finns i avsnitt 5.15.

Bestämmelserna motsvarar hittillsvarande 4 kap. 9 § (prop. 2003/04:30 s. 228). Någon ändring i sak är inte avsedd. Ordet skall byts ut mot ordet ska.

Bemyndiganden om vissa undantag

16 §

Regeringen får i fråga om en viss sjukdom på vilken bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar är tillämpliga, meddela föreskrifter om undantag från
1. skyldigheten att besluta om förhållningsregler enligt 1 §, och
2. anmälningsskyldigheten och underrättelseskyldigheten i 11 §.
Föreskrifterna ska vara tidsbegränsade.

Paragrafen, som är ny, innehåller bemyndiganden till regeringen att meddela föreskrifter om undantag från vissa bestämmelser i kapitlet. Övervägandena finns i avsnitt 5.15.

Bestämmelsen motsvarar 4 kap. 9 a § första stycket andra och tredje punkterna och andra stycket i vårt förslag i delbetänkandet. Någon ändring i sak är inte avsedd (SOU 2025:48 s. 1172 och 1173).

5 kap.

2 §

Förvaltningsrätten beslutar i fråga om isolering enligt 1 § efter ansökan av *den regionala* smittskyddsläkaren. Till ansökan *ska* smittskyddsläkaren foga en utredning om den enskildes situation och behov samt om vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen *ska* också innehålla en individuell vårdplan som visar vilka insatser som behövs för att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och på vilket sätt sådana insatser kan tillhandahållas.

Paragrafen innehåller bestämmelser om förvaltningsrättens beslut om isolering. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I bestämmelserna görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall byts ut till ska.

3 §

Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får *den regionala* smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs förvaltningsrätten.

Tillfällig isolering som fastställts av förvaltningsrätten får bestå i högst två veckor, räknat från den dag beslutet verkställdes.

Paragrafen innehåller bestämmelser om tillfällig isolering. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

5 §

Isolering enligt 1 § får bestå i högst tre månader, räknat från den dag beslutet verkställdes. I denna tid inräknas inte tillfällig isolering.

Efter ansökan av *den regionala* smittskyddsläkaren får förvaltningsrätten, om det finns särskilda skäl, besluta om fortsatt isolering. Sådant beslut får avse högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

Sådan ansökan *ska* ha kommit in till rätten innan tiden för gällande beslut om isolering har löpt ut. Isoleringen *ska* fortsätta i avvaktan på att rätten beslutar med anledning av ansökan.

I paragrafen regleras hur länge ett beslut om isolering får bestå. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *andra stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och i *tredje stycket* ändras ordet skall till ska.

6 §

Har beslut fattats om isolering enligt 1 § ska *den regionala* smittskyddsläkaren genast underrätta den region eller den kommun som svarar för sådana insatser som den isolerade behöver. Smittskyddsläkaren ska lämna de uppgifter om den enskilde som behövs för planering av insatserna.

Regionen eller kommunen ska i samråd med *den regionala* smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov när isoleringen upphör.

I paragrafen finns bestämmelser om regionala och kommunala insatser till den som är föremål för isolering. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I såväl *första* som *andra stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

7 §

Begär den isolerade att isoleringen *ska* upphöra är *den regionala* smittskyddsläkaren skyldig att utan dröjsmål pröva den isolerades begäran.

I paragrafen anges hur en begäran om upphörande av isolering ska prövas. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

8 §

Finns inte längre skäl för isolering enligt 1 eller 3 § *ska den regionala* smittskyddsläkaren omedelbart besluta att isoleringen *ska* upphöra. Frågan om isoleringens upphörande *ska* övervägas fortlöpande.

I paragrafen finns bestämmelser om upphörande av isolering. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

11 §

Beslut i frågor som avses i 9 § andra och tredje styckena samt 10 § första stycket meddelas av chefsöverläkaren efter samråd med *den regionala* smittskyddsläkaren.

I paragrafen anges vem som meddelar beslut i vissa frågor under isoleringen. Övervägandena finns i 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

18 §

Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område och meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 17 § beslutas av *den regionala* smittskyddsläkaren efter samråd med chefsöverläkaren. Smittskyddsläkaren får återkalla tillståndet om förhållandena kräver det.

Den regionala smittskyddsläkaren får överlåta åt chefsöverläkaren att pröva frågor om tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukhusets område.

I paragrafen regleras tillstånd att vistas utanför en vårdinrättnings område vid isolering. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I såväl *första* som *andra stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

6 kap. Regionala smittskyddsläkaren

Regionala smittskyddsläkarens ansvar

1 §

Den regionala smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar enligt 1 kap. 9 §. Smittskyddsläkaren *ska* planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

I paragrafen regleras den regionala smittskyddsläkarens ansvar för smittskyddsarbetet. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

2 §

I *den regionala* smittskyddsläkarens uppgifter ingår att

1.se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en *ska* kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,

2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,
3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,
4. stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,
5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,
6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken,
7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt
8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

I paragrafen anges vad som ingår i den regionala smittskyddsläkarens uppgifter. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall ändras till ska.

3 §

Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 1 § tredje stycket *ska den regionala* smittskyddsläkaren utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad, om en sådan läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen *ska* det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

I paragrafen anges den regionala smittskyddsläkarens skyldigheter efter en anmälan om att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte samtycker till undersökning och provtagning. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.3 och 7.3.8.

Den hittillsvarande bestämmelsen om vilka åtgärder den regionala smittskyddsläkaren är skyldig att vidta efter en anmälan från den som ansvarar för smittspårningen enligt 3 kap. 6 § flyttas till 3 a §. Paragrafen innehåller därmed endast den hittillsvarande bestämmelsen om vilka åtgärder den regionala smittskyddsläkaren ska vidta efter en anmälan enligt 3 kap. 1 § om att en patient inte samtycker till undersökning och provtagning som föranleds av en allmänfarlig sjukdom (prop. 2003/04:30 s. 236). Ingen ändring i sak är avsedd i fråga om denna skyldighet. I bestämmelsen görs även änd-

ringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall byts ut mot ska.

3 a §

Efter att ha fått en anmälan enligt 3 kap. 6 § ska den regionala smittskyddsläkaren, om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom, utreda ärendet och vidta de åtgärder som behövs för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänks vara smittad, om en sådan läkarundersökning inte är obehövlig. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

Rör anmälan en annan smittspårningspliktig sjukdom ska den regionala smittskyddsläkaren underrätta den enskilde om att han eller hon kan ha smittats av sjukdomen och uppmana honom eller henne att uppsöka läkare. Smittskyddsläkaren ska ha ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

I paragrafen, som är ny, finns bestämmelser om den regionala smittskyddsläkarens skyldigheter efter en anmälan från den som ansvarar för smittspårningen. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.3.

Första stycket innehåller bestämmelser om vilka åtgärder den regionala smittskyddsläkaren är skyldig att vidta efter en anmälan enligt 3 kap. 6 § från den som ansvarar för smittspårningen, om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom. Bestämmelserna motsvarar hittillsvarande 3 § i detta avseende. Någon ändring i sak är inte avsedd (prop. 2003/04:30 s. 236).

Andra stycket saknar motsvarighet i hittillsvarande reglering av smittskyddsläkarens skyldigheter vid en anmälan. I stycket anges vilka åtgärder den regionala smittskyddsläkaren är skyldig att vidta efter en anmälan från den som ansvarar för smittspårningen i de fall det är fråga om en annan smittspårningspliktig sjukdom än en allmänfarlig. Den regionala smittskyddsläkaren ska då underrätta den enskilde om att han eller hon förekommer i smittspårningsärendet och uppmana honom eller henne att låta sig undersökas. Som huvudregel ska smittskyddsläkaren ha ett personligt samtal med den enskilde om vikten av att låta sig undersökas.

4 §

Efter att ha fått en anmälan enligt *4 a kap. 10 §, 4 a kap. 12 § andra stycket eller 4 a kap. 14 § första stycket* ska *regionala smittskyddsläkaren* utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen ska det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

Paragrafen innehåller bestämmelser om smittskyddsläkarens utredningsskyldighet vid anmälan. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.3 och 7.3.8.

Hänvisningarna till bestämmelserna om behandlande läkarens anmälningsskyldighet i hittillsvarande 4 kap. ersätts med hänvisningar till motsvarande bestämmelser i 4 a kap.

Ändringar görs i paragrafen med anledning av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren och ordet skall byts ut mot ska.

5 §

Om *den regionala* smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet *ska* han eller hon påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt *ska* smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.

I paragrafen finns bestämmelser om de åtgärder som ska vidtas vid brister i smittskyddet. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall byts ut mot ska.

6 §

De regionala smittskyddsläkarna ska samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.

I paragrafen anges att de regionala smittskyddsläkarna ska samarbeta med varandra och med behandlande läkare. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall byts ut mot ska.

7 §

Den regionala smittskyddsläkaren ska skyndsamt underrätta de myndigheter eller den kommun, som ansvarar för att smittskyddsåtgärder vidtas mot djur eller objekt som sprider eller misstänks sprida smittsam sjukdom, om iakttagelser som är av betydelse för det objektinriktade smittskyddet.

Den regionala smittskyddsläkaren ska på begäran få fortlöpande information om de beslut som fattas och de andra åtgärder som vidtas eller planeras med stöd av miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) eller zoonoslagen (1999:658) när det är av betydelseför smittskyddet för människor.

Den regionala smittskyddsläkaren, andra berörda myndigheter och kommunen har rätt till samråd med anledning av den information som lämnas enligt första eller andra stycket.

I paragrafen finns bestämmelser om den regionala smittskyddsläkarens roll i det objektinriktade smittskyddet. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall byts mot ska.

7 a §

Den regionala smittskyddsläkaren ska skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för.

I paragrafen finns en underrättelseskyldighet för den regionala smittskyddsläkararen om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning i vårdgivarens verksamhetsområde. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

8 §

En *regional* smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i en annan region.

I paragrafen anges att den regionala smittskyddsläkaren får överlämna ett ärende till en smittskyddsläkare i en annan region. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

9 §

Om *den regionala* smittskyddsläkaren för att kunna fullgöra sina skyldigheter enligt denna lag behöver uppgifter om en person som smittats av en allmänfarlig sjukdom, är följande personer och myndigheter skyldiga att på begäran av den regionala smittskyddsläkaren lämna honom eller henne de uppgifter som behövs,

1 myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet, och

2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.

I paragrafen regleras vilka som är uppgiftsskyldiga till den regionala smittskyddsläkaren. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

10 §

Den som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården *ska* lämna upplysningar till *den regionala* smittskyddsläkaren om denne i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

I paragrafen finns en upplysningsskyldighet till regionala smittskyddsläkaren. Övervägande finns i avsnitt 7.3.8.

I paragrafen görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning och ordet skall byts mot ska.

11 §

Om *den regionala* smittskyddsläkaren vid en utredning enligt 4 § har anledning att anta att socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården kan lämna upplysningar som behövs för utredningen, ska smittskyddsläkaren underrätta berörd myndighet.

En sådan underrättelse ska innehålla uppgifter om den enskildes identitet och de förhållningsregler han eller hon ska följa för att förebygga smittspridning.

I paragrafen finns bestämmelser om att den regionala smittskyddsläkaren vid behov ska underrätta berörd myndighet vid en utredning om bristande följsamhet. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

12 §

Uppmärksammar socialnämnden, Polismyndigheten eller Kriminalvården, efter att ha fått underrättelse enligt 11 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler, ska detta anmälas till den *regionala* smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om smittskyddsläkaren enligt 8 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i en annan region, ska anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren.

Den skyldighet som avses i första stycket gäller i två månader från det att underrättelsen enligt 11 § mottagits.

I paragrafen finns bestämmelser om en anmälningsskyldighet efter en underrättelse enligt 11 §. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

7 kap.

3 a §

Hälsokontroll som beslutas med stöd av 3 kap. 8 § första eller andra stycket *eller 9 kap. 2 a § första stycket* är kostnadsfri för den som genomgår kontrollen.

I paragrafen finns bestämmelser om kostnadsfrihet för den som genomgår hälsokontroll på platsen för inresan. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

I paragrafen görs ett tillägg om att kostnadsfrihet även gäller för sådan hälsokontroll enligt 9 kap. 2 a § som Folkhälsomyndigheten får besluta om i avvaktan på regeringens föreskrifter enligt 9 kap. 2 §.

8 kap.

1 §

Den regionala smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt *4 a kap. 7 §*,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap.3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 §,
7. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller
8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut *enligt denna lag* får överklagas till allmän förvaltningsdomstol *om beslutet gäller*

1. avslag på ansökan om undantag från beslut om avspärrning enligt 3 kap. 10 § eller 9 kap. 2 a § första stycket,

2. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §,

3. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §, eller

4. karantän enligt 9 kap. 2 a § första stycket.

Andra beslut av *regionala* smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

Paragrafen innehåller överklagandebestämmelser. Övervägandena finns i avsnitt 5.15, 7.1.8 och 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning. I *första stycket första punkten* ersätts också hänvisningen till bestämmelserna om smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler i hittillsvarande 4 kap. 3 § med en hänvisning till mot-

svarande bestämmelse i 4 a kap. 7 §. Någon ändring i sak är inte avsedd.

I *tredje stycket* görs ändringar till följd av att Folkhälsomyndigheten under vissa förutsättningar får besluta om karantän och avspärrning i 9 kap. 2 a § första stycket.

Tredje stycket första punkten, som är ny, motsvarar den hittillsvarande bestämmelsen i tredje stycket. I bestämmelsen görs ett tillägg som innebär att även Folkhälsomyndighetens beslut om avslag på ansökan om undantag från beslut om avspärrning enligt 9 kap. 2 a § första stycket får överklagas till förvaltningsrätten. I övrigt har redaktionella ändringar gjorts.

Tredje stycket andra punkten, som är ny, innebär att Folkhälsomyndighetens beslut om att avslå en ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 § får överklagas till förvaltningsrätten. Att det som föreskrivs om karantän i 3 kap. 11 § även ska gälla vid beslut enligt 9 kap. 2 a § första stycket framgår av 9 kap. 2 c §.

Tredje stycket tredje punkten, som är ny, innebär att Folkhälsomyndighetens beslut om att avslå en ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §, får överklagas till förvaltningsrätten.

Tredje stycket fjärde punkten, som är ny, innebär att Folkhälsomyndighetens beslut om karantän får överklagas till förvaltningsrätten.

I *fjärde stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

2 §

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. isolering enligt 5 kap. 1 §,
3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket *eller 9 kap. 2 a § första stycket*,
7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, *eller 9 kap. 2 a § första stycket,* eller
8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

I paragrafen finns bestämmelser om vilka mål som undantas från krav på prövningstillstånd till kammarrätten. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

I sjätte punkten görs ett tillägg som innebär att prövningstillstånd inte krävs i mål som avser karantän enligt 9 kap. 2 a § första stycket.

I sjunde punkten görs ett tillägg som innebär att prövningstillstånd inte krävs i mål som avser undantag från avspärrning enligt 9 kap. 2 a § första stycket.

5 §

Förvaltningsrätten *ska* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt *4 a kap. 7 §,*
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*.

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *ska* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *ska* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § *ska* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

Paragrafen innehåller bestämmelser om handläggningen i domstol. Övervägandena finns i avsnitt 5.15 och 7.1.8.

I *första stycket* byts ordet skall ut mot ska och i *andra punkten* ersätts hänvisningen till bestämmelserna om smittskyddsläkarens beslut om förhållningsregler i hittillsvarande 4 kap. 3 § med en hänvisning till motsvarande bestämmelse i 4 a kap. 7 §. Någon ändring i sak är inte avsedd.

I *första stycket sjätte punkten* görs ett tillägg till den hittillsvarande bestämmelsen som innebär att förvaltningsrätten inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom till domstolen ska ta upp till avgörande mål om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 9 kap. 2 a § första stycket.

I *tredje stycket* byts ordet skall ut mot ska.

I *fjärde stycket* görs ett tillägg till den hittillsvarande bestämmelsen som innebär att förvaltningsrätten ska ta upp mål om karantän enligt 9 kap. 2 a § första stycket, mål om undantag från avspärrning enligt 9 kap. 2 a § första stycket, samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in. Att det som föreskrivs om karantän i 3 kap. 11 § även ska gälla vid beslut enligt 9 kap. 2 a § första stycket framgår av 9 kap. 2 c §.

9 §

Offentligt biträde *ska* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket *eller 9 kap. 2 a § första stycket*,
6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § *eller 9 kap. 2 a § första stycket*, eller
7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

I paragrafen finns bestämmelser om offentligt biträde. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

I *första stycket* byts ordet skall ut mot ska och i *femte punkten* görs ett tillägg till den hittillsvarande bestämmelsen som innebär att offentligt biträde ska förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om karantän enligt 9 kap. 2 a § första stycket.

I *första stycket sjätte punkten* görs ett tillägg som innebär att offentligt biträde ska förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 9 kap. 2 a § första stycket.

I *andra stycket* ändras ordet skall till ska.

12 §

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av *den regionala* smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,
5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, eller
6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

I paragrafen anges när Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av den regionala smittskyddsläkaren. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs ändringar till följd av att smittskyddsläkaren byter benämning.

9 kap.

När riksdagens beslut inte kan avvaktas

2 §

Om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller bilaga 2 inte kan avvaktas, får regeringen föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar *ska* tillämpas från den tidpunkt som regeringen bestämmer på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet, om sjukdomen bedöms uppfylla kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket.

Föreskrifter som meddelas med stöd av *första stycket ska* snarast underställas riksdagens prövning.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller bilaga 2 inte kan avvaktas. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.7.

Andra stycket, som reglerar förutsättningarna för när en föreskrift enligt första stycket får meddelas, tas bort. I hittillsvarande bestämmelse i första stycket regleras regeringens möjlighet att meddela föreskrifter om att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom från den tidpunkt som regeringen bestämmer, om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller 2 inte kan avvaktas. Av hittillsvarande bestämmelse i andra stycket framgår att en föreskrift enligt första stycket endast får meddelas om det vid lagens ikraftträdande inte var känt att sjukdomen uppfyller kriterierna för att vara en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom, eller om det vid lagens ikraftträdande inte var känt att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet. Vad som åsyftas är sådana sjukdomar som tros ha utrotats men som om de skulle återuppträda, skulle omfattas av de uppställda kriterierna. Dessutom åsyftas sjukdomar som, även om det är känt att de uppfyller kriterierna, är endemiska, dvs. förekommer på en relativt konstant nivå i ett geografiskt område, eller har ett så begränsat utbredningsområde att det inte är sannolikt att smittspridning skulle kunna förekomma i Sverige (prop. 2003/04:30 s. 246). Ändringen innebär att det inte finns någon sådan begränsning för regeringen vid en tillämpning av bemyndigandet i första stycket. Det kan således vid behov tillämpas också vid en situation där en sjukdom som tidigare varit klassificerad som allmänfarlig eller samhällsfarlig får ny spridning och vars verkningar uppfyller kriterierna för en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Vid en överhängande risk för spridning i landet av en allvarlig smittsam sjukdom måste det inte heller beaktas hur sjukdomens förekomst i landet bedömdes vid smittskyddslagens införande.

Andra stycket, i sin nya lydelse motsvarar hittillsvarande tredje stycket med redaktionella ändringar.

2 a §

Folkhälsomyndigheten får fatta beslut om hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärrning under motsvarande förhållanden som i 3 kap. 8 § första eller andra stycket, 9 § första stycket eller 10 § första stycket, om det finns en över-

hängande risk för spridning här i landet av en smittsam sjukdom och regeringens föreskrifter enligt 9 kap. 2 § om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen inte kan avvaktas.

Ett beslut enligt första stycket upphör att gälla om regeringen inte inom sju dagar föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen.

Paragrafen, som är ny, anger att Folkhälsomyndigheten, i undantagsfall får besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

I *första stycket* anges att Folkhälsomyndigheten under motsvarande förhållanden som i 3 kap. 8 § första eller andra stycket, 9 § första stycket eller 10 § första stycket får besluta om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän och avspärrning, om det finns överhängande risk för spridning här i landet av en smittsam sjukdom och regeringens föreskrifter enligt 9 kap. 2 § om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom inte kan avvaktas. Att Folkhälsomyndigheten får besluta ”under motsvarande förhållanden” som i de angivna bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder i 3 kap. innebär att övriga förutsättningar i dessa bestämmelser ska vara för handen förutom det som föreskrivs om att den regionala smittskyddsläkaren är beslutsmyndighet i 3 kap. 8 § första stycket och 9 § första stycket (jfr prop. 2003/04:158 s 54 och 104–107).

Att det ska finnas ”en överhängande risk för spridning här i landet av en smittsam sjukdom” innebär att det ställs höga krav på konkretion beträffande hotet om smittspridning och vad konsekvenserna kan bli om extraordinära smittskyddsåtgärder inte vidtas. Det kan vara fråga om att det via ett annat lands myndigheter har kommit en bekräftelse på förekomsten av en viss smittsam sjukdom i kombination med uppgifter om ett epidemiologiskt samband med en viss transport eller en viss person ombord på en transport som inom kort anländer till Sverige. Det kan också vara fråga om att det finns bekräftade uppgifter om att ett visst sjukdomsalstrande smittämne har läckt eller stulits inom landet och där omständigheterna är sådana att det finns starka skäl att tro att smittspridning redan börjat eller inom kort kan börja. Det innebär även en avgränsning mot andra akuta situationer, där brott misstänks eller ett olycks- eller sjukdomsfall har inträffat, men där det inte finns en överhängande risk för smittspridning.

Att regeringens föreskrifter, enligt 9 kap. 2 § om att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom inte kan avvaktas innebär omvänt att sådana beslut inte får fattas i de fall regeringens föreskrifter *kan* avvaktas. Inte heller ska riksdagens beslut om ändring i bilagorna till smittskyddslagen kunna avvaktas enligt 9 kap. 2 §. Även övriga förutsättningar i denna bestämmelse måste vara uppfyllda. Det ska således vara fråga om en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet och som kan bedömas uppfylla kriterierna av en samhällsfarlig sjukdom i 1 kap. 3 § tredje stycket. Det ska därmed enbart vara fråga om mycket brådskande fall och bestämmelsen ska endast kunna tillämpas i undantagsfall.

Det är vidare fråga om förvaltningsbeslut (jfr. prop. 2003/04:158 s 64 och 73).

Andra stycket innehåller en tidsbegränsning för hur länge Folkhälsomyndighetens beslut gäller. Bestämmelsen innebär att ett beslut som Folkhälsomyndigheten får fatta enligt första stycket upphör att gälla om regeringen inte inom sju dagar har föreskrivit att bestämmelserna om samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på sjukdomen. Om regeringen med stöd av snabbförfarandet i 9 kap. 2 § föreskriver inom den angivna tidsbegränsningen, fortsätter Folkhälsomyndighetens beslut att gälla. Att Folkhälsomyndigheten omedelbart ska häva beslutet när det inte lägre finns skäl för det framgår av 2 c § och 3 kap. 11 § andra stycket.

2 b §

Den regionala smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll vid inresa och karantän enligt 2 a § första stycket.

Paragrafen, som är ny, reglerar verkställigheten av Folkhälsomyndighetens beslut enligt 2 a § om hälsokontroll på platsen för inresan och karantän. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

Den regionala smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll på platsen för inresan och karantän.

Folkhälsomyndighetens beslut ska gälla omedelbart om inget annat förordnas i beslutet enligt 8 kap. 11 § vilket innebär att verkställighet ska ske i direkt anslutning till att beslutet fattas.

2 c §

Det som i övrigt föreskrivs om hälsokontroll vid inresa, karantän eller avspärrning i 3 kap. 8 a §, 9 § andra stycket, 10 § andra stycket, 11 § och 12 § första stycket 3 och 4 samt 8 kap. 12 § första stycket 4–6 och andra stycket ska gälla även vid beslut enligt 2 a § första stycket.

Paragrafen som är ny, anger vilka övriga bestämmelser som ska gälla för Folkhälsomyndighetens beslut enligt 2 a §. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.8.

Enligt 2 a § får Folkhälsomyndigheten under vissa förutsättningar besluta om extraordinära smittskyddsåtgärder under motsvarande förhållanden som i 3 kap. 8 § första eller andra stycket, 9 § första stycket eller 10 § första stycket. Även om det är smittskyddsläkaren som beslutar om vissa fall av hälsokontroll och karantän i de hittillsvarande bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder i 3 kap. är det i praktiken fråga om samma åtgärder. Det som i övrigt föreskrivs om hälsokontroll på platsen för inresan, karantän eller avspärrning i 3 kap. 8 a §, 9 § andra stycket, 10 § andra stycket, 11 § och 12 § första stycket 3 och 4 samt 8 kap. 12 § första stycket 4–6 och andra stycket ska därför gälla även vid beslut enligt 2 a §. Det innebär närmare följande. Det som föreskrivs om hälsokontroll i fråga om bl.a. vad en sådan kontroll ska mynna ut i och vad den ska innefatta gäller också vid Folkhälsomyndighetens beslut (3 kap. 8 a §). Folkhälsomyndigheten får i egenskap av beslutsmyndighet i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök vid karantän om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen (3 kap. 9 § andra stycket). Myndigheten får även i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen (3 kap. 10 § andra stycket). Folkhälsomyndigheten ska utan dröjsmål pröva en begäran från den enskilde som hålls i karantän om att beslutet ska upphöra, en ansökan om att medge undantag från förbudet att besöka den som hålls i karantän samt en ansökan om undantag från förbudet om avspärrning (3 kap. 11 § första stycket). Om det inte längre finns skäl för beslut om karantän eller avspärrning ska Folkhälsomyndigheten omedelbart häva beslutet (3 kap. 11 § andra stycket). Smittskyddsläkaren ska vidta de åtgärder som behövs för att hindra personer som ska hållas i karantän eller har förbjudits att lämna avspärrat område att lämna landet (3 kap. 12 § första stycket tredje och fjärde

punkterna). Polismyndigheten ska på begäran av smittskyddsläkaren lämna biträde för att genomföra hälsokontrollen och då upprätthålla ordningen, föra den som ska hållas i karantän till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, eller återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats (8 kap. 12 § första stycket fjärde till sjätte punkterna SmL). Polismyndigheten ska även på begäran av Folkhälsomyndigheten lämna biträde med att spärra av områden och att upprätthålla dessa avspärrningar (8 kap. 12 § andra stycket SmL).

Bestämmelser om överklagande av beslut om karantän och avspärrning och om domstolsprocessen finns i 8 kap. 1, 2, 5 och 9 §§. Prövningstillstånd till kammarrätten krävs inte vid överklagande i mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § även i de fall Folkhälsomyndigheten har fattat beslut enligt 2 a § (jfr. 8 kap. 2 § åttonde punkten).

Vissa bemyndiganden

3 §

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara anmälningspliktiga.

Regeringen får meddela föreskrifter om att läkemedel, undersökning, vård och behandling som förskrivaren respektive läkaren bedömer minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfria för patienten också för en annan anmälningspliktig sjukdom än de allmänfarliga. För en sådan sjukdom ska bestämmelserna i 7 kap. 1, 2, 3, 4 och 4 a §§ tillämpas på motsvarande sätt som för en allmänfarlig sjukdom.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som ska vara smittspårningspliktiga.

I paragrafen finns bemyndiganden till regeringen att meddela föreskrifter. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.2.

I *andra stycket*, som är nytt, finns ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om att andra sjukdomar än de allmänfarliga ska omfattas av den kostnadsfrihet som gäller för den enskilde vid en allmänfarlig sjukdom. Kostnadsfriheten gäller sådana läkemedel som förskrivaren bedömer minska risken för smittspridning och sådan undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning. Bestämmelsen innebär att tillämp-

ningsområdet för den kostnadsfrihet som föreskrivs i 7 kap. 1 och 2 §§ kan utökas. Bemyndigandet är begränsat till de sjukdomar som regeringen föreskrivit ska vara anmälningspliktiga med stöd av första stycket.

För en sjukdom som regeringen föreskriver om kostnadsfrihet om med stöd av bemyndigandet i andra stycket ska således bestämmelserna i 7 kap. 1, 2, 3, 4 och 4 a §§ tillämpas på motsvarande sätt som för en allmänfarlig sjukdom.

Med stöd av bemyndigandet kan regeringen t.ex. föreskriva att sjukdomar som är smittspårningspliktiga utan att vara allmänfarliga och för vilka kostnadsfriheten bedöms kunna minska belastningen för folkhälsan, ska omfattas av kostnadsfrihet. Regeringen kan också föreskriva om sådan kostnadsfrihet för en viss anmälningspliktig sjukdom.

Hittillsvarande andra stycket blir ett nytt *tredje stycke*.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

2. Bestämmelsen i 1 kap. 9 § andra stycket i den nya lydelsen tillämpas dock från och med den 1 januari 2029.

3. Den som är utsedd till smittskyddsläkare i regionen den 1 juli 2027 ska från och med detta datum anses ha utsetts till regional smittskyddsläkare.

4. Beslut om förhållningsregler som fattats före ikraftträdandet gäller längst till och med den 30 juni 2028. För dessa beslut gäller de äldre föreskrifterna om förhållningsregler, om inte något annat följer av punkterna 5–7.

5. Den behandlande läkaren ska så snart som möjligt under övergångsperioden ta ställning till om förhållningsregler behövs i enlighet med de nya bestämmelserna i 4 a kap. och vid behov fatta ett beslut i enlighet därmed. Den behandlande läkaren ska samtidigt upphäva det tidigare beslutet om förhållningsregler.

6. Är patienten isolerad enligt 5 kap. 1 § första stycket andra punkten på grund av att det finns grundad anledning att anta att denne inte följer de förhållningsregler som beslutats, eller finns det sådant gällande isoleringsbeslut som inte är verkställt, är det i stället den regionala smittskyddsläkaren som ska ta ställning och fatta beslut i enlighet med femte punkten. Detta ska ske senast den 10 juli 2027. Inom samma tid ska den regionala smittskyddsläkaren, om förutsättningarna för det är uppfyllda, på nytt ansöka hos förvaltningsrätten om isolering. Till dess ansökan har prövats av förvaltningsrätten gäller de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna.

7. Om ett mål i allmän förvaltningsdomstol om isolering enligt 5 kap. 1 § första stycket andra punkten inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet, ska rätten pröva förutsättningarna för isolering utifrån de förhållningsregler som

beslutats enligt de äldre föreskrifterna. På motsvarande sätt och inom samma tid som föreskrivs i sjätte punkten ska dock den regionala smittskyddsläkaren ta ställning till behovet av förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna och vid behov på nytt ansöka om isolering.

Övervägandena finns i avsnitt 10.1 och 10.2.

Av *punkterna 1 och 2* framgår att lagen ska träda i kraft den 1 juli 2027 men att den nya bestämmelsen i 1 kap. 9 § om regionala smittskyddsläkarens placering ska tillämpas först från och med den 1 januari 2029.

Av *punkten 3* framgår att den som är utsedd till smittskyddsläkare i regionen vid ikraftträdandet den 1 juli 2027 ska i fortsättningen anses utsedd till regional smittskyddsläkare i regionen. Den som redan är utsedd till smittskyddsläkare behöver således inte utses på nytt med anledning av ändringen av benämningen på smittskyddsläkaren.

Punkterna 4–7 handlar om beslut om förhållningsregler som är fattade enligt de äldre föreskrifterna och som gäller vid ikraftträdandet. Sådana beslut får som längst gälla till den 30 juni 2028, dvs. ett år efter att de nya bestämmelserna om förhållningsregler trätt i kraft.

Under denna övergångsperiod åläggs den behandlande läkaren att så snart som möjligt ta ställning till om förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna behövs. En sådan bedömning kan göras vid ett läkarbesök eller på annat underlag utifrån vilket läkaren kan bedöma om de medicinska och praktiska råd som behövs enligt smittskyddslagen kan ges i samråd med patienten. Om läkaren kommer fram till att förutsättningarna för att meddela förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna inte är uppfyllda ska han eller hon upphäva det tidigare beslutet. Om läkaren i stället kommer fram till att förhållningsregler behövs också enligt de nya bestämmelserna ska han eller hon fatta ett sådant beslut och upphäva de tidigare beslutet. De nya bestämmelserna om t.ex. meddelande av beslutet, journalföring, ändring, omprövning och regelbundna överväganden gäller då för det nya beslutet.

Om det vid ikraftträdandet den 1 juli 2027 finns ett beslut om isolering som bygger på en grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats för den enskilde före ikraftträdandet gäller särskilda övergångsbestämmelser. I dessa fall är det regionala smittskyddsläkaren, och inte den behandlande läkaren, som ska ta ställning om förhållningsregler enligt

de nya bestämmelserna behövs. Oavsett om beslutet om isolering är verkställt eller inte, gäller då en kortare övergångsperiod till och med den 10 juli 2027. Om regionala smittskyddsläkaren bedömer att det inte finns förutsättningar för att besluta om förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna ska han eller hon upphäva beslutet om förhållningsregler och besluta att isoleringen omedelbart ska upphöra. Om smittskyddsläkaren kommer fram till att förutsättningarna för förhållningsregler är uppfyllda enligt de nya bestämmelserna ska han eller hon fatta ett sådant beslut. Smittskyddsläkaren ska också ta ställning, utifrån de nya förhållningsreglerna, om förutsättningarna för isolering är uppfyllda. Om smittskyddsläkaren bedömer att så inte är fallet ska han eller hon besluta att såväl det gamla beslutet om förhållningsregler som isoleringen ska upphöra. Om smittskyddsläkaren i stället bedömer att förutsättningarna för isolering är uppfyllda ska han eller hon ansöka hos förvaltningsrätten om isolering enligt bestämmelserna i 5 kap. 2 § före övergångsperiodens slut, dvs. senast den 10 juli 2027. Till dess denna ansökan har prövats av förvaltningsrätten gäller det tidigare beslutet om förhållningsregler.

Om ett mål om isolering som bygger på en grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats för den enskilde före ikraftträdandet i förvaltningsrätten, kammarrätten eller Högsta förvaltningsdomstolen inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet, ska rätten pröva förutsättningarna för isolering utifrån de förhållningsregler som beslutats enligt de äldre föreskrifterna. Den regionala smittskyddsläkaren ska dock ta ställning till behovet av förhållningsregler enligt de nya bestämmelserna och vid behov på nytt ansöka om isolering inom den kortade övergångstiden, dvs. senast den 10 juli 2027.

12.2 Förslaget till lag om ändring i miljöbalken

9 kap.

14 §

Kommunen ska utan dröjsmål underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.

I paragrafen anges att det finns en underrättelseskyldighet för kommunen i fråga om iakttagelser av betydelse för smittskyddet för människor. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

Ändringen är föranledd av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren och ordet skall byts ut mot ska.

12.3 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

46 kap.

5 §

En smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (2006:804) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag,

2. råd som en behandlande läkare har gett smittbäraren enligt 4 kap. 2 § smittskyddslagen med anledning av en allmänfarlig sjukdom eller en annan anmälningspliktig sjukdom för vilken kostnadsfrihet är föreskrivet enligt 9 kap. 3 § andra stycket den lagen,

3. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1 och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom *eller en annan sjukdom för vilken kostnadsfrihet är föreskrivet enligt 9 kap. 3 § andra stycket smittskyddslagen, eller*

4. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1 och som syftar till att klarlägga om han eller hon har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterar otjänligt som människoföda

Första stycket gäller inte när det är fråga om

1. hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § *eller 9 kap. 2 a §* smittskyddslagen, eller

2. beslut som avser avspärrning enligt 3 kap. 10 § *eller 9 kap. 2 a §* smittskyddslagen.

I paragrafen finns bestämmelser om en smittbärares rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.2, 5.16. och 7.1.8.

I *första stycket* läggs en ny *andra punkt* till som innebär att en smittbärare har rätt till smittbärarpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av råd som getts honom eller henne med stöd av 4 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, med anledning av en allmänfarlig sjukdom eller en annan anmälningspliktig sjukdom för vilken regeringen har meddelat föreskrifter enligt 9 kap. 3 § andra stycket SmL om kostnadsfrihet för patienten.

Första ledet i den hittillsvarande andra punkten blir en ny *tredje punkt*. Ledet innehåller bestämmelser om rätten till smittbärarpenning vid läkarundersökning och hälsokontroll vid allmänfarlig sjukdom. I punkten görs ett tillägg som innebär att sådan smittbärarpenning kan fås också vid läkarundersökning och hälsokontroll för att klarlägga om smittbäraren är smittad av en sådan anmälningspliktig sjukdom som nämns ovan.

Andra ledet i den hittillsvarande andra punkten blir en ny *fjärde punkt*.

I *andra stycket* görs i *första och andra punkterna* tillägg som innebär att en smittbärare inte har rätt till smittbärarpenning vid Folkhälsomyndighetens beslut om hälsokontroll på platsen för inresan eller avspärrning vid en misstänkt spridning av en viss smittsam sjukdom, i avvaktan på att regeringen fattar beslut enligt 9 kap. 2 § SmL.

110 kap.

24 §

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på beslut som avses i 46 kap. 5 § första stycket 1 ska det fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll.

Till en ansökan om smittbärarpenning som grundas på sådant förhållande som anges i 46 kap. 5 § första stycket 2 *eller 3* eller en ansökan om resekostnadsersättning enligt 46 kap. 20 § ska det fogas ett intyg om den företagna åtgärden.

I paragrafen finns bestämmelser om ansökan om smittbärarersättning. Övervägandena finns i avsnitt 5.16.

Andra stycket justeras med anledning av att ändringar i 46 kap. 5 § första stycket. Justeringen innebär att det till ansökan ska fogas ett intyg om råd som smittbäraren fått med stöd av 4 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168), förkortad SmL, med anledning av en allmänfarlig sjukdom eller en anmälningspliktig sjukdom för vilken regeringen föreskrivit om konstadsfrihet för patienten enligt 9 kap. 3 § andra stycket SmL. Justeringen innebär också att ett intyg ska fogas till ansökan när den gäller en läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en anmälningspliktig sjukdom som regeringen föreskrivit ska vara kostnadsfri för patienten.

12.4 Förslaget till lag om ändring i epizootilagen (1999:657)

3 a §

En veterinär eller någon annan som i sitt yrke kommer i kontakt med djur eller produkter av djur och som har anledning att misstänka att ett fall av epizootisk sjukdom har inträffat ska skyndsamt anmäla detta till Statens jordbruksverk och länsstyrelsen. Anmälningsskyldigheten gäller även den som är ansvarig för ett laboratorium där sådan sjukdom har konstaterats eller där det finns anledning att misstänka fall av sådan sjukdom.

Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, distriktsveterinären och den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet. Om det är fråga om en epizootisk sjukdom hos fisk, ska också Havs- och vattenmyndigheten underrättas, och om misstanken gäller sådan epizootisk sjukdom som kan överföras till människor även Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och *regionala* smittskyddsläkaren.

I paragrafen finns bestämmelser om anmälningsskyldighet vid misstänkta fall av epizootisk sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

Andra stycket ändras med anledning av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

12.5 Förslaget till lag om ändring i zoonoslagen (1999:658)

3 §

Om en veterinär har anledning misstänka att ett fall av zoonos har inträffat, ska han eller hon omedelbart göra en undersökning för att fastställa sjukdomens eller smittämnets art och i övrigt göra vad som är nödvändigt för att förhindra att smitta sprids. Den som har djuren i sin vård är skyldig att tåla det intrång och underkasta sig de åtgärder samt lämna den hjälp som behövs för undersökningen.

Veterinären ska skyndsamt underrätta Statens jordbruksverk och länsstyrelsen. Länsstyrelsen ska utan dröjsmål underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren.

Om ett fall av zoonos konstateras, ska länsstyrelsen skyndsamt underrätta Statens veterinärmedicinska anstalt, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, *regionala* smittskyddsläkaren, den eller de kommunala nämnder som utför uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt distriktsveterinären.

Det som sägs om veterinär i andra stycket gäller också den som är ansvarig för det laboratorium där ett fall av zoonos konstaterats.

Paragrafen anger vad en veterinär har att göra när han eller hon har anledning att misstänka att ett fall av zoonos har inträffat. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *andra och tredje styckena* görs ändringar föranledda av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

12.6 Förslaget till lag om ändring i livsmedelslagen (2006:804)

25 §

Efter en underrättelse från *den regionala* smittskyddsläkaren om att smitta sprids eller misstänks spridas genom livsmedel ska kontrollmyndigheten omedelbart vidta de åtgärder som behövs för att spåra smittan och undanröja risken för smittspridning.

I paragrafen anges skyldigheten att vidta åtgärder för kontrollmyndigheten efter en underrättelse från den regionala smittskyddsläkaren. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

Ändringen är föranledd av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

12.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

8 §

Den regionala smittskyddsläkaren ska samordna smittskyddskontrollen vid karantänshamnar och karantänsflygplatser.

Den regionala smittskyddsläkaren ska hjälpa kommuner och myndigheter när de utför uppgifter enligt denna lag.

I paragrafen anges den regionala smittskyddsläkarens samordningsansvar vid karantänshamnar och karantänsflygplatser och ansvar för att hjälpa kommuner och myndigheter enligt lagen. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första och andra styckena* görs ändringar med anledning av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren. Ordet skall byts ut mot ska.

16 §

Innan ett fartyg anlöper första svenska hamn eller senast vid ankomsten till hamnen ska befälhavaren på fartyget lämna information om hälsotillståndet ombord till Kustbevakningen om

1. befälhavaren har anledning att anta att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa finns ombord,
2. fartyget kommer från en hamn i ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa och ankomsten sker inom inkubationstiden för en smittsam sjukdom, eller
3. det ombord på fartyget finns en person som har vistats inom ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa under sådan tid att inkubationstiden för en smittsam sjukdom inte har gått ut vid fartygets ankomst till hamnen.

När Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första stycket, ska myndigheten omedelbart underrätta *den regionala* smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten om innehållet i informationen. Om informationen gäller fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten ska även försvarsinspektören för hälsa och miljö omedelbart underrättas.

Det som sägs i första och andra styckena om fartyg och hamn ska även gälla luftfartyg respektive flygplats. Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket ska i stället fullgöras till Tullverket.

Paragrafen reglerar hur information från befälhavare på fartyg och luftfartyg om potentiella hälsorisker hanteras. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *andra stycket* gör en ändring föranledd av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

19 §

Om ett fartyg eller luftfartyg vid ankomsten till landet lägger till eller landar vid någon annan plats än en karantänshamn eller en karantänsflygplats och om någon av de situationer som anges i 16 § första stycket föreligger, ska befälhavaren omedelbart lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket, Kustbevakningen, *regionala* smittskyddsläkaren eller kommunen. Med undantag för om det föreligger en nödsituation, får under sådana omständigheter inga människor lämna fartyget eller luftfartyget och ingen last lossas utan tillstånd från ansvariga myndigheter.

När de åtgärder som ansvariga myndigheter anser är nödvändiga har vidtagits, får fartyget eller luftfartyget fortsätta till den hamn eller flygplats som var dess destination eller till annan lämplig hamn eller flygplats.

Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket gäller inte i förhållande till Kustbevakningen.

Den skyldighet som befälhavare på fartyg har att lämna information enligt första stycket gäller inte i förhållande till Tullverket.

Paragrafen regler hur information ska lämnas i de fall fartyg eller luftfartyg lägger till eller landar på annan plats än karantänshamn eller karantänsflygplats och om någon av de situationer som anges i 16 § första stycket föreligger. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket* görs en ändring föranledd av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

12.8 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

35 kap.

20 §

Sekretess gäller hos en polismyndighet för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften hänför sig till

1. verksamhet som enbart innefattar hjälp eller annat bistånd åt enskild,

2. ärende om omhändertagande eller handräckning enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård eller om vård av missbrukare utan samtycke inom socialtjänsten,

3. ärende om handräckning enligt lagstiftningen om omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, vård av unga utan samtycke inom socialtjänsten eller enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård,

4. ärende som avses i 21 kap. föräldrabalken, eller

5. verksamhet som innefattar handräckning enligt smittskyddslagstiftningen eller annat bistånd åt *regionala* smittskyddsläkare.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

I paragrafen anges förutsättningarna för sekretess för vissa uppgifter inom Polismyndighetens verksamhet. Överväganden finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket femte punkten* som rör handräckning enligt smittskyddslagstiftningen eller annat bistånd åt smittskyddsläkaren görs en ändring föranledd av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

12.9 Förslaget till lag om ändring i lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid

4 §

Vid extraordinära händelser i fredstid får en huvudman besluta att en förskoleenhet, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet enligt skollagen (2010:800) ska stängas tillfälligt

1. om huvudmannen bedömer att en så stor andel av personalen vid verksamheten är frånvarande med anledning av en sådan samhällsfarlig sjukdom som finns angiven i bilaga 2 till smittskyddslagen (2004:168) eller i förordning som meddelats med stöd av 9 kap. 2 § samma lag att det under viss tid inte går att bedriva verksamheten,

2. efter samråd med *den regionala smittskyddsläkaren* som en åtgärd för att motverka spridning av en sådan sjukdom,

3. om verksamheten bedrivs i ett område som Folkhälsomyndigheten har beslutat ska vara avspärrat enligt smittskyddslagen, eller

4. med anledning av en rekommendation från Folkhälsomyndigheten som berör skolområdet.

Huvudmannen ska dock, trots ett beslut enligt första stycket, enligt föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar, erbjuda

1. förskola för barn som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver sådant särskilt stöd i sin utveckling som endast kan erbjudas i förskola,

2. fritidshem för elever som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver sådant särskilt stöd i sin utveckling som endast kan erbjudas i fritidshem, eller

3. förskola, fritidshem eller annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. skollagen för barn eller elever som har en vårdnadshavare som deltar i samhällsviktig verksamhet.

Föreskrifter som avses i andra stycket får innebära lättnader för huvudmannen i förhållande till kraven på utbildningen i skollagen.

I paragrafen anges att en huvudman får besluta att en verksamhet enligt skollagen (2010:800) ska stängas tillfälligt vid extraordinära händelser i fredstid vid vissa förutsättningar, bl.a. efter samråd med regionala smittskyddsläkaren som en åtgärd för att motverka spridning av en samhällsfarlig sjukdom. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.8.

I *första stycket andra punkten* görs en ändring föranledd av att smittskyddsläkaren byter benämning till regionala smittskyddsläkaren.

Kommittédirektiv 2023:106

Stärkt beredskap inför framtida pandemier

Beslut vid regeringssammanträde den 29 juni 2023

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning. I uppdraget ingår också att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, att se över vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare samt att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor. Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier.

Utredaren ska bl.a.

- analysera och ta ställning till om smittskyddslagen (2004:168) ska anpassas till situationer med omfattande smittspridning,
- analysera och föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel,
- analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas,
- lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier,
- analysera och ta ställning till vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare,
- analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2025.

Beredskapen inför framtida pandemier behöver stärkas

Världen har nyligen upplevt en av de mest omfattande hälsokriserna i modern tid, då covid-19-pandemin spred sig och fick stor påverkan på samhällen i de flesta av världens länder. På kort tid hanterades en stor mängd frågor. Samtidigt kunde det konstateras att det saknades rättsliga förutsättningar att vidta vissa typer av åtgärder.

Nya hälsohot av känt eller okänt ursprung, epidemier och pandemier har uppstått återkommande genom historien. Det finns nu möjlighet att ta vara på lärdomarna från covid-19-pandemin och ta ett samlat grepp om frågorna kopplat till beredskap för framtida pandemier och hälsohot.

Hanteringen av covid-19-pandemin har utvärderats och granskats på olika sätt och ytterligare granskningar pågår. Utöver Coronakommissionens (S 2020:09) betänkanden kan nämnas rapporten Att lära av en kris – kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin, som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) publicerade i mars 2023, och Socialstyrelsens rapport Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – översyn och förslag till utveckling, från december 2022 (S2021/06173). Vidare redovisade Riksrevisionen i maj 2023 en granskning av effektiviteten i styrningen av den nationella smittskyddsverksamheten, både i normalläge och krisläge: Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning (RiR 2023:9).

Regeringen tillsatte den 2 september 2021 Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04). I takt med olika omvärldshändelser och att flera utvärderingar och granskningar kopplade till covid-19-pandemin har redovisats, har regeringen beslutat om ändringar i utredningens direktiv. Utredaren har nu bl.a. i uppdrag att analysera bestämmelserna om smittbärarpenning samt att analysera och lämna förslag gällande vissa bestämmelser om smittskyddsåtgärder inom särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

För att samhället ska stå bättre rustat inför framtida hälsohot, såsom omfattande epidemier eller pandemier av känt eller okänt ursprung och oavsett om de sprids avsiktligt eller oavsiktligt, behöver

beredskapen stärkas. Detta gäller såväl författningsberedskapen som beredskapen i övrigt.

Uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd

Det behövs god beredskap för att undvika brådskande beredningar av lagförslag under såväl fredstida kriser som höjd beredskap. Genom så kallad författningsberedskap, dvs. att ha bemyndiganden och annan reglering på plats, kan en kris hanteras mer effektivt än vad som annars hade varit fallet.

Vid omfattande spridning av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom bör det därför finnas en beredskap inom gällande lagar och förordningar, t.ex. utrymme för att vidta vissa extraordinära smittskyddsåtgärder. Utgångspunkten för en sådan författningsberedskap är att grundläggande fri- och rättigheter så långt som möjligt kan upprätthållas även vid en pandemi och att inskränkningar inte är mer långtgående än vad som är absolut nödvändigt för att motverka en omfattande smittspridning.

Det finns mot bakgrund av erfarenheterna från covid-19-pandemin skäl att se över regleringen om smittskydd ur ett beredskapsperspektiv, dels smittskyddslagen (2004:168) och vid behov annan lagstiftning som t.ex. lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, dels behovet av regler för att motverka trängsel. Det finns även skäl att närmare analysera om det bör införas en handlingsprincip, dvs. att man bör vidta de åtgärder som enligt tillgänglig kunskap kan förmodas begränsa smittspridning.

En utgångspunkt vid uppdragets genomförande bör vara erfarenheterna av hanteringen av covid-19-pandemin. Kunskapen om vilka smittskyddsåtgärder som hade goda effekter respektive fungerade mindre väl bör tas till vara. Även andra länders erfarenheter under covid-19-pandemin bör beaktas. Det bör också beaktas att framtida pandemier kan orsakas av andra smittämnen, ha olika smittvägar och drabba olika grupper i samhället olika hårt, dels på grund av olika levnadsvillkor och underliggande hälsotillstånd, dels på grund av olika stor mottaglighet för infektion och risk för svår sjukdom. Det är därför viktigt att i hanteringen av pandemier arbeta för att undvika stigmatisering och skuldbeläggande av de grupper som drabbas.

Behöver smittskyddslagen anpassas till situationer med omfattande smittspridning?

I smittskyddslagen finns bestämmelser som i huvudsak avser åtgärder i förhållande till enskilda personer som är eller misstänks vara smittade av en smittsam sjukdom. Med smittsamma sjukdomar avses alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. I smittskyddslagen definieras även allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar. Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar ska anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelser i smittskyddslagen och därtill hörande författningar. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.

För att inte begränsa utredaren till de nuvarande begreppen för smittsamma sjukdomar i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen (2004:255) används i direktiven uttrycket smittsamma sjukdomar. Begreppet hälsohot omfattar både kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära hot mot människors hälsa. Eftersom fokus i utredningen är smittsamma sjukdomar används härefter uttrycken pandemier och omfattande spridning av smittsamma sjukdomar. Det som avses är situationer när smittspridningen får allvarliga konsekvenser för människors hälsa eller för samhället.

Enligt smittskyddslagen ska smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärderna får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. När åtgärder rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Den humanistiska grundsyn som ligger till grund för samhällets smittskydd betonas i lagens förarbeten (prop. 2003/04:30).

Det framgår vidare av smittskyddslagen att var och en har ett ansvar för att så långt som möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot smittsamma sjukdomar. Covid-19-pandemin har visat att det kan finnas anledning att införa bindande regler för ett effektivare smittskyddsarbete inom vissa områden. Det finns enligt nuvarande lagstiftning t.ex. inte möjlighet att i fråga om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning utöva tillsyn eller besluta om sanktioner. Under pandemin och den då gällande lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (den så kallade covid-19-lagen eller pandemilagen), kunde den som bröt mot t.ex. föreskrifter om förbud mot att samlas i sällskap av viss storlek på allmän plats dömas till penningböter.

Enligt Socialstyrelsens bedömning har det största hindret för att genomföra nödvändiga smittskyddsåtgärder under covid-19-pandemin varit att bestämmelserna i smittskyddslagen om provtagning och smittspårning inte är ändamålsenligt utformade för att hantera en situation med omfattande smittspridning (S2021/06173). Bestämmelserna är inte utformade på ett sådant sätt att det är praktiskt möjligt att följa dem vid en så omfattande spridning av en smittsam sjukdom. Den diagnostik som i vanliga fall utförs inom regionerna är i första hand dimensionerad för att hantera provtagning för individers vårdbehov. Det innebär att regionerna har kapacitet att ta prover på dem som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller smittskyddslagen, och inte för provtagning vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar. På motsvarande sätt är den smittspårning som utförs inom regionerna inte heller dimensionerad för att hantera en stor mängd potentiellt smittade där tiden mellan exponering och smittsam fas är kort. Vid omfattande smittspridning kan det uppstå ett akut behov av att identifiera smittade för att tidigt bryta smittkedjor. Det kan också finnas behov av att se över hur bestämmelserna i smittskyddslagen förhåller sig till bestämmelser i annan tvångslagstiftning såsom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård i situationer med omfattande smittspridning, eftersom det kan uppstå oklarheter när lagstiftning på båda dessa områden blir aktuella.

De olika målen med provtagning – att ta prover och smittspåra för att minska smittspridning på nationell nivå och att ta prover för individers vårdbehov – kan skapa en otydlighet, bl.a. när det gäller

ansvaret för dimensionering av kapaciteten för provtagning och smittspårning.

I enlighet med smittskyddslagen ska en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom anmäla detta till smittskyddsläkaren i regionen och till Folkhälsomyndigheten. I situationer med omfattande smittspridning kan anmälningsplikten bli administrativt betungande för vården, vilket i sin tur kan medföra att det blir bristfällig kvalitet på anmälningarna. Även smittskyddslagens krav om att den som vet eller misstänker att han eller hon bär på en allmänfarlig eller annan smittspårningspliktig sjukdom utan dröjsmål ska söka läkare, kan bli en belastning för vården i en situation med omfattande smittspridning.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om utredning av sjukdomsfall ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar, t.ex. skyldigheten för den enskilde att uppsöka läkare och skyldigheten för läkare att undersöka patienten och smittspåra,
- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om förhållningsregler ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och ta ställning till om smittskyddslagen, under vissa förutsättningar, bör ha företräde i förhållande till annan tvångslagstiftning i situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och ta ställning till om bestämmelserna i smittskyddslagen om anmälan av sjukdomsfall ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar,
- analysera och, om det bedöms lämpligt, föreslå en ordning där statliga myndigheter och regioner har beredskap och tekniska förutsättningar för att vid omfattande spridning av smittsamma sjuk-

domar skyndsamt utföra relevant storskalig provtagning, analys och smittspårning,

- analysera och ta ställning till hur beslutsbefogenheterna ska fördelas mellan riksdagen, regeringen, myndigheterna under regeringen, regionerna och kommunerna i fråga om smittskyddsåtgärder, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Om utredaren finner att smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras får utredaren lämna sådana förslag. Vid analysen ska utredaren beakta hur förslagen förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som de kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). En noggrann avvägning ska göras av åtgärdernas lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt. Vad gäller bestämmelser om provtagning och smittspårning bör hänsyn tas till att det, i vart fall i inledningen av en pandemi eller en omfattande epidemi, kan saknas kunskap om hur den specifika sjukdomen sprids, med vilket intensitet och allvarlighetsgrad.

Behöver möjligheterna till extraordinära smittskyddsåtgärder utökas?

Smittskyddslagen är i första hand reaktiv och förutsätter konstaterad eller misstänkt smitta. Lagens bestämmelser är i vissa delar inte anpassade till en pandemisituation.

Extraordinära smittskyddsåtgärder kan enligt smittskyddslagen vidtas vid smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Bland annat kan smittskyddsläkaren besluta att personer som anländer till Sverige ska genomgå en hälsokontroll om det finns skäl att misstänka att de har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. En sådan hälsokontroll får dock inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Under covid-19-pandemin uppstod vissa frågor kring extraordinära smittskyddsåtgärder, bl.a. möjligheterna att, även i fall där det inte finns någon konstaterad smitta, vidta preventiva extraordinära åtgärder i syfte att förhindra att smitta förs in i landet eller sprids vidare till nya områden.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om det vid situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska vara möjligt att utföra en hälsokontroll vid inresa i landet, även i de fall det saknas konstaterat utbrott i avreselandet,
- analysera och ta ställning till om det ska vara möjligt att vid en hälsokontroll vid inresa till landet utföra provtagning av individer,
- analysera och ta ställning till om det vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska finnas möjlighet att besluta om regionala reserestriktioner inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till och från områden som är smittfria eller har begränsad smittspridning,
- analysera och ta ställning till om det ska införas andra extraordinära smittskyddsåtgärder,
- analysera och ta ställning till hur beslutsbefogenheterna ska fördelas mellan riksdagen, regeringen, myndigheterna under regeringen, regionerna och kommunerna när det gäller extraordinära smittskyddsåtgärder, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredaren ska vid analysen beakta de grundläggande fri- och rättigheterna som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. En noggrann avvägning ska göras av åtgärdernas lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt.

Vilka nya bestämmelser för att motverka trängsel bör införas?

En grundläggande åtgärd för att minska risken för smittspridning är att motverka trängsel vid folksamlingar. Som en yttersta åtgärd kan vissa verksamheter behöva stängas ned eller folksamlingar där trängsel kan uppstå helt förbjudas.

Under pandemin beslutades ett antal nya tillfälliga lagar. Bestämmelserna i lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och anslutande föreskrifter innebar att den som driver ett serveringsställe skulle ansvara för att vidta vissa åtgärder för att förhindra spridning av viruset. Med stöd av lagen om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 kunde särskilda begränsningar införas för bl.a. allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, platser för fritids- eller kulturverksamhet som är öppna för allmänheten, kollektivtrafik samt platser för privata sammankomster.

Covid-19-pandemin har aktualiserat behovet av flexibla, träffsäkra och ändamålsenliga bestämmelser för att vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar möjliggöra begränsningar av folksamlingar i syfte att minska risken för trängsel och därmed risken för smittspridning.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till i vilken utsträckning folksamlingar vid omfattande spridning av smittsamma sjukdomar ska kunna begränsas på platser dit allmänheten har tillträde respektive platser dit allmänheten inte har tillträde, t.ex. någons hem,
- analysera och ta ställning till i vilka verksamheter som begränsningar ska kunna införas samt vilka typer av begränsningar som ska kunna beslutas och under vilka förutsättningar,
- analysera och föreslå hur en reglering som begränsar folksamlingar kan utformas inbegripet regler om tillsyn och sanktioner,
- analysera och ta ställning till hur beslutsbefogenheterna ska fördelas mellan riksdagen, regeringen, myndigheterna under regeringen, regionerna och kommunerna i fråga om bestämmelser som syftar till att begränsa folksamlingar,

- analysera och ta ställning till om det bör införas bestämmelser om rätt till ersättning till verksamheter som träffas av begränsningar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vid analysen ska utredaren beakta de grundläggande fri- och rättigheterna som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. Det ska särskilt beaktas att demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster har särskild betydelse i ett demokratiskt samhälle. Demonstrationsfriheten, mötesfriheten och religionsfriheten har därför ett särskild skydd i regeringsformen. Utrymmet för begränsningar av allmänna sammankomster ska inte vara större än vad som är absolut nödvändigt och bör omprövas kontinuerligt. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet. Dessutom ska utredaren ha de enskilda i åtanke som har behov av insatser enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade så att deras grundläggande fri- och rättigheter tillvaratas. En noggrann avvägning ska göras av förslagens lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Vid övervägandet om begränsningar av allmänna sammankomster ska införas bör det beaktas om motsvarande effekt kan uppnås genom att smittskyddsåtgärder i stället införs för andra verksamheter.

Vid analysen ska även möjligheterna att bedriva olika verksamheter och arrangemang på ett smittsäkert sätt beaktas. Begränsningarna ska inte vara mera långtgående än vad som krävs för att skydda liv och hälsa. Även det regionala perspektivet bör beaktas eftersom reglerna kan behöva tillämpas olika i hela eller delar av landet samt i hela eller delar av ett län.

Bör regleringen om smittskyddsåtgärder kompletteras med en handlingsprincip?

I sitt slutbetänkande Sverige under pandemin (SOU 2022:10) lyfter Coronakommissionen återkommande fördelarna med en så kallad försiktighets- eller handlingsprincip. Den kan ses som ett grundläggande förhållningssätt för att möta en hotande situation när den till-

gängliga informationen är obefintlig eller osäker och ofullständig. Principen innebär att beslutsfattare i sådana situationer inte bör vänta passivt på bättre kunskap, utan aktivt vidta åtgärder utifrån tillgänglig kunskap för att motverka hotet. Den innebär alltså att det är bättre att handla än att vänta på bättre beslutsunderlag. Därefter kan man modifiera sitt handlande när ny kunskap blir tillgänglig.

Katastrofkommissionen slog i sitt betänkande Sverige och tsunamin – granskning och förslag (SOU 2005:104) fast att en av de återkommande bristerna i svensk krishantering var att aktörer som ska hantera en kris ofta väljer ett passivt förhållningssätt med hänvisning till att man inte har fullständig information. För att motverka konsekvenserna förknippade med ett sådant förhållningssätt menade Katastrofkommissionen att det är bättre att tillämpa en sorts försiktighets- eller handlingsprincip. Kommissionen beskrev hur en sådan princip i vardagen styr räddnings- och brandförsvarsinsatser. Grundregeln i de verksamheterna är att rycka ut med de resurser som krävs för en relativt stor olycka och återkalla en del av styrkan om den sedan visar sig inte behövas, snarare än att skicka ett fordon och först därefter rekvirera mer om situationen kräver det. I detta sammanhang bör påpekas att en pandemi, till skillnad från en olycka, pågår under en lång tidsperiod. Det kan under en pandemi vara svårt att avgöra när situationen är tillräckligt stabil för att ta bort restriktioner eller andra åtgärder som införts med avsikten att vara tillfälliga.

Den ekonomiska politiken i Sverige under covid-19-pandemin följde enligt Coronakommissionen en försiktighets- eller handlingsprincip, och man valde att hellre göra för mycket än för lite. Vidare var en skillnad mellan de nordiska ländernas agerande under pandemin hur man förhöll sig till principens krav på handlande trots bristande kunskap.

Det svenska systemet för krisberedskap och krishantering bygger på ansvars-, närhets- och likhetsprinciperna. Principerna finns angivna i olika utredningar, propositioner och planeringsdokument, men är inte definierade i lag utan ska i stället förstås som en bakgrund till dagens regelverk för krisberedskap samt det uppdrag och mandat som olika aktörer har. Principerna om ansvar, likhet och närhet räcker inte i en kris, enligt Coronakommissionen, utan de bör kompletteras med en försiktighets- eller handlingsprincip. Smittskyddslagens allmänt hållna regel om att åtgärder ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet är viktig som grundval när det gäller att

hantera kända smittsamma sjukdomar. Men när vetenskapen är begränsad, beprövad erfarenhet saknas och smittskyddsåtgärder ändå måste vidtas får de ansvariga inte låta en sådan regel stoppa åtgärder som kan antas begränsa smittan. Den som ansvarar för en verksamhet har alltså inte bara fog för – utan bör också ha skyldighet – att tillämpa den principen inför ett omfattande samhällshot, enligt Coronakommissionen.

Med osäker kunskap och avsaknad av beprövad erfarenhet kan det vara önskvärt att en handlingsprincip präglar smittskyddsarbetet och att åtgärder som kan antas begränsa en annars omfattande smittspridning bör vidtas, även om det saknas evidens för hur effektiva de är. Samtidigt anges som allmän riktlinje för smittskyddet i 1 kap. 4 § smittskyddslagen att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utredaren ska därför

- analysera hur en handlingsprincip skulle förhålla sig till principen om att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet,
- analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder och hur en sådan princip i så fall kan regleras samt förutsättningarna för när den ska tillämpas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vid analysen ska utredaren beakta de grundläggande fri- och rättigheterna som de kommer till uttryck i regeringsformen och Europakonventionen. En noggrann avvägning ska göras av förslagens lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren ska också analysera hur det kan säkerställas att förslagen som lämnas är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och att giltighetstiden för begränsande åtgärder omprövas kontinuerligt.

Uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier

Covid-19-pandemin har visat att det är viktigt att samhället har en god beredskap inför omfattande spridning av nya typer av smittämnen som kan komma att påverka stora delar av samhället. Folkhälsomyndigheten samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs. Myndigheten har tagit fram planeringsstöd för influensapandemier och för pandemier orsakade av andra virus.

En strategi för hantering av pandemier bör beakta det faktum att de flesta nya infektionssjukdomar hos människor är zoonoser, dvs. sjukdomar och smittämnen som kan spridas mellan djur och människor. Förebyggande, upptäckt och hantering av nästa pandemi är alltså en tvärsektoriell fråga som involverar flera myndigheter.

I enlighet med det internationella hälsoreglementet (IHR) ska varje medlemsstat i Världshälsoorganisationen anta en beredskapsplan för hälsohot. Denna beredskapsplan bör med fördel vara tvärsektoriell. I november 2022 antog Europaparlamentet och rådet en ny förordning om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa (EU) 2022/2371. I syfte att skapa ett gemensamt ramverk för krisberedskap och respons ska enligt förordningen bl.a. en EU-plan för hälsokriser och pandemier tas fram. Medlemsländerna ska också ta fram nationella planer som kompletterar EU-planen.

Coronakommissionen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 2022:10) att regeringens ledarskap inom smittskyddet var otydligt. Enligt kommissionen var den strategi som publicerades på regeringens webbplats ett tecken på otydligt ledarskap. Strategin angav vad som vägledde regeringen i dess arbete, inte vad regeringen ansåg borde prägla en sammanhållen nationell krishantering. Strategin var heller inte beslutad av regeringen, vilket hade krävts om regeringen hade avsett att strategin skulle styra andra aktörers arbete.

Regeringen anser att det är viktigt att det finns en nationell strategi för att bemöta och hantera framtida hälsohot, framför allt med sikte på omfattande epidemier och pandemier. En sådan strategi bör beakta alla relevanta sektorers del i pandemiberedskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer. Strategin bör uppfylla de krav som ställs i

relevanta regelverk inom EU och globalt. En sådan strategi bör beslutas av regeringen.

Utredaren ska därför

- lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, med tvärsektoriell utgångspunkt i relevanta regelverk inom EU, NATO och globalt, men med tydlig nationell inriktning,
- analysera och beskriva de utmaningar kring ansvarsfördelning som kan finnas mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer i pandemins olika skeden,
- föreslå hur sådana utmaningar bör hanteras inom ramen för en nationell strategi, och
- vid behov lämna förslag på åtgärder, t.ex. författningsändringar, som är nödvändiga för att genomföra en sådan strategi.

Uppdraget att analysera vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare

De regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet att genomföra sitt uppdrag enligt smittskyddslagen har enligt Socialstyrelsens rapport Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – översyn och förslag till utveckling (S2021/06173) inte några betydande strukturella problem eller brister. Strukturen där regionen har det övergripande ansvaret och smittskydds-läkaren har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen har visat sig vara ändamålsenlig och hållbar. Däremot finns vissa avgränsade problem och utmaningar vad gäller smittskyddets kapacitet, organisation och samverkan med andra aktörer, vilket blev tydligt under covid-19-pandemin.

Hur kan sårbarheten för smittskyddsläkare minska?

Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas dimensionering bedöms i stort vara tillräcklig för att i ett normalläge utföra uppdraget som det framgår av smittskyddslagen. Det finns dock en sårbarhet som följer av att smittskyddsläkare i vissa regioner inte har någon biträdande smittskyddsläkare att konsultera och ha ett kontinuerligt

kunskapsutbyte med. Denna sårbarhet blir särskilt tydlig i händelse av en situation med omfattande smittspridning. Men även i ett normalläge finns behov av en biträdande smittskyddsläkare. De minsta regionerna har förvisso färre smittskyddsärenden i absoluta tal, men smittskyddsuppdraget och kraven på smittskyddsläkarna är desamma i små regioner som i de större.

Socialstyrelsen gör i sin rapport (S2021/06173) bedömningen att det i lag bör regleras att det ska finnas minst en obligatorisk biträdande smittskyddsläkare i varje region, i syfte att uppnå ett ökat kollegialt utbyte, säkra kontinuiteten, minska sårbarheten samt förbättra beredskapen och den nationella och regionala förmågan i händelse av kris eller höjd beredskap. Att ha en biträdande smittskyddsläkare skulle kunna stärka likvärdigheten mellan smittskydden i landet vad avser kapacitet och förutsättningar att genomföra uppdraget i både normalläge och vid omfattande smittutbrott. Socialstyrelsens förslag behöver analyseras vidare.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till hur kontinuiteten och robustheten för smittskyddsläkare kan stärkas, och
- om det bedöms lämpligt, lämna författningsförslag.

Hur bör smittskyddsläkaren placeras organisatoriskt i regionen?

Strukturen och organisationen av regionernas smittskyddsläkare och smittskyddsenheter varierar mellan regionerna. Smittskyddsläkaren kan vara direkt underställd regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören eller en chef längre ned i organisationen. Under pandemin har vissa smittskydds-läkare periodvis ingått i så kallad regional särskild sjukvårdsledning (RSSL), medan andra inte har gjort det, eller endast i begränsad omfattning. Vidare har smittskyddet i ett antal regioner flyttats runt i organisationen flera gånger, även under pandemin.

Som Coronakommissionen framhåller är förhållandet mellan regionen och smittskyddsläkaren inte helt tydligt. En stor del av smittskyddsläkarens arbetsuppgifter ska enligt smittskyddslagen kunna utföras med stor självständighet i förhållande till regionen. Det gäller inte enbart myndighetsutövning mot enskilda individer, utan också smittskyddsläkarens skyldighet att uppmärksamma brister i smittskyddet i olika verksamheter. Samtidigt är det regionen som ansvarar

för tilldelning av resurser för smittskyddet och som därmed bestämmer ramarna för smittskyddsarbetet.

En centralt placerad smittskyddsläkare som är direkt underställd antingen en hälso- och sjukvårdsdirektör eller en regiondirektör har möjlighet att verka med en högre grad av självständighet. Det kan i sin tur leda till en bättre samverkan med regionen. Behovet av en sådan samverkan kring det gemensamma smittskyddsarbetet har blivit särskilt tydligt under covid-19-pandemin.

Smittskyddsläkaren ansvarar för att planera, organisera och leda smittskyddet i regionen. Den organisatoriska placeringen kan påverka förutsättningarna att utföra dessa uppgifter, särskilt i en kris. Förutsättningarna för att smittskyddsarbetet ska bedrivas enhetligt över landet kan också påverkas av smittskyddsläkarens position i respektive region.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till lämplig organisatorisk placering i regionen av smittskyddsläkaren, och
- om det bedöms lämpligt, lämna författningsförslag.

I analysen ska förslagets påverkan på den kommunala självstyrelsen särskilt beaktas.

Uppdraget att föreslå ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor

Vårdhygien är ett samlingsnamn för arbetet med att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner inom vård och omsorg. Regionerna har, inom ramen för sitt smittskyddsansvar, ansvar för att samordna vårdhygienarbetet och att samverka med kommunerna. Tillgången till vårdhygienisk expertis varierar dock i landet, och organiseringen av vårdhygien och smittskydd ser olika ut. Olikheterna blev särskilt tydliga under covid-19-pandemin. I kommunernas vård- och omsorgsverksamheter blev dessutom smittspridningen utbredd, med svåra konsekvenser för patienter och brukare.

Det nationella ansvaret för vårdhygienfrågor delas i dag mellan Socialstyrelsen, som i första hand har ett patientsäkerhetsperspektiv på frågorna, och Folkhälsomyndigheten, som framför allt arbetar

med frågornas koppling till vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

Både i Socialstyrelsens rapport (S2021/06173) och i Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet (RiR 2023:9) påtalas behovet av en ökad nationell samordning av vårdhygienfrågorna. Enligt Riksrevisionens rapport har regionala smittskydd och professionsnätverk återkommande efterfrågat en nationell samordning av vårdhygienfrågorna. Socialstyrelsen menar att en ökad samordning behövs för att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt, och att detta behov har blivit tydligt under tiden med covid-19-pandemin. Riksrevisionen konstaterar att det delade nationella ansvaret för vårdhygienfrågor mellan de två myndigheterna leder till en otydlig styrning på området. Det har också medfört att det nationella arbetet med vårdhygien inte bedrivs på ett tillräckligt systematiskt och strategiskt sätt.

Ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete för att motverka smitta. Detta skulle sannolikt underlätta arbetet för aktörer inom vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och lokal nivå. Det skulle också ge möjlighet till ökad likvärdighet över landet.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågorna bör utformas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska utöver vad som följer av kommittéförordningen (1998:1474) särskilt redovisa konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer.

I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Om något av förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Utredaren ska utforma förslagen så att de inte leder till högre administrativ belastning, högre kostnader eller större negativa effekter än nödvändigt för myndigheter, regioner, kommuner eller företag.

Utredaren ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och Europakonventionen och beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin, och de åtgärder som vidtagits med anledning av den, är att både pandemin och åtgärderna har drabbat olika grupper av individer på olika sätt, vilket kan få konsekvenser för jämställdheten och jämlikheten i hälsan. Det är därför viktigt att integrera ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv i utredningen. Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska inhämta kunskap, erfarenheter och synpunkter från Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Socialstyrelsen, Polismyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt, länsstyrelserna och andra berörda statliga myndigheter, SKR, Smittskyddsläkarföreningen, näringslivsorganisationer samt övriga relevanta aktörer. Utredaren ska även samråda med företrädare för regioner och kommuner och privata aktörer som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I den mån det bedöms motiverat ska utredaren även inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder.

Utredaren ska beakta relevant arbete inom området, exempelvis Riksrevisionens granskning Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning (RiR 2023:9) samt betänkanden från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Coronakommissionen (S 2020:09) och Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04). Utredaren ska även beakta relevanta internationella arbeten inom området, såsom översynen av det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) och förhandlingarna mellan Världshälsoorganisationens medlemsländer om ett pandemifördrag, samt arbete som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/2371 av den 23 november 2022 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upp-

hävande av beslut nr 1082/2013/EU och Sveriges ansökan om medlemskap i NATO.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2025.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2024:88

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 19 september 2024

Utvidgning och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 kommittédirektiv om en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning (dir. 2023:106). Syftet är att stärka beredskapen inför framtida pandemier.

Uppdraget utvidgas. Utredaren ska nu även bl.a.

- göra en översyn av vissa frågor kopplade till smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255),
- analysera och föreslå kompletterande reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet SmiNet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningstiden förlängs. Enligt de ursprungliga direktiven skulle uppdraget slutredovisas senast den 28 februari 2025. Uppdraget ska i stället slutredovisas senast den 30 januari 2026. Utredaren ska dock senast den 28 februari 2025 lämna ett delbetänkande avseende följande delar i de ursprungliga direktiven:

- uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd, och
- uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.

Uppdraget att se över vissa frågor kopplade till smittskyddslagen och smittskyddsförordningen

Är smittskyddslagens bestämmelser om vissa skyldigheter, förhållningsregler och tvingande åtgärder ändamålsenliga?

Målet för samhällets smittskydd är enligt 1 kap. 1 § smittskyddslagen att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt smittskyddslagen har enskilda en skyldighet att förebygga smittspridning, t.ex. genom att var och en som vet om eller misstänker att de bär på en smittsam sjukdom ska vidta åtgärder för att skydda andra mot smittrisk.

Enligt smittskyddslagen klassificeras vissa sjukdomar som allmänfarliga eftersom de kan vara livshotande, orsaka långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser. En allmänfarlig sjukdom kan också klassificeras som samhällsfarlig ifall den kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

Om en person bär på en allmänfarlig sjukdom är denne skyldig att enligt 2 kap. 2 § andra stycket smittskyddslagen lämna information om smittan till dem som personen kommer i sådan kontakt med att det finns en beaktansvärd risk för överföring av smitta (den s.k. informationsplikten). I 4 kap. 2 § smittskyddslagen finns även bestämmelser som innebär att personer som bär på, eller misstänks bära på, en allmänfarlig sjukdom ska få individuellt utformade förhållningsregler av sin behandlande läkare. Förhållningsreglerna kan endast avse vissa i lagen angivna moment, bl.a. en skyldighet att informera sexualpartner och vårdgivare om smittbärarskap.

Nuvarande bestämmelser om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen tillkom bl.a. för att säkerställa likabehandling och rättssäkerhet. Bestämmelserna om skyldigheter och förhållningsregler gäller för alla allmänfarliga sjukdomar och ambitionen har varit att undvika särreglering av enstaka sjukdomar. Informationsplikten har bl.a. inneburit att sexualpartner har fått möjlighet att ta ställning till risken för smittspridning.

Smittsamheten för olika allmänfarliga sjukdomar varierar och i vissa fall är behandlingen så effektiv att personen som bär på sjukdomen inte längre är smittsam. Möjligheten att ta hänsyn till detta när det kommer till skyldigheter och förhållningsregler har dock av vissa uppfattats som otydlig i lagstiftningen.

Under 2013 publicerade dåvarande Smittskyddsinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten), tillsammans med Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV) ett kunskapsunderlag där det konstaterades att risken för överföring av hivinfektion vid samlag är försumbar om den hivinfekterade parten uppfyller kriterierna för en välinställd behandling. Detta ledde till att Socialstyrelsen, som då ansvarade för föreskrifter på smittskyddsområdet, uppdaterade sina skrivningar så att behandlande läkare kan meddelaundantag från informationsskyldighet gentemot sexpartner.

Flera åtgärder i smittskyddslagen är tvingande när en diagnos har ställts. I en situation där det kan räcka med råd och stöd till en patient riskerar ett beslut om förhållningsregler att bli en administrativ börda. Den enskildes skyldigheter och förhållningsregler ska enligt smittskyddslagen alltid stå i proportion till risken för smittspridning och dess konsekvenser. Eftersom det för många sjukdomar har skett en betydande utveckling när det kommer till epidemiologisk situation, kunskap, läkemedel och behandling är det påkallat att se över proportionaliteten och ändamålsenligheten i vissa av dessa bestämmelser. Den utveckling som har skett sedan smittskyddslagen trädde i kraft kan också, för vissa sjukdomar, innebära att ytterligare förhållningsregler kan vara aktuella att införa.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om regleringen av informationsplikten vid hivinfektion är ändamålsenlig och proportionerlig,
- analysera och ta ställning till om övriga bestämmelser i smittskyddslagenavseende den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning är ändamålsenliga och proportionerliga,
- analysera och ta ställning till om de förhållningsregler som läkare kan ge patienter, särskilt vid hivinfektion och hepatit C, är ändamålsenliga och proportionerliga,
- ta ställning till om ytterligare förhållningsregler ska kunna ges till personer som bär på, eller misstänks bära på, en allmänfarlig sjukdom och vid behov lämna förslag på sådana, ta ställning till om det bör finnas en möjlighet att föreskriva om undantag från tvingande åtgärder i samband med att en sjukdom klassificeras som allmänfarlig eller samhällsfarlig,

- ta ställning till om skyldigheter och förhållningsregler i smittskyddslagen ska baseras på andra kriterier än allmänfarlig sjukdom, t.ex. risken för smittsamhet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Är systemet med de s.k. rikskoderna ändamålsenligt?

En anmälan om misstänkt eller konstaterat fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom ska enligt 2 kap. 6 § smittskyddslagen innehålla uppgifter om den smittades eller misstänkt smittades namn och personnummer, i syfte att kunna vidta smittskyddsåtgärder. Undantag från detta görs dock i 4 § smittskyddsförordningen för anmälningspliktiga sjukdomar med huvudsakligen sexuell smittväg: gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis. I stället för namn och personnummer ska anmälan innehålla uppgifter om de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades eller misstänkt smittades personnummer, s.k. rikskod.

Skälen bakom identitetsskyddet för de sexuellt överförbara sjukdomarna framgår av förarbetena till smittskyddslagen. Där anförs bl.a. att uppgivandet av identitetsuppgifter vad gäller sexuellt överförbara sjukdomar kan motverka möjligheten att minska smittspridningen, eftersom en person som misstänker att han eller hon kan vara smittad skulle kunna avhålla sig från att uppsöka sjukvården om hans eller hennes identitetsuppgifter sprids (prop. 2003/04:30 s. 96).

Smittskyddsläkarföreningen föreslår i en skrivelse till Socialdepartementet att regeringen ska ompröva bestämmelsen i smittskyddsförordningen om att vissa sjukdomar ska anmälas till smittskyddsläkaren med ofullständig identitet (S2007/05542). I skrivelsen pekar föreningen på att systemet med rikskoder kan medföra brister i patientsäkerheten samt utgöra ett hinder för ett fullgott smittskydd.

Av skrivelsen framgår bl.a. att systemet med rikskoder kan medföra problem att återfinna journaluppgifter utifrån de ofullständiga identitetsuppgifterna, vilket orsakar förseningar i kommunikationen till personer med allmänfarliga sjukdomar och kan medföra att nödvändig information och behandling av en sjukdom försenas. I skrivelsen framhåller Smittskyddsläkarföreningen även att det för smittskyddsarbetet är problematiskt att samma rikskod i många fall delas av flera individer. I de fall samma rikskod förekommer är det inte

möjligt att veta om det rör sig om en och samma person eller olika personer som har samma rikskod.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om systemet med ofullständiga identitetsuppgifter, s.k. rikskoder, för anmälan av vissa anmälningspliktiga sjukdomar är ändamålsenligt och vid behov föreslå förändringar som medför ett tillfredsställande integritetsskydd för den enskilde, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Hur ska klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen hållas uppdaterad?

Av bilaga 1 och 2 till smittskyddslagen framgår vilka sjukdomar som klassificeras som allmänfarliga respektive samhällsfarliga. Smittämnen och sjukdomar uppkommer och förändras dock över tid, och det finns därför behov av att se över klassificeringen löpande eller med viss regelbundenhet. I dagsläget saknas det bestämmelser om hur och när klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen bör eller ska ses över.

I de ursprungliga utredningsdirektiven ges utredaren möjlighet att se över definitionerna av smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen. För att säkerställa att definitionerna är ändamålsenliga bör utredaren, i samband med att en översyn av klassificeringen ska göras, även se över definitionerna av smittsamma sjukdomar i 1 kap. 3 § smittskyddslagen.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras,
- föreslå en ordning för hur och hur ofta klassificeringen av sjukdomar enligt smittskyddslagen bör uppdateras, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Vilka smittskyddsåtgärder ska kunna vidtas vid misstanke om smitta som ännu inte har identifierats eller klassificerats?

Att ha möjlighet att snabbt kunna agera vid smittspridning som riskerar att bli allvarlig eller omfattande är en viktig del i beredskapen inför framtida hälsohot. Bestämmelserna i smittskyddslagen förutsätter att en smitta är känd och även klassificerad för att smittskyddsåtgärder ska kunna vidtas. Innan ett smittämne har identifierats saknas möjlighet att exempelvis kunna spärra av ett område eller vidta andra åtgärder enligt smittskyddslagen. Det finns därför behov av att utreda möjligheten att vid misstanke om smittsam sjukdom som ännu inte har identifierats kunna vidta åtgärder i enlighet med smittskyddslagen.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till vilka smittskyddsåtgärder som ska kunna vidtas vid misstanke om smittsam sjukdom som inte har identifierats eller klassificerats, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Ska benämningen ”smittskyddsläkare” för den regionala myndighetsfunktionen ändras?

Enligt Socialstyrelsens rapport Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – översyn och förslag till utveckling (S2021/06173) kan begreppet smittskyddsläkare missförstås som en särskild utsedd läkare och inte en regional myndighetsfunktion. Det riskerar att försvaga betydelsen av funktionen och kan skapa missförstånd i kontakter med aktörer inom och utom hälso- och sjukvården samt medallmänheten.

Regeringen anser att ett annat namn bör övervägas i syfte att förstärka och förtydliga att smittskyddsläkaren är en myndighet med ett regionindelat ansvarsområde.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om det finns behov av att förtydliga eller ändra benämningen på smittskyddsläkaren samt, om det bedöms lämpligt, föreslå en alternativ benämning, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att analysera och föreslå en rättslig reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet SmiNet

I dag är ett 60-tal sjukdomar anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen och smittskyddsförordningen. Anmälningsplikten innebär att behandlande läkare, läkare vid mikrobiologiska laboratorier och läkare som utför obduktion ska anmäla misstänkta och konstaterade fall av anmälningspliktiga sjukdomar till Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare. Anmälan görs elektroniskt i systemet SmiNet, som är ett samprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare. Folkhälsomyndigheten ansvarar för drift, support, förvaltning och utveckling av systemet.

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY), dåvarande Datainspektionen, påtalade i en skrivelse till Socialdepartementet 2007 (S2007/05468) att behandlingen av personuppgifter i SmiNet saknar särskild reglering. Efter genomförd tillsyn (Datainspektionens diarienummer 989-2006) ansåg myndigheten att frågan om huruvida det är tillåtet för Folkhälsomyndigheten (dåvarande Smittskyddsinstitutet) att behandla känsliga personuppgifter i SmiNet behövde utredas och klargöras för att skapa ett tillfredsställande integritetsskydd för de registrerade, då systemet innebär en storskalig hantering av känsliga personuppgifter.

Sedan skrivelsen inkom har Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning, trätt i kraft. Det bedöms dock alltjämt finnas skäl att se över och analysera vilka kompletterande bestämmelser som behövs för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet i syfte att värna integriteten för de registrerade. Utgångspunkten är att regleringen ska vara ändamålsenlig och tydlig med beaktande av de bestämmelser som gäller enligt EU:s dataskyddsförordning och lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Frågor att analysera är bl.a. den rättsliga grunden för behandlingen, personuppgiftsansvar, ändamålet med behandlingen och lämpliga skyddsåtgärder.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå kompletterande reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i SmiNet för att skapa ett tillfredsställande integritetsskydd för de registrerade,
- beakta förslagen i betänkandet Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57) samt kommande lagstiftning på hälsodataområdet, såsom exempelvis förordningen om det europeiska hälsodataområdet (EHDS), och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska beskriva konsekvenserna av förslagen på samma sätt som anges i de ursprungliga direktiven och i enlighet med förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar. Utredaren ska utöver detta beskriva konsekvenserna av förslagen om reglering av den personuppgiftsbehandling som utförs i SmiNet för Folkhälsomyndigheten, smittskyddsläkarna och, i den utsträckning det är relevant, andra användare av SmiNet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren hämta in synpunkter från berörda myndigheter och andra berörda aktörer. Kunskap, erfarenhet och synpunkter bör bl.a. inhämtas från Integritetsskyddsmyndigheten, E-hälsomyndigheten samt andra aktörer i enlighet med de ursprungligadirektiven.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 januari 2026. Utredningen ska dock senast den 28 februari 2025 lämna ett delbetänkande avseende följande delar i de ursprungliga direktiven:

- uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd, och
- uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2025:9

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 6 februari 2025

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 kommittédirektiv om en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning (dir. 2023:106). Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 19 september 2024 utvidgades uppdraget och utredningstiden förlängdes till den 30 januari 2026 (dir. 2024:88).

Enligt tilläggsdirektiven ska ett delbetänkande lämnas senast den 28 februari 2025. Delbetänkandet avser uppdraget att stärka författningsberedskapen i fråga om smittskydd samt uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier.

Utredningstiden för dessa delar av uppdraget förlängs. Delbetänkandet ska i stället redovisas senast den 25 april 2025. Utredningstiden i övrigt ligger fast. Uppdraget ska alltså slutredovisas senast den 30 januari 2026.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2025:96

Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 30 oktober 2025

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 29 juni 2023 kommittédirektiv om en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning (dir. 2023:106). Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 19 september 2024 utvidgades uppdraget och tiden förlängdes till den 30 januari 2026 (dir. 2024:88). Genom ytterligare tilläggsdirektiv som beslutades den 6 februari 2025 förlängdes utredningstiden dels för de delar av uppdraget som rör stärkt författningsberedskap i fråga om smittskydd, dels för uppdraget att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier till den 25 april 2025 (dir. 2025:9). Utredningstiden i övrigt ändrades inte och uppdraget skulle slutredovisas senast den 30 januari 2026.

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredningen inte ska utreda deluppdraget om att analysera och föreslå kompletterande reglering för den personuppgiftsbehandling som utförs i systemet Sminet. Regeringen avser att återkomma till om hur den frågan ska hanteras.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 mars 2026.

(Socialdepartementet)

Resultat från utredningens enkätundersökningar

Enkät till behandlande läkare

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om behandlande läkares tillämpning av smittskyddslagens (2004:168) förhållningsregler för personer med hiv.

Rekrytering

Målgruppen för enkäten var infektionsläkare med behandlingsansvar för personer med hiv. Det finns inget register eller kontaktnät specifikt för dessa läkare. Rekryteringen av deltagande mottagningar gjordes därför via e-postutskick till verksamhetscheferna på 30 infektionskliniker. Av dessa svarade 29 stycken och 27 av dem meddelade att de handhar personer med hiv och därmed har läkare som kunde tillfrågas om att besvara enkäten. Kontaktpersonen på varje klinik ombads meddela hur många läkare som var aktuella för att besvara enkäten. Sammanlagt meddelade verksamhetscheferna att de hade 260 läkare som var aktuella att ges förfrågan om att delta.

Första utskicket med länk till enkäten till kontaktpersonerna, för vidareförmedling till målgruppen, gjordes den 3 juni 2025. Datainsamlingen pågick under en månad.

Enkäten

Den webbaserade enkäten riktade sig till infektionsläkare med behandlingsansvar för personer med hiv. Den hade 15 frågor som byggde på de frågor som ställdes i en liknande tidigare enkät genom-

förd av Folkhälsomyndigheten år 2017.[1] Frågorna i den enkäten hade formulerats av forskare i samverkan med patientorganisationer. I utredningen gjorde vi en genomgång och ett urval av frågor med särskild relevans för utredningsuppdraget anpassades till aktuellt kunskapsläge och regelverk. Frågorna och svarsalternativen omformulerades delvis och reviderades även i samråd med utredningens experter från Folkhälsomyndigheten, Svenska infektionsläkarföreningen, Smittskyddsläkarföreningen och Socialstyrelsen.

Det webbaserade enkätformuläret konstruerades i det digitala enkätverktyget *EUSurvey*. Inga personuppgifter samlades in och det fanns inte möjlighet att lämna några svar i form av fritext. Inkomna enkätsvar sparades ner i en excelfil och därefter raderades enkätformuläret och svaren i det digitala verktyget. Excelfilen förvarades på utredningens server med åtkomst endast för utredningens medarbetare.

Informationen till respondenterna innehöll kontaktuppgifter till sekretariatet i händelse av att någon ville höra av sig med frågor om enkäten eller utredningen. Två sådana kontakter togs under insamlingstiden.

Databearbetning och analys

Enkätresultaten presenteras i detta betänkande deskriptivt, företrädesvis som stapeldiagram. Data analyserades totalt för alla svarande per enkätfråga i Excel. Inga statistiska analyser eller kopplingar till utredningens övriga enkäter gjordes. Jämförelser gjordes genomgående utifrån följande kategorier och skillnader redovisas där de bedöms relevanta för uppdraget:

– Län (storstadslän, annat län)
– Antal personer med hiv som läkaren hade mött i sitt arbete de senaste 12 månaderna (1–20, 21–39, 40–80, 81+)

Där det är relevant och möjligt redovisas även resultat fördelade utifrån hur respondenterna har besvarat andra enkätfrågor och vissa jämförelser görs med resultaten i Folkhälsomyndighetens liknande enkät från 2017.

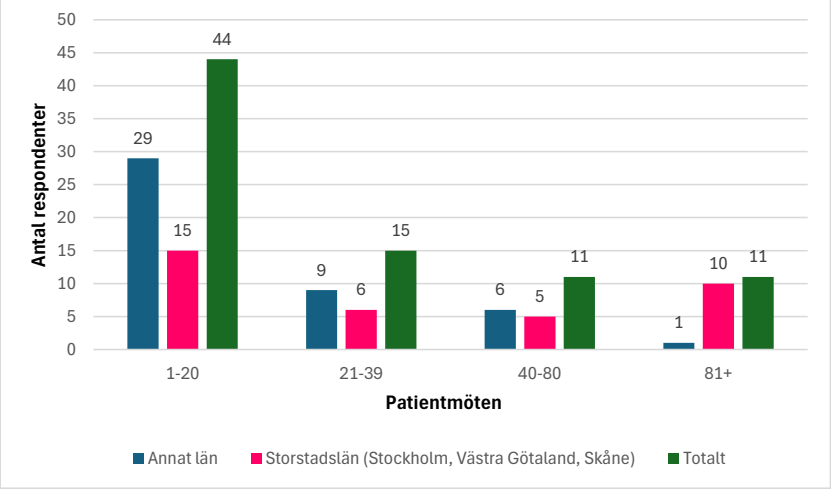
[1] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.

Resultat

Respondenterna

I figur 1 redovisas antalet respondenter fördelade på län och kategorier patientmöten som de haft det senaste året. Vi fick totalt 81 svar på enkäten. Det motsvarar 31 % av de 260 läkare som bör ha fått frågan. Utredningen hade emellertid ingen kontroll över hur verksamhetscheferna distribuerade förfrågan och kan därför inte säkerställa hur många av de 260 som faktiskt tillhörde målgruppen respektive hade reell möjlighet att delta (se avsnittet *Metodologisk diskussion* angående representativitet och bortfall). Samtliga 81 respondenter har fullföljt enkäten till slutet och kan därmed inkluderas i datamaterialet för analys.

Figur 1 **Respondenter fördelat på län och antal patientmöten de senaste 12 månaderna (n = 81)**



Av de läkare som besvarade enkäten var 36 stycken (44 %) verksamma på kliniker i något av storstadslänen och resterande 45 (56 %) i övriga län. Det kan jämföras med att verksamhetschefernas uppgifter som angav att de 260 läkarna som fick förfrågan om att delta fördelades 38 % i storstadslän och 62 % i övriga län. Folkhälsomyndighetens enkät bland behandlande läkare år 2017 fick 87 respon-

denter varav en tredjedel från storstadslän. Då hade de svarande mött i medeltal 30 och i median 60 personer med hiv det senaste året.

I vår enkät hade de svarande i medeltal mött 50 personer med hiv de senaste 12 månaderna och medianen var 20 (variationsvidd 2–600). Som framgår av figur 1 var det en majoritet av de svarande som hade mött 1–20 personer med hiv det senaste året. Det indikerar att de flesta vi nått inte arbetar enbart med hivinfektion utan snarare har ett bredare arbete som infektionsläkare. Att det är så pass stora variationer i antalet respondenter i de olika kategorierna för antal patientmöten ska beaktas vid tolkning av jämförelser i den fortsatta resultatredovisningen.

Kunskap kring smittsamhet vid välbehandlad hivinfektion

I den aktuella versionen av Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag om smittsamhet vid behandlad hivinfektion fastslås att det inte föreligger någon risk för överföring av hiv vid vaginala och anala samlag om personen med hivinfektion uppfyller kriterierna för välinställd behandling.[2] Den första versionen av kunskapsunderlaget publicerades år 2013 och har därefter uppdaterats kontinuerligt i takt med att forskning och uppföljning på området har gett ny kunskap.[3] Från och med versionen från år 2018 anses det inte föreligga någon risk för hivöverföring vid vaginala eller anala samlag även om inte kondom används.[4] Det medför att förhållningsregeln om kondomplikt, precis som informationsplikten, sedan dess har kunnat tas bort för personer med välinställd hivbehandling.[5]

Läkarna fick frågor om huruvida de hade tagit del av den nuvarande versionen av kunskapsunderlaget. Det var 85 % som svarade att de kände till underlaget och hade tagit del av det medan återstående 15 % inte kände till det alternativt kände till men inte hade

[2] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion 2024. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2024.
[3] Smittskyddsinstitutet. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. Kunskapsunderlag från Smittskyddsinstitutet och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2013.
[4] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion 2019. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019.
[5] Informationsplikt och kondomplikt är de uttryck som vi i denna redovisning använder för två av förhållningsreglerna som behandlande läkare regelmässigt ger vid hivinfektion (4 kap. 2 § första stycket 5 och 6 smittskyddslagen). Informationsplikt avser ”skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap”. Kondomplikt avser ”skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning”.

tagit del av det. Det framkom inga övergripande skillnader mellan svarande från storstadslän och svarande från övriga län.

Drygt hälften, 42 av 81 svarande, hade läst kunskapsunderlaget och högst andel (67 %) sågs bland dem som hade mött 21–39 personer med hiv det senaste året. Drygt hälften uppgav också att kunskapsunderlaget hade diskuterats i deras arbetsgrupp men bara var femte svarade att de både hade läst själva och diskuterat det i sin arbetsgrupp. Bland dem som mött 20 eller färre personer med hiv senaste året hade var femte inte tagit del av eller kände till underlaget.

I Folkhälsomyndighetens enkät bland behandlande läkare år 2017 uppgav 93 % svarande att de hade tagit del av Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag[6] (eller Socialstyrelsens dåvarande skrivningar som baserades på den första versionen av kunskapsunderlaget om smittsamhet vid behandlad hivinfektion[7]). Det kan antyda att nuvarande kunskapsunderlag är mindre känt och läst, men skillnaden är liten.

Rutiner för och dokumentation av möten med personer med hiv

På frågan *Finns det på din arbetsplats stöd och/eller rutiner för att ompröva förhållningsregler kring informationsplikt, kondom, etc. för hivpatienter med välinställd behandling?* kunde respondenterna markera flera svar. Vanligast var att svara *Ja, konsensus bland läkarna*, ensamt eller i kombination med ytterligare svar (79 %). Totalt svarade 21 respondenter (26 %) att det fanns skriftliga rutiner på deras klinik. Fem respondenter (6 %) svarade att deras klinik inte hade eller att de inte kände till några rutiner alls. Det framkom inga skillnader mellan län eller mellan kategorier av antal patientmöten.

Vi ställde också en fråga gällande läkarnas rutiner för journalföring av borttagen informationsplikt. I figur 2 framgår att 78 % svarade att de alltid journalför detta och 16 % att de gör det ibland. Endast en (1) läkare svarade nej och en (1) att den gör det om patienten ber om det. Tre läkare uppgav att de hittills inte tagit bort informationsplikten för någon person med hiv. Det framgick inga

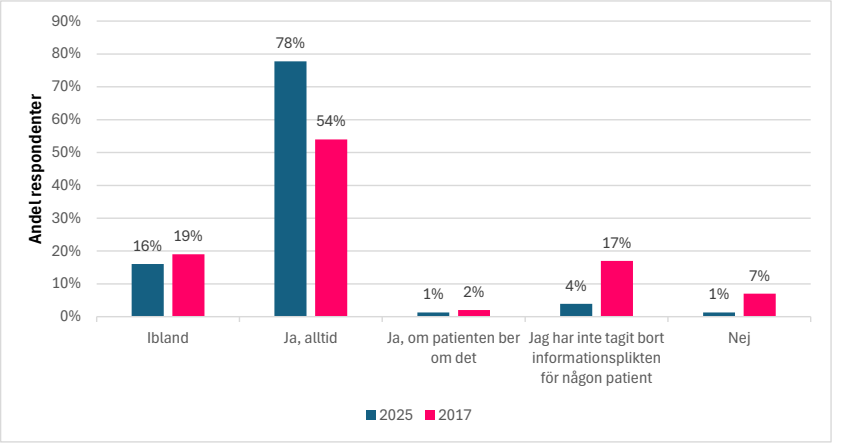
[6] Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion: kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV). Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
[7] Socialstyrelsen. Den behandlande läkarens och enskilde individens ansvar vid pågående behandling mot hivinfektion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

skillnader mellan läkare i storstadslän eller övriga län. Läkare som mött 21–39 patienter det senaste året svarade i störst utsträckning att de alltid journalför (87 %).

Även om vi inte med säkerhet kan säga att stickproven är jämförbara noteras att det var betydligt fler, totalt 78 %, som 2025 svarade att de alltid journalför borttagen informationsplikt jämfört med 54 % i enkäten 2017 (se figur 2).

Figur 2 **Journalföring av borttagen informationsplikt**

Jämförelse mellan 2017 och 2025



Anm.: 2017: n = 83, 2025: n = 81.

Förmedling av förhållningsregler görs ofta med smittskyddsblad

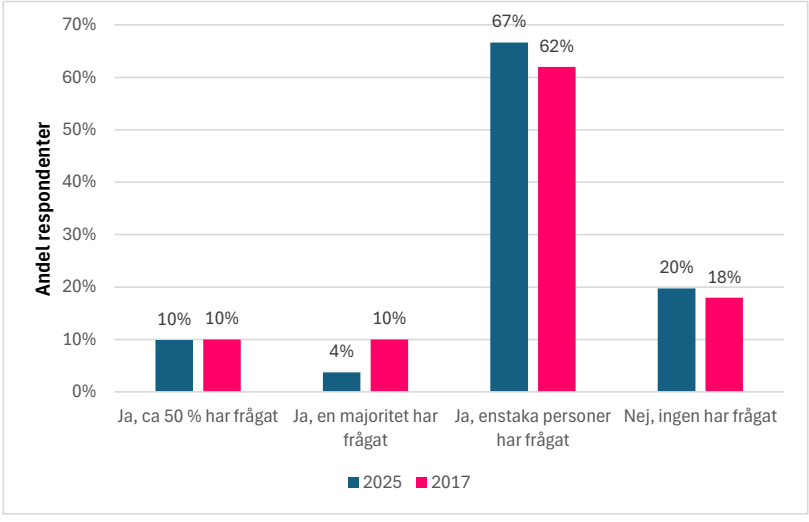
Alla utom en (1) respondent svarade att de känner till smittskyddsbladen för hiv. Detta avspeglas också i den omfattande användningen av bladen för att förmedla förhållningsregler till personer med hiv. Hela 83 % svarade att de förmedlar förhållningsreglerna både muntligt och med utdelning av smittskyddsblad. Samtidigt var det 7 % av respondenterna som svarade att de endast förmedlar förhållningsreglerna skriftligen och 9 % som omvänt svarade att de förmedlar dem enbart muntligen. Även om datamaterialet är litet kan vi notera en antydan till att helt och hållet skriftlig förmedling av förhållningsregler tycks vanligare bland läkare i storstadslän som mött få personer med hiv. I övriga län var det endast en (1) respondent som svarade att den inte förmedlade förhållningsregler muntligt.

Samtal om och borttagande av informationsplikt och kondomplikt

Figur 3 illustrerar vad som framkommer i vår enkät om läkarnas erfarenhet av frågor från patienter om informationsplikt[8] samt hur motsvarande såg ut när samma fråga ställdes av Folkhälsomyndigheten år 2017. Drygt två tredjedelar (67 %) av läkarna i vår enkät hade erfarenhet av enstaka personer med hiv som tagit upp frågan om informationsplikt vid sexuella kontakter. Endast 4 % uppgav att en majoritet av deras patienter hade lyft frågan och en tiondel svarade att ungefär hälften av deras patienter gjort det. En femtedel (20 %) hade ingen erfarenhet av att ha fått frågan om informationsplikt. Det framgick inga skillnader mellan olika län. Vid jämförelse utifrån hur många personer med hiv som läkarna mött det senaste året framgick dock ett tydligt mönster att ju fler personer med hiv som läkare träffade, desto högre andel uppgav att deras patienter tog upp frågan. Bland läkare som hade mött över 40 personer med hiv det senaste året hade ingen erfarenheten att *ingen* patient hade tagit upp frågan.

Figur 3 **Läkarnas svar på om patienter lyfter frågan om informationsplikt vid sexuella kontakter**

Jämförelse mellan 2017 och 2025



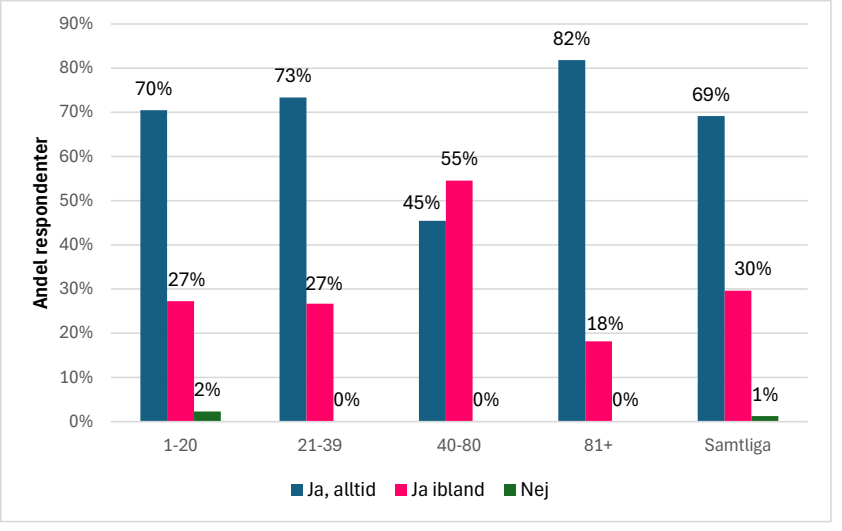
Anm.: 2017: n = 82, 2025: n = 81.

[8] I Folkhälsomyndighetens undersökning användes termen informationsskyldighet för det som vi i vår undersökning betecknar informationsplikt.

Läkarna fick också svara på huruvida de själva tar upp frågan om patienternas informationsplikt vid sexuella kontakter. Det var 72 % som menade att de rutinmässigt lyfter frågan. En fjärdedel, 26 %, svarade *Ibland, jag gör en bedömning från fall till fall* medan endast en (1) läkare svarade *Nej*. Det var vanligare bland läkare i storstadslän att ta upp frågan rutinmässigt (78 % jämfört med 67 % i övriga län). Bland läkarna som mött 40–80 personer med hiv det senaste året var det 80 % och av dem som mött över 80 personer med hiv svarade alla att de lyfter frågan rutinmässigt.

En liknande, men annorlunda formulerad, fråga ställdes av Folkhälsomyndigheten i enkäten 2017.[9] Då svarade 21 % att de lyfte frågan vid varje besök och 15 % att de aldrig lyfte frågan utan avvaktade patientens förfrågan. Även om det inte går att jämföra svaren rakt av tolkar vi våra resultat som att det i dag är betydligt vanligare än 2017 att det är behandlande läkare som tar upp frågan om informationsplikt. Om läkarna i dag gör detta proaktivt kan det vara en anledning till att personer med hiv numera inte för egen del lyfter frågan så ofta eftersom de helt enkelt inte behöver göra det.

Figur 4 **Läkarnas svar på om de rutinmässigt tar bort informationsplikten för personer med välinställd hivbehandling, totalt och över antalet patientmöten de senaste 12 månaderna (n = 81)**



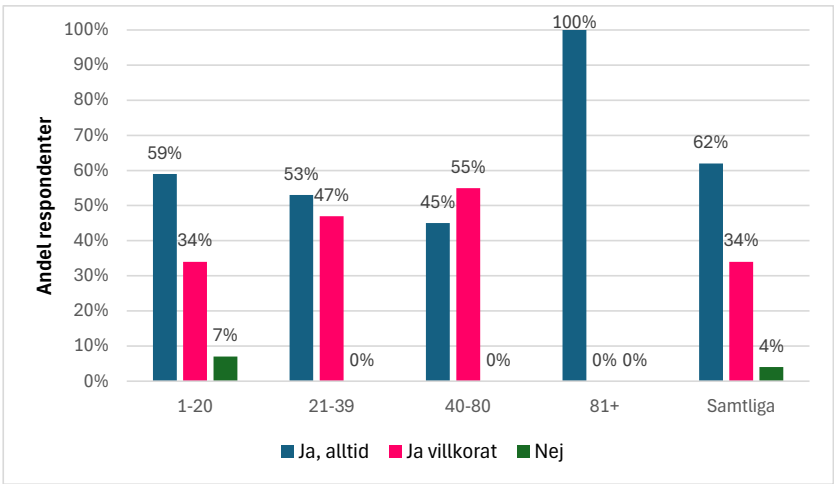
[9] Frågan i enkäten år 2017 medgav *Annat*-svar där respondenterna själva kunde skriva text som sedan kategoriserades kvalitativt av dem som analyserade resultaten.

Borttagning av informationsplikt och kondomplikt förmedlas inte rutinmässigt när kriterierna för välinställd hivbehandling är uppfyllda

I figurerna 4 och 5 redovisas borttagning av informationsplikt och kondomplikt för personer med välinställd hivbehandling totalt samt fördelat på antal personer med hiv som läkarna hade mött det senaste året. Det var totalt 69 % som svarade *Ja, alltid* gällande informationsplikten och 30 % som svarade *Ja, ibland*. Läkare som hade mött mer än 80 personer med hiv senaste året stack ut med att 82 % svarade *Ja, alltid*. Det var endast en (1) läkare som svarade *Nej*.

Gällande att ta bort kondomplikten svarade 62 % av respondenterna *Ja, alltid* för personer med välinställd hivbehandling. Endast 4 % (3 stycken) svarade *Nej* medan övriga 34 % svarade *Ibland* eller *Ja, om patienten tar upp frågan*.

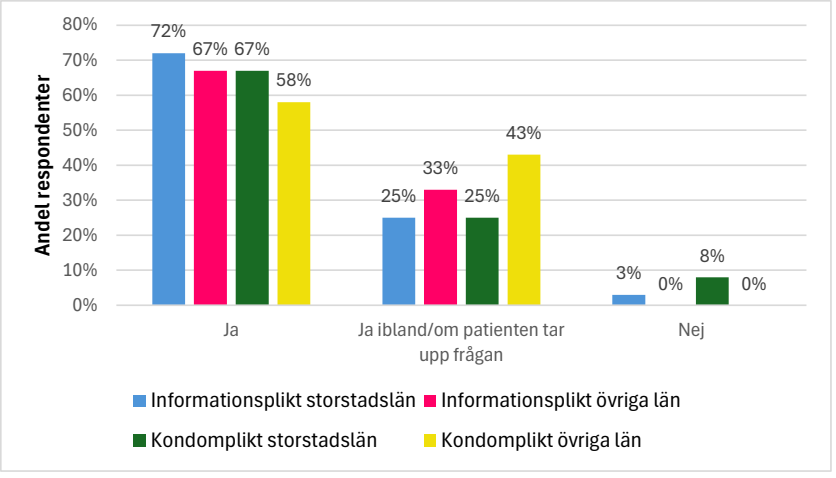
Figur 5 **Rutinmässig borttagning av kondomplikt vid välinställd hivbehandling, totalt och utifrån kategorier av antal patientmöten de senaste 12 månaderna (n = 81)**



I figur 6 redovisas svar på frågorna om borttagning av informationsplikt och kondomplikt fördelade på storstadslän och övriga län. Resultaten indikerar att läkarna har som rutin att ta bort informationsplikt i större utsträckning än kondomplikt. De som svarade *Nej*

gällande att ta bort kondomplikt var uteslutande läkare i storstadslän som hade mött få personer med hiv det senaste året.

Figur 6 **Rutinmässig borttagning av informationsplikt och kondomplikt vid välinställd hivbehandling, totalt och över län (n = 81)**



Majoriteten informerar inte rutinmässigt om rätten till omprövning av förhållningsregler

Respondenterna uppmärksammades i enkäten på att personer med hiv har rätt att få förhållningsregler omprövade av smittskyddsläkare och att behandlande läkare enligt smittskyddslagen ska informera om denna rättighet. Sedan följde en fråga om huruvida läkaren informerar om rättigheten.[10]

[10] Vid analys av resultaten noterades en oavsiktlig svaghet i formuleringen av en av enkätfrågorna, nämligen ”*Personer som lever med hiv har rätt att få förhållningsregler omprövade av smittskyddsläkare. Informerar du rutinmässigt dina hivpatienter om denna rättighet, i samband med meddelande om förhållningsregler/förändrade förhållningsregler?*”. Det var 73 av de 81 läkarna (90 %) som svarade att de förmedlar förhållningsregler med utdelning av smittskyddsblad. I dessa blad nämns möjligheten till omprövning enligt följande: ”*Om du har fått en förhållningsregel som du tycker är fel, kan du ta kontakt med smittskyddsläkaren i ditt landsting/din region.*”. Det innebär att läkaren de facto kan sägas ha informerat. Med tanke på att det en majoritet som svarar att de *inte* informerar rutinmässigt tolkar vi svaren som att respondenterna tänker på muntlig information, vilket också var det som vi avsåg med frågan. Svaren kan dock också avslöja att de svarande inte nödvändigtvis känner till/minns att rätten till omprövning står nämnd i smittskyddsbladen till patienter. I bladen riktade till läkare, som behandlande läkare möjligen är mer insatta i, lyder formuleringen ”*Patienten kan få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.*”. Det avviker från smittskyddslagens formulering ”*Patienten skall av den behandlande läkaren informeras om möjligheten att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren*.”.

Det vanligaste svaret var *Nej, jag informerar inte om detta* (56 %). 32 % svarade att de informerar ibland medan endast 12 % svarade att de alltid informerar.

Det bör noteras att det, i jämförelse med i Folkhälsomyndighetens enkät år 2017, nu var avsevärt högre andel läkare som år 2025 svarade att de *inte* informerar om rätten till omprövning. År 2017 var det 39 % som svarade nej, dvs. år 2025 var det 17 procentenheter fler.

På följdfrågan om huruvida man har varit med om att personer med hiv har begärt omprövning av smittskyddsläkaren avseende förhållningsregler som man själv har beslutat var det endast två (2) respondenter som svarade att de hade varit med om det och det låg i båda fall längre tillbaka i tiden än det senaste året.

Få respondenter kände till fall av hivöverföring från personer med känd hivdiagnos de senaste åren

I enkäten till behandlande läkare på infektionskliniker ställde vi frågan *Hur många gånger, under de fem senaste åren, har det vid smittspårningen av dina hivpatienter som smittats i Sverige visat sig att en patient har blivit smittad av en person som känt till sin hivdiagnos?*[11]

Det var 80 av 81 respondenter som besvarade frågan och 95 % av dem svarade *Aldrig*. Totalt fyra svarande uppgav att de hade denna erfarenhet 1–2 gånger de senaste fem åren.

Resultatet ska tolkas med försiktighet dels på grund av det begränsade materialet, dels eftersom det under arbetets gång har blivit tydligt för oss att information från smittspårningen som vanligen utförs av särskilt utbildade kuratorer inte nödvändigtvis återkopplas till behandlande läkare.

Metodologisk diskussion och jämförelse med tidigare studier

Metodologisk diskussion

Att göra datainsamlingen under juni månad bedöms inte ha varit optimalt för att få så många svar som möjligt. Redan i dialog med mottagningarna påpekade vissa av dessa att juni delvis innebär se-

[11] Respondenterna ombads att ”utgå från de patienter som du själv har varit behandlingsansvarig läkare för under de senaste fem åren även om du inte nödvändigtvis har arbetat med hiv så länge”.

mestrar. Vi övervägde andra insamlingsperioder men konstaterade att vi inte skulle hinna analysera, sammanställa och diskutera resultaten i expertgruppen om vi flyttade datainsamlingen till september. Således fick vi sannolikt ett mindre stickprov än om insamlingen gjorts vid en lämpligare tidpunkt. Avvägningen gjordes med hänsyn till att vi inom utredningen gjorde flera enkäter med olika målgrupper som delvis innefattade bistånd från samma infektionskliniker. Både insamling och omhändertagandet av resultaten behövde därför spridas ut över tid.

En metodbrist är att det inte fanns tid eller möjlighet att få tillgång till kontaktuppgifter direkt till de behandlande läkarna. I stället användes en verksamhetschef som mellanled på respektive klinik. Denna var informerad på förhand om att enkäten skulle komma och hade delgett oss sina uppgifter om hur många behandlande läkare som var aktuella utifrån ett behandlingsansvar för personer med hiv. Vi vet inte om eller hur kontaktpersonerna spred förfrågan, och inte heller om alla som fick förfrågan tillhörde den avsedda målgruppen.

När Folkhälsomyndigheten gjorde sin enkät under tre veckor i september 2017 fick de 109 svar varav 87 kompletta som kunde analyseras. Minst 182 läkare uppgavs då ha fått förfrågan om att delta vilket medför en svarsfrekvens på 48 %. Myndigheten påpekade i sin rapport liknande metodologiska svagheter som vi tagit upp ovan. Vi kan alltså inte heller med säkerhet uttala oss om en svarsfrekvens den här gången. Om samtliga 260 läkare fick förfrågan och samtliga som ville svarade, innebär det en svarsfrekvens på 33 %.

Att antalet behandlande läkare för personer med hiv i Sverige skulle ha ökat mellan 2017 och 2025 förefaller rimligt eftersom antalet personer med hiv i landet under samma period har ökat med drygt 26 %. En ökning med hela 43 % skulle dock innebära att varje läkare i genomsnitt möter färre personer med hiv än år 2017 och eventuellt även att läkare i högre grad möter personer med hiv endast som en mindre del av sitt arbete. Detta kan vi inte uttala oss om utifrån enkätresultaten. Vi vet heller inte hur representativa resultaten faktiskt var 2017. Både då och nu är det troligt att infektionsläkare med intresse för hiv är mer benägna att svara. Vi kan således anta att vi inte nödvändigtvis har fått ett representativt urval respondenter och alla jämförelser med enkäten år 2017 ska tolkas med betydande försiktighet.

Svarsfrekvensen framstår även med beaktande av de osäkerheter som vi redovisat som lägre än önskvärt. Samtidigt är den i linje med vad flera andra enkäter (oavsett om det är vetenskapliga studier, regeringsuppdrag eller medlemsenkäter) bland hälso- och sjukvårdspersonal fått de senaste åren och problematiken med låga svarsfrekvenser i enkätundersökningar i denna målgrupp de senaste decennierna är allmänt känd.[12,13] Detta kan göra att underlagen blir mindre representativa, och det blir svårare att dra generella slutsatser från dem. Som komplement har vi därför diskuterat resultaten och tolkningen av dem med den medicinska referensgruppen.

Tillämpningen av smittskyddslagen i jämförelse med enkäten år 2017

Vi konstaterar att färre svarar att de känner till och har tagit del av kunskapsunderlaget kring smittsamhet vid välinställd behandling nu än i Folkhälsomyndighetens enkät år 2017. I samtal med referensgrupper och vår expertgrupp har vi resonerat kring att en möjlig förklaring till skillnaden är att frågan om smittsamhet har fallit i glömska eller ”anses klarlagd” medan den första versionen av kunskapsunderlaget fanns färskt i minnet hos läkarna som besvarade enkäten år 2017. Den första versionen kan ha varit en förhållandevis stor nyhet för infektionsläkare när den kom 2013 och den fick dessutom spridningshjälp av att Socialstyrelsen i anslutning till publiceringen gav ut ett förtydligande på området.[14] Även om våra enkätresultat inte ger information om hur länge läkarna har arbetat med hiv kan det vara så att nya läkare inte rutinmässigt introduceras till en aktuell version av kunskapsunderlaget. Det kan också vara så att de som arbetat länge och läst en tidig version inte senare tagit del av de uppdaterade lydelserna. Folkhälsomyndighetens underlag är inte den enda källan till kunskap om att välinställd hivbehandling gör att hiv inte är smittsamt vid sexuella kontakter, det som UNAIDS benämner som U = U (Undetectable = Untransmittable). Dock

[12] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. International Health Policy (IHP) 2022. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2023.
[13] Karlsson E., Karlsson N., Fernemark H., Seing I., Skagerström J., Brulin E., et al. A Cross-Sectional Survey of Swedish Primary Healthcare Nurses' Discontent With Their Current Job. Journal of Nursing Management. 2024 Sep 30:2024:2786600; 2024.
[14] Socialstyrelsen. Den behandlande läkarens och enskilde individens ansvar vid pågående behandling mot hivinfektion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

indikerar enkätresultaten att informationsspridning och rekommendationer via Folkhälsomyndighetens underlag inte nödvändigtvis har varit tillräckligt.

Andelen respondenter som svarar att de rutinmässigt journalför borttagen informationsplikt har ökat med 24 procentenheter sedan 2017. Det indikerar att behandlande läkare i större utsträckning följer smittskyddslagen i det avseendet. Samtidigt framgår att läkarna inte informerar rutinmässigt om rätten till omprövning av förhållningsregler i enlighet med smittskyddslagen; resultaten indikerar t.o.m. en minskning med 18 procentenheter jämfört med 2017. Det var mycket få läkare som i enkäten 2017 svarade att de hade varit med om att personer med hiv begärt omprövning det senaste året men nu, 2025, var det *ingen* som svarade att de hade varit med om det. Vi frågar oss huruvida detta beror på att personer med hiv inte känner till möjligheten till omprövning eller om det inte finns behov av omprövning, dvs. att personer med hiv uppfattar att de fått förhållningsregler som de inte vill angripa rättsligt, t.ex. på grund av att de framstår som rimliga. Av resultaten i den enkät som vi genomförde bland personer med hiv (se avsnitt *Enkät till personer med hiv*) framgår att nio av tio uppfattade att de hade fått förhållningsregler men endast en tredjedel av respondenterna kände till rätten till omprövning och det fanns skillnader mellan olika undergrupper av svarande.

Fortsatta brister i förmedlingen av förhållningsregler

Förmedling av förhållningsregler tycks framför allt ske med smittskyddsblad och muntligen. Även om 83 % svarar att de använder just dessa båda sätt finns också de läkare som endast förmedlar förhållningsreglerna muntligen eller skriftligen. Särskilt oroande ur patientperspektiv är att ingen av de läkare som svarar att de *inte* meddelar förhållningsregler skriftligt uppger att de informerar personer med hiv om rätten till omprövning.

Att endast använda smittskyddsbladen kan indikera att den föreskrivna individuella utformningen inte följs, men detta kan vi inte säkert veta utifrån enkätresultaten. I våra kompletterande diskussioner med behandlande läkare och vid studiebesök har vi dock fått intrycket att det sällan, om ens någonsin, görs skriftliga, individuellt utformade beslut i en form som både journalförs och delges pati-

enten. Det har i dessa kompletterade diskussioner blivit tydligt för utredningen att det tycks variera vilken innebörd olika läkare lägger i att förhållningsreglerna ska vara *individuellt utformade*. Synpunkten att det inte går att göra förhållningsreglerna mer individualiserade än vad de är i smittskyddsbladen, och att ytterligare individualisering av den behandlande läkaren därmed är obehövlig, har också framförts.

Många läkare uppger att de tar upp frågan om borttagning av informationsplikt rutinmässigt. Resultaten och jämförelsen bakåt indikerar att personer med hiv därmed inte behöver ”ligga på” utan läkarna förefaller arbeta mer proaktivt. Det ger förutsättningar för personer med hiv att inte omfattas av mer förhållningsregler än nödvändigt.

Det är emellertid i skenet av ovanstående förvånande att inte en större andel av läkarna rutinmässigt tar bort informationsplikt och kondomplikt för personer som uppfyller kriterierna för välinställd hivbehandling. När detta inte görs finns det således personer med välinställd hivbehandling som har förhållningsregler som innebär omotiverade inskränkningar.

Vi noterar särskilt att vissa läkare svarar att de tar bort informationsplikten men inte kondomplikten. En möjlig anledning till detta är att man inte känner till att Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag uppdaterades 2019 bl.a. med rekommendationen att skyldigheten att använda kondom ska tas bort när hivbehandlingen är välinställd. En möjlig förklaring är att kondomplikt uppfattas som relevant för behandlande läkare att ge eftersom den också är ett skydd mot andra sexuellt överförbara infektioner och graviditet. Samtidigt ser vi det som principiellt viktigt att personer med hiv som har likvärdiga förutsättningar ges likvärdig tillgång till kunskap och information samt likvärdiga livsvillkor. En korrekt tillämpning av smittskyddslagen innebär att beslut om förhållningsregler används för att begränsa spridning av den aktuella allmänfarliga sjukdomen, och inte för att förhindra spridning av andra sjukdomar. Det bör således gå att rutinmässigt ta bort förhållningsregeln om kondomanvändning för den som har en välinställd hivbehandling men samtidigt ge råd och stöd kring sexuell hälsa och kondomanvändning på frivillig väg i ett bredare perspektiv.

Vi vill i sammanhanget påpeka att en enkät ibland är ett trubbigt instrument. Vår undersökning bland behandlande läkare ger t.ex. inte svar på skälen till ”*Ibland*-svaret” på frågan om man tar bort infor-

mationsplikten för personer som uppfyller kriterierna. I samband med mottagningarnas förmedling av ifyllda enkäter från personer med hiv (se avsnittet *Enkät till personer med hiv* nedan) påpekade några av kontaktpersonerna att det, på frågan om vilka sexpartner som respondenterna har, bedömdes saknas ett svarsalternativ som indikerade att man inte har sex. Det var alltså personer som, till sjuksköterska eller läkare, hade påpekat att de inte har sex och därför hade svårt att besvara den enkätfrågan. Denna iakttagelse avspeglas i att vi, vid sammanställning av svaren, såg att en del respondenter inte hade besvarat just den frågan. En möjlig tolkning, av dessa resultat från de båda enkäterna tillsammans, är att om personer med hiv talar öppet med vårdpersonalen om att de inte har sex finns det inte anledning för läkare att ta upp frågan om borttagen informationsplikt eller kondomplikt även om personerna uppfyller kriterierna för välinställd behandling. Vi kan heller inte utesluta att läkare gör en individuell bedömning och vid vissa medicinska skäl (såsom stor risk för bristande följsamhet i behandling, bristande tilltro till riktlinjer, etc.) inte tar bort informations- och kondomplikten även om kriterierna för välinställd behandling är uppfyllda. En enkät med fritextsvarsmöjligheter eller intervjuer skulle kunna ge fördjupad information kring dessa överväganden.

Enkätformuläret

Enkät till behandlande läkare

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

Inom ramen för den statliga utredningen om stärkt framtida smittskydd analyserar vi vissa frågor rörande smittskyddslagen. Det gäller bl.a. den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning och om de förhållningsregler som behandlande läkare ger till personer som lever med hiv är ändamålsenliga och proportionerliga.

Denna enkät görs för att vi ska få aktuell kunskap om tillämpningen av förhållningsregler för personer som lever med hiv. Vi vänder oss till både behandlande läkare och personer som lever med hiv inom ramen för uppdraget. Frågorna bygger på dem som ställdes av Folkhälsomyndigheten i en uppföljningsstudie år 2017. De formulerades då i samverkan med hiv-/patient-organisationer som företräder personer som lever med hiv.

Inga personuppgifter samlas in. Inga svar kan härledas till dig som enskild person. Dina svar kommer att hanteras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Deltagandet är frivilligt och det går att avbryta enkäten när som helst.

Den insamlade informationen kommer att ge underlag till utredningen som ska lämna sitt betänkande till regeringen senast den 30 januari 2026.

I och med att du svarar på frågorna, med början på nästa sida visar du att du vet att din medverkan är frivillig och att dina svar är anonyma.

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

Hur många personer som lever med hiv har du de senaste 12 månaderna mött i ditt arbete som läkare?
Text of 1 to 3 characters will be accepted
Svara i antal med siffror

Var finns kliniken som du arbetar på?
- ○ Storstadslän (Stockholm, Västra Götaland, Skåne)
- ○ Annat län

Smittsamhet vid
behandlad hivinfektion



År 2013 publicerades *Smittsamhet vid behandlad hivinfektion* av dåvarande Smittskyddsinstitutet och Referensgruppen för antiviral terapi (RAV).

Känner du till kunskapsunderlaget som senast uppdaterades 2024 (Smittsamhet vid behandlad hivinfektion (https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/09eb6d39f18b49ca83934cea3d325d11/smittsamhet-vid-behandlad-hivinfektion.pdf))? Flera svarsalternativ kan markeras.

- [ ] Nej, jag känner inte till det
- [ ] Ja, jag vet att det finns men har inte tagit del av det
- [ ] Ja, jag vet att det finns och jag har läst det
- [ ] Ja, jag vet att det finns och det har diskuterats i arbetsgruppen

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

Finns det på din arbetsplats stöd och/eller rutiner för att ompröva förhållningsregler kring informationsplikt, kondom, etc. för hivpatienter med välinställd behandling? Flera svarsalternativ kan markeras.

- [ ] Nej
- [ ] Ja, skriftliga rutiner
- [ ] Ja, konsensus bland läkarna
- [ ] Ja, uttalat stöd från chef
- [ ] Vet inte

Tar de hivpatienter som du möter upp frågan om informationsplikt vid sexuella kontakter?

- ○ Ja, en majoritet har frågat
- ○ Ja, ca 50 % har frågat
- ○ Ja, enstaka personer har frågat
- ○ Nej, ingen har frågat

I din roll som behandlande läkare, lyfter du själv frågan om att ta bort informationsplikten vid sexuella kontakter för patienter som uppfyller kriterierna för välinställd behandling?

- ○ Ja, rutinmässigt
- ○ Ibland, jag gör en bedömning från fall till fall
- ○ Nej

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

Tillämpar du möjligheten att **ta bort informationsplikten** för dina patienter som uppfyller kriterierna för välinställd behandling?

- ○ Ja, alltid
- ○ Ja, ibland
- ○ Nej

Skriver du in specifikt i patientens journal när du tagit bort informationsplikten gentemot sexpartner?

- ○ Ja, alltid
- ○ Ja, om patienten ber om det
- ○ Ibland
- ○ Nej
- ○ Jag har inte tagit bort informationsplikten för någon patient

Tillämpar du möjligheten att **ta bort skyldigheten att använda kondom** för dina patienter som uppfyller kriterierna för välinställd behandling?

- ○ Ja, alltid
- ○ Ja, om patienten tar upp frågan
- ○ Ibland
- ○ Nej

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

Smittskyddsläkarföreningen publicerar smittskyddsblad som bland annat beskriver smittskyddsåtgärder, smittspårning och förhållningsregler för anmälningspliktiga sjukdomar.

För hiv finns tre versioner, en som riktar sig till läkare och två med patientinformation beroende på om den enskildes läkemedelsbehandling är välinställd eller ej.

Känner du till smittskyddsbladen för hiv?

- ○ Ja
- ○ Nej

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

- ☐ Jag delar ut smittskyddsblad
- ☐ Muntligt
- ☐ Skriftligt material som jag själv tagit fram
- ☐ Klinikgemensamt skriftligt material
- ☐ Annat

På vilka sätt förmedlar du förhållningsregler till dina hivpatienter?

Personer som lever med hiv har rätt att få förhållningsregler omprövade av smittskyddsläkare. Informerar du rutinmässigt dina hivpatienter om denna rättighet, i samband med meddelande om förhållningsregler/förändrade förhållningsregler?

- Nej, jag informerar inte om detta
- Ja, ibland
- Ja, alltid

Har du **någonsin** varit med om att patienter begärt omprövning av smittskyddsläkaren avseende förhållningsregler som du beslutat?

- Nej
- Ja, enstaka gånger
- Ja, flera gånger

Har du **de senaste 12 månaderna** varit med om att patienter begärt omprövning av smittskyddsläkaren avseende förhållningsregler som du beslutat?

- Nej
- Ja, enstaka gånger
- Ja, flera gånger

Hur många gånger, **under de fem senaste åren**, har det vid smittspårningen av dina hivpatienter **som smittats i Sverige** visat sig att en patient har blivit smittad av en person som känt till sin hiv-diagnos?

Utgå från de patienter som du själv har varit behandlingsansvarig läkare för under de senaste fem åren även om du inte nödvändigtvis har arbetat med hiv så länge.

- Aldrig
- 1-2 gånger
- 3-4 gånger
- 5 eller fler gånger

Tack för din medverkan!

Nu har du besvarat sista frågan.

TRYCK PÅ DEN BLÅ KNAPPEN NEDAN FÖR ATT SKICKA IN DINA SVAR.

Frågor om enkäten?
Kontakta utredningssekreteraren Kristina Ingemarsdotter Persson
Telefon: 073-0871161, e-post: kristina.ingemarsdotter.persson@regeringskansliet.se

Har du synpunkter och medskick till utredningen får du också gärna kontakta regeringens särskilda utredare Jan Albert direkt:
Telefon 076-1088052, e-post: jan.albert@regeringskansliet.se

Enkät till personer med hiv

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om vilka förhållningsregler som personer med hiv får av sin behandlande läkare samt vilken kännedom om, och inställning till, de har om aktuell kunskap och regelverk på området.

Rekrytering

Målgruppen för enkäten var vuxna personer med hiv. Vi kontaktade verksamhetschefer för landets 31 infektionskliniker. De fick information om utredningen och enkäten och vi bad de kliniker som möter personer med hiv att medverka i att rekrytera deltagare under en månads tid. Personer med hiv besöker normalt sin klinik 1–2 gånger om året och besöken fördelar sig någorlunda jämnt över året bortsett från semesterperioder och högtider. Därmed bedömer vi att vi fått ett slumpmässigt urval av tillfrågade deltagare. De 25 kliniker som vi fick in enkätsvar från förutsåg tillsammans på förhand att de förväntade sig 1 266 patientbesök av personer med hiv under insamlingstiden. Det motsvarar ca 15 % av Sveriges personer med hiv.

Kontaktpersonerna på klinikerna fick information om enkäten och förväntat tillvägagångssätt. Informationsblad till potentiella respondenter och enkätformulär postades till dem en vecka innan planerad start. Datainsamlingen pågick 1–30 juni 2025.

Enkäten

Enkäten, som besvarades på papper för att säkerställa anonymitet, riktade sig till vuxna personer med hiv. Den hade 18 frågor som byggde på de frågor som ställdes i en liknande tidigare enkät, genomförd av Folkhälsomyndigheten år 2017.[15] Frågorna i den tidigare enkäten hade formulerats av forskare i samverkan med patientorganisationer. I utredningen gjorde vi en genomgång av denna enkät och ett urval av frågor med särskild relevans för utredningsuppdraget anpassades till aktuellt kunskapsläge och regelverk. Frågorna och svarsalternativen omformulerades delvis och reviderades även i sam-

[15] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.

råd med utredningens experter från Folkhälsomyndigheten, Svenska infektionsläkarföreningen, Smittskyddsläkarföreningen och Socialstyrelsen.

Enkät och deltagarinformation översattes så att man kunde välja att svara på svenska, engelska, franska eller spanska.

Det stod förtryckt på enkätformuläret att inga personuppgifter samlades in och det gavs inte möjlighet att lämna några svar i form av fritext. Informationen till respondenterna innehöll kontaktuppgifter till utredningen i händelse av att någon ville höra av sig med frågor om enkäten eller utredningen. Ingen sådan kontakt togs under insamlingstiden.

Inkomna enkätsvar matades in i en excelfil som förvarades på utredningens server med åtkomst endast för utredningens medarbetare. Enkätformulären destruerades.

Databearbetning och analys

Enkätresultaten presenteras här deskriptivt, företrädesvis i tabeller och stapeldiagram. Data analyserades i Excel och Numiqo/DataTab. Materialet analyserades genom enkla statistiska tester (Chi2) med 95 % signifikansnivå.[16] Inga kopplingar till utredningens övriga enkätdata gjordes. Jämförelserna gjordes genomgående utifrån följande kategorier av bakgrundsvariabler:

- Kön (kvinna, man)[17]
- Åldersgrupper (18–29, 30–45, 46–60, 61+)
- Födelseland (Sverige, annat land)
- Sexpartner (homo- och bisexuella män/MSM, övriga)[18]

[16] Resultaten redovisas genomgående med beteckningar såsom $n = 248$ och $p = 0{,}012$. n anger antalet observationer i analysen, dvs. hur många personer eller svar som ingår i jämförelsen. P-värdet är ett mått på hur troligt det är att skillnaden man ser bara beror på slumpen. Ett lågt p-värde betyder att det är osannolikt att skillnaden uppstått av en slump. Vanligtvis används gränsen $p < 0{,}05$ för att beteckna att skillnaden anses vara statistiskt säkerställd (signifikant).

[17] I den inledande beskrivningen av respondenterna redovisas även en *annat*-kategori men gruppen är för liten för att göra tillförlitliga jämförelser med.

[18] I den inledande beskrivningen av respondenterna redovisas även en *annat*-kategori men gruppen är för liten för att göra tillförlitliga jämförelser med. Som homo- och bisexuella män/MSM kategoriserades respondenter som svarat att de är män samt att de har sex med män oavsett om de därutöver också har uppgett att de har sex med andra. I *övriga* ingår således män som uteslutande har sex med kvinnor samt kvinnor (oberoende av vilka sexpartner de har).

– Län (storstadslän, annat län)
– Tidpunkt för hivdiagnos (för mer eller mindre än 2 år sedan)

Där det är relevant och möjligt redovisas även resultat fördelade utifrån hur respondenterna har besvarat andra enkätfrågor. Jämförelser görs med resultaten i Folkhälsomyndighetens liknande enkät från 2017.

Resultat

Respondenterna

Totalt 505 respondenter besvarade enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på 40 % av 1 266 stycken som kan ha fått frågan om att delta. Utredningen hade emellertid ingen kontroll över exakt hur många förfrågningar om deltagande som gjordes och kan därför inte veta hur många av de prognostiserade 1 266 respondenterna som hade reell möjlighet att delta. I median hade klinikerna 54 % (variationsvidd 18–400) svarande beräknat som antal svar av antalet förväntade besök av personer med hiv. Totalt 16 % av deltagarna besvarade enkäten på engelska, franska eller spanska.

Det var lågt internt bortfall, dvs. de absolut flesta som påbörjade enkäten fullföljde enkäten till slutet och besvarade samtliga eller de allra flesta av frågorna. Hela 494 respondenter besvarade den sista frågan vilket kan tolkas som att 98 % fullföljde enkäten även om vissa valde att inte besvara enstaka frågor.

Ålder och hivdiagnos

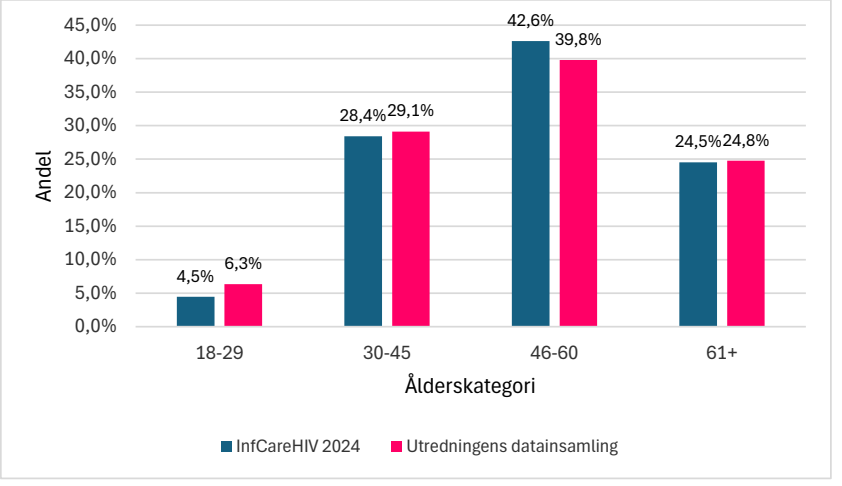
Deltagarna fick uppge sin ålder i fyra på förhand definierade kategorier enligt samma logik som för enkäten till personer som söker hivtestning (se avsnitt *Enkät till personer som söker hivtestning*):

– 18–29 år, unga vuxna.
– 30–45 år, omfattar personer som var unga under år då det funnits effektiv antiretroviral behandling för hiv.

– 46–60 år, omfattar personer som var unga och kan antas ha haft sexdebut efter att hiv upptäcktes men innan effektiv antiretroviral behandling för hiv fanns.
– 61+ år, omfattar personer som var unga och kan ha haft sexdebut innan hiv fanns.

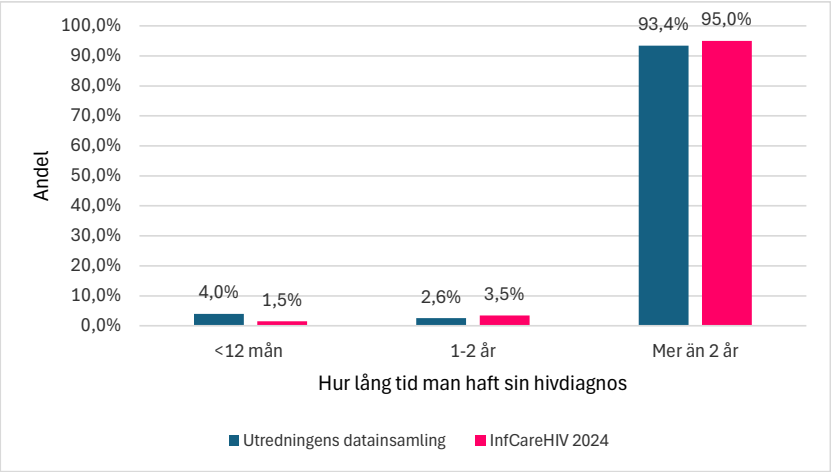
Totalt levde i slutet av 2024 knappt 8 500 personer 18 år och äldre med känd hivinfektion i Sverige. Av dessa har 99 % samtyckt till att finnas i kvalitetsregistret InfCareHIV vilket därmed bedöms ge de mest representativa data för gruppen. Av jämförelsen i figur 7 framgår att våra respondenter åldersmässigt matchar motsvarande patientunderlag i InfCareHIV.

Figur 7 **Andelar respondenter i respektive åldersgrupp jämfört med InfCareHIV**



I figur 8 redovisas hur länge respondenterna haft sin hivdiagnos. Den övervägande majoriteten (93 %, jämfört med 95 % i InfCareHIV 2024) uppgav att de haft hiv mer än två år. Även i den yngsta åldersgruppen hade tre fjärdedelar haft hiv mer än två år. Bland det fåtal (20 stycken, 4 %) respondenter som fått sin hivdiagnos de senaste 12 månaderna var 85 % yngre än 45 år. Motsvarande i InfCareHIV är 64 %. Det indikerar att undersökningen har nått en jämförelsevis ung grupp nydiagnostiserade.

Figur 8 **Andelar respondenter fördelat över hur lång tid man har haft sin hivdiagnos jämfört med InfCareHIV**



Det är utifrån dessa resultat troligt, även om vi förstås inte kan veta säkert, att den övervägande majoriteten respondenter har en välinställd behandling och därmed uppfyller kriterierna för att få informations- och kondomplikten borttagen.[19]

Könsidentitet och sexpartner

En tredjedel av respondenterna identifierade sig som kvinnor och resterande, bortsett från knappt 1 % (n = 4) som uppgav annat eller inte ville besvara frågan, som män. Totalt uppgav 53 % att de uteslutande hade sex med partner av motsatt kön, 32 % att de endast hade samkönat sex och 4 % att de hade sexpartners av annat kön/könsidentitet eller av olika kön. Vid analysen av dessa frågor noterade vi att frågan om sexpartner stack ut med ett internt bortfall om 11 %, dvs. 57 respondenter (32 kvinnor, 23 män och 2 personer med annan

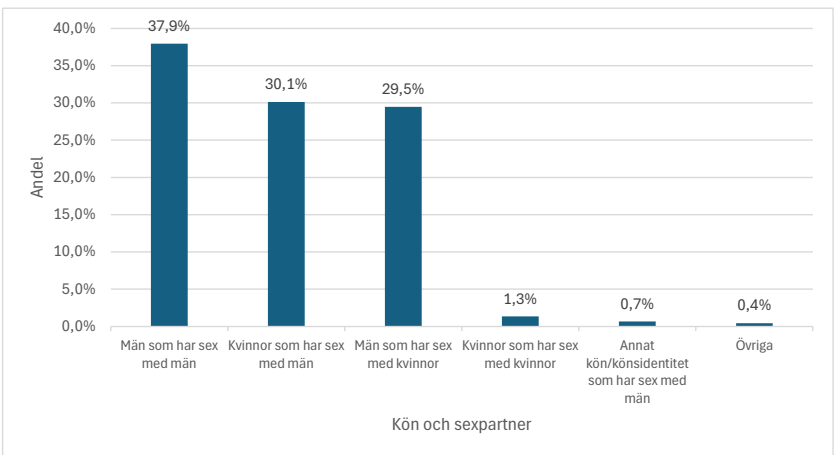
[19] För att en antiretroviral behandling av hivinfektion ska anses vara välinställd ska låga virusnivåer ha verifierats vid minst två på varandra följande mätningar utförda med 3–6 månaders intervall. De flesta personer som diagnostiseras med hivinfektion påbörjar numera läkemedelsbehandling kort efter diagnos, ibland redan vid det första besöket på infektionskliniken. Läkemedlens effekt påverkas av exempelvis initiala virusnivåer och följsamhet i behandling. Många personer med hiv uppfyller således kriterierna för att få informations- och kondomplikten borttagen redan under första halvåret efter diagnos även om det kan dröja längre för vissa. Vid årsavläsning i InfCare 2024 stod 98,7 procent på behandling. Av dessa var 98,8 procent välbehandlade med hiv RNA < 200 kopior.

könsidentitet) hade svarat *Vill inte svara* eller hoppat över frågan. En tänkbar förklaring, som också får stöd i kommenterar från några av kontaktpersonerna på infektionsklinikerna, är att det fanns respondenter som inte var sexuellt aktiva eller inte hade sex med partner vid tidpunkten då de besvarade enkäten.

I Folkhälsomyndighetens studie *Att leva med hiv 2021–2022* noterades att nästan en tredjedel av de svarande inte hade varit sexuellt aktiva med en partner de senaste 12 månaderna.[20] Av detta drar vi lärdomen att enkäten borde ha haft svarsalternativ som indikerade att man inte är sexuellt aktiv eller att frågan borde ha ställts på annat sätt.

Figur 9 visar fördelningen av de 448 respondenter som besvarade frågorna om könsidentitet och sexpartner. Grovt räknat var en tredjedel vardera av respondenterna kvinnor som har sex med män, män som har sex med kvinnor respektive män som har sex med män.

Figur 9 Kön och sexpartner bland respondenterna (n = 448)



Är urvalet representativt?

Även om datainsamlingen i sig borgade för en slumpmässig rekrytering kan vi inte vara säkra på att ha fått ett slumpmässigt urval av respondenter. För att få en fördjupad bild av representativiteten i

[20] Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv 2021–2022 – Resultat från en enkätundersökning bland personer som lever med hiv i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2023.

svaren redovisar vi en jämförelse inte enbart med InfCareHIV utan även med andra datainsamlingar (tabell 1).

Vår undersökning har fått en marginellt lägre andel kvinnor, utlandsfödda och boende i storstadslän än vad InfCareHIV har. Samtidigt konstateras att utlandsfödda personer med hiv har svarat på vår enkät i betydligt större utsträckning än i tidigare jämförbara undersökningar. Även andelen respondenter som kategoriseras som MSM (män som har sex med män) i vår undersökning ligger nära andelen som uppges ha fått hiv via sex mellan män som smittväg i InfCareHIV. Sammantaget bedömer vi att det därmed finns en god representativitet i materialet.

Tabell 1 Personer med hiv i olika datainsamlingar och register

	InfCare HIV 2025[1]	Leva med hiv 2013[2]	Fohm 2017[3]	Leva med hiv 2022[4]	Utredningen
Typ	Kvalitetsregister	Pappersenkät	Webbenkät	Webbenkät	Pappersenkät
Insamlingsperiod	Kontinuerlig	9 mån	1 mån	3 mån	1 mån
Rekrytering	Behandlande läkare	17 mottagningar som möter personer med hivinfektion*	Information och annonsering på infektionskliniker och via patientorganisationer	Information och annonsering i digitala kanaler och via patientorganisationer	25 infektionskliniker
Respondenter >17 år (antal i materialet som analyseras efter ev. exkludering)	8 490	1 096	318	296	505
Svarsfrekvens (%)	99	36–70	NA	NA	40
Andel respondenter som valde att svara på annat språk än svenska (om tillgängligt) (%)	NA	8	2	NA	16
Kvinnor/män/annat (%)	40/60/1	29/70/1	7/92/1	35/65/0	34/65/1
Storstadslän/övriga län (%)	70/30	71/29	75/25	62/38	62/38
Åldersspann	18–80+	18–82	18–80	18+	18+
Svenskfödd/utlandsfödd (%)	33/67	55/45	78/22	68/25**	38/62
Andel MSM (%)***	32	40	94	57	34

[1] Uppgifter från kvalitetsregistret InfCare HIV, e-post mottagen från Lena Mattsson, 2025-08-29.

[2] Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv i Sverige: en studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015.

[3] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.

[4] Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv 2021–2022 – Resultat från en enkätundersökning bland personer som lever med hiv i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2023.

* 15 infektionskliniker, en barnklinik och två sprututbyten.

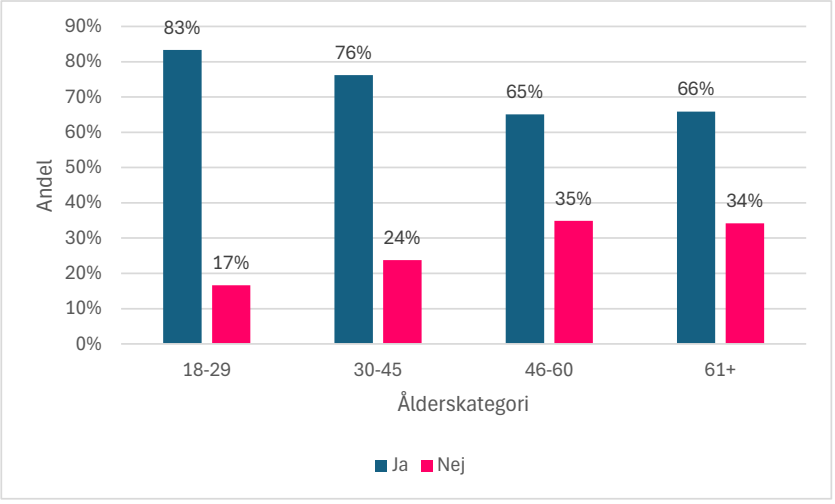
** Sju procent besvarade inte frågan.

*** I InfCareHIV och Leva med hiv 2013 avses respondenter som har fått hiv via sex mellan män. I studien från 2017 och vår enkät avses respondenter som uppgav att de var män och hade sex med män oberoende av smittväg för deras hivinfektion. I Leva med hiv 2022 avses män som identifierade sig som bi- eller homosexuella.

Kunskapen om förhållningsregler och rätten till omprövning varierar

Det var 70 % av respondenterna som svarade *Ja* på frågan om huruvida de kände till att förhållningsregler ska vara individuellt utformade och kan ändras över tid. Som framgår av figur 10 var andelen högst i den yngsta åldersgruppen, 83 % och sjönk sedan för att vara runt 65 % i de två äldsta åldersgrupperna (p = 0,051). Kvinnor tenderade också att ha kännedom i större utsträckning än män, 75 % jämfört med 67 % (p = 0,054) och bland dem som svarade att de själva hade fått förhållningsregler var kännedomen högre än bland övriga, 72 % jämfört med 47 % (p = 0,002).

Figur 10 **Kunskap om att förhållningsregler ska vara individuellt utformade och kan ändras över tid i olika åldersgrupper (n = 485)**



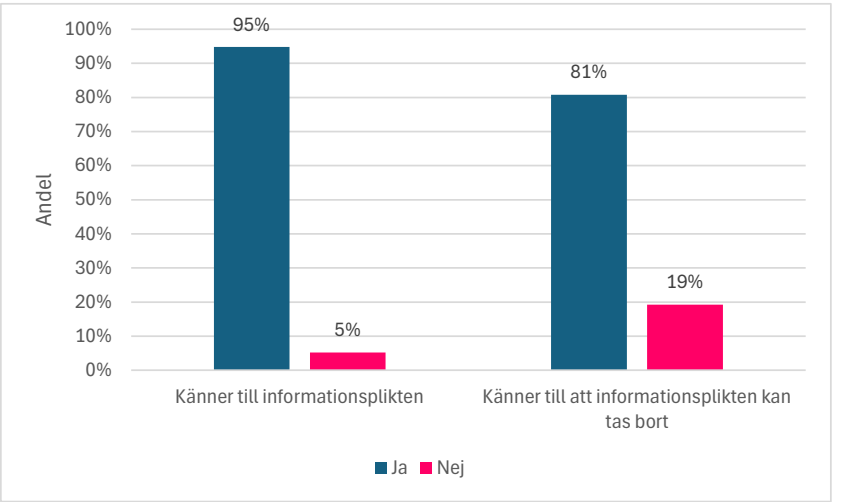
Endast 34 % visste att man kan begära omprövning av förhållningsreglerna men kännedomen skiljde sig åt mellan olika undergrupper av respondenter på följande sätt:

– Högre bland bosatta utanför storstadslänen 43 % jämfört med 28 % i storstadslän (p = 0,001).
– Högre bland utlandsfödda, 40 % jämfört med 25 % bland svenskfödda (p = 0,001).

– Högre bland kvinnor än män, 45 % jämfört med 28 % ($p < 0{,}001$).
– Lägre bland MSM än övriga, 24 % jämfört med 38 % ($p = 0{,}003$).

Som framgår av figur 11 var det 95 % av deltagarna som svarade *Ja* på frågan *En person som lever med hiv och inte har en välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen informera sexpartners om sin hivinfektion. Kände du till det?*. På följdfrågan, huruvida de kände till att den som har välinställd hivbehandling kan få informationsplikten gentemot sexpartners borttagen av behandlande läkare, var det däremot betydligt färre, 81 % (dvs. av dem som svarat att de kände till informationsplikten) som svarade *Ja*.

Figur 11 **Kännedom om informationsplikten och att den kan tas bort (n = 468)**



Det framgick inga statistiskt signifikanta skillnader i kunskap utifrån någon av de analyserade bakgrundsvariablerna på de två frågorna om informationsplikt.

Det var 95 % som svarade ja på frågan *En person som lever med hiv och inte har välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen använda kondom vid sex. Kände du till det?*, dvs. lika hög kännedom som om informationsplikten. På följdfrågan, huruvida de kände till att den som har välinställd hivbehandling kan få skyldigheten att använda kondom borttagen av behandlande läkare, var det däremot

en lägre andel (73 % av dem som kände till kondomplikten) som svarade *Ja*.

Det framgick skillnader i kunskap utifrån några av de analyserade bakgrundsvariablerna på dessa två frågor:

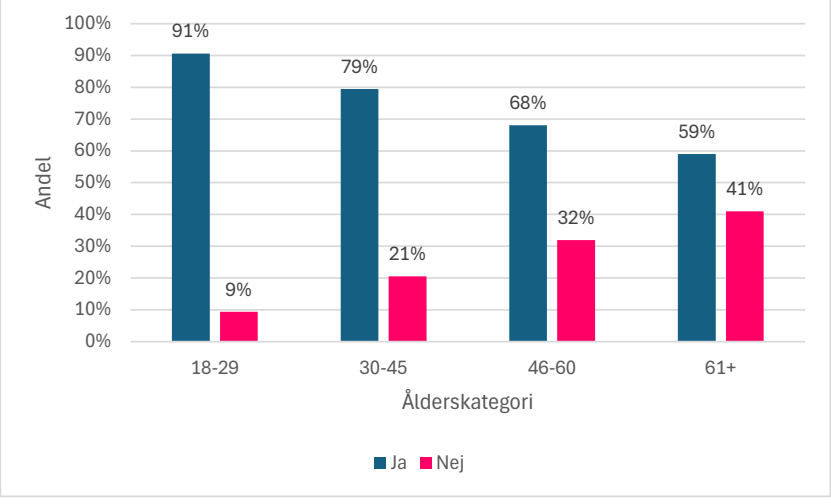
– I den yngsta åldersgruppen, 18–29 år, kände alla till kondomplikten.

– 4 % av dem som hade fått förhållningsregler kände *inte* till kondomplikten jämfört med 13 % bland dem som inte säkert visste om de fått förhållningsregler ($p = 0{,}011$).

– Bland dem som fått förhållningsregler kände 72 % till att kondomplikten kan tas bort medan det var betydligt färre, 49 %, som gjorde det bland dem som inte säkert visste om de fått förhållningsregler ($p = 0{,}002$).

– Det fanns ett tydligt mönster i att kunskapen om att man kan få kondomplikten borttagen var högst bland de yngre och minskade med ålder ($p < 0{,}001$), se figur 12.

Figur 12 **Kunskap om att en person med välinställd hivbehandling kan få kondomplikten borttagen (n = 494)**



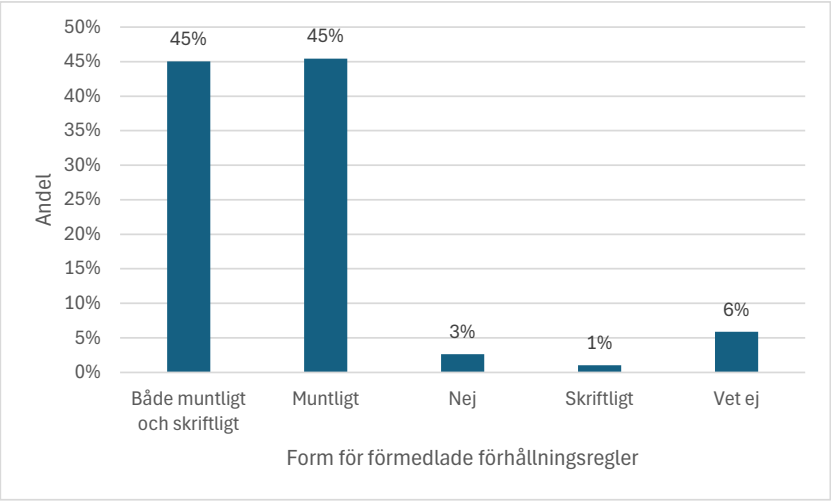
Även i Folkhälsomyndighetens enkät 2017 ställdes en fråga om kännedom om att informationsplikten kan tas bort vid välinställd behandling.[21] Det var då totalt 81 % som svarade *Ja*, tio procentenheter fler än i vår enkät. Uppmätta skillnader (statistiskt signifikanta) mellan undergrupper av respondenter skiljer sig också åt. Det är således svårt att göra jämförelser men diskrepansen avspeglar att de två enkäterna har nått olika respondenter; vi ser inte någon underrepresentation av kvinnor eller överrepresentation av MSM i vår enkät såsom i den tidigare enkäten.

Fler uppfattade att de fått förhållningsregler 2025 än 2017

Figur 13 visar sammantaget att det var 91 % som uppfattade att de fått förhållningsregler av sin behandlande läkare, 3 % att de inte hade fått det och 6 % svarade att de inte visste. Det var lika stor andel, 45 %, som svarade att de hade fått förhållningsreglerna förmedlade både muntligt och skriftligt som menade att de endast fått dem muntligt. Endast en handfull respondenter uppfattade att de enbart hade fått dem skriftligt.

[21] Frågan i enkäten 2017 löd: *I dag finns möjligheten för personer med välbehandlad hivinfektion att undantas från skyldigheten att informera sexpartner. Känner du till denna möjlighet?* (Ja/Nej). Se Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018, s.29–30.

Figur 13 **Kännedom om att ha fått förhållningsregler och i vilken form (n = 493)**



Det framgick inga statistiskt signifikanta skillnader utifrån någon av de analyserade bakgrundsvariablerna gällande att ha fått eller inte ha fått förhållningsregler.

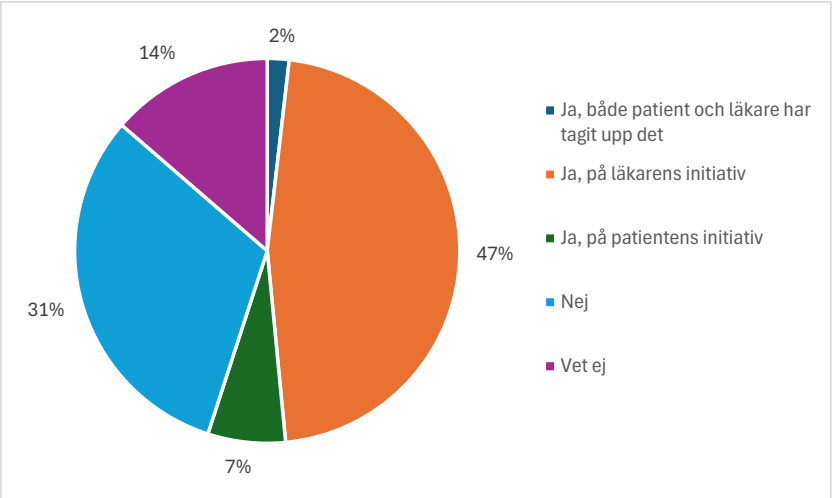
En motsvarande fråga ställdes i Folkhälsomyndighetens enkät år 2017. Då var det något färre, 84 %, som uppfattade att de hade fått förhållningsregler.[22] Det var också betydligt fler som svarade att de inte hade fått förhållningsregler, 9 % jämfört med 3 % i vår enkät.

Drygt hälften hade samtalat med sin läkare om att ändra informationsplikten

Drygt hälften av respondenterna, 270 stycken (55 %) svarade att de hade haft ett samtal med sin behandlande läkare om ändring av informationsplikten gentemot sexpartner. Det var 31 % som svarade *Nej* och 14 % som uppgav att de inte visste om de haft ett samtal. Som framgår av figur 14 var det vanligast att läkaren hade initierat samtalet. Knappt 2 % angav att både läkare och de själva hade tagit upp frågan. Det indikerar att frågan kan ha tagits upp vid flera tillfällen.

[22] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018, s. 28.

Figur 14 **Erfarenhet av samtal med läkare om att ändra informationsplikten gentemot sexpartner (n = 491)**



Det var, som väntat, vanligare att personer som uppfattade att de hade fått förhållningsregler än övriga respondenter hade haft ett samtal, 59 % jämfört med 24 % ($p < 0{,}001$). MSM hade också i högre grad än övriga respondenter haft ett samtal, 61 % jämfört med 52 % ($p = 0{,}059$).

I Folkhälsomyndighetens enkät var det ungefär lika stor andel, 57 %, som svarade att de haft ett samtal med sin behandlande läkare om möjligheten att ändra skyldigheten att informera sexpartner. Det var också ungefär lika många som svarade *Nej* eller *Vet inte* i de båda enkäterna. Medan det var 33 % vars läkare hade tagit upp frågan i enkäten 2017 var motsvarande andel 47 % i vår enkät.

Bland dem som svarade att de hade haft ett samtal om saken med läkare var det 80 % som uppgav att de hade fått informationsplikten borttagen. Av resterande var det 14,5 % som svarade *Nej* och 5,5 % som svarade *Vet inte*.

Vissa skillnader framgick mellan olika undergrupper av respondenter:

– Personer som haft sin hivdiagnos i mer än två år hade oftare fått informationsplikten borttagen än dem som haft hiv mindre än två år, 81 % jämfört med 54 % ($p = 0{,}037$).

– Svenskfödda hade oftare fått informationsplikten borttagen än utlandsfödda, 90 % jämfört med 73 % (p = 0,002).
– MSM hade oftare fått informationsplikten borttagen än övriga, 90 % jämfört med 77 % (p = 0,04). Det var 7 % av icke-MSM, men bara 2 % av MSM, som svarade att de inte visste om de fått informationsplikten borttagen.

En motsvarande fråga ställdes i Folkhälsomyndighetens enkät. Då var det något färre av dem som haft ett samtal med läkare om saken, 69 %, som svarade att de fått informationsplikten borttagen.[23] Det var 4 % som inte visste och 27 % som svarade *Nej*. Liknande skillnader som i vår enkät syntes mellan svenskfödda och utlandsfödda samt baserat på förfluten tid från hivdiagnos.

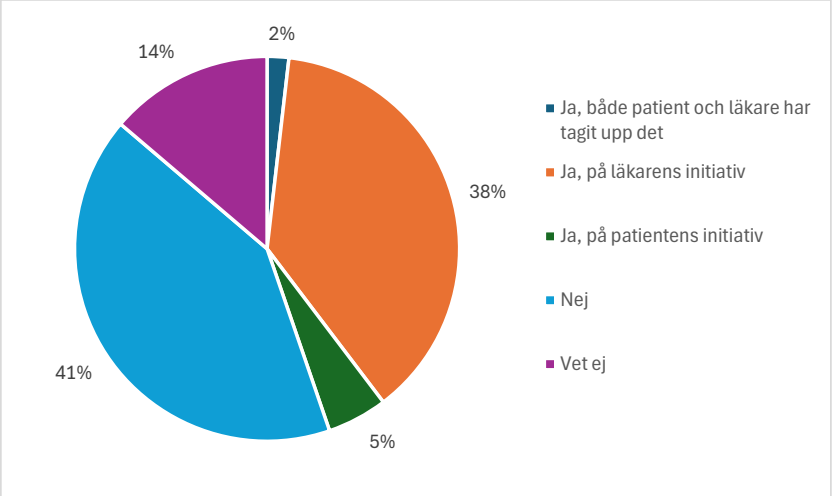
I en senare studie utförd 2021–2022 bland personer som lever med hiv var det 63 % av samtliga respondenter (dvs. frågan var inte ställd så att nämnaren blev endast de som haft ett samtal om saken) som uppgav att de fått informationsplikten borttagen.[24]

Knappt hälften hade samtalat med sin läkare om ändring av kondomplikten

Knappt hälften av respondenterna, 221 stycken (45 %) svarade att de hade haft ett samtal med sin behandlande läkare om ändring av skyldigheten att använda kondom. Det var 42 % som svarade *Nej* och 14 % som uppgav att de inte visste om de haft ett samtal. Som framgår av figur 15 var det vanligast att läkaren hade initierat diskussionen. Knappt 2 % svarade att både läkare och de själva hade tagit upp frågan. Det indikerar, precis som för informationsplikten, att frågan kan ha kommit upp vid flera tillfällen.

[23] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018, s. 31.
[24] Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv 2021–2022 – Resultat från en enkätundersökning bland personer som lever med hiv i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2023.

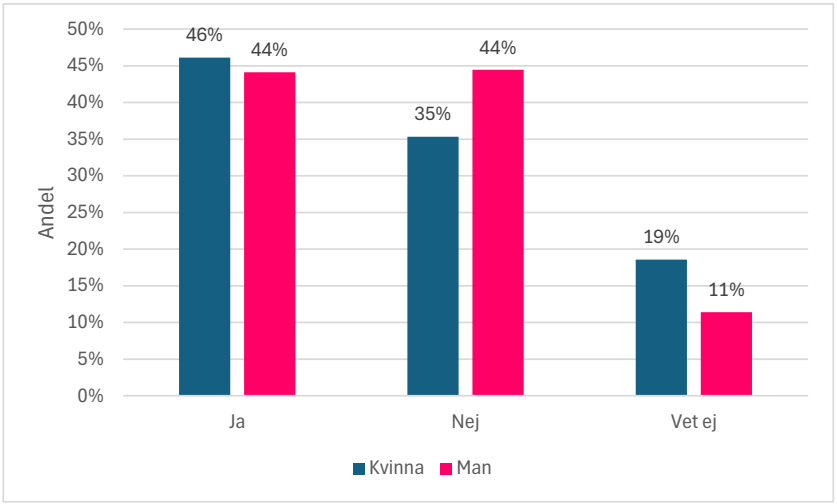
Figur 15 Erfarenhet av samtal med läkare om att ändra kondomplikten vid sexuella kontakter (n = 494)



I analysen av skillnader mellan undergrupper kategoriserade vi svaren till tre: *Nej*, *Vet inte* och *Ja*, där *Ja* således betecknar att man haft ett samtal oberoende av vem som initierat det.

Det var, som väntat, vanligare att personer som uppfattade att de hade fått förhållningsregler än övriga respondenter hade haft ett samtal, 47 % jämfört med 26 % ($p = 0{,}04$). Yngre hade i högre grad än övriga respondenter haft ett samtal, 59 % i gruppen 18–29 år jämfört med 33 % bland de äldsta, 61 år och äldre ($p < 0{,}001$). Som framgår av figur 16 var det ungefär lika vanligt bland kvinnor och män att ha haft ett samtal om kondomplikt men det var vanligare bland kvinnor än att svara *Vet inte* och bland män att svara *Nej* ($p = 0{,}041$).

Figur 16 **Erfarenhet av samtal med läkare om att ändra kondomplikten vid sexuella kontakter fördelat på kön (n = 493)**



Anm.: Svaren för två respondenter som uppgav Annat som kön redovisas ej i figuren.

Det var 206 av de 221 respondenter som svarade att de hade haft ett samtal om kondomplikt med läkare som även besvarade följdfrågan *Har din läkare sagt att du har välinställd behandling och därför inte längre behöver använda kondom?*. Av dessa var det 78 % som uppgav att de hade fått kondomplikten borttagen. Bland resterande var det 18 % som svarade *Nej* och 3 % som svarade *Vet inte*. En statistiskt signifikant skillnad framgick såtillvida att en större andel av de svensk-födda än utlandsfödda som hade haft ett samtal hade fått kondom-plikten borttagen, 81 % jämfört med 57 % (p = 0,001).

Starkt stöd för att informera sexpartner om hivinfektion och att använda kondom vid ej välinställd behandling

Sist i enkäten ställde vi frågor om attityder till informationsplikt och kondomplikt vid ej välinställd hivbehandling samt om informations-plikt vid andra sexuellt överförbara infektioner än hiv. På frågan *Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska informera en ny sexpartner om att den har hiv?* var det 82 % som svarade *Ja, alltid*. Var tionde ansåg att man inte behöver berätta om kondom används medan ett fåtal (1,6 %, n = 8) svarade att man inte

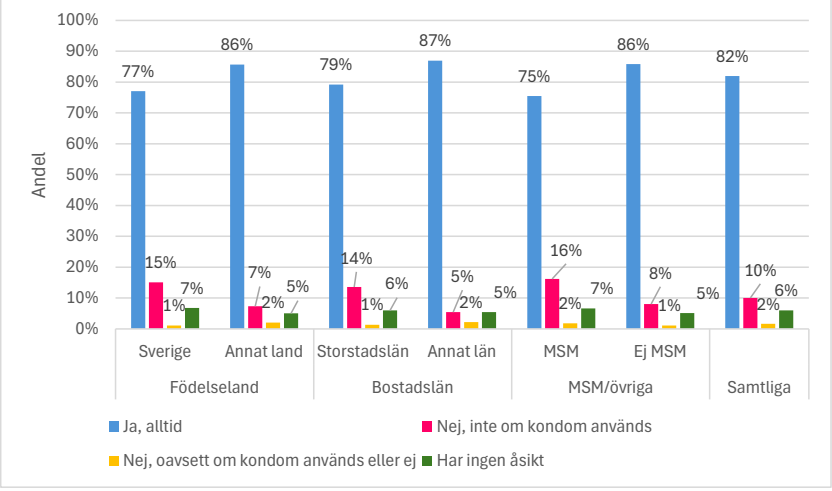
behövde berätta oavsett kondomanvändning. Resterande 6 % svarade *Har ingen åsikt*. De skillnader mellan olika undergrupper av respondenter som var statistiskt signifikanta illustreras i figur 17. Det gäller:

– Stödet för informationsplikten vid ej välinställd behandling (svarsalternativet *Ja, alltid*) var starkare bland utlandsfödda än svenskfödda, 86 % jämfört med 77 % (p = 0,038) samt starkare bland boende i län utanför storstadsområdena, 87 % jämfört med 79 % (p = 0,021).
– MSM svarade i lägre grad än övriga respondenter, *Ja, alltid* angående informationsplikten vid ej välinställd behandling, 75 % jämfört med 86 % (p = 0,028). Det var också dubbelt så stor andel, 16 %, av MSM som svarade *Nej, inte om kondom används*, än bland övriga deltagare (8 %).

För denna fråga undersökte vi också särskilt huruvida det fanns samband mellan någon viss åsikt och att ha fått eller inte ha fått egen informations- eller kondomplikt borttagen samt att ha kunskap om regleringen av förhållningsregler. Inga statistiskt signifikanta skillnader framträdde dock.

Figur 17 **Inställning till att informera sexpartner vid ej välinställd hivbehandling**

Fråga: Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska informera en ny sexpartner om att den har hiv?



Anm.: Födelseland: n = 492, Bostadslän: n = 493, MSM/övriga: n = 442, Samtliga: n = 493.

På frågan *Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska använda kondom vid sex?* var det 87 % som svarade *Ja, alltid*. Endast ett fåtal, 1,6 % (n = 8) svarade *Nej*. Det var 8 % som ansåg att det inte behövs kondom om man är överens med sexpartner om att låta bli. Resterande 4 % svarade *Har ingen åsikt*.

Även på denna fråga framgick statistiskt signifikanta skillnader mellan olika undergrupper av respondenter på ett antal punkter som visualiseras i figur 18. Det gäller:

– MSM svarade, i lägre grad än övriga respondenter, *Ja, alltid* angående kondom vid ej välinställd behandling, 77 % jämfört med 92 % ($p < 0{,}001$). Det var också betydligt vanligare bland MSM att svara *Nej, inte om man är överens om att låta bli*, än bland övriga deltagare, 15 % jämfört med 4 %.

– Stödet för konsekvent kondomanvändning var starkare bland kvinnor, 93 %, än män, 83 %. Fler män, 11 %, än kvinnor, 3 %, ansåg att man kan låta bli om båda är överens ($p = 0{,}013$).

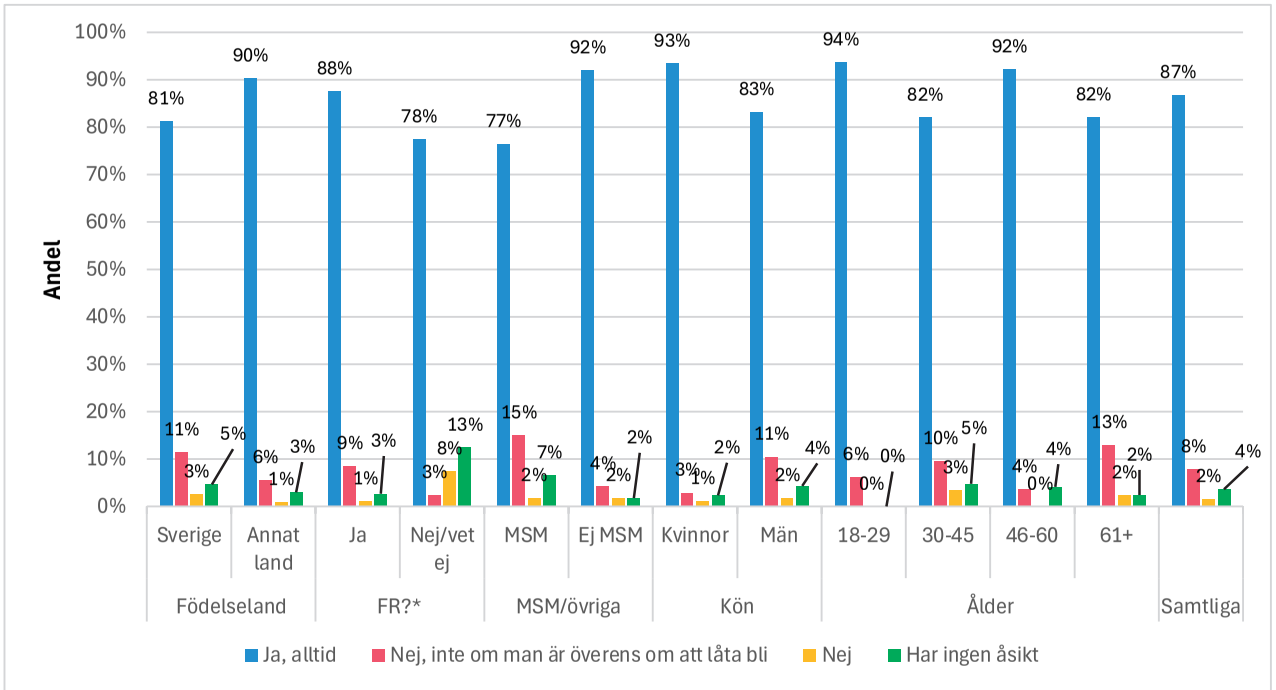
– Det framgick skillnader, men ingen entydig trend över åldersintervaller, mellan åldersgrupper. Stödet för konsekvent kondomanvändning tycks högst, 94 % ($p = 0{,}016$), bland de yngsta, 18–29 år, och i denna grupp var det ingen som svarade *Nej* eller *Har ingen åsikt*.

– Utlandsfödda svarade i högre grad *Ja, alltid* än svenskfödda, 90 % jämfört med 81 % ($p = 0{,}028$). Det var också en dubbelt så hög andel svenskfödda som utlandsfödda som svarade *Nej, inte om man är överens om att låta bli*, 12 % jämfört med 6 %.

– Det var 88 % av dem som fått förhållningsregler som svarade *Ja, alltid* medan det var 78 %, bland dem som inte säkert visste om de fått förhållningsregler ($p = 0{,}001$). Den senare gruppen stack också ut med att var femte svarade *Nej* eller *Har ingen åsikt*. Det kan jämföras med sammanlagt 4 % bland dem som uppfattade att de har fått förhållningsregler.

Figur 18 **Inställning till kondomanvändning vid ej välinställd hivbehandling**

Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska använda kondom vid sex?



* ”FR?” betecknar huruvida respondenten uppfattar att den har fått förhållningsregler eller ej.

Anm.: Födelseland: n = 492, Har fått förhållningsregler: n = 484, MSM/övriga: n = 443, Kön: n = 490, Ålder: n = 493, Samtliga: n = 493.

Avslutningsvis i enkäten informerades respondenterna om att skyldighet att informera sexpartners gäller även vid klamydia, gonorré och syfilis så länge det finns risk för smittsamhet. Sen fick de frågan *Anser du att en person som är smittsam med någon av dessa sjukdomar alltid ska informera en ny sexpartner?* Det var 92 % som svarade *Ja, alltid*. Endast ett fåtal, 1 % (n = 5) svarade *Nej*. Det var 5 % som ansåg att det inte behövs kondom om man är överens med sexpartner om att låta bli. Resterande 3 % svarade *Har ingen åsikt*. Inga statistiskt signifikanta skillnader framgick mellan olika undergrupper av respondenter på denna fråga.

Metodologisk diskussion och jämförelse med tidigare studier

Metodologisk diskussion

Utifrån genomgången i avsnittet *Respondenterna* ovan bedömer vi att stickprovet är representativt för målgruppen. Vi vill särskilt framhålla att kvinnor och utlandsfödda har svarat i större utsträckning än de flesta andra liknande enkäter de senaste åren. Båda dessa målgrupper brukar framhållas som svåra att nå.[25,26,27] En möjlig förklaring till det jämförelsevis höga deltagandet och goda representationen är att respondenterna rekryterades i en för dem trygg miljö samt att det var en pappersenkät som kunde besvaras på plats. Även om det ur insamlarens perspektiv är enklare och billigare med webbenkäter kan det vara en fördel att erbjuda pappersenkäter för att få en bättre representation.

Precis som för enkäten med behandlande läkare antog vi att det inte skulle vara optimalt att göra datainsamlingen under juni månad, eftersom semestrar gör att mottagningar kan ha färre besök då än andra månader, men detta var vårt bästa alternativ. Således fick vi möjligen ett mindre stickprov än om insamlingen gjorts utanför sommarmånaderna. Antalet svar motsvarar dock 6 % av antalet personer med hiv som är 18 år och äldre.

[25] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.
[26] Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv 2021–2022 – Resultat från en enkätundersökning bland personer som lever med hiv i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2023.
[27] European Centre for Disease Prevention and Control. Stigma: survey of people living with HIV. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2022 progress report. Stockholm: ECDC; 2023.

Det skulle kunna ses som en metodbrist att vi inte själva hade tillgång till kontaktuppgifter till klinikernas patienter och att vi därför var beroende av att kontaktpersonerna faktiskt spred förfrågan. I huvudsak ser vi det dock snarast som en fördel, något som kan ha bidragit till viljan att delta, att frågan kom från t.ex. en sjuksköterska som personer med hiv har en relation till sedan tidigare och inte från någon utomstående. Resultaten och tolkningen av dem i relation till utredningens direktiv har diskuterats med den medicinska referensgruppen. Sammantaget bedöms enkätresultaten ge ett viktigt bidrag till utredningen genom en jämförelsevis bred representation som kompletterar den information som vi fått från t.ex. patientorganisationer och tidigare studier.[28,29]

Jämförelse med tidigare studier

Ingen generell ökning över tid av kunskap eller samtal om förhållningsregler

Det är övergripande positivt att 91 % uppfattade att de har fått förhållningsregler av sin behandlande läkare; det är sju procentenheter fler än i Folkhälsomyndighetens liknande undersökning år 2017.

Samtidigt syns ingen skillnad av andelen som kände till att informationsplikten kan tas bort (81 % då jämfört med 78 % nu) eller i andelen som har haft ett samtal om saken med sin läkare (57 % då jämfört med 55 % nu). Med tanke på hur länge respondenterna uppgav att de hade haft sin hivdiagnos får den stora majoriteten antas ha uppnått en välinställd behandling och därmed uppfylla kriterierna för borttagning när de besvarade vår enkät. Andelen som uppgav att de hade haft ett samtal men inte uppfattade att de helt säkert hade fått informations- eller kondomplikten borttagen borde således vara lägre. Diskrepansen mot den bild som ges av de behandlande läkarna (se avsnittet *Enkät till behandlande läkare*), föranleder oss att tro att läkarna kan göra mer på området i att informera och förklara

[28] Roy C., Cain R. The involvement of people living with HIV/AIDS in community-based organizations: Contributions and constraints. AIDS care. 2001;13:421-32.
[29] Hult A., Lundgren E., Jangland E. Patient representatives: Crucial members of health-care working groups facing an uncertain role and conflicting expectations. A qualitative study. 2021;24(4):1197–206. Studien pekar på att patientorganisationers medlemmar eller informanter oftast inte är representativa för hela patient-/målgruppen samt konstaterar att patienter med högre utbildning, mer resurser och bättre hälsostatus tenderar att vara de som aktivt engagerar sig.

för sina patienter. Precis som konstaterades i Folkhälsomyndighetens rapport år 2018 vill vi betona att råd, stöd och samtal om förhållningsregler behöver vara återkommande delar i mötena mellan läkare och patient.

Smittskyddsbladen ger förutsättningar för likvärdig information men är inte tillräckliga

Vi ser att det finns förbättringsbehov vad gäller påminnelse om och diskussion av förhållningsregler med tanke på att det är så få som en tredjedel svarande som känner till att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade och att man kan begära smittskyddsläkarens prövning av dem. En tänkbar förklaring till det är att många endast uppfattar sig ha fått förhållningsregler muntligt samt att den skriftliga förmedlingen förefaller ske i huvudsak med smittskyddsblad.

Att personer med hiv inte upplever sig veta exakt vad som gäller för dem har framkommit även i tidigare studier.[30,31] Av detta drar vi slutsatsen att behandlande läkares förmedling av rättigheter och skyldigheter inte är helt likvärdig. Personer med hiv får inte alltid fullgoda förutsättningar att förstå vad som gäller dem som individer i fråga om vad de behöver göra och inte göra för att inte riskera smitta andra.

Samtidigt visade Folkhälsomyndighetens rapport 2018 att behandlande läkare har en särställning som informationskälla för personer med hiv; det är ett förtroende som läkarna kan bygga på i det fortsatta rådgivande och stödjande arbetet.

Norm att informera och använda kondom

Av respondenternas svar drar vi slutsatsen att de starkt och samstämmigt stödjer att personer med hiv ska informera sexpartner om sin hivstatus samt använda kondom vid ej välinställd behandling. Detsamma gällde för att informera vid annan sexuellt överförbar infektion (STI) än hiv. Andelarna som svarade *Ja, alltid* var ungefär

[30] Folkhälsomyndigheten. Erfarenheter och upplevelser av kommunikation kring förhållningsregler och smittsamhet bland personer som lever med hiv i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.
[31] Folkhälsomyndigheten. Hiv i skuggan av utanförskap – En intervjustudie med migranter som lever med hiv i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022.

lika stora som i enkäten riktad till personer som söker testning för hiv (se avsnitt *Enkät till personer som söker hivtestning*).

Vi tolkar dessa samstämmiga svar som att information och förtroende är centrala aspekter för personer oberoende av hivstatus. Oavsett om man har hiv eller ej önskar man få information för att själv ta ställning och göra en riskbedömning i samband med sex.

Även om vi inte frågade huruvida de svarande anser att information och kondomanvändning bör vara juridiskt bindande tror vi att den höga förväntan på information åtminstone delvis kan vara en följd av att personer med hiv är vana vid att berätta om och i hög grad vill vara öppna med sin hivinfektion. Det är också huvudsakligen i linje med den information som vi fått genom utredningens diskussioner med representanter för civilsamhällesorganisationer.

I Folkhälsomyndighetens enkät var det 75 % av de respondenter som hade fått undantag från skyldigheten att informera, som svarade att det kändes bra/positivt att inte behöva berätta om sin hiv för sexpartner. Samtidigt var det flera som i text påpekade att de ”väljer/skulle välja att berätta för sexpartner fast de inte behöver”.[32] Det indikerar att den juridiska skyldigheten endast till viss del är orsaken till att man informerar.

[32] Folkhälsomyndigheten. Tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler vid hivinfektion. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018.

Enkätformuläret

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.

Du som lever med hivinfektion – vilka förhållningsregler ska du följa?

Vi bjuder in dig som lever med hiv att dela med dig av dina erfarenheter. Inom ramen för en statlig utredning följer vi upp vilka förhållningsregler som behandlande läkare ger till personer som lever med hiv. Frågorna bygger på dem som ställdes av Folkhälsomyndigheten i en studie år 2017. De formulerades då i samverkan med organisationer som företräder personer som lever med hiv.

Genom att svara på nedanstående frågor om vilka förhållningsregler som du har fått, till exempel kring informationsplikten, får vi veta vilka råd som ges från läkare till patienter idag. Även behandlande läkare kommer att få möjlighet att svara på en separat enkät om hur de arbetar. Deras svar är inte kopplade till dig eller andra patienter. Dina svar är helt anonyma och kan inte spåras till dig. **Inga personuppgifter ska lämnas.**

Du ska vara minst 18 år för att delta och du är anonym när du svarar. I och med att du svarar på frågorna, med början på nästa sida, samtycker du till att delta. Du visar då att du vet att din medverkan är frivillig och att dina svar är anonyma.

Din medverkan är värdefull och dina svar bidrar till uppföljningen av det arbete som görs för personer som lever med hiv i Sverige. Stort tack på förhand för din medverkan!

Jan Albert, utredare

Hur publiceras resultaten? Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08) har hand om insamlingen och sammanställning av resultat. Alla svar hanteras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Svaren kommer inte att användas i andra sammanhang än inom utredningsarbetet. Den insamlade informationen kommer att ge underlag till utredningen som ska lämna sitt betänkande till regeringen senast den 30 januari 2026.

Frågor? Har du frågor om enkäten eller utredningen? Kontakta utredningssekreteraren Kristina Ingemarsdotter Persson, telefon: 08 - 405 93 84, e-post: kristina.ingemarsdotter.persson@regeringskansliet.se

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.

1. Jag identifierar mig som
   - ☐ Kvinna
   - ☐ Man
   - ☐ Annat kön/könsidentitet
   - ☐ Vill inte svara

2. Hur gammal är du?
   - ☐ 18–29 år
   - ☐ 30–45 år
   - ☐ 46–60 år
   - ☐ 61+ år

3. Vem eller vilka har du sex med? Du kan markera alla svarsalternativ som stämmer för dig.
   - ☐ Kvinnor
   - ☐ Män
   - ☐ Annat kön/könsidentitet
   - ☐ Vill inte svara

4. Var är du född?
   - ☐ I Sverige
   - ☐ I ett annat land

5. Var bor du?
   - ☐ Storstadslän (Stockholm, Västra Götaland, Skåne)
   - ☐ Annat län

6. När fick du din hivdiagnos?
   - ☐ Under de senaste 12 månaderna
   - ☐ 1–2 år sedan
   - ☐ Mer än 2 år sedan

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.

Hiv är en så kallad allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. En person som har hiv måste därför följa de **förhållningsregler** som den behandlande läkaren ger. Reglerna finns till för att undvika att hiv överförs. De kan t.ex. gälla hygienrutiner, förbud mot att ge blod och informationsplikt gentemot sexpartners och vårdpersonal om sin hivinfektion.

7. Har du, sedan du fick din hivdiagnos, fått förhållningsregler från din hivläkare?
   - ☐ Ja, muntligt
   - ☐ Ja, skriftligt
   - ☐ Ja, både muntligt och skriftligt
   - ☐ Nej
   - ☐ Vet inte

8. En person som lever med hiv och ***inte*** har en välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen informera sexpartners om sin hivinfektion. Kände du till det?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nej

9. Den som ***har*** välinställd hivbehandling kan av sin läkare få informationsplikten gentemot sexpartners borttagen. Kände du till det?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nej

10. Har du och din hivläkare talat om att ändra din informationsplikt gentemot sexpartners?
    - ☐ Ja, min läkare har tagit upp frågan
    - ☐ Ja, jag har tagit upp frågan
    - ☐ Nej
    - ☐ Vet inte

OM JA på fråga 10:
Har din läkare sagt att du har välinställd behandling och därför inte längre behöver berätta för sexpartners att du har hiv?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.

11. En person som lever med hiv och ***inte*** har välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen använda kondom vid sex. Kände du till det?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nej

12. En person ***som har*** välinställd hivbehandling kan av sin läkare få skyldigheten att använda kondom vid sex borttagen. Kände du till det?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nej

13. Har du och din hivläkare talat om att ändra din skyldighet att använda kondom?
    - ☐ Ja, min läkare har tagit upp frågan
    - ☐ Ja, jag har tagit upp frågan
    - ☐ Nej
    - ☐ Vet inte

OM JA på fråga 13:
Har din läkare sagt att du har välinställd behandling och därför inte längre behöver använda kondom?
- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

14. Förhållningsreglerna ska vara individuella, det vill säga ta hänsyn till varje patients behov och situation. Kände du till att förhållningsreglerna ska vara individuellt utformade och att de kan ändras över tid?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nej

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.

15. Du kan begära att smittskyddsläkaren i ditt län **omprövar** de förhållningsregler du fått av din hivläkare och smittskyddsläkarens beslut kan överklagas till domstol. Din hivläkare ska berätta för dig om möjligheten till omprövning. Visste du att du kan begära omprövning?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nej

16. Tycker du att en person som lever med hiv ***utan*** välinställd behandling ska informera en ny sexpartner om att den har hiv?
    - ☐ Ja, alltid
    - ☐ Nej, inte om kondom används
    - ☐ Nej, oavsett om kondom används eller ej
    - ☐ Har ingen åsikt

17. Tycker du att en person som lever med hiv ***utan*** välinställd behandling ska använda kondom vid sex?
    - ☐ Ja, alltid
    - ☐ Nej
    - ☐ Nej, inte om man är överens om att låta bli
    - ☐ Har ingen åsikt

18. Skyldighet att informera sexpartners gäller även vid klamydia, gonorré och syfilis så länge det finns risk för smitta. Anser du att en person som är smittsam med någon av dessa sjukdomar alltid ska informera en ny sexpartner?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nej, inte om kondom används
    - ☐ Nej, oavsett om kondom används eller ej
    - ☐ Har ingen åsikt

Enkät till personer som söker hivtestning

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om inställningen till och kunskapsnivån om hiv bland personer som söker råd och test för hivinfektion och inte har en hivdiagnos sedan tidigare. Genom att de aktivt söker hivtestning tolkar vi det som att personerna upplever att de har tagit eller utsatts för risker för att få hivinfektion. Det kan också finnas personer som proaktivt söker testning och förskrivning av förebyggande läkemedel mot hiv, s.k. pre-expositionsprofylax (PrEP) utan att tidigare ha haft ett tidigare riskbeteende men som ser framför sig att de kan komma att ha det. Dessa är för preventionen prioriterade målgrupper vars kunskap, attityder och beteenden är viktiga att följa som del i en epidemiologisk analys och övervakning.

Rekrytering

Deltagare rekryterades bland vuxna personer som kommer till en STI-mottagning för hivtestning. Vi kontaktade verksamhetscheferna för sju mottagningar som erbjuder bl.a. hivtestning och förskrivning av PrEP, på olika orter i Sverige. De fick information om utredningen och enkäten samt fick svara på om de kunde dela ut och samla in enkäter åt oss i augusti-september 2025.

De sex kliniker som deltog meddelade tillsammans på förhand att de förväntade sig som mest 2 060 besökare för hivtestning under den tilltänkta insamlingstiden. Det blev därmed antalet pappersenkäter som vi förmedlade till mottagningarna.

Utsedda kontaktpersoner på klinikerna bjöds in till ett digitalt informationsmöte där de också fick ställa frågor och föreslå på vilka språk som enkäten behövde finnas. De fick även skriftlig information om enkäten och förväntat tillvägagångssätt. Deltagarinformation och enkätformulär postades en vecka innan planerad start. Datainsamlingen pågick från den 18 augusti till den 19 september 2025 men olika mottagningar deltog olika antal veckor.

Enkäten

Enkäten, som besvarades på papper i syfte att säkerställa anonymitet, riktade sig till vuxna personer och hade 17 frågor.

Vi gjorde en genomgång av tidigare enkäter på närliggande områden och ett urval av frågor med särskild relevans för utredningsuppdraget anpassades till aktuellt kunskapsläge och regelverk. Frågorna och svarsalternativen omformulerades delvis och reviderades även i samråd med utredningens medicinska referensgrupp samt med expertgruppsrepresentanterna från Folkhälsomyndigheten, Svenska infektionsläkarföreningen, Smittskyddsläkarföreningen och Socialstyrelsen.

Enkät och deltagarinformation översattes så att man kunde välja att svara på svenska, engelska eller arabiska.

Det stod förtryckt på enkätformuläret att inga personuppgifter samlades in och det gavs inte möjlighet att lämna några svar i form av fritext. Informationen till respondenterna innehöll kontaktuppgifter till utredningen i händelse av att någon ville höra av sig med frågor om enkäten eller utredningen. Ingen sådan kontakt togs under insamlingstiden.

Inkomna enkätsvar matades in i en excelfil som förvarades på utredningens server med åtkomst endast för utredningens medarbetare. Enkätformulären destruerades.

Databearbetning och analys

Enkätresultaten presenteras i detta betänkande deskriptivt, företrädesvis i tabeller och stapeldiagram. Data analyserades i Excel och Numiqo/DataTab. Materialet analyserades genom enkla statistiska tester (Chi2) med 95 % signifikansnivå.[33] Inga kopplingar till utredningens övriga enkätdata gjordes. Jämförelserna gjordes genomgående utifrån följande kategorier av bakgrundsvariabler:

[33] Resultaten redovisas genomgående med beteckningar såsom $n = 248$ och $p = 0{,}012$. n anger antalet observationer i analysen, dvs. hur många personer eller svar som ingår i jämförelsen. P-värdet är ett mått på hur troligt det är att skillnaden man ser bara beror på slumpen. Ett lågt p-värde betyder att det är osannolikt att skillnaden uppstått av en slump. Vanligtvis används gränsen $p < 0{,}05$ för att beteckna att skillnaden anses vara statistiskt säkerställd (signifikant).

– Kön (kvinna, man)[34]
– Åldersgrupper (18–29, 30–45, 46–60, 61+)
– Födelseland (Sverige, annat land)
– Sexpartner (kvinnor, homo- och bisexuella män/MSM, heterosexuella män)

Där det är relevant och möjligt redovisas även resultat fördelade utifrån hur respondenterna har besvarat andra enkätfrågor.

Resultat

Respondenterna

Totalt 570 respondenter besvarade enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på 28 % av 2 060 stycken som kan ha fått frågan om att delta. Utredningen hade emellertid ingen kontroll över exakt hur många förfrågningar om deltagande som gjordes och kan därför inte veta hur många av de prognostiserade 2 060 som hade reell möjlighet att delta. I median hade klinikerna 79 respondenter (variationsvidd 15–228). Totalt 9 % av deltagarna besvarade enkäten på engelska eller arabiska.

Det var lågt internt bortfall, dvs. de absolut flesta som påbörjade enkäten fullföljde enkäten till slutet och besvarade samtliga eller de allra flesta av frågorna. Hela 546 respondenter besvarade den sista frågan vilket kan tolkas som att 96 % fullföljde enkäten även om vissa valde att inte besvara enstaka frågor.

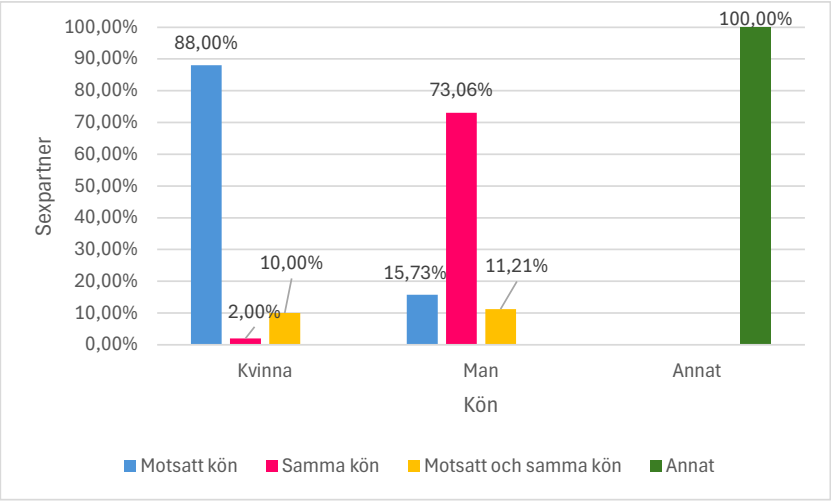
Könsidentitet och sexpartner

Det var 18 % av respondenterna som identifierade sig som kvinnor och resterande, bortsett från 1 % (n = 6) som uppgav annat eller inte ville besvara frågan, som män. Totalt 28 % uppgav att de uteslutande har sex med partner av motsatt kön medan 60 % svarade att de endast har samkönat sex och 12 % att de har sexpartners av annat kön eller annan könsidentitet. I figur 19 framgår fördelningen av

[34] I den inledande beskrivningen av respondenterna redovisas även en *annat*-kategori men gruppen är för liten för att göra tillförlitliga jämförelser med.

de 569 respondenter som besvarade frågorna om könsidentitet och sexpartner.

Figur 19 Fördelning av respondenter utifrån kön och sexpartner



För att förenkla den fortsatta resultatredovisningen och jämförelser sinsemellan sorterade vi in respondenterna i tre funktionella kategorier utifrån kön och vilka sexpartner de har (se tabell 2). De tre kategorierna är därmed desamma som användes vid presentationen i 1996 år Smittskyddskommittés betänkande av en liknande enkätundersökning som gjordes år 1997: homo- och bisexuella män/MSM, heterosexuella män samt kvinnor (heterosexuella och bisexuella).[35] Observera dock att den enkäten inte hade någon fråga om sexuell identitet utan att kategorierna byggde på respondenternas svar om vilka sexpartner de hade, inte nödvändigtvis hur personerna själva definierade sin sexuella identitet.

[35] SOU 1999:51, bilaga 2, s. 24.

Tabell 2 Kategorisering av respondenter för analys

Kategori	Antal	Andel	Andel i enkäten 1999*
Homo- och bisexuella män/MSM	n = 392	69 %	61 %
Kvinnor	n = 100	18 %	25 %
Heterosexuella män	n = 73	13 %	14 %
Övriga	n = 5	1 %	NA
Totalt	**570**	**100 %**	**100 %**

* SOU 1999:51, bilaga 2, s. 24.

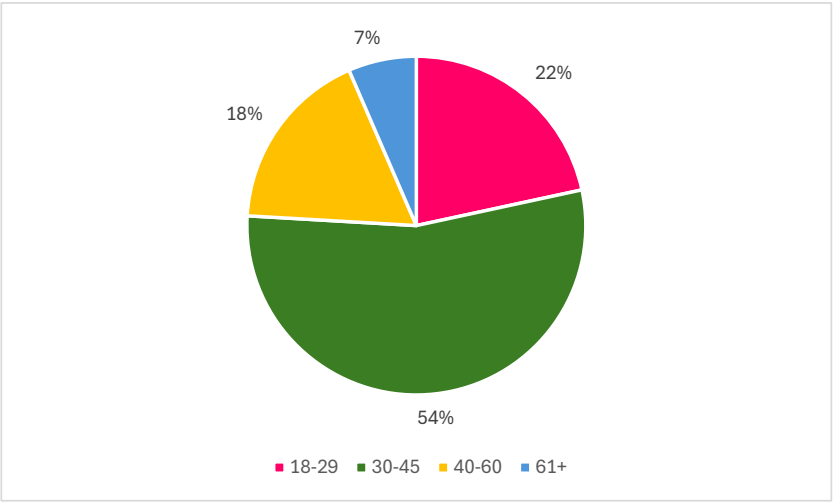
Ålder

Deltagarna fick uppge sin ålder i fyra på förhand definierade kategorier (enligt samma logik som för *Enkät till personer med hiv*):

- 18–29 år, unga vuxna.
- 30–45 år, omfattar personer som var unga under år då det funnits effektiv antiretroviral behandling för hiv.
- 46–60 år, omfattar personer som var unga och kan antas ha haft sexdebut efter att hiv upptäcktes men innan effektiv antiretroviral behandling för hiv fanns.
- 61+ år, omfattar personer som var unga och kan ha haft sexdebut innan hiv upptäcktes.

I figur 20 framgår att drygt hälften av de svarande var i åldersspannet 30–45 år medan det var relativt få respondenter som var över 61 år.

Figur 20 Åldersfördelning bland respondenterna (n = 569)



Erfarenhet av hivtestning

Det var 92 % av respondenterna som uppgav att de hade hivtestat sig tidigare. 81% hade testat sig mer än en gång medan 11 % hade gjort det en gång tidigare.

Förstagångstestarna

Det var 8 % av respondenterna (n = 46) som svarade *Nej* eller *Vet inte* på frågan om de hade hivtestat sig tidigare. Det var vanligare att vara förstagångstestare i den yngsta åldersgruppen än i de övriga; 20 % av de svarande 18–29 år ($p < 0{,}001$) samt bland kvinnor (25 %) och heterosexuella män (22 %) i jämförelse med homo- och bisexuella män/MSM (1 %) ($p < 0{,}001$).

Förstagångstestarna ombads svara på en följdfråga om varför de inte hade testat sig tidigare. Vi formulerade svarsalternativen baserat på en modifierad variant av *Barriers to HIV testing scale* som utvecklats vid Karolinska Institutet och ursprungligen framför allt har använts för att undersöka barriärer för tidigare hivtestning bland

personer som har testat positivt för hiv.[36,37,38] Dessutom begränsade vi antalet svarsalternativ till nio, jämfört med originalets 20, men fick med svarsalternativ inom de fyra dimensioner som i tidigare studier har använts för att kategorisera de tänkbara barriärerna: personliga, sociala, strukturella och sekretess.[39]

Respondenterna kunde ange flera anledningar till att inte tidigare ha hivtestat sig och totalt uppgav de 64 svar. Av redovisningen i tabell 3 framgår att det i särklass vanligaste svaret var *Jag tycker inte att jag har tagit några risker för att få hiv tidigare*, vilket uppgavs av 47 svarande.

Sex respondenter svarade att de tidigare hade blivit nekade att hivtesta sig. Ingen uppgav bristande tystnadsplikt i vården eller risken för att straffas enligt brottsbalken som anledningar till att ha låtit bli att hivtesta sig. Resterande svarsalternativ fick ett fåtal svar vardera.

[36] Wiklander M., Brännström J., Svedhem V., Eriksson LE. Development and psychometric testing of a barriers to HIV testing scale among individuals with HIV infection in Sweden; The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version. Health and Quality of Life Outcomes. 2015;13.
[37] George-Svahn L., Eriksson LE., Wiklander M., Björling G., Svedhem V., Brännström J. Barriers to HIV testing as reported by individuals newly diagnosed with HIV infection in Sweden. AIDS care. 2021;33(10):1286–95.
[38] I en svensk studie bland MSM år 2013 anpassades svarsalternativen till att även omfatta personer som aldrig har testat sig. Persson KI., Berglund T., Bergstrom J., Eriksson LE., Tikkanen R., Thorson A., et al. Motivators and barriers for HIV testing among men who have sex with men in Sweden. J Clin Nurs. 2016;25(23-24):3605-18.
[39] Jfr *personal consequences*, *structural barriers, social and economic security* och *confidentiality* i: George-Svahn L., Eriksson LE., Wiklander M., Björling G., Svedhem V., Brännström J. Barriers to HIV testing as reported by individuals newly diagnosed with HIV infection in Sweden. AIDS care. 2021;33(10):1286-95.

Tabell 3 Anledningar till att inte ha testat sig för hiv tidigare (n = 46)

Varför har du inte testat dig tidigare? Du kan kryssa i flera alternativ

	Antal svar	Andel svar
Jag tycker inte att jag har tagit några risker för att få hiv tidigare	47	73 %
Jag har blivit nekad av sjukvården att få hivtesta mig fast att jag har velat	6	9 %
Jag har varit rädd för att ett positivt testresultat skulle få negativa sociala konsekvenser	4	6 %
Jag har varit rädd att bli igenkänd av andra besökare på kliniken eller av vårdpersonal	3	5 %
På grund av smittskyddslagens förhållningsregler och informationsplikt	2	3 %
Jag ville inte känna till min hivstatus	1	2 %
Jag har avstått eftersom hiv inte kan botas med dagens bromsmediciner	1	2 %
På grund av risken för att straffas enligt brottsbalken	0	0 %
Jag litar inte på tystnadsplikten i sjukvården	0	0 %

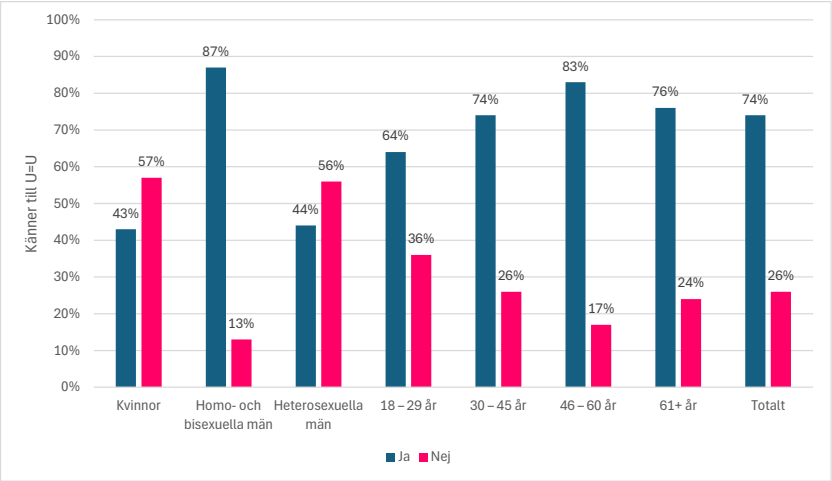
Kunskap om U = U och förhållningsregler

Kunskap om smittsamhet vid välinställd behandling – U = U

I enkäten informerade vi om att det när virusnivåerna i blodet är mycket låga, eller till och med omätbara, inte föreligger någon risk för hivöverföring vid sexuella kontakter även om kondom inte används. Detta benämns ofta U = U (*Undetectable = Untransmittable*).

Det var totalt 74 % av de svarande som kände till U = U och 26 % som inte gjorde det (se figur 21). Det framgick statistiskt säkerställda skillnader mellan åldersgrupper ($p = 0{,}017$). Två grupper stack ut: de yngsta med 36 % som inte kände till U = U och 40–60-åringarna med 17 %. Vidare var det tydligt att kvinnor och heterosexuella män kände till U = U i lägre grad än homo- och bisexuella män/MSM (13 % bland homo- och bisexuella män/MSM jämfört med 57 % bland kvinnor och 56 % bland övriga män, $p < 0{,}001$).

Figur 21 **Kunskap om smittsamhet vid välinställd hivbehandling, U = U (n = 568)**



Kännedom om informationsplikt var högre bland äldre

Det var 10 % som svarade *Nej* på frågan *En person som har hiv men inte har en välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen informera sexpartners om sin hivinfektion. Kände du till det?* Det var 8 % av svenskfödda och 14 % av utlandsfödda som inte kände till informationsplikten ($p = 0{,}043$). Andelen som svarade *Nej* var vidare lägst i de två äldre åldersgrupperna (5 %) än bland 30–45-åringar (10 %) och 18–29-åringar (15 %), ($p = 0{,}07$).

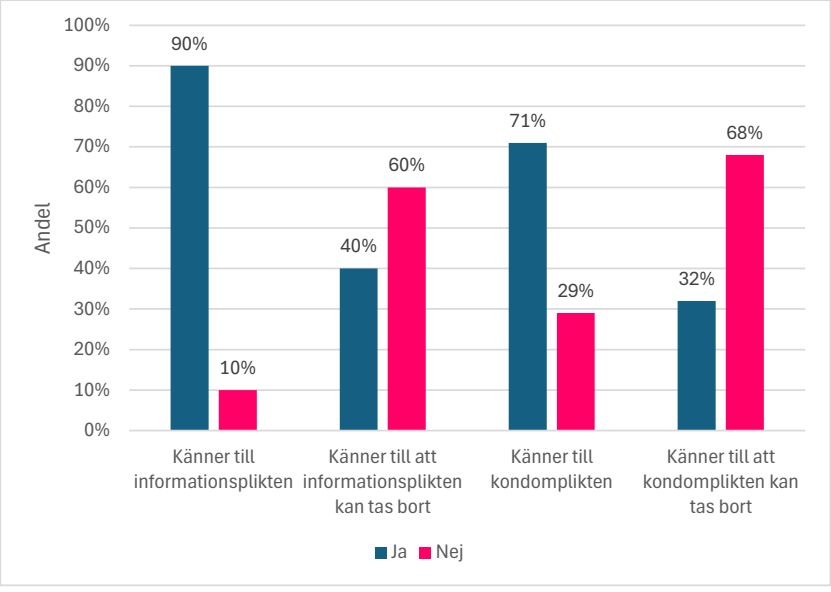
Det var avsevärt fler som *inte* kände till att personer med välinställd behandling kan få informationsplikten borttagen, 60 %. Statistiskt signifikanta skillnader mellan undergrupper framgick på denna fråga endast mellan kvinnor (78 %), homo- och bisexuella män/MSM (52 %) och heterosexuella män (71 %), ($p < 0{,}001$).

Kännedom om kondomplikt

Vi ställde två frågor om skyldigheten att använda kondom vid ej välinställd behandling (kondomplikt) som motsvarade de två frågorna om informationsplikt. Det var 71 % av respondenterna som kände till denna skyldighet och 29 % som *inte* gjorde det. Det framgick inga skillnader mellan några undergrupper av svarande.

Precis som gällande informationsplikten var det betydligt fler som *inte* kände till att personer med välinställd behandling kan få kondomplikten borttagen, 68 %. Även här syntes statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor (82 %), homo- och bisexuella män/MSM (63 %) och heterosexuella män (74 %), ($p = 0{,}001$).

Figur 22 **Kännedom om informationsplikt och kondomplikt samt att de kan tas bort (n = 563)**

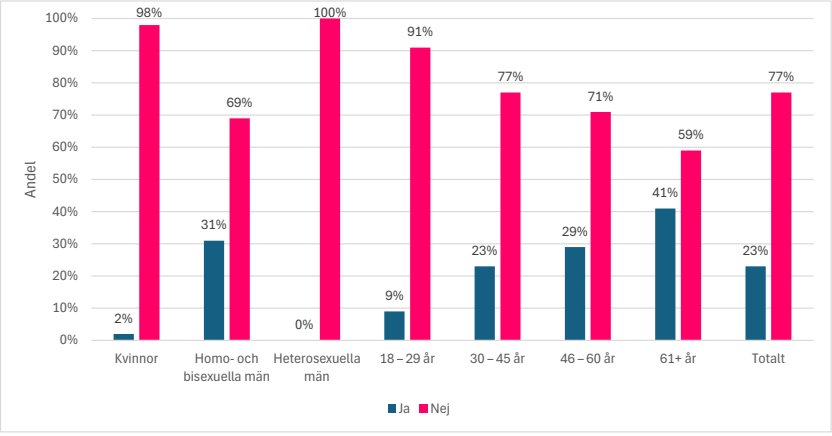


Erfarenhet av kommunikation om hivstatus

Totalt var det 23 % av respondenterna som sade sig ha varit med om att en sexpartner hade berättat att den har hiv utan att man själv har frågat. Som framgår av figur 23 var alla utom två svarande som hade denna erfarenhet homo- och bisexuella män/MSM ($p < 0{,}001$). Det var även tydliga skillnader mellan åldersgrupperna; det var 9 % av de yngsta men 41 % av de äldsta som hade varit med om det ($p < 0{,}001$).

Figur 23 Erfarenhet av att få information om sexpartners hivstatus (n = 543)

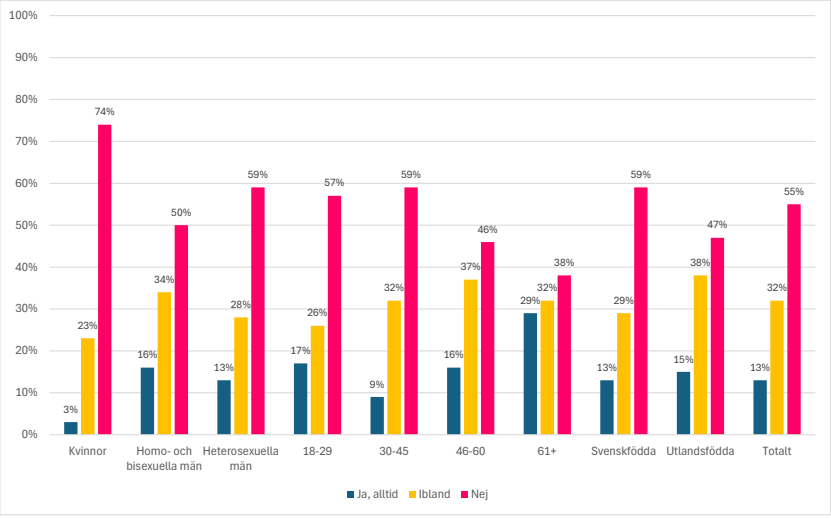
Har du varit med om att en ny sexpartner har berättat att den har hiv utan att du har frågat?



Knappt hälften uppgav att de själva frågar en ny sexpartner om dess hivstatus – 13 % svarade att de gjorde det *Ibland* och 32 % *Ja, alltid* (se figur 24). Även i detta avseende var det vanligare att själv fråga bland de äldsta ($p = 0{,}005$) och homo- och bisexuella män/MSM ($p < 0{,}001$) än bland övriga. Det var också vanligare bland utlandsfödda än svenskfödda att fråga om hivstatus ($p = 0{,}049$).

Figur 24 Erfarenhet av att fråga sexpartner om hivstatus (n = 544)

Frågar du en ny sexpartner om den har hiv?



Attityder till att informera och använda kondom vid ej välinställd behandling

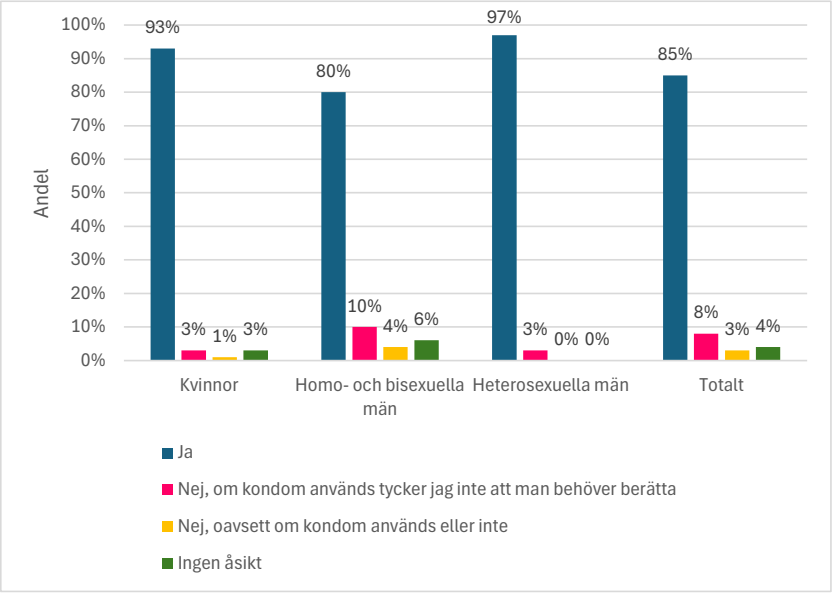
Starkt stöd för att informera sexpartner och att använda kondom vid ej välinställd hivbehandling

Sist i enkäten ställde vi fyra frågor med syfte att få information om attityder till information och kondomanvändning vid ej välinställd hivbehandling samt om information vid andra sexuellt överförbara infektioner än hiv.

På frågan *Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska informera sexpartners om att den har hiv?* var det 85 % som svarade *Ja*. Det var 8 % som ansåg att man inte behöver berätta om kondom används medan 3 % svarade att man inte behövde berätta oavsett kondomanvändning. Resterande 4 % svarade *Har ingen åsikt*.

Figur 25 Inställning till att informera sexpartner om hivinfektion (n = 544)

Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska informera sexpartners om att den har hiv?



De skillnader mellan olika undergrupper av respondenter som var statistiskt signifikanta illustreras i figur 25. Det gäller att homo- och bisexuella män/MSM i större utsträckning än övriga svarade att det kan finnas anledning att inte berätta, dvs. de svarade i lägre grad än övriga respondenter *Ja* angående krav på att informera vid ej välinställd behandling, 80 % (p = 0,004). I en fördjupad analys framgick också att personer som *inte* kände till U = U i högre utsträckning än övriga svarade *Ja* på frågan (94 % jämfört med 81 % bland dem som kände till U = U, p = 0,001). Inga statistiskt signifikanta skillnader noterades i övrigt.

På frågan *Tycker du att en person som lever med hiv utan välinställd behandling ska använda kondom vid sex?* var det 80 % som svarade *Ja*. Endast ett fåtal, 1 % (n = 5) svarade *Nej*. Det var 14 % som ansåg att det inte behövs kondom om man är överens med sexpartner om att låta bli. Resterande 5 % svarade *Har ingen åsikt*.

Även på denna fråga framgick statistiskt signifikanta skillnader såtillvida att homo- och bisexuella män/MSM svarade, i lägre grad än övriga respondenter, *Ja* angående kondom vid ej välinställd be-

handling, 76 % jämfört med 92 % av kvinnorna och 84 % av de heterosexuella männen ($p < 0,001$). Det var också vanligare bland homo- och bisexuella män/MSM (16 %) och heterosexuella män (13 %) att svara *Nej, inte om man är överens om att låta bli*, än bland kvinnor (6 %).

Starkt stöd för att informera sexpartner och att använda kondom vid andra STI:er än hivinfektion

Precis som i enkäten till personer med hiv informerades respondenterna om att skyldighet att informera sexpartners normalt gäller även vid klamydia, gonorré och syfilis. Sen fick de frågan *Tycker du att en person som är smittsam med någon av dessa sjukdomar ska informera sexpartners?* Det var 93 % som svarade *Ja*. Endast ett fåtal, 1 % (n = 5) svarade *Nej*. Det var 4 % som ansåg att det inte behövs kondom om man är överens med sexpartner om att låta bli. Resterande 2 % svarade *Har ingen åsikt*.

På frågan *Tycker du att en person som är smittsam med någon av dessa sjukdomar ska använda kondom med sexpartners?* var det 89 % som svarade *Ja*. Endast ett fåtal (n = 2) svarade *Nej*. Det var 8 % som ansåg att det inte behövs kondom om man är överens med sexpartner om att låta bli. Resterande 3 % svarade *Har ingen åsikt*.

Inga statistiskt signifikanta skillnader framgick mellan olika undergrupper av respondenter på någon av dessa frågor.

Metodologisk diskussion och jämförelse med tidigare studier

Urval och representativitet vid rekrytering av vårdsökande

Stickprovet ger, i likhet med andra liknande enkätundersökningar som genomförs på vårdmottagningar, en ögonblicksbild av de besökare som är där just då och väljer att delta. Så kallad *volunteer bias* kan uppstå om personerna som tackar ja till att delta skiljer sig från dem som tackar nej.[40] Inom sexualitetsforskning har man sett att de som deltar ofta har en mer öppen inställning till sexualitet och mer

[40] Strassberg DS., Lowe K. Volunteer bias in sexuality research. Archives of sexual behavior. 1995;24(4):369-82.

sexuella erfarenheter än de som väljer att inte vara med.[41] Personer kan vara oroliga för ett positivt provsvar och vara fokuserade på själva testningen och vårdsökandet och därmed vara mindre benägna att tacka ja men det finns också studier som visar att individer kan vara motiverade just när de uppfattar att de har exponerats för risker.[42]

Precis som i självrapporterade enkätundersökningar generellt är det vidare troligt att våra resultat är påverkade av deltagares *recall bias* i någon omfattning. Det innebär att olika personer tenderar att minnas sina erfarenheter på olika sätt, både när det gäller hur noggrant och hur fullständigt de minns, vilket påverkar tillförlitligheten i svaren som lämnas även om man har ett representativt urval respondenter.[43]

Slutligen kan vi inte utesluta *item response bias*, dvs. att deltagarna aktivt avstår från att besvara vissa frågor i högre utsträckning än andra, något som inte är ovanligt för frågor om generellt ansett känsliga ämnen såsom sexualitet och droger.[44] I denna enkät har vi dock inte identifierat specifika frågor där vi ser något sådant systematiskt bortfall (jfr avsnittet *Respondenterna*).

Mot denna bakgrund kan vi först och främst konstatera att stickprovet inte är representativt för befolkningen i stort, men det var heller inte väntat eller avsett. Sexuellt riskbeteende och hivtestning är inte jämnt fördelade i befolkningen utan varierar mellan t.ex. åldersgrupper. Syftet var snarast att få svar från personer som, genom att de söker hivtest, upplever att de har tagit risker för hiv. Det är, som vi inledningsvis poängterat, en högt prioriterad grupp för preventionen vars kunskap, attityder och beteenden är viktiga att följa som del i en epidemiologisk analys och övervakning. Med viss försiktighet bedömer vi sammantaget att vi, i likhet med andra studier som rekryterat deltagare på liknande sätt, dock bör kunna generali-

[41] Dunne MP., Martin NG., Bailey JM., Heath AC., Bucholz KK., Madden PA., et al. Participation bias in a sexuality survey: psychological and behavioural characteristics of responders and non-responders. International journal of epidemiology. 1997;26(4):844-54.
[42] Tyler B. Wray, Noah N. Emery & John P. Guigayoma (2023) Emotional Reactions to High-Risk Sex among Sexual Minority Men: Exploring Potential Opportunities for Just-In-Time Intervention, The Journal of Sex Research, 60:5, 718-727.
[43] Napper LE., Fisher DG., Reynolds GL., Johnson ME. HIV risk behavior self-report reliability at different recall periods. AIDS and behavior. 2010;14(1):152-61.
[44] Wiederman, M. W. (1993). Demographic and sexual characteristics of nonresponders to sexual experience items in a national survey. The Journal of Sex Research, 30(1), 27–35.

sera resultaten till vuxna som söker hivtestning på svenska STI-mottagningar.[45]

Jämförelse med tidigare studier

Hög testbenägenhet bland homo- och bisexuella män/MSM

I vår undersökning var det 92 % som hade tidigare erfarenhet av att hivtesta sig men det var 99 % bland homo- och bisexuella män/MSM, 75 % bland kvinnor och 78 % bland heterosexuella män. Detta kan jämföras med enkätstudien från 1997–1998 då det var 88 % av homo- och bisexuella män/MSM som tidigare hade testat sig tidigare men 59 % av heterosexuella män och 61 % av kvinnorna.[46] Resultaten indikerar en allmän ökning över tid men de bör också sättas i relation till studier som rekryterat deltagare i andra grupper och på andra sätt. Att vi rekryterade deltagare på mottagningar där personer hivtestas i samband med PrEP-rådgivning eller förskrivning bedöms ha bidragit särskilt till de höga resultaten.[47]

I Folkhälsomyndighetens senaste enkät bland allmänheten (webbpanel) år 2022 var det totalt 26 % som svarade att de någon gång hade testat sig för hiv.[48] I studien Sex i Sverige 1996 var det 14% som hade testat sig någonsin.[49] I den MSM-inriktade studien MSM2013 (självselekterad webbenkät på Internetforum) var det 75 % av de svarande som hade testat sig någon gång.[50] I befolkningsundersökningen SRHR2017 var det 37 % av homosexuella män som hade testat sig för hiv de senaste 12 månaderna men bara 2 respektive 3 % av heterosexuella män och kvinnor.[51]

[45] Veličko I., Ploner A., Sparén P., Marions L., Herrmann B., Kühlmann-Berenzon S. Sexual and testing behaviour associated with Chlamydia trachomatis infection: a cohort study in an STI clinic in Sweden. BMJ open. 2016;6(8):e011312.
[46] SOU 1999:51, Bilaga 2.
[47] I enlighet med behandlingsrekommendationerna ska hivtest tas en månad efter PrEP-start och därefter var tredje månad eller vid receptförnyelse. (Hiv preexpositionsprofylax (PrEP) – Rekommendation om praktisk handläggning 2023. Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) https://ssdv.se/wp-content/uploads/2025/06/hiv-preexpositionsprofylax-prep-praktisk-handlaggning-2023-final.pdf). Hämtad 2026-03-17.
[48] Folkhälsomyndigheten. Allmänhetens kunskap om och attityder till hiv – En enkätundersökning i den svenska befolkningen. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022.
[49] Lewin B., Fugl-Meyer K. Sex i Sverige : om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
[50] Folkhälsomyndigheten. MSM2013 - en studie om sex, hiv och hälsa bland män som har sex med män i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015.
[51] Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019.

Testsökande styrs av upplevt riskbeteende

En likhet mellan våra resultat och tidigare studier bland MSM, unga och allmänheten är att som anledning till att aldrig ha testat sig uppgav de flesta förstagångstestare att de inte tidigare anser sig ha haft något behov av att ta ett hivtest.[52,53,54] I vår undersökning var det endast enstaka svarande som uppgav att strukturella faktorer som lagstiftning hade bidragit till att de inte sökt testning tidigare. Antalet observationer i datamaterialet på just denna fråga är begränsat, eftersom det var få som inte hade testat sig tidigare. Vi har inte heller information om respondenternas eventuella riskbeteenden så det är inte möjligt att avgöra huruvida deras riskbedömning var adekvat eller ej.

Kunskap och attityder

I Folkhälsomyndighetens webbpanel till allmänheten år 2022 var det 39 % som kände till att välbehandlad hiv inte överförs vid sex.[55] I vår undersökning var det ungefär lika många (drygt 40 %) bland kvinnor och heterosexuella män som kände till det men betydligt fler, nästan 9 av 10, bland MSM. Samtidigt hade vi markant fler, 40 %, som kände till att informationsplikten kan tas bort jämfört med 16 % i studien från 2022. Det var 85 % i vår enkät som ansåg att en person som lever med hiv *utan* välinställd behandling ska informera en ny sexpartner om att den har hivinfektion.

I undersökningen från 1997–1998 fanns av förklarliga skäl inga rakt av motsvarande frågor; vid den tidpunkten var behandlingens effekter på smittsamheten fortfarande inte belagda. Av de homo- och bisexuella männen var det 67 % som ansåg att personer med hiv alltid ska informera, medan det av de heterosexuella männen och kvinnorna var 88 % respektive 94 % som ansåg detsamma.

Det går inte heller rakt av att jämföra våra resultat om attityder till informationsplikt med studien från 2022. I den var det en majo-

[52] Persson KI., Berglund T., Bergström J., Eriksson LE., Tikkanen R., Thorson A., et al. Motivators and barriers for HIV testing among men who have sex with men in Sweden. J Clin Nurs. 2016;25(23-24):3605-18.
[53] Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige : UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2017.
[54] Folkhälsomyndigheten. Allmänhetens kunskap om och attityder till hiv – En enkätundersökning i den svenska befolkningen. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022.
[55] Folkhälsomyndigheten. Allmänhetens kunskap om och attityder till hiv – En enkätundersökning i den svenska befolkningen. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022.

ritet av deltagarna, 81 %, som ansåg att personer med välbehandlad hivinfektion borde informera sexpartner. I vår enkät avgränsade vi frågan till attityder kring huruvida personer med *ej* välinställd hivbehandling bör informera. Detta eftersom övriga, dvs. personer *med* välinställd behandling, inte är ålagda att informera om de fått besked från behandlande läkare om att deras informationsplikt är borttagen. Stödet för att informera om hivinfektion var lägre bland MSM och personer som känner till U = U än bland övriga. Det kan spegla att dessa har jämförelsevis god kunskap om hiv och därmed också känner till att hiv även obehandlat inte är särskilt smittsamt vid sexuell kontakt.[56,57] Det kan också reflektera att man tycker att det är ett delat ansvar att fråga respektive informera som inte enbart åligger personen med hiv.

Kommunikation om hiv med sexpartner tenderar att ha minskat över tid

Det var precis lika många, 31 %, av de homo- och bisexuella männen som hade varit med om att en sexpartner berättat att den har hiv i enkäten 1997–1998 som 2025.

Det var totalt ungefär lika många, runt hälften, som svarade att de *aldrig* frågar om en ny sexpartners hivstatus i vår enkät som i undersökningen 1997–1998. En skillnad var dock att medan det var 40 % av kvinnorna som svarade att de alltid brukade fråga i den äldre studien, var det bara 3 % av kvinnorna i vår undersökning som svarade att de *alltid* frågar. Även bland homo- och bisexuella män/MSM och heterosexuella män noteras en minskning, från 25 % som i den äldre studien sade sig *alltid* fråga till 16 respektive 13 % nu.

[56] Folkhälsomyndigheten drog slutsatsen i en rapport, där liknande skillnader framgick, att ”MSM som grupp möjligen är mer välinformerade om hiv och om möjligheter till undantag från informationsplikten, och även kanske i större utsträckning än den allmänna befolkningen känner någon som lever med hiv.” (Folkhälsomyndigheten. Allmänhetens kunskap om och attityder till hiv – En enkätundersökning i den svenska befolkningen. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022, s. 29.)

[57] I en systematisk översikt från 2018 beräknades överföringsrisken per 10 000 exponeringar från person med obehandlad hiv enligt följande beroende på smittväg: blodtransfusion 9 250/10 000 (95 % CI 8 900-9 610), mor till barn 2 260/10 000 (95 % CI 1 700-2 900) dela injektionsverktyg 63/10 000 (95 % CI 41-92), analt samlag (mottagande part) 138/10 000 (95 % CI 102-186), analt samlag (penetrerande part) 11/10 000 (95 % CI 4-28), vaginalt samlag (mottagande part) 8/10 000 (95 % CI 6-11), vaginalt samlag (penetrerande part) 4/10 000 (95 % CI 1-14). Patel P., Borkowf CB., Brooks JT., Lasry A., Lansky A., Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014 Jun 19;28(10):1509-19.

I 1996 års Smittskyddskommittés betänkande framgår att många av dem som uppgav att de inte frågade kommenterade att ”de har säkrare sex och därför inte finner någon anledning att fråga”.[58] Svenska befolkningsstudier på området från de senaste åren har inte konsekvent ställt frågan om kondomanvändning på samma sätt men vi har inte några indikationer på att kondomanvändningen skulle ha ökat. Förutom att det på senare tid har belagts att en person med välinställd hivbehandling inte är smittsam är en viktig skillnad att PrEP, förebyggande hivbehandling, numera finns tillgänglig i Sverige. Under 2018–2024 fick närmare 4 000 personer i Sverige PrEP förskrivet via hälso- och sjukvården.[59] Att själv använda PrEP skulle kunna föranleda att man aktivt väljer att varken använda kondom eller fråga om en sexpartners hivstatus.

[58] SOU 1999:51, bilaga 2, s. 31.
[59] Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos män som har sex med män som får preexpositionsprofylax (PrEP) mot hiv. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.

Enkätformuläret

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.
Ange endast ett svar per fråga utom där det står att du kan markera flera.

Enkät till personer som söker råd och test för hivinfektion

Inom ramen för en statlig utredning, Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08), analyserar vi vissa frågor rörande smittskyddslagen. Det gäller bl.a. den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning och om de förhållningsregler som behandlande läkare ger till personer som lever med hiv är ändamålsenliga och proportionerliga.

Denna enkät görs för att vi ska få aktuell kunskap om inställningen till och kunskapen om hiv. Målgruppen för enkäten är personer som söker råd och test för hivinfektion och inte har en hivdiagnos sedan tidigare.

Deltagandet är frivilligt. Du ska vara minst 18 år för att delta och du är anonym när du svarar. **Inga personuppgifter ska lämnas**. Det tar ungefär 5 minuter att fylla i enkäten.

I och med att du svarar på frågorna, med början på nästa sida, visar du att du vet att din medverkan är frivillig och att dina svar är anonyma.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Jan Albert, utredare

Hur publiceras resultaten? Den insamlade informationen kommer att ge underlag till utredningen som ska lämna sitt betänkande till regeringen senast den 30 januari 2026. Utredningen har hand om enkäten och sammanställning av svar. Svaren kommer inte att användas i andra sammanhang än inom utredningsarbetet. Resultaten i rapporten kommer att presenteras på ett sådant sätt att inga enskilda svar kan identifieras.

Frågor? Kontakta Kristina Ingemarsdotter Persson, Telefon: 08 - 405 93 84, e-post: kristina.ingemarsdotter.persson@regeringskansliet.se

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.
Ange endast ett svar per fråga utom där det står att du kan markera flera.

1. Jag identifierar mig som
   - ☐ Kvinna
   - ☐ Man
   - ☐ Annat kön/könsidentitet

2. Var är du född?
   - ☐ I Sverige
   - ☐ I ett annat land

3. Hur gammal är du?
   - ☐ 18–29 år
   - ☐ 30–45 år
   - ☐ 46–60 år
   - ☐ 61+ år

4. Vem eller vilka har du sex med? Du kan kryssa i flera alternativ.
   - ☐ Kvinnor
   - ☐ Män
   - ☐ Annat kön/könsidentitet

5. Har du någon gång innan idag ***testat*** dig för hiv?
   - ☐ Ja, en gång
   - ☐ Ja, mer än en gång
   - ☐ Nej
   - ☐ Vet inte

OBS. Svara på fråga 6 endast om du har svarat **NEJ** på fråga 5.

6. Varför har du inte testat dig tidigare? Du kan kryssa i flera alternativ.
   - ☐ Jag tycker inte att jag har tagit några risker för att få hiv tidigare
   - ☐ Jag har blivit nekad av sjukvården att få hivtesta mig fast att jag har velat
   - ☐ Jag har varit rädd att bli igenkänd av andra besökare på kliniken eller av vårdpersonal
   - ☐ Jag litar inte på tystnadsplikten i sjukvården
   - ☐ På grund av smittskyddslagens förhållningsregler och informationsplikt
   - ☐ På grund av risken för att straffas enligt brottsbalken
   - ☐ Jag har avstått eftersom hiv inte kan botas med dagens bromsmediciner
   - ☐ Jag ville inte känna till min hivstatus
   - ☐ Jag har varit rädd för att ett positivt testresultat skulle få negativa sociala konsekvenser, t.ex. för sexliv, jobb, vänner eller familj

Alla som lever med hiv i Sverige erbjuds kostnadsfri läkemedelsbehandling mot hiv. I dag finns effektiva hivmediciner som gör virusnivåerna i blodet låga och ofta omätbara. Med **välinställd hivbehandling** menas att virusnivån av hiv i blodet hålls på en mycket låg nivå – under 50 kopior/ml – vid upprepade tester, samt att patienten kontinuerligt följer behandlingen.

7. När hivbehandlingen är välinställd finns det ***ingen risk*** för smitta vid sexuell kontakt även om kondom inte används. Kände du till det?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nej

8. En person som har hiv men ***inte*** har en välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen informera sexpartners om sin hivinfektion. Kände du till det?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nej

Vänd – det finns fler frågor på baksidan!

OBS! Kryssa bara i rutorna. Skriv inget i fritext någonstans i enkäten.
Ange endast ett svar per fråga utom där det står att du kan markera flera.

9. En person ***med*** välinställd hiv-behandling kan få kravet att informera sexpartners om sin hivinfektion borttaget av läkare. Kände du till det?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

10. En person som har hiv men ***inte*** har välinställd behandling ska enligt smittskyddslagen använda kondom vid sex. Kände du till det?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

11. En person ***med*** välinställd hivbehandling kan få kravet att använda kondom vid sex borttaget av läkare. Kände du till det?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

12. Har du varit med om att en ny sexpartner har berättat att den har hiv utan att du har frågat?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

13. Frågar du en ny sexpartner om den har hiv?

- ☐ Ja, alltid
- ☐ Ibland
- ☐ Nej

14. Tycker du att en person som lever med hiv ***utan*** välinställd behandling ska informera sexpartners om att den har hiv?

- ☐ Ja, alltid
- ☐ Nej, om kondom används tycker jag inte att man behöver berätta
- ☐ Nej, oavsett om kondom används eller inte
- ☐ Har ingen åsikt

15. Tycker du att en person som lever med hiv ***utan*** välinställd behandling ska använda kondom vid sex?

- ☐ Ja, alltid
- ☐ Nej
- ☐ Nej, inte om man är överens om att låta bli
- ☐ Har ingen åsikt

16. Kravet att **informera sexpartners** gäller även vid klamydia, gonorré och syfilis så länge det finns risk för smitta. Tycker du att en person som är smittsam med någon av dessa sjukdomar ska informera sexpartners?

- ☐ Ja
- ☐ Nej, om kondom används tycker jag inte att man behöver berätta
- ☐ Nej, oavsett om kondom används eller ej
- ☐ Ingen åsikt

17. Kravet att **använda kondom** gäller även vid klamydia, gonorré och syfilis så länge det finns risk för smitta. Tycker du att en person som är smittsam med någon av dessa sjukdomar ska använda kondom med sexpartners?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Nej, inte om man är överens om att låta bli
- ☐ Ingen åsikt

Nu har du besvarat samtliga frågor.
Tack för din medverkan!

Enkät till behandlande läkare för andra sjukdomar än hivinfektion

Syftet med enkäten var att få aktuell kunskap om behandlande läkares tillämpning av smittskyddslagens förhållningsregler för de allmänfarliga sjukdomar som flest fall anmäldes av i Sverige år 2024.

Rekrytering

Målgruppen för enkäten var läkare med behandlingsansvar för patienter med campylobacterinfektion, gonorré, hepatit B, hepatit C, klamydiainfektion, infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), salmonellainfektion och tuberkulos. Det finns inget register eller kontaktnät specifikt för läkare som arbetar med dessa sjukdomar. Rekryteringen av deltagare gjordes därför via e-postutskick till verksamhetscheferna på de vårdenheter som hade rapporterat flest fall av respektive sjukdom i Region Stockholm under år 2024. Dessa ombads i sin tur vidarebefordra förfrågan om att besvara enkäten till aktuella läkare i sin verksamhet.

Utskicket med information och länk till enkäten, för vidareförmedling till målgruppen, gjordes den 2 september 2025. Datainsamlingen pågick under en månad.

Enkäten

Den webbaserade enkäten riktade sig till läkare med behandlingsansvar. Den hade sju frågor och konstruerades i det digitala enkätverktyget *EUSurvey*. Inga personuppgifter samlades in. Det fanns möjlighet att lämna kommentarer i form av fritext på en fråga. Inkomna enkätsvar sparades ner i en excelfil och därefter raderades enkätformuläret och svaren i det digitala verktyget. Excelfilen förvarades på utredningens server med åtkomst endast för utredningens sekretariat.

Informationen till respondenterna innehöll kontaktuppgifter till utredningens sekretariat i händelse av att någon ville höra av sig med frågor om enkäten eller utredningen. Inga sådana kontakter togs under insamlingstiden.

Databearbetning och analys

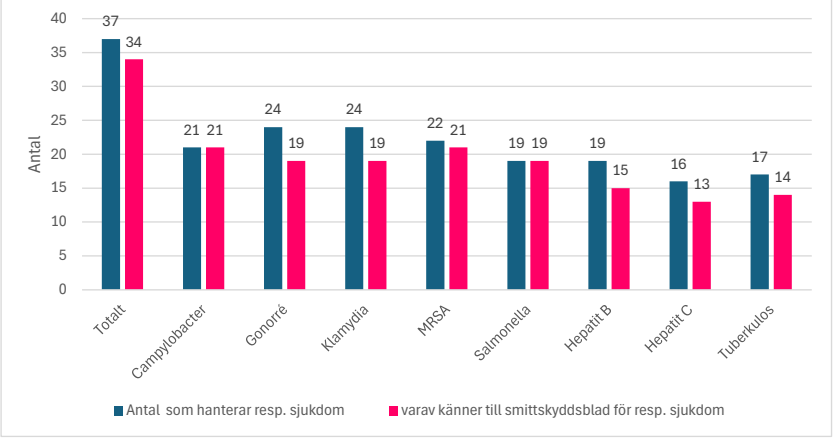
Enkätresultaten presenteras här deskriptivt, företrädesvis i tabeller och stapeldiagram. Data analyserades i Excel. Inga statistiska analyser eller kopplingar till utredningens övriga enkäter gjordes.

Resultat

Vi fick totalt 37 svar. Alla utom två respondenter svarade att de arbetar med minst två av de åtta sjukdomarna som vi frågade om. Medianen var 4 men typvärdet var 2. Det innebär att det fanns en mängd olika kombinationer av sjukdomar som de svarande kan arbeta med men det vanligast förekommande bland de svarande var att arbeta med klamydia och gonorré.

I figur 26 redovisas antalet respondenter som svarade att de arbetar med respektive sjukdom. Där framgår också hur många av dem som uppgav att de känner till smittskyddsbladen för de sjukdomar som de jobbar med. Samtliga som arbetar med campylobacter och salmonella svarade att de kände till bladen. Även för övriga sjukdomar var det en övervägande majoritet som kände till dem.

Figur 26 **Antal respondenter som arbetar med olika sjukdomar samt deras kännedom om smittskyddsblad (n = 37)**



Smittskyddsbladen har en särställning för förmedling av förhållningsregler

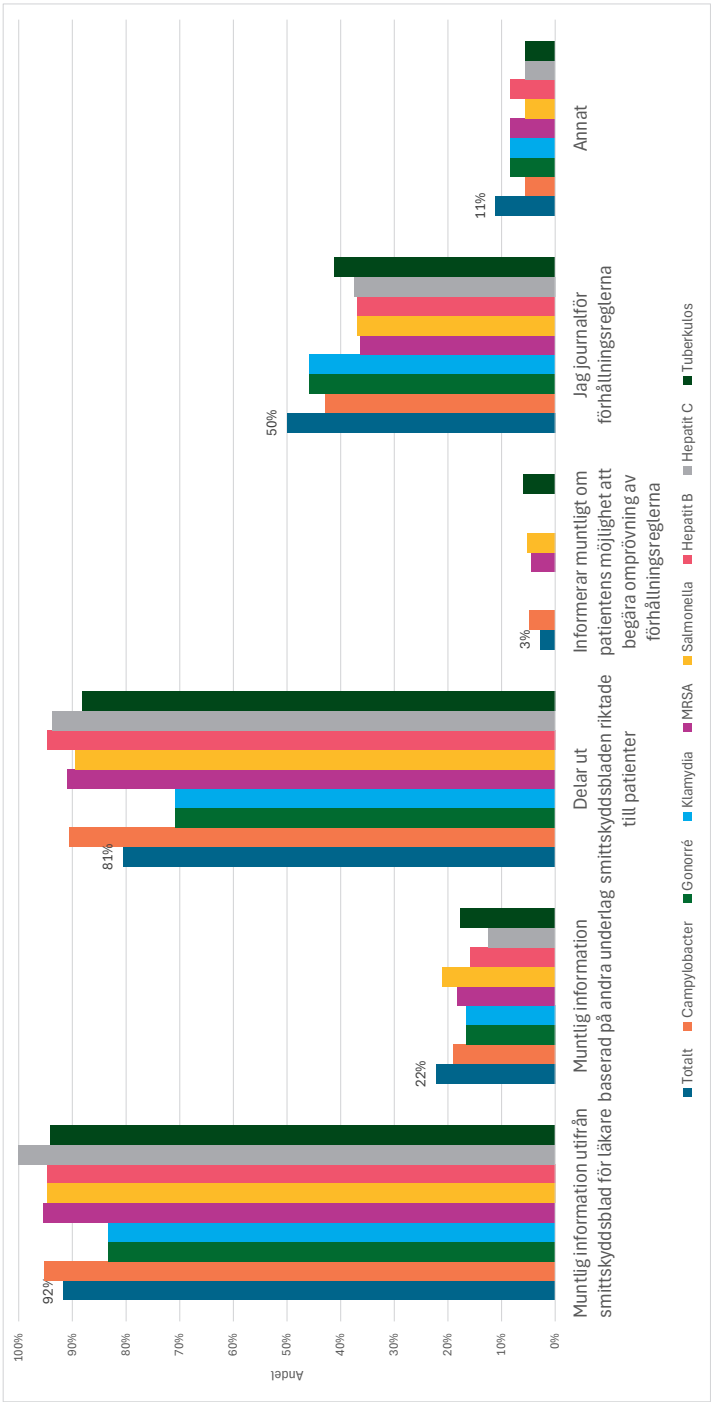
I figur 27 redovisas svaren på enkätfrågorna om förmedling av förhållningsregler totalt samt som andelar för respektive sjukdom. Respondenterna ombads fylla i samtliga förmedlingssätt som de använder för var och en av de sjukdomar de arbetar med.

Det var totalt 92 % av de svarande som uppgav att de ger muntliga förhållningsregler utifrån smittskyddsblad och 22 % som förmedlade förhållningsreglerna muntligt med grund i andra underlag. Det var 81 % som uppgav att de delar ut smittskyddsblad.

Endast en respondent svarade att den brukar informera muntligt om rätten att få förhållningsregler prövade av smittskyddsläkare. Hälften svarade att de journalför förhållningsreglerna.

Med tanke på det begränsade antalet respondenter bör skillnader mellan de olika sjukdomarna tolkas med stor försiktighet. En tendens till att läkarna använder smittskyddsblad i mindre utsträckning för klamydia och gonorré än för andra sjukdomar framträder dock.

Figur 27 Andel respondenter som använder olika sätt för att förmedla förhållningsregler



En femtedel förmedlar inte förhållningsregler med smittskyddsblad

Totalt sju respondenter (19 %) svarade att de inte delar ut smittskyddsblad till patienter för att förmedla förhållningsregler. Endast en (1) av dem kryssade i *Annat*, vilket skulle kunna innebära skriftlig information av annat slag än smittskyddsblad. I så fall är det ändå sex respondenter (16 %) som inte följer smittskyddslagen i fråga om att meddela förhållningsregler skriftligt.

Samtliga sju som inte delar ut skriftliga smittskyddsblad, uppgav att de ger förhållningsregler muntligen utifrån smittskyddsbladen för läkare eller baserat på andra underlag. Ingen svarade att de informerar om rätten till omprövning av smittskyddsläkare. Hälften uppgav att de journalför meddelade förhållningsregler.

Erfarenhet av och syn på förhållningsreglerna

Deltagarna ombads att uppge hur många de instämde i för ett antal påståenden om förhållningsregler. De kunde kryssa i alla svarsalternativ som de höll med om. I tabell 4 redovisas antal och andelar respondenter som höll med om respektive påstående.

Tabell 4 Inställning till ett urval av aspekter gällande förmedling av förhållningsregler (n = 37)

	Antal	Andel (%)
Det är effektivt att kunna hänvisa till lagen och att förhållningsreglerna är juridiskt bindande	32	86
De allra flesta skyddar andra på frivillig väg, så det skulle räcka med råd och rekommendationer	12	32
Förhållningsregler påverkar min patientrelation negativt	2	5
Förhållningsregler påverkar min patientrelation positivt	7	19
Meddelande av förhållningsregler innebär en administrativ belastning för mig	10	27
Det finns behov av ytterligare möjliga förhållningsregler (beskriv gärna i kommentarrutan)	2	5

En övervägande majoritet, 32 av 37 svarande, ansåg att det är effektivt att kunna hänvisa till lagen och att förhållningsregler är juridiskt bindande. En knapp tredjedel ansåg att råd och rekommendationer skulle räcka. Vi noterade att bland dem som träffar patienter med

hepatit B och tuberkulos var denna andel något lägre, en knapp fjärdedel.

En minoritet svarade att förhållningsregler påverkar deras patientrelation på något sätt, positivt eller negativt, men det var fler som kryssade i positivt än negativt.

En dryg fjärdedel av respondenterna ansåg att förhållningsregler medför en administrativ belastning för dem. Det syntes vissa skillnader beroende på vilka sjukdomar man arbetar med; svarande som hanterar hepatit B och hepatit C uppfattade oftare en administrativ belastning, 50 respektive 40 % av dem. Endast hälften av de respondenter som uppgav att de upplever administrativ belastning svarade att de journalför förhållningsregler.

Ingen av de två respondenter som instämde i påståendet *Det finns behov av ytterligare möjliga förhållningsregler (beskriv gärna i kommentarrutan)* lämnade några förslag på vilka ytterligare förhållningsregler som vore önskvärda.

Vi ställde också frågan *Har du någonsin varit med om att patienter begärt omprövning av smittskyddsläkaren avseende förhållningsregler som du beslutat?* Ingen av respondenterna svarade att de hade varit med om detta.

Rikskod

När läkare anmäler fall av gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis till smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten anges, i stället för den enskildes namn och personnummer, enbart de två första och de fyra sista siffrorna i personnumret. Den kombination som genereras benämns allmänt *rikskod* (se också kapitel 6 i betänkandet).

Av de 24 respondenter som svarade att de arbetar med sjukdomar som anmäls med rikskod besvarade 20 följdfrågan *Du har angett att du möter patienter med diagnoser som ska rapporteras med s.k. rikskod (klamydia, gonorré). Vilka av följande påståenden stämmer för dig?* I tabell 5 redovisas svaren.

Tabell 5 Uppfattningar om rikskod (n = 20)

	Antal	Andel (%)
Jag uppfattar att rikskod bidrar till att personer vågar testa sig för STI:er	7	35
Rikskod är viktigt ur smittskyddshänseende	6	30
Rikskod är irrelevant ur smittskyddshänseende	9	45
Jag har varit med om att patienter ställer frågor om rikskod	0	–

Ingen av de svarande hade varit med om att få frågor från patienter om rikskod. Ändå svarade ungefär en tredjedel att de instämde i påståendet att rikskod bidrar till att personer vågar testa sig för STI:er. Nästan lika många (men det var endast två svarande som kryssade i både föregående *och* detta påstående) instämde i att rikskod är viktigt ur smittskyddshänseende. Knappt hälften av respondenterna uppgav omvänt att de anser att rikskod är irrelevant ur smittskyddshänseende. Ingen av de senare instämde i att rikskod bidrar till testning för STI:er.

Metodologisk diskussion

Behovet av att genomföra denna undersökning aktualiserades förhållandevis sent i utredningsarbetet; vi önskade få bredare information än vad enkäten riktad till behandlande läkare för hivinfektion och enstaka studiebesök och kontakter med hälso- och sjukvården för andra sjukdomar hade gett. Ambitionsnivån och genomförandet fick dock begränsas för att vi skulle hinna. Därmed har resultaten och möjligheten att tolka dem vissa begränsningar. Vi hade ingen fullständig känd urvalsram för denna enkät. Det innebär att vi varken vet hur många respondenter som skulle kunna vara aktuella eller hur många som faktiskt fick frågan. Därför kan vi inte beräkna eller uppskatta en svarsfrekvens.

Vidare vet vi inte huruvida vi har fått svar från samtliga kliniker. Eftersom de har olika karaktär – t.ex. akutmottagning, infektionsklinik, barnmorskemottagning, STI-mottagning och digital mottagning – bedömer vi dock att vi uppnått en lämplig bredd i rekryteringen.

Förfrågan begränsades av praktiska skäl till mottagningar i Region Stockholm. Vi kan inte veta huruvida svaren hade skiljt sig åt om ytterligare regioner hade inkluderats.

Enkätformuläret

Enkät till övriga läkare

Hur meddelar du förhållningsregler i enlighet med smittskyddslagen?

Inom ramen för den statliga utredningen om stärkt framtida smittskydd analyserar vi vissa frågor rörande smittskyddslagen. Det gäller bl.a. den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning och om de förhållningsregler som behandlande läkare ger är ändamålsenliga och proportionerliga.

Denna enkät görs för att vi ska få aktuell kunskap om tillämpningen av smittskyddslagens förhållningsregler. Vi vänder oss till ett urval av behandlande läkare för ett urval av allmänfarliga sjukdomar som hade många anmälda fall under 2024 i Region Stockholm.

Inga personuppgifter samlas in. Inga svar kan härledas till dig som enskild person. Dina svar kommer att hanteras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Deltagandet är frivilligt och det går att avbryta enkäten när som helst.

Den insamlade informationen kommer att ge underlag till utredningen som ska lämna sitt betänkande till regeringen senast den 30 januari 2026.

I och med att du svarar på frågorna, med början på nästa sida visar du att du vet att din medverkan är frivillig och att dina svar är anonyma.

Hur meddelar du förhållningsregler i enlighet med smittskyddslagen?

Vilka av följande sjukdomar arbetar du med?

- ☑ Campylobacter
- ☑ Gonorré
- ☑ Klamydia
- ☑ MRSA
- ☑ Salmonella
- ☑ Hepatit B
- ☑ Hepatit C
- ☑ Tuberkulos

Smittskyddsläkarföreningen publicerar smittskyddsblad som bland annat beskriver smittskyddsåtgärder, smittspårning och förhållningsregler för allmänfarliga sjukdomar.
Bladen finns vanligen i två versioner, en som riktar sig till läkare och en med patientinformation.

För vilka av de sjukdomar du arbetar med känner du till smittskyddsbladen?

	Ja	Nej

Campylobacter	◉	○
Gonorré	◉	○
Klamydia	◉	○
MRSA	◉	○
Salmonella	◉	○
Hepatit B	◉	○
Hepatit C	◉	○
Tuberkulos	◉	○

På vilka sätt av följande meddelar och dokumenterar du vanligen förhållningsregler enligt smittskyddslagen?

- ☑ Muntlig information utifrån smittskyddsblad för läkare
- ☑ Muntlig information baserad på andra underlag
- ☑ Delar ut smittskyddsbladen riktade till patienter
- ☑ Informerar muntligt om patientens möjlighet att begära omprövning av förhållningsreglerna
- ☑ Jag journalför förhållningsreglerna
- ☑ Annat
- ☑ Inget av dessa

Har du någonsin varit med om att patienter begärt omprövning av smittskyddsläkaren avseende förhållningsgregler som du beslutat?

	Aldrig	1-2 gånger	3 eller flera gånger
Campylobacter	◉	○	○
Gonorré	◉	○	○
Klamydia	◉	○	○
MRSA	◉	○	○
Salmonella	◉	○	○
Hepatit B	◉	○	○
Hepatit C	◉	○	○
Tuberkulos	◉	○	○

Man kan ha olika erfarenheter av och synsätt på hur befintligt regelverk fungerar.
Vilka av följande påståenden gällande förhållningsregler enligt smittskyddslagen håller du med om?

Du kan kryssa i så många alternativ du vill.

- ☑ Det är effektivt att kunna hänvisa till lagen och att förhållningsreglerna är juridiskt bindande
- ☑ De allra flesta skyddar andra på frivillig väg, så det skulle räcka med råd och rekommendationer
- ☑ Förhållningsregler påverkar min patientrelation negativt
- ☑ Förhållningsregler påverkar min patientrelation positivt

- [x] Meddelande av förhållningsregler innebär en administrativ belastning för mig
- [x] Det finns behov av ytterligare möjliga förhållningsregler (beskriv gärna i kommentarrutan)

Kommentarer

Du har angett att du möter patienter med diagnoser som ska rapporteras med s k rikskod (klamydia, gonorré).
Vilka av följande påståenden stämmer för dig?

- [x] Jag uppfattar att rikskod bidrar till att personer vågar testa sig för STI:er
- [x] Rikskod är viktigt ur smittskyddshänseende
- [x] Rikskod är irrelevant ur smittskyddshänseende
- [x] Jag har varit med om att patienter ställer frågor om rikskod

Hur många gånger de senaste 12 månaderna har du fått frågor om rikskod av patienter i samband med testning eller provsvar?

Tack för din medverkan!

Nu har du besvarat sista frågan.

TRYCK PÅ DEN BLÅ KNAPPEN NEDAN FÖR ATT SKICKA IN DINA SVAR.

Frågor om enkäten eller andra synpunkter?
Kontakta utredningssekreteraren Kristina Ingemarsdotter Persson
Telefon: 073-0871161, e-post: kristina.ingemarsdotter.persson@regeringskansliet.se

Har du synpunkter och medskick till utredningen får du också gärna kontakta regeringens särskilda utredare Jan Albert direkt:
Telefon 070-6546890, e-post: jan.albert@regeringskansliet.se

Samverkan och samråd

I denna bilaga sammanfattas utredningens samverkan och samråd med organisationer och personer i arbetet med slutbetänkandet. Enbart sådant som har relevans för frågorna som behandlas i slutbetänkandet ingår. I bilaga 4 till delbetänkandet *Stärkt pandemiberedskap* (SOU 2025:48) finns en motsvarande sammanställning som gäller den delen av vårt uppdrag.

Offentliga och privata aktörer, organisationer och enskilda

Sekretariatet har, utöver de möten som genomförts med experter och sakkunniga och deras respektive organisationer, under utredningsarbetet haft samverkansmöten med följande organisationer och tjänstepersoner. I samband med dessa möten har vi också fått skriftliga underlag eller svar på frågor från flera av dem.

Den 3 april 2025. Samverkansmöte med intresseorganisationer. Convictus: Roger Lindström, operativ chef. Hiv-Sverige: Emanuel Karlström, strateg. Nya Riksföreningen hepatit C: Tove Frisch, ordförande, och Josip Kresović, medieansvarig. Posithiva gruppen: Karin Laine, jurist. Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL): Peter Sidlund Ponkala, förbundsordförande, och Anna Nordqvist, nationellt sakkunnig. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU): Frank Berglund, politisk sakkunnig.

Den 15 april 2025. Samverkansmöte med Riksförbundet Noaks Ark. Charlotta Nilsson, vice ordförande, och Sophie Lönn, kanslichef.

Den 5 maj 2025. Studiebesök på infektionsklinik 2, Huddinge sjukhus. Christina Carlander, överläkare, Pernilla Albinsson, sjuksköterska, och Beatrice Rundström, kurator.

Den 14 maj 2025. Samverkansmöte med Svenska Hygienläkarföreningen (Carl-Johan Fraenkel, Mikael Stenhamn och Inger Andersson von Rosen) och NAG Vårdhygien (Ann Tammelin, Susanne Wiklund och Ingemar Qvarfordt)

Den 15 maj 2025. Intervju med Johan Carlson, tidigare generaldirektör Folkhälsomyndigheten.

Den 28 maj 2025. Samverkansmöte med Svensk förening för vårdhygien. Bengt Wittesjö, hygienöverläkare och smittskyddsläkare, Region Blekinge, Marlene van Doesburg, hygiensjuksköterska Västra Götaland.

Den 10 juni 2025. Samverkansmöte med representanter för regionala vårdhygienenheter. Magnus Burström, enhetschef smittskydd och vårdhygien Region Östergötland, Joel Hjort, enhetschef vårdhygien Region Skåne, Malin Inghammar, enhetschef Region Skåne, Rebecca Lundholm Krig, enhetschef vårdhygien Region Stockholm, Mia Näslund Anda, teamledare vårdhygien Region Norrbotten.

Den 17 juni 2025. Studiebesök på Infektionsmottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Judith Bruchfeld, överläkare och docent, Lina Davies Forsman, överläkare och docent, och Monica Modin, tbc-sjuksköterska.

Den 4 juli 2025. Samverkansmöte med European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Lina Nerlander, Anastasia Pharris, Otilia Mårdh, Teymur Noori och Csaba Ködmön.

Den 3 november 2025. Samverkansmöte med Andreas Jacks, biträdande smittskyddsläkare, Region Stockholm.

Den 6 november 2025. Samverkansmöte med intresseorganisationer. Hiv-Sverige: Emanuel Karlström, strateg. Nya Riksföreningen hepatit C: Tove Frisch, ordförande. Posithiva gruppen: Karin Laine,

jurist, Daniel Suarez, verksamhetschef. RFSL: Jon Gjønnes, programansvarig hiv/STI-prevention, Anna Nordqvist, nationellt sakkunnig. RFSU: Seinab Hilowle, politiskt sakkunnig.

Den 2 december 2025. Samverkansmöte med styrelsen för Riksföreningen Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

Den 8 december 2025. Samverkansmöte med Lena Karlsson, handläggare vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och representanter för NAG Vårdhygien: Andreas Lägermo, hygiensjuksköterska Region Jönköping (ordf. NAG Vårdhygien), Carina Thorling, medicinskt ansvarig sjuksköterska Karlstads kommun, Roseli Sandbreck, hygiensjuksköterska Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg och kontaktperson för kommunal vård och omsorg.

Den 9 december 2025. Samverkansmöte med Susanna Victoria, cheftandläkare, Folktandvården Västra Götaland, Gabriel Alfaro Musso, handläggare för tandvårdsfrågor, SKR, Christina Carlsson, vårdhygiensamordnare, Folktandvården Västra Götaland.

Den 10 december 2025. Samverkansmöte med Statens medicinsketiska råd. Sven-Eric Söder (ordförande), Lotta Eriksson, Carolina Östgren Mikael Sandlund, Göran Collste.

Den 11 december 2025. Samverkansmöte med Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård. Maria Induss, ordförande, specialistsjuksköterska Akademiska sjukhuset i Uppsala, Anna Swall, vice ordförande, docent i omvårdnad, Högskolan i Dalarna.

Den 14 januari 2026. Samverkansmöte med företrädare för privata vårdgivare med fokus på nationell samordning av vårdhygienfrågor. Mattias Andersson, Svenska Vård, Kerstin Berglind, Famna/Ersta Sjukhus, Rebecka Christén, Attendo, Maria Holmberg, Aleris, Richard Seiberlich, Praktikertjänst.

Den 15 januari 2026. Samverkansmöte med chefsnätverk för de 24 regionala vårdhygienenheterna.

Referensgrupper

En medicinsk referensgrupp och en referensgrupp med smittskyddsläkare har biträtt utredningen. Referensgrupperna har bidragit med skriftliga synpunkter och svar på frågor samt träffat sekretariatet vid digitala möten.

Medicinsk referensgrupp

I den medicinska referensgruppen har utöver den Regeringskansliet förordnade experten David Ekqvist följande personer ingått:

Pernilla Albinsson, sjuksköterska, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Soo Aleman, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, Ronnie Ask, sjuksköterska, Venhälsan, Södersjukhuset, Stockholm, Johanna Brännström, överläkare, Infektionskliniken/Venhälsan, Södersjukhuset, Stockholm, Christina Carlander, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, Ann-Sofi Duberg, överläkare Infektionskliniken, Universitetssjukhuset Örebro, Magnus Gisslén, överläkare, Infektionskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Fredrik Månsson, överläkare, Skånes universitetssjukhus och Johan Westin, överläkare, Avdelningen för infektionssjukdomar, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Referensgrupp smittskyddsläkare

I referensgruppen med smittskyddsläkare har utöver den av Regeringskansliet förordnade experten Thomas Wahlberg (Västra Götalandsregionen) följande smittskyddsläkare ingått:

Malin Bengnér, smittskyddsläkare Region Jönköping, Eva Melander, smittskyddsläkare Region Skåne, Maria Rotzén-Östlund, smittskyddsläkare Region Stockholm och Maria Tempé, smittskyddsläkare Region Västernorrland.

Sekretariatets deltagande i och närvaro vid externa arrangemang

Den 9 april 2025. Föredrag och frågestund vid Folkhälsomyndighetens och smittskyddsläkarnas vårmöte, Stockholm.

Den 4 juni 2025. Närvaro vid presentation av handlingsplan mot hiv, aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner, Folkhälsomyndigheten, Solna.

Den 5 juni 2025. Föredrag och frågestund vid Folkhälsomyndighetens Organisationsforum, Stockholm.

Den 31 juli 2025. Medverkan i Posithiva Gruppens seminarium ”Hiv och mänskliga rättigheter – nu utreds informationsplikten”, Stockholm Pride.

Den 3 september 2025. Digitalt seminarium med ECDC HIV network meeting. Företrädare för länder i ECDC:s europeiska hivnätverk.

Den 8 oktober 2025. Föredrag och frågestund vid Folkhälsomyndighetens och smittskyddsläkarnas höstmöte, Växjö.

Utskick av enkätfrågor m.m.

Enkätfrågor har utöver vad som anges i bilaga 5 skickats till följande mottagare under januari och februari 2024: Svenska Hygienläkarföreningen, Svensk förening för vårdhygien, NAG Vårdhygien, smittskyddsläkaren i samtliga regioner (med kompletterande utskick till två regioner i juni 2025), samt regionledningen i samtliga regioner.

Arbetsmiljöverket har i januari 2026 lämnat skriftliga synpunkter på underlag i den del som avser nationell samordning av vårdhygienfrågor.

Statens offentliga utredningar 2026

Kronologisk förteckning

1. Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. Fi.
2. 710 miljoner skäl till reformer. Ju.
3. Genomförande av plattformsdirektivet. A.
4. Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. U.
5. Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. Fi.
6. En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. S.
7. Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
   Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
   Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. S.
8. Rättssäker samhällsvård för barn och unga. S.
9. Registrering av EES-medborgare. Ju.
10. Ökade möjligheter till tillgångsinriktad brottsbekämpning. Del 1 och 2. Ju.
11. Om överföring av Första AP-fondens verksamhet och tillgångar till Tredje och Fjärde AP-fonderna. Fi.
12. Om överföring av Sjätte AP-fondens verksamhet och tillgångar till Andra AP-fonden. Fi.
13. Straffansvar för deltagande i och samröre med kriminella sammanslutningar. Ju.
14. Ädelmetallutredningen – en moderniserad reglering av handel med ädelmetallarbeten. KN.
15. Marken, vattnet, tankarna. Konsekvenser för samer av svensk politik. Volym 1 och 2. Ku.
16. Försvarsexportinitiativ. För gemensam säkerhet. Fö.
17. Öresundsförbindelser 2050 – behov av kapacitet, redundans och svenskt-danskt samarbete. LI.
18. Odlingstorv och klimatet. Fi.
19. Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning. S.
20. Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser. Fi.
21. Återkallelse av svenskt medborgarskap. Ju.
22. Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Nationella åtgärder för fördelning, omfördelning och inköp vid brist. S.
23. Tolkavgift och förbud mot barntolkning. A.
24. Mervärdesskatt vid uthyrning och överlåtelse av fastighet. Fi.
25. Ett smittskydd för framtiden. S.

Statens offentliga utredningar 2026

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Genomförande av plattformsdirektivet. [3]

Tolkavgift och förbud mot barntolkning. [23]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. [1]

Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. [5]

Om överföring av Första AP-fondens verksamhet och tillgångar till Tredje och Fjärde AP-fonderna. [11]

Om överföring av Sjätte AP-fondens verksamhet och tillgångar till Andra AP-fonden. [12]

Odlingstorv och klimatet. [18]

Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser. [20]

Mervärdesskatt vid uthyrning och överlåtelse av fastighet. [24]

Försvarsdepartementet

Försvarsexportinitiativ. För gemensam säkerhet. [16]

Justitiedepartementet

710 miljoner skäl till reformer. [2]

Registrering av EES-medborgare. [9]

Ökade möjligheter till tillgångsinriktad brottsbekämpning. Del 1 och 2. [10]

Straffansvar för deltagande i och samröre med kriminella sammanslutningar. [13]

Återkallelse av svenskt medborgarskap. [21]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ädelmetallutredningen – en moderniserad reglering av handel med ädelmetallarbeten. [14]

Kulturdepartementet

Marken, vattnet, tankarna. Konsekvenser för samer av svensk politik. Volym 1 och 2. [15]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Öresundsförbindelser 2050 – behov av kapacitet, redundans och svenskt-danskt samarbete. [17]

Socialdepartementet

En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. [6]

Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken. Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser. Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. [7]

Rättssäker samhällsvård för barn och unga. [8]

Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning. [19]

Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Nationella åtgärder för fördelning, omfördelning och inköp vid brist. [22]

Ett smittskydd för framtiden. [25]

Utbildningsdepartementet

Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. [4]