



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

SOU
1966 A



SMITTSKYDDSLAGSTIFTNING

BETÄNKANDE AVGIVET AV

SÄRSKILT TILLKALLAD UTREDNINGSMAN

Stockholm 1966

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966

Kronologisk förteckning

1. Svensk ekonomi 1966—1970. Esselte. 294 s. Fi.
2. Export och import 1966—1970. Bilaga 1. Esselte. 92 s. Fi.
3. Yrkesutbildningen. Håkan Ohlssons boktryckeri, Lund. 586 s. E.
4. Ny myntserie. Beckman. 87 s. Fi.
5. Internationellt fredsforskningsinstitut i Sverige. Norstedt & Söner. 61 s. U.
6. Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården. Håkan Ohlssons boktryckeri, Lund. 157 s. S.
7. Utsökningsrätt IV. Esselte. 147 s. Ju.
8. Tillgången på arbetskraft 1960—1980. Bilaga 2. Esselte. 67 s. Fi.
9. Omsorger om psykiskt utvecklingshämmande. Esselte. 187 s. S.
10. Handelns arbetskrafts- och investeringsbehov fram till 1970. Esselte. 82 s. Fi.
11. Tygförvaltningens centrala organisation. Svenska Reproduktions AB. 164 s. Fö.
12. Renbetesmarkerna. Svenska Reproduktions AB. 273 s. + 1 kartbilaga. Jo.
13. Utvecklingstendenser inom undervisning, hälso- och sjukvård samt socialvård 1966—1970. Bilaga 6. Esselte. 51 s. Fi.
14. Ny hyreslagstiftning. Norstedt & Söner. 473 s. Ju.
15. Undersökning angående hyressplittringen. AB Kopia. 205 s. Ju.
16. Ny folkbokföringsförordning m.m. Esselte. 241 s. Fi.
17. Arbetspromemorior i författningsfrågan. Esselte. 94 s. Ju.
18. Strategi i väst och öst. Esselte. 173 s. Fö.
19. Statliga betänkanden 1961—1965. Kihlström. 170 s. Fi.
20. Decentralisering av naturalisationsärenden m. m. Norstedt & Söner. 50 s. Ju.
21. Oljebranschen. Esselte. 71 s. Fi.
22. Lagstiftning mot radiostörningar. Esselte. 91 s. H.
23. Markfrågan I. Norstedt & Söner. 330 s. Ju.
24. Markfrågan II. Bilagor. Norstedt & Söner. 231 s. Ju.
25. Sällskapsresor. Hæggeström. 229 s. H.
26. Bostadsarrangemang m. m. Esselte. 247 s. Jo.
27. Skeppsholmens framtida användning. Kihlström. 114 s. + 1 utviksblad. Fö.
28. Läkemedelsförmånen. Beckman. 228 s. S.
29. Atomansvarighet III. Norstedt & Söner. 391 s. Ju.
30. Den framtida jordbrukspolitiken. A. Berlingska Boktryckeriet, Lund. 361 s. Jo.
31. Den framtida jordbrukspolitiken. B. Esselte. 411 s. Jo.
32. Kommunerna och ungdomen. Esselte. 214 s. S.
33. Friluftslivet i Sverige. Del III. Anläggningar för det rörliga friluftslivet m. m. Svenska Reproduktions AB. 248 s. K.
34. Luftfartsverkets ekonomi och organisation. Esselte. 134 s. K.
35. Militärsjukvården. Esselte. 196 s. Fö.
36. Vägfraktavtalet I. Norstedt & Söner. 197 s. Ju.
37. De statliga undervisningssjukhusens organisation. Esselte. 132 s. S.
38. Utsökningsrätt V. Esselte. 81 s. Ju.
39. Lagstiftning om elektriska anläggningar. Esselte. 153 s. H.
40. Arbetspsykologisk verksamhet. Hæggeström. 116 s. E.
41. Fordonskombinationer. Esselte. 259 s. K.
42. Konsumtionskrediter i Sverige. Esselte 274 s. Fi.
43. Vård utom skola av ungdomsvårdsskoleelever. Kihlström. 85 s. S.
44. Bostadspolitiskt kreditstöd. Esselte. 474 s. I.
45. Aktiv åldringsvård och handikappvård. Esselte. 42 s. S.
46. Jaktstadgan m. m. Svenska Reproduktions AB. 243 s. Jo.
47. Ungdomens förenings- och fritidsliv. Esselte. 302 s. E.
48. Prissamverkan och konkurrens. Esselte. 273 s. H.
49. Lantbruksnämndernas nya organisation m. m. Svenska Reproduktions AB. 404 s. + 1 utviksblad. Jo.
50. Smittskyddslagstiftning. Kihlström. 210 s. S.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966:50

Socialdepartementet



SMITTSKYDDSLAGSTIFTNING

BETÄNKANDE AVGIVET AV

SÄRSKILT TILLKALLAD UTREDNINGSMAN

EMIL KIHLSSTRÖMS TRYCKERI AKTIEBOLAG
STOCKHOLM 1966

STATENS ÖFVERSTYRELSE FÖR LÄROBOKSUTGIFNINGEN

Socialdepartementet



SMITTSKYDDSLAGSTIFTNING

BETÄNKANDE AVGIFVET AV

SÄRSKILT UTVALD LÄROBOKSUTGIFNINGEN

EMIL ALBISSTRÖMS TRYCKERI AKTIEBOLAG
STOCKHOLM 1906

Innehåll

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Skrivelse till Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet | 7 |
| Författningsförslag | 9 |
| Förslag till smittskyddslag | 9 |
| Förslag till smittskyddskungörelse | 17 |
| Förslag till kungörelse om ersättning av statsmedel för vissa kostnader för vården av veneriskt sjuka | 25 |
| Förslag till kungörelse med särskilda bestämmelser för beredande av vård åt sjömän vid venerisk sjukdom | 27 |
| Förslag till lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242) | 29 |
| Förslag till Kungl. medicinalstyrelsens kungörelse om skyldighet för tjänsteläkare, stadsläkare och länsläkare att göra anmälningar om vissa smittsamma sjukdomar m. m. | 31 |
| Förslag till Kungl. medicinalstyrelsens kungörelse om register över smittbärare | 33 |
| Förslag till reglemente för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande | 34 |
| | |
| I. Utredningsuppdraget | 38 |
| II. Behovet av lagstiftning | 41 |
| III. Allmänna synpunkter på författningsmaterialets disposition | 44 |
| IV. Huvudmannaskap | 46 |
| V. Allmänfarliga sjukdomar | 50 |
| VI. Förfarande då allmänfarlig sjukdom uppträder | 58 |
| 1. Anmälningsskyldighet för allmänheten | 58 |
| 2. Tjänsteläkarens åtgärder | 58 |
| 3. Den sjukes skyldigheter | 60 |
| 4. Smittrening | 62 |
| 5. Diverse smittskyddsåtgärder | 63 |
| 6. Tvångsmedel och straff | 65 |
| VII. Förfarande vid uppträdande av annan smittsam sjukdom än allmänfarlig eller venerisk sjukdom | 67 |
| VIII. Veneriska sjukdomar | 68 |
| 1. Bestämning av begreppet veneriska sjukdomar | 68 |
| 2. Den sjukes skyldigheter | 69 |
| 3. Smittkällors och »kontakters» skyldigheter | 69 |
| 4. Den behandlande läkarens skyldigheter | 69 |
| 5. Anmaningsförfarandet | 72 |
| 6. Åtgärder för effektivisering av förfarandet | 76 |
| 7. Läkarens hjälpkrafter | 81 |

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | 8. Anonymitetsskyddet vid illvillig anmälan om smittkälla eller kontakt | 83 |
| | 9. Fråga om viss anmälningsskyldighet för åklagare | 84 |
| | 10. Fråga om anmälan till pastorsämbete | 85 |
| IX. | Avgiftsfria förmåner vid fall av smittsam sjukdom | 86 |
| | 1. Allmänfarliga sjukdomar utom tuberkulos | 86 |
| | 2. Tuberkulos | 87 |
| | 3. Veneriska sjukdomar | 88 |
| X. | Anmälningspliktiga sjukdomar och anmälningsförfarandet | 89 |
| | Gällande ordning | 89 |
| | Utredningens synpunkter och förslag | 90 |
| XI. | Smittbärare | 97 |
| | 1. Anmälan till lokal myndighet | 97 |
| | 2. Registrering hos länsläkare | 98 |
| XII. | Den kostnadsfria öppna tuberkulosvården | 99 |
| XIII. | Den kostnadsfria öppna veneriska vården | 106 |
| | Nuvarande organisation | 106 |
| | Utredningens synpunkter och förslag | 108 |
| XIV. | Kostnadsfrågor | 113 |
| | 1. De allmänfarliga sjukdomarna | 113 |
| | 2. De veneriska sjukdomarna | 114 |
| | 3. Laboratorieundersökningar | 118 |
| XV. | Den slutna vården | 124 |
| XVI. | Specialmotivering | 127 |
| | Smittskyddslagen | 127 |
| | Smittskyddskungörelsen | 131 |
| | Kungörelsen om ersättning av statsmedel för vissa kostnader för vården av veneriskt sjuka | 133 |
| | Kungörelsen med vissa bestämmelser för beredande av vård åt sjömän vid venerisk sjukdom | 134 |
| | Lagen om ändring i sjukvårdslagen | 134 |
| XVII. | Sammanfattning | 135 |

BILAGOR

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Utdrag ur smittskyddslagstiftningen i de nordiska grannländerna . . . | 149 |
| 2. Översikt över Lex veneris-verksamheten i Västernorrlands län 1961—65 | 183 |
| 3. Anmälda fall av venerisk sjukdom och smittkällor år 1964 | 184 |
| 4. Anmälda fall av avbruten behandling av venerisk sjukdom år 1964 . . . | 185 |
| 5. Anmälda fall av venerisk sjukdom och smittkällor år 1965 | 186 |
| 6. Anmälda fall av avbruten behandling av venerisk sjukdom år 1965 . . . | 187 |
| 7. Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdo- mar budgetåret 1962/63 | 188 |
| 8. Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdo- mar budgetåret 1963/64 | 189 |
| 9. Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdo- mar budgetåret 1964/65 | 190 |
| 10. Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdo- mar budgetåret 1965/66 | 191 |
| 11. Blankett till anmälan om fall av smittsam sjukdom | 192 |

FIGURER

Där ej annat anges är det siffermaterial, som ligger till grund för figurerna, hämtat ur medicinalstyrelsens publikation »Allmän hälso- och sjukvård» t.o.m. 1963. Uppgifterna för 1964—1965 har lämnats av medicinalstyrelsens statistiska avdelning.

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Smittkoppor 1900—1965 | 195 |
| 2. Differi 1910—1965 | 195 |
| 3. Tuberkulosdödlighet 1911—1964 och registrerade tuberkulosfall 1943 —1964 | 196 |
| 4. Polio 1905—1965 | 197 |
| 5. Hepatit 1931—1965 | 198 |
| 6. Antal fall och serotyper av Salmonella 1935—1965 | 199 |
| 7. Dysenteri 1920—1965 | 200 |
| 8. Virusisoleringar 1958—1965 | 200 |
| 9. Anmälda fall av Salmonella 1920—1965 | 201 |
| 10. Meningokockmeningit 1920—1965 | 201 |
| 11. Primär meningoencephalit av infektiös typ 1947—1965 | 202 |
| 12. Weils sjukdom 1936—1965 | 202 |
| 13. Spetälska 1911—1965 | 203 |
| 14. Inhemsk sömnsjuka 1920—1965 | 203 |
| 15. Undulantfeber 1928—1965 | 204 |
| 16. Scharlakansfeber 1920—1965 | 204 |
| 17. Syfilis 1913—1965 | 205 |
| 18. Ulcus molle 1912—1965 | 205 |
| 19. Gonorré 1913—1965 | 206 |
| 20. Rapporterade fall av gonorré per 100 000 inv. | 206 |
| 21. Elakartad gastroenterit hos barn under två år 1946—1965 | 207 |
| 22. Tularemi 1931—1965 | 207 |
| 23. Kikhosta 1920—1965 | 208 |
| 24. Mässling 1920—1965 | 208 |
| 25. Influensa 1915—1965 | 209 |
| 26. Pässjuka 1914—1953 | 209 |
| 27. Folkmängdens förändringar 1915—1965 | 210 |

BILAGA B

| | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 177 | 1. Utdrag ur smittskyddsstatistiken i de nordiska grannländerna |
| 180 | 2. Översikt över de svenska verksamheterna i Västermanlands län 1901—50 |
| 184 | 3. Anmälda fall av vektorisk sjukdom och smittkällor år 1901 |
| 185 | 4. Anmälda fall av vektorisk sjukdom och smittkällor år 1904 |
| 188 | 5. Anmälda fall av vektorisk sjukdom och smittkällor år 1905 |
| 187 | 6. Anmälda fall av vektorisk sjukdom och smittkällor år 1907 |
| 188 | 7. Statens kostnader för den experimentella bakteriologiska undersökningen vid vektoriska sjukdomar budgetåret 1903—03 |
| 189 | 8. Statens kostnader för den experimentella bakteriologiska undersökningen vid vektoriska sjukdomar budgetåret 1903—04 |
| 190 | 9. Statens kostnader för den experimentella bakteriologiska undersökningen vid vektoriska sjukdomar budgetåret 1904—05 |
| 191 | 10. Statens kostnader för den experimentella bakteriologiska undersökningen vid vektoriska sjukdomar budgetåret 1905—06 |
| 192 | 11. Blankett till smittkällor om fall av vektorisk sjukdom |

BILAGA C

Det ej annat anges är det tillräckligt som hävor till grund för framgången hävare av medicinalstyrelsens publikation "Allmänna Bälgen och sjukvården i den 1905 Öppettiderna för 1904—1905 har sammanställt av medicinalstyrelsens statistiska avdelning

| | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|
| 178 | 1. Smittkoppor 1900—1905 |
| 179 | 2. Difteri 1910—1905 |
| 190 | 3. Tuberkulosbördigheten 1911—1904 och registrerade tuberkulosfall 1913—1904 |
| 191 | 4. Polio 1905—1905 |
| 192 | 5. Hepatit 1931—1905 |
| 193 | 6. Antal fall och serotyper av Salmonella 1935—1905 |
| 194 | 7. Dysenteri 1930—1905 |
| 195 | 8. Virushepatit 1938—1905 |
| 196 | 9. Anmälda fall av Salmonella 1930—1905 |
| 197 | 10. Meningokokkerinfekt 1930—1905 |
| 198 | 11. Primär meningococcinfekt av infektiva typ 1917—1905 |
| 199 | 12. Wells sjukdom 1930—1905 |
| 200 | 13. Spetiska 1911—1905 |
| 201 | 14. Inhemsk sömnigga 1930—1905 |
| 202 | 15. Underinfekt 1938—1905 |
| 203 | 16. Schistosomiasis 1930—1905 |
| 204 | 17. Syfilis 1913—1905 |
| 205 | 18. Urticaria 1912—1905 |
| 206 | 19. Gonorré 1913—1905 |
| 207 | 20. Rapporterade fall av gonorré per 100 000 inv. 1913—1905 |
| 208 | 21. Ektaktad gastroenterit hos barn under 15 år 1942—1905 |
| 209 | 22. Törst 1931—1905 |
| 210 | 23. Kikhosta 1930—1905 |
| 211 | 24. Mässling 1930—1905 |
| 212 | 25. Influensa 1915—1905 |
| 213 | 26. Påsjsjuka 1914—1905 |
| 214 | 27. Folkmängdens förändringar 1913—1905 |

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Genom beslut den 10 november 1961 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för inrikesdepartementet att tillkalla en sakkunnig för översyn av lagstiftningen om smittsamma sjukdomar m. m. ävensom att tillkalla experter att medverka vid utredningsarbetet.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades genom beslut av den 19 december 1961 numera överdirektören Håkan Rahm såsom sakkunnig. Samtidigt utsågs som experter numera överläkaren Gunnar Dahlström, länsläkaren Alvar Ehinger, professorn Sven Hellerström, numera professorn Justus Ström, föredraganden i medicinalstyrelsen Malcolm Tottie och numera professorn Bo Zetterberg. Genom beslut den 21 januari 1964 tillkallades ytterligare två experter, nämligen landstingsdirektören Gillis Albinsson och numera sjukhusdirektören Magnus Friis.

Med sekreterargöromål har biträtt under tiden t. o. m. augusti 1964 dåvarande t. f. byrådirektören Jan Tengwall och därefter t. f. byråchefen Börje Langton.

Utredningen har avgivit av Kungl. Maj:t infordrade yttranden

dels den 13 oktober 1962 angående betalningsansvaret för vissa laboratorieundersökningar,

dels den 15 oktober 1963 över förslag till vissa jämkningar i 1956 års kungörelse om ersättning i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse,

dels den 2 februari 1965 över betänkandet »Äktenskapsrätt» (SOU 1964: 35)

och dels den 31 augusti 1966 över betänkandet »Läkemedelsförmånen» (SOU 1966:28).

I framställning den 17 januari 1963 till chefen för inrikesdepartementet har utredningen framlagt förslag om upphävande av 6 § tuberkulosförordningen och om vissa ändringar i livsmedelsstadgan i anslutning därtill.

Sedan utredningsarbetet numera slutförts, får utredningen härmed vördsam avlämna betänkande om Smittskyddslagstiftning.

Betänkandet är enhälligt.

Stockholm den 31 augusti 1966.

Håkan Rahm

Gillis Albinsson

Gunnar Dahlström

Alvar Ehinger

Magnus Friis

Sven Hellerström

Justus Ström

Malcolm Tottie

Bo Zetterberg

Förslag till Smittskyddslag

Inledande bestämmelser

1 §.

På kommun ankommer att enligt vad i denna lag sägs vidtaga erforderliga åtgärder till skydd mot smittsamma sjukdomar.

Närmaste inseedet över ifrågavarande verksamhet åvilar inom varje kommun hälsovårdsnämnden.

2 §.

Länsstyrelsen skall vaka över bekämpandet av smittsamma sjukdomar i länet och tillse, att för ändamålet tjänliga åtgärder vidtagas.

3 §.

Högsta tillsynen över bekämpandet av smittsamma sjukdomar tillkommer medicinalstyrelsen. Styrelsen har att till ledning för hälsovårdsnämnderna meddela råd och anvisningar.

4 §.

Smittsamma sjukdomar indelas i:

1. allmänfarliga sjukdomar,
2. veneriska sjukdomar samt
3. övriga smittsamma sjukdomar.

Konungen bestämmer vilka smittsamma sjukdomar som skola hänföras till allmänfarliga sjukdomar och till veneriska sjukdomar.

Har sjukdom som avses i första stycket 3. vunnit större utbredning på en ort eller uppträder den i mera elakartad form, äger länsstyrelsen för viss tid förordna, att sjukdomen skall hänföras till allmänfarliga sjukdomar. Sådant förordnande får avse länet i dess helhet eller del därav.

Särskilda bestämmelser om allmänfarliga sjukdomar

5 §.

Har i en bostadslägenhet inträffat sjukdomsfall, som ger anledning att befara, att allmänfarlig sjukdom föreligger, åligger det den som innehar lägenheten att ofördröjligen tillkalla läkare eller underrätta tjänsteläkare i orten eller stadsläkare i staden eller motsvarande läkare i annan

kommun. Inträffar sådant sjukdomsfall på hotell, pensionat, internat, vandrarhem, vårdanstalt eller annan inrättning, campingplats eller läger eller på fartyg, åvilar samma skyldighet föreståndaren eller befälhavaren.

6 §.

Den som lider av allmänfarlig sjukdom eller utan att vara sjuk bär smitta av sådan sjukdom är pliktig

1. att på anfordran av tjänsteläkare låta sig undersökas av denne eller annan läkare, till vilken han hänvisas av tjänsteläkaren;

2. att tillhandahålla läkaren eller dennes biträde erforderligt undersökningsmaterial eller tåla att sådant tages;

3. att låta intaga sig på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal som avses i sjukvårdslagen, såvida ej grundad anledning finnes att antaga, att betryggande isolering kan anordnas i öppen vård eller att eljest fara för smittas spridning icke föreligger; samt

4. att, om han icke intagits på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal, underkasta sig den isolering eller inskränkning i sin verksamhet, som prövas erforderlig för att hindra smittas spridning.

Samma skyldigheter åvila den som av läkare misstänkes lida av eller bära smitta av allmänfarlig sjukdom.

7 §.

På den tjänsteläkare eller den stadsläkare eller motsvarande läkare, som författningsenligt äger deltaga i hälsovårdsnämndens sammanträden, ankommer att avgöra huruvida i 6 § avsedd person enligt samma paragraf får behandlas i öppen vård och, om så finnes vara fallet, att meddela erforderliga föreskrifter om isolering av honom eller inskränkning i hans verksamhet. Om den varom är fråga begär det, skall avgörandet dock hänskjutas till hälsovårdsnämnden, läkaren obetaget att, om han finner nämndens beslut icke kunna avvaktas utan våda, själv meddela beslut i ärendet att lända till efterrättelse intill dess annorlunda förordnas.

8 §.

Har fall av allmänfarlig sjukdom inträffat inom en kommun eller föreligger misstanke därom, åligger det hälsovårdsnämnden, efter samråd med den läkare som avses i 7 §, att ofördröjligen verkställa utredning om orsaken till sjukdomens uppträdande samt vidtaga de åtgärder, som må erfordras till förekommande av sjukdomens ytterligare utbredning. Nämnden skall hålla länsläkaren underrättad om vidtagna åtgärder och resultatet av verkställd utredning.

I den mån länsläkaren finner det påkallat, är hälsovårdsnämnd pliktig att verkställa utredning som nyss sagts även när fall av allmänfarlig sjukdom inträffat inom annan kommun eller misstanke föreligger därom.

9 §.

Vid fall av allmänfarlig sjukdom skall hälsovårdsnämnden ombesörja, att smittrening verkställas av den sjukas bostad och andra lokaler där han uppehållit sig samt av gång- och sängkläder ävensom andra föremål, som kunna befaras överföra smitta. Smittrening skall utföras på kommunens bekostnad och enligt anvisningar som medicinalstyrelsen meddelar.

Vad nu sagts skall även äga tillämpning beträffande fordon, som använts vid sjuktransport från ort inom kommunen och som tillhör eller disponeras av annan än staten eller landstingskommun.

När det anses nödvändigt äger hälsovårdsnämnden låta mot skälig ersättning förstöra gång- och sängkläder samt andra föremål som avses i första stycket.

Den, åt vilken hälsovårdsnämnden uppdragit att verkställa smittrening, får ej vägras tillträde till bostad eller annan lokal, som skall smittrenas.

Särskilda bestämmelser om veneriska sjukdomar

10 §.

Den som lider av eller har anledning att antaga att han lider av venerisk sjukdom är pliktig att söka läkare och underkasta sig erforderlig läkarbehandling samt att ställa sig till efterrättelse de föreskrifter, som läkaren meddelar om sjukdomens behandling och till förekommande av smittas spridning.

11 §.

Åsidosätter någon vad som åligger honom enligt 10 §, skall han av länsläkare anmanas att ställa sig föreskrifterna till efterrättelse samt att inkomma med intyg om att han inställt sig hos läkare och undergår erforderlig behandling. Föreligger synnerlig fara att han skall sprida smitta av sjukdomen, skall han i stället anmanas att låta intaga sig på sjukhus som avses i sjukvårdslagen eller som drives av staten.

Anmaning som i denna paragraf sägs får dock underlåtas, om det skäpligen kan antagas, att den icke skulle efterkommas.

12 §.

Leder anmaning enligt 11 § icke till efterrättelse eller är fråga om sådant fall att anmaning enligt samma paragraf sista stycket får underlåtas, äger länsstyrelsen i det län, där den varom är fråga vistas, besluta, att han skall inställas till läkare för undersökning eller behandling eller, om synnerlig fara föreligger att han skall sprida smitta av sjukdomen, att han skall intagas på sjukhus som i nämnda paragraf sägs.

Kan länsstyrelsens beslut icke avvaktas utan våda, äger länsläkaren meddela beslut som nu sagts. Sådant beslut skall omedelbart underställas

länsstyrelsens prövning men länder dock till efterrättelse intill dess annorlunda förordnas.

....Vad i denna paragraf stadgas om länsstyrelse skall i stad som ej tillhör landstingskommun gälla hälsovårdsnämnden, när fråga är om inställande till läkare för undersökning eller behandling.

13 §.

Den som av veneriskt sjuk person uppgivits såsom smittkälla skall av länsläkare anmanas att underkasta sig läkarundersökning för utrönande av huruvida han lider av venerisk sjukdom samt att inkomma med intyg om undersökningens resultat. Detsamma gäller den, till vilken veneriskt sjuk person uppgivit sig ha kunnat överföra smitta av sjukdomen.

Föreligger grundad anledning att antaga, att den som uppgivits såsom smittkälla är veneriskt sjuk, och kan det skäligen antagas, att anmaning icke skulle efterkommas, får sådan underlätas.

Bestämmelserna i 12 § skola i tillämpliga delar gälla även beträffande fall som avses i denna paragraf.

14 §.

Anmaning som avses i 11 och 13 §§ skall ske skriftligen och innehålla erinran om den påföljd, som stadgas i denna lag för underlåtenhet att ställa sig densamma till efterrättelse. Avser anmaningen barn under femton år, skall den tillställas vårdnadshavaren.

15 §.

Påstår den som uppgivits såsom smittkälla till venerisk sjukdom, att uppgiften är osann och lämnats i ond avsikt, och yrkar han att få veta vem som lämnat den, har den länsläkare som fått del av uppgiften att, om han finner påståendet välgrundat, meddela den begärda upplysningen. För att beslut skall kunna meddelas i anledning av yrkandet har den läkare, som enligt vad särskilt är stadgat översänt uppgiften till länsläkaren, att på dennes begäran tillhandahålla fullständiga uppgifter om patienten.

Vad nu sagts om den som uppgivits såsom smittkälla gäller även den, till vilken veneriskt sjuk person uppgivit sig ha kunnat överföra smitta av sjukdomen.

16 §.

Landstingskommun och stad som ej tillhör sådan kommun åligga att ombesörja kostnadsfri undersökning och behandling i öppen vård vid fall av venerisk sjukdom eller misstanke om sådan.

Vid kostnadsfri undersökning och behandling som i första stycket sägs skola även sådana läkarintyg, som erfordras enligt denna lag eller med stöd därav utfärdade föreskrifter, tillhandahållas utan kostnad.

17 §.

Kostnaden för läkemedel för behandling av patient i öppen vård, som avses i 16 §, bestrides av staten.

18 §.

Där det finnes lämpligen kunna ske, äger medicinalstyrelsen förordna läkare i öppen vård, som avses i 16 §, att i länsläkarens ställe verkställa de anmaningar enligt denna lag som erfordras i hans verksamhet.

Särskild bestämmelse om övriga smittsamma sjukdomar

19 §.

Har fall inträffat av smittsam sjukdom, som icke är att hänföra till allmänfarlig eller venerisk sjukdom, åligger det hälsovårdsnämnd, i den mån länsläkaren finner det påkallat, att verkställa utredning om orsaken till sjukdomens uppträdande samt att vidtaga åtgärder till förekommande av dess ytterligare utbredning.

Gemensamma bestämmelser

20 §.

Tjänsteläkare och distriktssköterska ha att bistå hälsovårdsnämnderna vid fullgörandet av de uppgifter, som enligt denna lag eller med stöd därav utfärdade föreskrifter ankomma på dem.

21 §.

Beslut om utskrivning från sjukhus av den som intagits därå med stöd av denna lag meddelas enligt bestämmelserna i sjukvårdslagen. Utskrivning från tillfällig sjukvårdslokal beslutas av den för vården därstädes ansvarige läkaren.

22 §.

Då riket befinner sig i krig eller krigsfara eller eljest utomordentliga förhållanden påkalla det, äger Konungen eller, då riket är i krig, myndighet som Konungen bestämmer förordna om avspärrning av visst område för att hindra spridning av smittsam sjukdom. Har förordnande meddelats om sådan avspärrning, ankommer det på myndighet som anges i förordnandet att bestämma, huruvida och under vilka förutsättningar person, som uppehåller sig inom det avspärrade området, får lämna detta eller annan beträda detsamma.

23 §.

Ledamot och suppleant i hälsovårdsnämnd ävensom den, vilken är anställd vid hälsovårdsnämnd, må ej till obehörig yppa något som han vid tillämpningen av denna lag eller med stöd därav utfärdade föreskrifter erfarit om annans sjukdom eller enskilda förhållanden i övrigt.

24 §.

Kostnaden för laboratorieundersökning av prov, som läkare i öppen vård eller hälsovårdsnämnd finner erforderlig vid allmänfarlig sjukdom eller misstanke om sådan, skall bestridas av landstingskommunen eller, i fråga om stad som ej tillhör sådan kommun, av staden. Förutsättning härför är, att undersökningen utföres vid laboratorium, som medicinalstyrelsen godkänt för ändamålet.

Kostnaden för motsvarande undersökning av prov vid venerisk sjukdom bestrides av staten.

25 §.

Sluten vård vid allmänfarlig eller venerisk sjukdom eller misstanke om sådan skall vara kostnadsfri på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal som avses i sjukvårdslagen eller drives av staten.

26 §.

Polismyndighet skall lämna handräckning

på begäran av tjänsteläkare, om person som avses i 6 § vägrar att låta sig undersökas av tjänsteläkaren eller annan, till vilken han hänvisats av denne, eller att tillhandahålla tjänsteläkaren eller dennes biträde erforderligt undersökningsmaterial eller att låta sådant tagas,

på begäran av hälsovårdsnämnd, om person som avses i 6 § vägrar att låta intaga sig på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal som avses i sjukvårdslagen eller avviker från sjukhus eller sjukvårdslokal, varå han intagits med stöd av denna lag,

på begäran av hälsovårdsnämnd, om den, åt vilken nämnden uppdragit att verkställa smittrening, vägras tillträde till bostad eller annan lokal, som skall smittrenas,

på begäran av länsstyrelse, hälsovårdsnämnd i stad som ej tillhör landstingskommun eller länsläkare för verkställande av beslut enligt 12 eller 13 § om inställande till läkare för undersökning eller behandling,

på begäran av länsstyrelse eller länsläkare för verkställande av beslut enligt 12 § om intagning på sjukhus samt

på begäran av länsläkare, om den som intagits på sjukhus på grund av beslut enligt 12 § avviker från sjukhuset.

27 §.

Vad i denna lag och med stöd därav utfärdade föreskrifter stadgas om länsläkare skall beträffande stad, som ej tillhör landstingskommun, i den mån ej annat framgår gälla förste stadsläkaren. På därom gjord ansökan äger dock medicinalstyrelsen befria förste stadsläkare från fullgörandet av de uppgifter med avseende å veneriska sjukdomar, som ankomma på honom, och förordna länsläkare i angränsande län att fullgöra dessa.

28 §.

Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer äger meddela från denna lag avvikande föreskrifter beträffande krigsmakten.

Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer äger ock förordna om de åtgärder, som utöver vad denna lag stadgar finnas erforderliga för att hindra smittsamma sjukdomars införande i riket eller spridning till utlandet, ävensom i övrigt meddela närmare bestämmelser för tillämpningen av lagen.

Ansvarsbestämmelser m. m.

29 §.

Den som lider av venerisk sjukdom och med vetskap eller misstanke därom övar samlag med annan, dömes till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma skall gälla, om någon eljest, uppsåtligen eller av grov oaktsamhet, utsätter annan för fara att bli smittad av venerisk sjukdom.

30 §.

Har brott som i 29 § sägs föröfvats mot make, må åklagare väcka åtal endast om målsägande anger brottet till åtal eller ock åtal finnes påkallat ur allmän synpunkt.

31 §.

Är på grund av uppgift, som för efterlevnaden av denna lag inkommit till länsläkare, anledning att antaga, att gärning som i 29 § sägs föröfvats, äger länsläkaren då särskilda skäl föreligga anmäla förhållandet till åklagaren. Finnes skälig anledning att antaga, att gärning varom i 6 kap. 7 § brottsbalken sägs blivit övad, åligger det länsläkaren att göra anmälan därom till åklagaren.

Vad i föregående stycke stadgas om länsläkare äger motsvarande tillämpning beträffande läkare som avses i 18 §.

I fall, då någon vid förundersökning enligt 23 kap. rättegångsbalken befunnits skäligen misstänkt för brott som i 29 § sägs, äger åklagaren att på begäran erhålla uppgift om hur läkarundersökning, som föranstaltats av länsläkare eller läkare som avses i 18 §, utfallit. Har åtal väckts, må sådan uppgift lämnas även till domstolen.

32 §.

Den som hjälper någon att avvika från sjukhus eller tillfällig sjukvårdsklokal, varå han intagits med stöd av denna lag, dömes till böter eller fängelse i högst två år. För försök dömes till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

33 §.

Till böter dömes den som

- a) underlåter att fullgöra vad som åligger honom enligt 5 §;

- b) bryter mot föreskrift som meddelats med stöd av 6 § första stycket 4.;
 c) underlåter att fullgöra vad som åligger honom enligt 10 §.

34 §.

Talan mot hälsovårdsnämnds beslut enligt denna lag föres hos länsstyrelsen genom besvär.

Talan mot länsstyrelsens beslut föres hos Konungen genom besvär.

Hälsovårdsnämnds och länsstyrelses beslut skola lända till omedelbar efter rättelse, om ej annorlunda förordnas i beslutet.

Denna lag träder med nedan angivna undantag i kraft den — — — — —
 Konungen äger föreskriva, att vad i 25 § stadgas skall beträffande viss sjukdom träda i kraft först å dag som Konungen bestämmer.

Härigenom upphävas lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar, epidemilagen den 19 juni 1919 (nr 443) och tuberkulosförordningen den 31 mars 1939 (nr 113).

Förekommer i lag eller annan författning hänvisning till bestämmelse som ersatts genom bestämmelse i denna lag, skall den nya bestämmelsen tillämpas.

**Förslag till
Smittskyddskungörelse**

Definitioner

1 §.

Till allmänfarliga sjukdomar skola hänföras nedanstående sjukdomar, om de befinna sig i smittsamt skede, nämligen

| svensk benämning | internationell benämning |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <i>Grupp I (karantänssjukdomar)</i> | |
| 1. pest | pestis |
| 2. kolera | cholera asiatica |
| 3. gula febern | febris flava |
| 4. smittkoppor | variola |
| 5. fläckfeber | febris exanthematica |
| 6. återfallsfeber | febris recurrens |
| <i>Grupp II (tarmsjukdomar)</i> | |
| 7. tyfoid | febris typhoides |
| 8. paratyfoid | febris paratyphoides |
| 9. salmonelladiarré | salmonellosis alia |
| 10. bacillär dysenteri | dysenteria bacillaris |
| 11. amöbadysenteri | dysenteria amoebica |
| <i>Grupp III (sjukdomar i centrala nervsystemet)</i> | |
| 12. meningokocksjukdom | meningitis meningococcica et meningococcaemia |
| 13. polio | poliomyelitis acuta |
| 14. primär, icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation | meningitis et meningoencephalitis serosa primaria |
| <i>Grupp IV (leversjukdomar)</i> | |
| 15. Weils sjukdom och andra leptospiroser | leptospirosis |
| 16. epidemisk gulsot | hepatitis epidemica |
| 17. inokulationsgulsot | hepatitis ex inoculatione |
| <i>Grupp V (övriga akuta infektionssjukdomar)</i> | |
| 18. difteri | diphtheria |
| 19. mjältbrand | anthrax |
| 20. papegojsjuka och andra ornithoser | ornithosis |

svensk benämning

internationell benämning

Grupp VI (mycobakteriella sjukdomar)

21. tuberkulos

tuberculosis

22. lepra

lepra

2 §.

Till veneriska sjukdomar skola hänföras nedanstående sjukdomar, om de befinna sig i smittsamt skede, nämligen

1. syfilis

syphilis

a. medfödd

a. congenita

b. förvärvad

b. acquisita

2. gonorrhé

gonorrhoea

3. mjuk schanker

ulcus molle

4. veneriskt lymfogranulom

lymphogranuloma venereum

3 §.

Sjukdom skall anses vara i smittsamt skede, så länge symtom på smittsamhet föreligger eller förnyat framträdande av sådant symtom är att befara eller sjukdomen befaras kunna överföras till avkomma i fosterstadiet.

Särskilda bestämmelser om allmänfarliga sjukdomar

4 §.

Envar läkare, som konstaterar eller misstänker allmänfarlig sjukdom hos någon, som han undersöker eller behandlar, har att meddela föreskrifter för att hindra smittas spridning och, om han har den sjuke under sin vård, tillse att dessa iakttagas.

5 §.

Har till tjänsteläkares kännedom kommit, att fall av allmänfarlig sjukdom inträffat eller misstänkes ha inträffat inom hans distrikt, åligger det honom, om icke erforderliga föreskrifter för att hindra smittas spridning redan meddelats av annan läkare, att antingen själv eller genom distrikts-sköterska eller hälsovårdsnämndens personal meddela sådana. Han skall ock tillse, att meddelade föreskrifter iakttagas.

Då det erfordras för fullgörande av vad i första stycket sägs, har tjänsteläkaren att på tjänstens vägnar bege sig till platsen för sjukdomsfallet. Det samma gäller om tjänsteläkaren tillkallats i anledning av misstänkt fall av allmänfarlig sjukdom och finner besök på platsen påkallat.

Ersättning för tjänsteförrättning som avses i nästföregående stycke utges av landstingskommunen eller, beträffande tjänsteläkare anställd av stad, av staden.

6 §.

När det påkallas med hänsyn till allmänfarlig sjukdom, har länsstyrelsen

att förordna, att allmän sammankomst eller offentlig tillställning icke får hållas inom länet eller del därav.

7 §.

Avser läkare å sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal att utskriva patient oaktat denne bär smitta av allmänfarlig sjukdom, har han att innan utskrivning sker samråda med tjänsteläkare eller stadsläkare eller motsvarande läkare i den kommun, där patienten avser att vistas. Är fråga om patient med tuberkulos, skall samråd även ske med tuberkulosdispensären i orten.

Utskrives patient som nu sagts skall meddelande därom ofördröjligen tillställas hälsovårdsnämnden i vistelsekommunen och länsläkaren samt i förekommande fall tuberkulosdispensären. I meddelandet skola uppges vilka föreskrifter som meddelats patienten till förekommande av smittas spridning.

Medicinalstyrelsen äger beträffande viss sjukdom medge undantag från vad nu stadgats.

Särskilda bestämmelser om veneriska sjukdomar

8 §.

Envar läkare, som konstaterar eller misstänker venerisk sjukdom hos någon, som han undersöker eller behandlar, har att upplysa denne om sjukdomens art och smittfarlighet samt meddela honom föreskrifter om vad han har att iakttaga angående sjukdomens behandling och till förekommande av smittas spridning.

Är den sjuke till följd av annan sjukdom eller efterblivenhet ur stånd att i förevarande hänseende taga vård om sig själv eller är han under sexton år, skall läkaren även lämna den som har vård om den sjuke underrättelse om sjukdomen och meddelade föreskrifter. Om läkaren med hänsyn till omständigheterna finner det påkallat, äger han lämna underrättelse som nu sagts, även om den sjuke fyllt sexton men ej aderton år.

Läkaren skall även av den sjuke söka utröna vem som smittat honom och till vem den sjuke kan antagas ha överfört smitta.

9 §.

Har läkare konstaterat venerisk sjukdom, vilken veterligen icke förut iakttagits av annan läkare, skall han samma dag eller senast dagen därefter göra anmälan därom till länsläkaren. Anmälan skall göras i två exemplar och innehålla uppgift om

dels den sjukes kön, födelsetid och hemort, varemot hans namn icke får utsättas,

dels ock vad läkaren erfarit om smittkällan och om person, till vilken den sjuke kan ha överfört smitta, därvid namn och adress å dessa skola utsättas i den mån uppgift därom kunnat erhållas.

Om läkaren själv undersökt den som han funnit vara den sannolika smittkällan eller den, till vilken den sjuke kan ha överfört smitta, eller om denne styrkt att han undersökts av annan läkare, skall detta anges i anmälan. I sådant fall skall personens namn och adress icke utsättas utan endast hans kön, födelsetid och hemort.

Har uppgift icke kunnat lämnas om smittkällan, åligger det läkaren att vid den fortsatta vården av den sjuke göra nya efterforskningar om smittkällan och så snart uppgift av värde för dennas fastställande erhållits göra särskild anmälan därom till länsläkaren.

Visar sig den som anmäls såsom smittkälla vara fri från smitta eller finner länsläkaren eljest ny efterforskning av smittkällan böra ske, åligger det den behandlande läkaren att på länsläkarens anmodan verkställa sådan efterforskning.

10 §.

Underlåter den, som lider av venerisk sjukdom, att ställa sig till efterrättelse läkarens föreskrifter om behandlingen eller avbryter han denna utan att styrka, att den övertagits av annan, har läkaren att skriftligen anmäla detta till länsläkaren.

Sådan anmälan skall även göras, om den sjuke icke låter intaga sig på sjukhus oaktat läkaren finner honom ej utan synnerlig fara för smittas spridning kunna behandlas i öppen vård. I anmälan skola anges de omständigheter, på vilka läkaren grundar sin uppfattning.

11 §.

Avser anmaning enligt smittskyddslagen person, som fullgör militär-tjänstgöring eller är intagen på vårdanstalt eller inrättning, som han icke äger på egen begäran lämna, må avskrift av anmaningen tillställas vederbörande militärläkare eller den för sjukvården å anstalten eller inrättningen ansvarige läkaren, och har nämnde läkare att i sådant fall tillse att anmaningen efterkommes.

12 §.

Har anmälan som avses i 9 eller 10 § inkommit till länsläkare, åligger det denne att vidtaga erforderliga åtgärder för att den anmälda skall bli undersökt eller behandlad av läkare eller intagen på sjukhus. För detta ändamål skall länsläkaren verkställa anmaning, då sådan förutsättes i smittskyddslagen. Efterkommes icke anmaningen eller är fråga om sådant fall att anmaning enligt 11 § sista stycket eller 13 § andra stycket smittskyddslagen får underlåtas, har han att hos länsstyrelsen i länet utverka erforderligt förordnande enligt smittskyddslagen eller, då han är befogad därtill, själv förordna härom.

Avser anmaning person, som vistas inom annat länsläkardistrikt, skall avskrift av anmaningen tillställas länsläkaren i detta distrikt. Finner läns-

läkare förordnande av länsstyrelse erforderligt beträffande sådan person, skall han överlämna handlingarna i ärendet till länsläkaren i detta län, och ankommer det på denne att vidtaga de ytterligare åtgärder som må erfordras.

Äro uppgifterna om den som skall anmanas ofullständiga eller föreligga eljest särskilda skäl därtill, äger länsläkaren i stället för att själv verkställa anmaning översända den inkomna anmälan för handläggning till länsläkaren i det distrikt, där den som skall anmanas vistas.

13 §.

Har medicinalstyrelsen med stöd av 18 § smittskyddslagen förordnat annan läkare att i länsläkarens ställe meddela anmaningar som avses i nämnda lag, skall vad enligt 9 och 10 §§ denna kungörelse gäller om skyldighet för läkaren att göra anmälan till länsläkaren icke äga tillämpning.

Finner läkare som nu sagts åtgärd av länsstyrelse enligt 12 eller 13 § smittskyddslagen i visst fall påkallad, skall han med anmälan därom överlämna handlingarna i ärendet till länsläkaren i det distrikt, där den varom är fråga vistas. Motsvarande gäller om beslut enligt 15 § smittskyddslagen påkallas.

14 §.

Vad i 12 och 13 §§ denna kungörelse sägs om länsstyrelse skall beträffande stad som ej tillhör landstingskommun gälla hälsovårdsnämnden, när fråga är om inställande till läkare för undersökning eller behandling.

15 §.

Läkare för meddelande av kostnadsfri undersökning och behandling, som avses i 16 § smittskyddslagen, förordnas av sjukvårdsstyrelsen. Tjänsteläkare är dock utan särskilt förordnande pliktig att meddela vård som här avses, om icke sjukvårdsstyrelsen befriat honom därifrån. Sådant beslut skall i fråga om tjänsteläkare anställd av stad som tillhör landstingskommun meddelas efter samråd med hälsovårdsnämnden i staden.

Anmälningspliktiga sjukdomar

16 §.

Anmälningspliktiga sjukdomar äro *dels* allmänfarliga sjukdomar, dock att även icke smittsamt fall av tuberkulos är anmälningspliktigt, därest sjukdomen ej uppenbarligen är läkt, *dels* veneriska sjukdomar, *dels* ock följande sjukdomar:

Bakteriesjukdomar

botulism (botulismus)

gastroenterit, elakartad, hos barn i åldern under två år (gastro-enteritis neonatorum och gastro-enteritis et colitis non ulcerosa)

listerios (listeriosis)

scharlakansfeber (scarlatina)

tularemi (tularamia)

undulantfeber (febris undulans)

Masksjukdomar

filarios (filariosis)
 schistosomiasis/bilharziosis
 trikinos (trichinosis)

Protozosjukdomar

malaria
 toxoplasmos (toxoplasmosis).

Om anmälan av veneriska sjukdomar stadgas i 9 §. Övriga anmälningspliktiga sjukdomar skola av läkare anmälas enligt bestämmelserna i 17—19 §§ nedan. Om skyldighet för läkare vid tuberkulosdispensär att anmäla fall av tuberkulos gäller dock vad särskilt är stadgat.

17 §.

Finner läkare någon, som han undersöker eller behandlar i öppen vård, lida av annan anmälningspliktig sjukdom än venerisk sjukdom och intages den sjuke icke omedelbart på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal, är läkaren pliktig att anmäla sjukdomsfallet i den ordning som stadgas i 19 §. Anmälningsplikt föreligger dock icke, då sjukdomen veterligen förut anmäls av annan läkare.

Undersöker eller behandlar läkare i öppen vård samtidigt ett flertal sjuka, vilka han misstänker lida av annan anmälningspliktig sjukdom än venerisk sjukdom, skall han, om de sjuka icke omedelbart intagas på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal, ofördröjligen medelst telefon eller på annat sätt därom underrätta tjänsteläkare i orten eller stadsläkare i staden.

18 §.

Sjukhusläkare, som finner någon på sjukhuset intagen, för vars vård han är ansvarig, lida av annan anmälningspliktig sjukdom än venerisk sjukdom, har att anmäla sjukdomsfallet i den ordning som stadgas i 19 §, om detta icke veterligen förut anmäls under samma sjukdomsbeteckning av annan läkare.

Intages på sjukhus någon som misstänkes lida av karantänssjukdom, skall den för vården ansvarige sjukhusläkaren ofördröjligen medelst telefon därom underrätta medicinalstyrelsen, statens bakteriologiska laboratorium och länsläkaren. På samma sätt skall länsläkaren underrättas, då på sjukhus intagas ett flertal patienter som misstänkas lida av annan anmälningspliktig sjukdom än karantänssjukdom eller venerisk sjukdom.

Vad i denna paragraf sägs om sjukhus äger även tillämpning beträffande tillfällig sjukvårdslokal.

19 §.

Beträffande varje fall av annan anmälningspliktig sjukdom än venerisk sjukdom skall skriftlig anmälan samma dag sjukdomens art blivit fastställd eller senast dagen därefter göras

av *tjänsteläkare i landstingskommun* i ett exemplar till hälsovårdsnämnden i den ort, där sjukdomsfallet inträffat, samt i två exemplar till länsläkaren,

av *stadsläkare i stad, som tillhör landstingskommun*, i två exemplar till länsläkaren,

av *sjukhusläkare* beträffande den, som intagits på sjukhuset, i två exemplar till länsläkaren eller motsvarande förste stadsläkare samt, om sjukdomsfallet inträffat i landstingskommun, därjämte i ett exemplar till hälsovårdsnämnden och ett exemplar till tjänsteläkare i orten, dock att anmälan till tjänsteläkare ej erfordras i stad, där stadsläkare finnes, samt

av *annan läkare* i fyra exemplar till länsläkaren eller, om sjukdomsfallet inträffat i stad som ej tillhör landstingskommun, i två exemplar till förste stadsläkaren.

20 §.

Finnes sjukdomsfall, som anmälts enligt 19 § av annan än tjänsteläkare eller stadsläkare, böra påkalla så snabba åtgärder för att hindra smittas spridning att därmed icke kan anstå till dess den skriftliga anmälan kommit tjänsteläkaren eller stadsläkaren tillhanda, bör, samtidigt som anmälan översändes, tjänsteläkaren eller stadsläkaren medelst telefon eller på annat sätt göras uppmärksam på fallet.

21 §.

Det åligger statens bakteriologiska laboratorium att fortlöpande sammanställa anmälningar om anmälningspliktiga sjukdomar, som enligt av medicinalstyrelsen meddelade bestämmelser tillställas laboratoriet, och med lämpliga mellantider utsända redogörelser härför till de myndigheter, läkare och veterinärer, vilkas verksamhet beröres därav.

22 §.

För viss begränsad tid äger medicinalstyrelsen föreskriva anmälningsplikt även beträffande annan smittsam sjukdom än i 16 § sägs ävensom medge undantag från eller ändring i anmälningsplikt som stadgats i det föregående.

Medicinalstyrelsen äger ock meddela särskilda bestämmelser om skyldighet för tjänsteläkare och stadsläkare att anmäla eller vidarebefordra mottagna anmälningar om fall av smittsamma sjukdomar.

Anmälan om smittbärare

23 §.

Iakttagare läkare, att någon, som han undersöker eller behandlar, bär smitta av annan allmänfarlig sjukdom än tuberkulos, skall han, om smitt-

bäraren ej isoleras på sjukhus (avdelning) för infektionssjukvård, göra skriftlig anmälan om förhållandet till länsläkaren i det distrikt, där smittbäraren stadigvarande vistas.

Om anmälan vid utskrivning av smittbärare från sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal stadgas i 7 § andra stycket.

Medicinalstyrelsen äger beträffande viss sjukdom medge undantag från anmälningsplikt som föreskrives i första stycket. Styrelsen äger ock meddela föreskrifter om skyldighet för länsläkare att föra register över smittbärare och om skyldighet för tjänsteläkare och stadsläkare att göra anmälningar till registret.

Gemensamma bestämmelser

24 §.

Avviker någon från sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal, varå han intagits med stöd av bestämmelserna i smittskyddslagen, skall den för vården ansvarige läkaren ofördröjligen anmäla detta till hälsovårdsnämnden eller, om intagningen avsett venerisk sjukdom, till länsläkaren.

25 §.

Tjänsteläkare samt stadsläkare och motsvarande läkare ha att vid fullgörande av vad på dem ankommer enligt smittskyddslagen eller denna kungörelse ställa sig till efterriktelse de instruktioner och anvisningar, som länsläkaren finner skäl utfärda.

26 §.

Läkare, som underlåter att fullgöra vad som åligger honom enligt denna kungörelse, dömes till böter.

27 §.

Skriftliga anmälningar som avses i smittskyddslagen eller denna kungörelse skola göras enligt formulär, som medicinalstyrelsen fastställer. Blanketter därtill skola på begäran kostnadsfritt tillhandahållas av medicinalstyrelsen. Anmälan får ofrankerad avlämnas till postbefordran av läkare, som icke åtnjuter tjänstebrevsrätt.

Denna kungörelse träder i kraft den — — — — — Härigenom upphäves kungörelsen den 5 juni 1953 (nr 431) om läkares anmälningsplikt beträffande vissa epidemiskt uppträdande sjukdomar, m. m.

Förslag till

Kungörelse om ersättning av statsmedel för vissa kostnader för vården av veneriskt sjuka

1 §.

Landstingskommun och stad, som ej tillhör sådan kommun, äger erhålla bidrag av statsmedel för fullgörande av skyldigheten enligt 16 § smittskyddslagen att ombesörja kostnadsfri undersökning och behandling i öppen vård vid venerisk sjukdom.

Bidraget utgår med ett årligt totalbelopp, som enligt av riksdagen godkända grunder för varje huvudman första året fastställas av Kungl. Maj:t. Det skall av medicinalstyrelsen, efter samråd med statens avtalsverk, för varje kalenderår anpassas till dels den generella förändring av lönerna för statens tjänstemän, dels ock den genomsnittliga höjning av lönerna för dessa tjänster genom lönegradsuppflyttningar, varom överenskommelse träffats i vederbörlig ordning.

Bidraget utbetalas av medicinalstyrelsen utan särskild rekvisition halvårsvis i efterskott. Slutlig reglering av bidraget för varje år sker kalenderårsvis i efterskott.

2 §.

Laboratorieundersökning som erfordras för påvisande av venerisk sjukdom utföres utan avgift vid statens bakteriologiska laboratorium.

Sker sådan undersökning vid icke-statligt laboratorium, som medicinalstyrelsen godkänt för ändamålet, utgår ersättning av statsmedel med sex kronor för varje undersökning, dock att om antalet undersökningar för påvisande av gonokocker överstiger 5 000 per år ersättningen skall utgöra fyra kronor för varje sådan undersökning utöver 5 000.

Ersättning som avses i andra stycket utbetalas av medicinalstyrelsen efter rekvisition av laboratoriet.

3 §.

På recept å eller beställning av läkemedel för behandling i öppen vård, som avses i 16 § smittskyddslagen, skall antecknas, att kostnaden därför bestrides av statsmedel.

Ersättning för sålunda tillhandahållet läkemedel utbetalas av medicinalstyrelsen efter rekvisition av apoteket.

Denna kungörelse träder i kraft den — — — —.

Härigenom upphävas kungörelserna den 30 juni 1922 (nr 412) angående statsbidrag till bestridande av arvoden åt stadsläkare, vilka tjänstgöra såsom sundhetsinspektörer, den 21 maj 1931 (nr 117) angående kostnaderna för könssjuk persons införande till läkare eller sjukhus, den 19 maj 1933 (nr 239) om ersättning av statsmedel för läkarundersökning, läkemedel m.m enligt lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar och den 31 mars 1939 (nr 117) om kostnaderna för införande till läkare av person, som misstänkes vara behäftad med smittsam tuberkulos.

Landsingskommun och stad som ej tillhöra någon kommun eller stadsbidrag av statsmedel för fullgörande av skyddsförskott enligt 16 § smittskyddslagen att ombesörja kostnader för undersökning och behandling i öppen vård vid venerekt sjukdom.

Bidraget tillgår med ett ändrat tillägg som enligt av riksdagen godkända grundar för varje hushållning för en årlig fastslädd av kronor. Det skall av medicinskgrisen eller annan med sådana skäl för varje kalenderår anpassas till dels den generella förändring av löner för statens tjänstemän, dels också den generella förändring av löner för dessa tjänster genom löneförhållningarna inom försvarsmakten till i vederbörlig ordning.

Bidraget utbetalas av medicinskgrisen utan särskild revision härav i riksdagens utskott. Stilling regleras av bidraget för varje kalenderår i riksdagens utskott.

2 §
Laboratorieundersökning som utföras för förvärnade av venerekt sjukdom tillföres utan avgift vid statens bakteriologiska laboratorier.

Sådan sådan undersökning vid icke-statligt laboratorier som medicinskgrisen godkännt för ändamålet, tillgår ersättning av statsmedel med sex kronor för varje undersökning, dock till ett maximalt antal undersökningar för förvärnade av gonorrhöer överstiger 5 000 per år. Ersättningen skall tillgå för kronor för varje sådan undersökning över 5 000.

Ersättning som avses i andra stycket utbetalas av medicinskgrisen efter revision av laboratorier.

3 §
För recept å eller beställning av läkemedel för behandling i öppen vård som avses i 16 § smittskyddslagen, skall utbetalas till kostnaden därav bestridas av statsmedel.

Ersättning för sådana tillhandahållna läkemedel utbetalas av medicinskgrisen efter revision av apotek.

Förslag till

Kungörelse med särskilda bestämmelser för beredande av vård åt sjömän vid venerisk sjukdom

Kungl. Maj:t har — i anslutning till den i Bryssel den 1 december 1924 undertecknade och av Sverige ratificerade överenskommelsen rörande vissa lättnader för sjömän, tillhörande handelsflottan, vid behandling för venerisk sjukdom — funnit gott förordna som följer.

1 §.

Då svenskt fartyg, som går i utrikes fart, eller utländskt fartyg anlöper svensk hamn, skall den tulltjänsteman, som först besöker fartyget, överlämna meddelande till befälhavaren var och när kostnadsfri undersökning och behandling för venerisk sjukdom kan erhållas.

Meddelandet skall vara avfattat på svenska och engelska och tillhandahållas tullmyndigheten av hälsovårdsnämnden i orten.

2 §.

1. Befälhavare på svenskt fartyg i utrikes fart åligger att tillse att meddelande som avses i 1 § bringas till fartygspersonalens kännedom, då fartyget anlöper svensk hamn. Om tulltjänsteman icke vid fartygets ankomst besöker detta och dylikt meddelande ej finnes tillgängligt ombord, skall befälhavaren skyndsamt införskaffa sådant från tullmyndigheten på platsen.

2. Då svenskt fartyg anlöper utländsk hamn, där för behandling av veneriska sjukdomar finnes läkarmottagning, vid vilken fartygspersonalen enligt överenskommelsen äger erhålla kostnadsfri behandling, åligger det befälhavaren att bringa till personalens kännedom det meddelande om mottagningen, som enligt överenskommelsen skall avlämnas på fartyget.

Lämnas icke vid fartygets ankomst till utländsk hamn meddelande om här avsedd läkarmottagning, som befälhavaren veterligen finnes därstädes, och är icke dylikt meddelande tillgängligt ombord sedan tidigare besök i hamnen, har befälhavaren att skyndsamt inhämta nödiga upplysningar om mottagningen och delge fartygspersonalen dessa.

3 §.

Har någon, som är anställd på fartyg som avses i 1 §, åtnjutit kostnadsfri läkarbehandling för venerisk sjukdom, skall läkaren till den sjuke överlämna en anteckningsbok (Personal Booklet) vari skola antecknas uppgifter

om sjukdomen, meddelad behandling, vad den sjuke har att iakttaga under resan och de övriga uppgifter som medicinalstyrelsen bestämmer. I boken skall den sjuke anges endast genom ett nummer.

Formulär till anteckningsbok fastställs av medicinalstyrelsen, som även har att kostnadsfritt på rekvisition tillhandahålla vederbörande läkare tryckta exemplar därav.

4 §.

Underlåter befälhavare att fullgöra vad som åligger honom enligt 2 §, straffes med böter, högst femhundra kronor.

Denna kungörelse träder i kraft den — — — — —, då kungörelsen den 24 april 1931 (nr 63) med bestämmelser i anledning av internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling av könsjukdom skall upphöra att gälla.

Förslag till

Lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)¹

Härigenom förordnas, att *dels* 6 § 2 och 3 mom. samt 7 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 skola upphöra att gälla, *dels* 6 § 1 mom., 13 § 2 mom., 16 § 2 mom. och 25 § 2 mom. nämnda lag skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

6 §.

1 mom. Sjukhus benämnes, om ej annat följer av vad nedan stadgas, *lasarett*, därest det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och *sjukstuga*, om det företrädesvis är avsett för mindre krävande vård. Sjukstuga må vara försedd med högst trettio vårdplatser; dock må utan hinder härav såsom särskild avdelning av sjukstuga anordnas förlossningshem och sjukhem.

13 §.

2 mom. Om särskilda — — — flera sjukhus.

Sjukvårdsstyrelsen må besluta, att sjukhusintendent icke skall tillsättas vid sjukstuga, förlossningshem eller sjukhem. Finnes icke sjukhusintendent vid sådant sjukhus, ankommer på sjukvårdsstyrelsen att bestämma, huru de åligganden som eljest tillkomma sjukhusintendent skola fullgöras.

16 §.

2 mom. Läkare som avses i 1 mom. benämnes

- 1) vid lasarett *överläkare*,
- 2) vid sjukstuga *sjukstuguläkare* samt
- 3) vid sjukhem — — — förordnat, *överläkare*.

Såvida ej — — — vid förlossningshem.

Överläkare må — — — nu sagts.

25 §.

2 mom. Utan sådan prövning av vårdbehovet, som avses i 1 mom., skall

¹ Även i sjukvårdsstadgan erfordras vissa följdändringar (6 och 35 §§). Förslag härtill framlägges dock icke, då de delvis är beroende av de ändringar i stadgan, som påkallas av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

intagning ske av

- 1) den som enligt 6 § första stycket 3. smittskyddslagen skall intagas på sjukhus,
- 2) den som enligt 11 § smittskyddslagen anmanats att låta intaga sig för vård på sjukhus eller beträffande vilken beslut om intagning meddelats enligt 12 § nämnda lag samt
- 3) den som — — — dylik hänvisning.

Denna lag träder i kraft den

Härigenom förordnas, att dels 6 § 3 och 7 mom samt 7 § sjukskyddslagen den 6 juni 1963 ska utgå och att dels 11 § 2 mom och 12 § 2 mom i nämnda lag ska utgå med ändring på sätt nedan anges.

1 mom. Sjukhus benämnes, om ej annat följer av vad nedan stadgas, lasarett. Härvid är avsett för vårdberedande öfvervakning av alla de sjukare eller lindrigare art och sjukstuga, om det förhållandet är avsett för mindre än vård. Sjukstuga må vara försedd med högt tryckt väntplatser, dock må man hinder härunder såsom särskild avdelning av sjukstuga utordnas förtäringssalen och sjukhem.

2 mom. Om särskilda — — — för sjukhus. Sjukvårdsstyrelsen må besluta att sjukhusintendent ska tillställas vid sjukstuga, förtäringssalen eller sjukhem. Finns icke sjukhusintendent vid sådant sjukhus, ankommer på sjukvårdsstyrelsen att beställa huru de åligganden som eljest tillkomma sjukhusintendent ska fullgöras.

3 mom. Läkare som avses i 1 mom. benämnes 1) vid lasarett övertäkare, 2) vid sjukstuga sjukstuguläkare samt 3) vid sjukhem — — — förordnad övertäkare. Såvida ej — — — vid förtäringssalen, Övertäkare må — — — på sakt.

2 mom. Utan sådan prövning av vårdberedning som avses i 1 mom. skall

1 Avsnitt i sjukvårdsstyrelsens utredning vilka förhållanden som avses i 1 mom. 2 Avsnitt i sjukvårdsstyrelsens utredning vilka förhållanden som avses i 2 mom. 3 Avsnitt i sjukvårdsstyrelsens utredning vilka förhållanden som avses i 3 mom.

Förslag till

Kungl. medicinalstyrelsens kungörelse om skyldighet för tjänsteläkare, stadsläkare och länsläkare att göra anmälningar om vissa smittsamma sjukdomar m.m.

Medicinalstyrelsen föreskriver härigenom följande.

1 §.

Tjänsteläkare skall den första söckendagen i varje månad till länsläkaren (förste stadsläkaren) skriftligen anmäla, huruvida han under nästföregående månad behandlat nytillkomna fall av nedanstående sjukdomar och, om så varit förhållandet, antalet därav:

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. influenza epidemica, | 4. pertussis, |
| 2. morbilli, | 5. rubeola. |
| 3. parotitis epidemica, | |

I landstingsstad med stadsläkare skall tjänsteläkarens anmälan göras till stadsläkaren, och ankommer det på denne att senast tredje söckendagen i varje månad lämna redovisning till länsläkaren för de inkomna anmälningarna.

2 §.

Tjänsteläkare eller stadsläkare, som mottagit anmälan enligt 17 § andra stycket smittskyddskungörelsen om anhopning av fall av misstänkt allmänfarlig sjukdom eller själv iakttagit anhopning av sådana sjukdomsfall, har att ofördröjligen medelst telefon underrätta länsläkaren (förste stadsläkaren) därom. I landstingsstad med stadsläkare skall tjänsteläkarens anmälan dock göras till stadsläkaren, och ankommer det på denne att ofördröjligen medelst telefon underrätta länsläkaren om den mottagna anmälan.

3 §.

1. Länsläkare (förste stadsläkare), som mottagit anmälan enligt 19 § smittskyddskungörelsen avseende annan sjukdom än tuberkulos, skall ofördröjligen vidarebefordra ett exemplar därav till statens bakteriologiska laboratorium. Har anmälan gjorts av annan läkare i öppen vård än tjänsteläkare eller stadsläkare, skall länsläkare därjämte översända ett exemplar av anmälan till hälsovårdsnämnden i den ort, där sjukdomsfallet inträffat, och ett exemplar till tjänsteläkare i orten. I stad med stadsläkare behöver dock särskilt exemplar icke översändas till tjänsteläkare.

2. Avser inkommen anmälan fall av tuberkulos, skall länsläkaren (förste stadsläkaren) ofördröjligen vidarebefordra ett exemplar därav till den tuberkulosdispensär, inom vars område sjukdomsfallet inträffat. Om anmälan gjorts av annan läkare i öppen vård än tjänsteläkare eller stadsläkare, skall länsläkare därjämte översända ett exemplar av anmälan till tjänsteläkare i orten eller stadsläkare i staden.

3. Länsläkare (förste stadsläkare), som mottagit anmälan enligt 9 § smittskydds-

kungörelsen om fall av venerisk sjukdom, skall ofördröjligen vidarebefordra ett exemplar därav till statens bakteriologiska laboratorium.

4. Länsläkare (förste stadsläkare) har att i början av varje månad till statens bakteriologiska laboratorium översända de anmälningar, som enligt 1 § denna kungörelse inkommit till honom.

4 §.

Anmälan enligt 1 § skall göras enligt formulär som medicinalstyrelsen fastställt.

om skiljandet för tjänstläkare stadsläkare och länsläkare till statens bakteriologiska laboratorium

Medicinalstyrelsen förordnar följande

1. Tjänstläkare skall den första veckan i varje månad till länsläkaren (förste stadsläkaren) skiljande anmäla samtliga fall av veneriska sjukdomar med betydande svårigheter samt av generella sjukdomar som de som följande:

- 1. influensa epidemier.
- 2. morbill.
- 3. parotit epidemier.

I undantagsfall med stadsläkare skall tjänstläkaren sammanföra till länsläkaren, och anmäla det på denna sätt sammanförda för de sjukdomar som nämns i denna kungörelse till länsläkaren för de sjukdomar som nämns i denna kungörelse.

2. Tjänstläkare eller stadsläkare, som tillstått sammanföra till länsläkaren anmälan av fall av veneriska sjukdomar som nämns i denna kungörelse eller av andra sjukdomar som nämns i denna kungörelse, skall i undantagsfall delat till den första veckan i varje månad till länsläkaren, och med stadsläkare skall tjänstläkaren sammanföra till länsläkaren, och anmäla det på denna sätt sammanförda för de sjukdomar som nämns i denna kungörelse.

3. I länsläkare (förste stadsläkare) som utövar sin verksamhet i en kommun (sjukhusvården) annan sjukhus eller sjukhus, skall de sjukdomar som nämns i denna kungörelse till statens bakteriologiska laboratorium, till vidarebefordra ett exemplar till statens bakteriologiska laboratorium, samt en annan kopia av denna kungörelse till länsläkaren eller stadsläkaren. Skall länsläkaren (förste stadsläkaren) ett exemplar av denna kungörelse till statens bakteriologiska laboratorium, och ett exemplar till länsläkaren. I den i den ord, där stadsläkaren tillstått, och ett exemplar till länsläkaren. I den i den ord, där stadsläkaren tillstått, och ett exemplar till länsläkaren.

4. Avser länsläkaren annan fall av veneriska sjukdomar (såsom syfilis) (överföring) vidarebefordra ett exemplar till statens bakteriologiska laboratorium, samt en annan kopia av denna kungörelse till länsläkaren eller stadsläkaren. I den i den ord, där stadsläkaren tillstått, och ett exemplar till länsläkaren. I den i den ord, där stadsläkaren tillstått, och ett exemplar till länsläkaren.

5. Länsläkare (förste stadsläkare) som utövar sin verksamhet i en kommun (sjukhusvården) annan sjukhus eller sjukhus, skall de sjukdomar som nämns i denna kungörelse till statens bakteriologiska laboratorium, till vidarebefordra ett exemplar till statens bakteriologiska laboratorium, samt en annan kopia av denna kungörelse till länsläkaren eller stadsläkaren.

Förslag till

Kungl. medicinalstyrelsens kungörelse om register över smittbärare

A. Inom landstingskommun

1. Länsläkare skall på grundval av de anmälningar, som inkommer till honom enligt 7 och 23 §§ smittskyddskungörelsen, och eljest för honom kända förhållanden föra register över smittbärare som stadigvarande vistas inom sjukvårdsområdet.

2. Har anmälan som avses under 1. gjorts av enskilt praktiserande läkare, skall tjänsteläkare i den ort, där smittbäraren stadigvarande vistas, av länsläkaren underrättas om den gjorda anmälan.

3. Upphör registrerad smittbärare att föra smitta eller flyttar han till annat läkardistrikt eller avlider han, skola tjänsteläkare och stadsläkare som få vetskap om förhållandet underrätta länsläkaren för anteckning därom i registret. I landstingsstad med stadsläkare erfordras dock icke anmälan till länsläkaren om flyttning skett från ett läkardistrikt till ett annat inom staden.

4. Avser underrättelse som åsyftas under 3. att smittbäraren flyttat, skall länsläkaren därom underrätta tjänsteläkare i smittbärarens nya vistelseort eller, om flyttningen skett till annat sjukvårdsområde, vidarebefordra uppgiften till länsläkaren eller förste stadsläkaren därstädes.

5. Det åligger en var tjänsteläkare att tillse, att såvitt möjligt alla smittbärare, som stadigvarande vistas inom hans distrikt, bli registrerade. Samma skyldighet åvilar stadsläkare beträffande dem, som stadigvarande vistas inom staden.

6. Har tjänsteläkare genom underrättelse från länsläkaren eller eljest kännedom om att smittbärare vistas inom hans distrikt, åligger det honom att vidtaga erforderliga åtgärder för att förekomma spridning av smitta.

7. Vad under 2., 4. och 6. sägs om tjänsteläkare skall beträffande landstingsstad med stadsläkare i stället avse stadsläkaren.

B. Inom stad som ej tillhör landstingskommun

8. Förste stadsläkare i stad, som ej tillhör landstingskommun, har samma skyldighet att föra register över smittbärare som under 1. stadgats för länsläkare.

9. Har det kommit till förste stadsläkares kännedom, att registrerad smittbärare flyttat till annat sjukvårdsområde, skall han därom underrätta länsläkaren eller förste stadsläkaren därstädes.

10. Det åligger en var stadsdistriktsläkare att tillse, att såvitt möjligt alla smittbärare, som stadigvarande vistas inom hans distrikt, bli registrerade.

Förslag till

Reglemente för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande

1 §.

För tuberkulosens bekämpande bör inom varje sjukvårdsområde finnas minst en tuberkulosdispensär.

Tuberkulosdispensär bör i första hand förläggas i anslutning till lasarettsklinik för lungsjukdomar eller motsvarande sjukhus. Där förhållandena så påkalla, må tuberkulosdispensär även anordnas fristående från sjukhus.

Anordnas flera tuberkulosdispensärer inom ett sjukvårdsområde, skall för varje dispensär fastställas visst verksamhetsområde (*dispensärdistrikt*).

2 §.

Tuberkulosdispensär förestås av en av sjukvårdsstyrelsen för ändamålet förordnad läkare (*dispensärläkare*). Till dispensärläkare må utses överläkare eller biträdande överläkare vid lasarettsklinik för lungsjukdomar eller motsvarande sjukhus. Ifrågakommer annan läkare till tjänst som dispensärläkare, skall tjänsten ledigförklaras och tillsättas i enlighet med de bestämmelser som enligt sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan gälla beträffande biträdande överläkare vid klinik som nyss sagts, dock att tjänsten må tillsättas tills vidare.

3 §.

Mottagningstider för tuberkulosdispensär fastställas av sjukvårdsstyrelsen efter samråd med dispensärläkaren.

4 §.

Vid tuberkulosdispensärs mottagningar skola utan kostnad för den enskilde mottagas

dels personer som av läkare remitterats till dispensären i anledning av misstänkt tuberkulos,

dels ock personer som av dispensären kallats till undersökning för att utröna förekomst av tuberkulos.

Beträffande personer som nu sagts åligger det dispensärläkaren att företaga de undersökningar, som erfordras för att avgöra om tuberkulos föreligger. Därest tuberkulos konstateras, skall dispensärläkaren bedöma vårdbehovet, smittfaran för den sjukes omgivning samt graden av dennes arbetsförmåga. Han skall även vidtaga åtgärder för att snarast möjligt bereda den sjuke erforderlig vård och för att förebygga smittas spridning.

Om resultatet av verkställd undersökning skall läkare, som remitterat patienten, underrättas.

Intyg utvisande hur undersökningen utfallit skall utfärdas utan kostnad för den enskilde.

5 §.

Kostnad för resa till tuberkulosdispensär för person som avses i 4 § skall, därest bestämmelserna om resekostnadsersättning i lagen om allmän försäkring icke äro tillämpliga, ersättas av sjukvårdsstyrelsen enligt samma grunder som gälla inom försäkringen.

6 §.

Vid tuberkulosdispensär skola även utföras hälsoundersökningar med avseende å förekomst av tuberkulos och BCG-ympningar samt vård meddelas vid fall av konstaterad tuberkulos. Vård bör jämväl meddelas personer med lungsjukdomar av icke tuberkulös natur.

För undersökning, ympning och vård som i denna paragraf sägs äger dispensärläkaren efter överenskommelse med huvudmannen uttaga särskild ersättning av patienten.

7 §.

Då tuberkulos konstaterats, skall *dispensärläkaren* avgöra i vilken utsträckning familje- och omgivningsundersökning bör företagas och därvid i erforderlig utsträckning rådgöra med tjänsteläkare i orten. När så anses påkallat, skall vid sådan undersökning verkställas utredning angående de hygieniska förhållandena i den sjukes bostad. Samtliga familjemedlemmar och inneboende liksom den sjukas arbetskamrater och övriga, med vilka den sjuke haft nära kontakt, böra kallas till undersökning vid dispensären.

8 §.

Dispensärläkare skall föra register över alla fall av aktiv tuberkulos inom sjukvårdsområdet eller dispensärdistriktet (*tuberkulosregister*). Såsom aktiva skola anses

dels fall, där tuberkelbakterier påvisats eller pågående tuberkulösa förändringar iakttagits vid patologisk-anatomisk undersökning,

dels ock fall av knölros och lungsäcksinflammation samt fall med röntgenologiska aktivitetstecken, om i dessa fall ej annan orsak än tuberkulos kan antagas.

Bakteriologiska undersökningar böra utföras i största möjliga utsträckning.

För att undvika dubbelregistrering av tuberkulosfall skola i registret införas endast sådana personer, vilka — oavsett medborgarskapet — äro kyrkobokförda inom sjukvårdsområdet eller dispensärdistriktet. Övriga fall anmälas till dispensären i den sjukas hemort. Flyttar någon till annat sjukvårdsområde resp. dispensärdistrikt, skall uppgift härom tillställas dispensären i detta område eller distrikt.

Då en person införes i tuberkulosregistret, skall dispensärläkare i landstingskommun, om diagnosen ställts efter undersökning vid dispensären, lämna meddelande därom *dels* till länsläkaren och *dels* till tjänsteläkare i orten eller, om sjukdomsfallet inträffat i stad med stadsläkare, till denne. Är den sjuke skolelev, skall även skolläkaren underrättas.

Dispensärläkaren bör regelbundet kalla de i tuberkulosregistret upptagna personerna till undersökning eller på annat sätt göra sig underrättad om deras hälso-tillstånd och huruvida smittfara föreligger.

Avförande ur tuberkulosregistret bör om möjligt föregås av bakteriologisk undersökning. I fråga om tidpunkten för avförande skola följande riktlinjer gälla: fall av hilusadenit (med eller utan primärhärd), knölros och pleurit av tuberkulös natur samt fall av extrathorakal tuberkulos avföras ur registret i regel sedan

tre år och fall av lungtuberkulos sedan fem år förflutit efter senaste tecken på aktivitet. Patienter med lindrig lungtuberkulos, vilka blivit framgångsrikt behandlade, må dock kunna avföras ur registret sedan tre år förflutit efter senaste tecken på aktivitet.

Då en person avföres ur registret, skall i landstingskommun meddelande härom lämnas till vederbörande tjänsteläkare eller stadsläkare.

I början av varje månad skall dispensärläkaren till statens bakteriologiska laboratorium lämna uppgift om de personer som under föregående kalendermånad införts i eller avförts ur tuberkulosregistret.

9 §.

Vid tuberkulosdispensär bör även föras förteckning över personer, som förete tecken på icke aktiv tuberkulos — oavsett om de tidigare varit införda i tuberkulosregister eller icke. De som äro upptagna i denna förteckning böra, i den mån skäl och möjligheter därtill föreligga, kallas till undersökning vid dispensären.

10 §.

Dispensärläkare har att för de militära myndigheternas behov lämna följande uppgifter, nämligen

1. till vederbörande inskrivningschef årligen *före den 1 augusti* om namn, födelsedag och bostadsadress beträffande samtliga i tuberkulosregistret upptagna personer, vilka samma år äro skyldiga inställa sig vid inskrivningsförrättningarna för värnpliktens fullgörande, varvid sjukdomens art och beskaffenhet skall närmare anges samt om möjligt även uppges hur länge vederbörande beräknas skola kvarstå i registret,

2. till vederbörande inskrivningschef eller truppregistreringsmyndighet årligen *före den 10 september* beträffande envar i tuberkulosregistret den 1 i samma månad upptagen svensk man, som under året fyller aderton år,

3. till vederbörande inskrivningschef eller truppregistreringsmyndighet *fortlöpande* beträffande i tuberkulosregistret upptagen man i värnpliktsåldern, som förvärfvar svenskt medborgarskap efter den 1 september det år han fyller aderton år, samt beträffande svensk man i värnpliktsåldern, som efter den 1 september det år han fyller aderton år upptages i eller avföres från registret och som icke är frikallad från värnpliktens fullgörande.

11 §.

Sjukvårdsstyrelse skall årligen före utgången av mars månad avlämna berättelse till medicinalstyrelsen över verksamheten vid tuberkulosdispensärerna inom sjukvårdsområdet. Berättelsen skall innehålla uppgifter i de hänseenden medicinalstyrelsen bestämmer.

12 §.

Tjänsteläkare skall med uppmärksamhet följa allt inom sitt distrikt, som kan vara av betydelse för de tuberkulösa sjukdomarnas spridning, samt i samråd med dispensärläkaren söka främja och genomföra sådana åtgärder, som äro ägnade att förebygga dessa sjukdomar.

13 §.

Distriktssköterska skall inom sitt distrikt utföra familje- och omgivningsundersökning som avses i 7 § och därvid iakttaga de anvisningar dispensärläkaren med-

delar. Vid undersökningen bör tuberkulinprov utföras och de som befinnas tuberkulinnegativa böra erbjudas BCG-ympning.

Sedan ovannämnda undersökning verkställt, har distriktssköterskan att söka ombesörja att av dispensärläkaren eller tjänsteläkaren föreslagna åtgärder bli vidtagna. Hon skall genom upprepade besök i hemmet övervaka och kontrollera detta, verka för att tuberkulinnegativa personer hållas på betryggande sätt skilda från de tuberkulossjuka, som kunna befaras föra smitta, samt omedelbart göra anmälan till dispensärläkaren och/eller tjänsteläkaren, om något inträffar som påkallar särskilda åtgärder.

Med ledning av de uppgifter, som inkommit från dispensären, skall distriktssköterskan föra särskilt register över alla personer med aktiv tuberkulos, som äro bosatta inom distriktet. Då sådan person flyttat till annat distrikt eller avlidit, skall meddelande därom lämnas till dispensären.

Registret eller utdrag därav skall årligen i december månad överlämnas till dispensären för granskning och eventuell rättelse, så att det överensstämmer med dispensärens tuberkulosregister.

Sjukvårdsstyrelse äger uppdraga åt särskild för ändamålet anställd sjuksköterska (*dispensärsköterska*) att i stället för distriktssköterska utföra i denna paragraf angivna uppgifter.

I. Utredningsuppdraget

I anförande till statsrådsprotokollet den 10 november 1961 yttrade chefen för inrikesdepartementet följande.

»För närvarande pågår på hälso- och sjukvårdens område ett genomgripande reformarbete, som på den lagstiftningsmässiga och organisatoriska sidan främst resulterat i ny hälsovårdsstadga, ny sjukhuslagstiftning, riktlinjer för utbyggnaden av regionsjukvården och det till riksdagen nyligen avlämnade förslaget angående hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (prop. 1961:181). Reformarbetet har däremot — fränsett att lagstiftning genomförts angående ersättning för vissa ingripanden i hälsovårdens intresse, vilken framför allt är av betydelse för smittbärare — hittills inte omfattat den speciella regleringen för bekämpandet av de smittsamma sjukdomarna. Huvudelementen i denna reglering utgöres av epidemilagen den 19 juni 1919 (nr 443), lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar och tuberkulosförordningen den 31 mars 1939 (nr 113).

Medicinalstyrelsen har i skrivelse den 7 augusti 1958 framhållit, att nyssnämnda båda lagar i åtskilliga hänseenden är föråldrade och alltså behöver revideras för att bättre ansluta till vår tids förhållanden. Därvid har medicinalstyrelsen pekat på bl. a., att förteckningarna i de båda lagarna över de sjukdomar lagarna skall vara tillämpliga på behöver moderniseras, att de för sjukdomsbekämpandet föreskrivna åtgärdernas ändamålsenlighet bör övervägas, att det efter den allmänna sjukförsäkringens införande kan ifrågasättas om det är rationellt att bibehålla den i lagarna inskrivna rätten till fri sjukvård och fria läkemedel samt att organisationen av vården av könssjuka bör omprövas. I skrivelsen har medicinalstyrelsen vidare anfört, att även tuberkulosförordningen behöver överses, framför allt beträffande möjligheterna att avstänga misstänkt smittbärare från utövande av yrke.

Jämväl från andra håll har framställningar gjorts om vissa ändringar i epidemilagen och lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar.

På grund av vad som anförts i berörda framställningar och även i andra sammanhang anser jag att som ett led i det pågående reformarbetet jämväl

lagstiftningen på ifrågavarande område nu bör göras till föremål för översyn.

Självfallet måste denna översyn främst inriktas på att anpassa lagstiftningen efter den medicinska utvecklingen, såväl i fråga om de sjukdomar lagstiftningen skall omfatta som beträffande de åtgärder som skall kunna vidtagas för att bekämpa sjukdomarna. I detta sammanhang bör särskilt uppmärksammas vad som kan göras för att vinna ökad effektivitet i kampen mot gonorrhé, vars frekvens oavlåtligt ökat under de senaste åren.

Lagstiftningen måste också anpassas efter de organisationsförändringar i fråga om hälsovården och den öppna sjukvården som inträtt och framför allt kommer att inträda om förenämnda proposition godtages av riksdagen.

Stor betydelse måste vid översynen tillmätas frågan vilka frihetsinskränkande åtgärder som bör tillåtas i kampen mot de smittsamma sjukdomarna och hur förfarandet vid anlitande av tvångsmedel bör gestaltas. I samband därmed bör övervägas den av medicinalstyrelsen framförda tanken att utvidga den nuvarande befogenheten att avstänga den som misstänks bära tuberkulossmitta från utövande av yrke. Vidare bör prövas, huruvida det är möjligt att så utforma det i lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar upptagna anonymitetsskyddet för den som anger smittkälla, att helt ogrundad angivelse kan beivras, utan att effektiviteten i kampen mot könssjukdomarna minskar. Beträffande straffbestämmelserna bör därjämte uppmärksammas att dåvarande chefen för justitiedepartementet vid anmälan den 2 maj 1958 av förslag till brottsbalk för remiss till lagrådet förordat, att de f. n. i 14 kap. 21 § strafflagen upptagna stadgandena om straff för framkallande av fara för venerisk smitta skall inrymmas i lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar.

Den i ifrågavarande båda lagar stadgade rätten till fri vård och fria läkemedel bör numera givetvis ses mot bakgrunden av den allmänna sjukförsäkringen. Enligt vad jag erfarit förbereder chefen för socialdepartementet en utredning angående denna försäkring, som bland annat kommer att beröra rätten till ersättning för sjukhusvård och till läkemedelsförmåner. Spörsmålen om rätt till ersättning för vård och läkemedel vid epidemiska sjukdomar bör lämpligen behandlas av den utredningen. Däremot bör frågan om betalningsskyldigheten för övriga kostnader för åtgärder i kampen mot de smittsamma sjukdomarna omfattas av den utredning, vars tillkallande jag nu förordar. Härvid bör uppmärksammas att delade meningar visat sig råda om den rätta tolkningen av den nuvarande bestämmelsen i 23 a § epidemilagen om betalningsskyldighet för vissa undersökningskostnader.

I samband med revideringen av de huvudförfattningar, som här är i fråga, bör även de härtill anknytande administrativa författningarna överses. Vid denna översyn bör eftersträvas att i största möjliga utsträckning samordna och förenkla författningsmaterialet.

Utredningen, som bör utmyнна i förslag till erforderlig lagstiftning och andra åtgärder, bör anförtros åt en särskilt tillkallad sakkunnig. Den sakkunnige bör samråda med berörda myndigheter och erforderlig expertis bör ställas till hans förfogande.»

Sedermera har Kungl. Maj:t den 14 juni 1963 till utredningsmannen för övervägande överlämnat en av medicinalstyrelsen i skrivelse den 28 november 1946 gjord underdånig framställning om ändrade bestämmelser angående sättet för tillsättningen av läkare vid fristående centraldispensärer.

Under utredningsarbetet har studiebesök gjorts på vissa könspolikliniker, centraldispensärer och laboratorier. Synpunkter har inhämtats från länsstyrelserna och vissa polismyndigheter. Utredningsmannen har även genom besök i Danmark och Finland tagit del av därvarande ordning på området.

Motsvarande författningar i de övriga nordiska länderna har genomgått — transumt av viktigare partier av dessa fogas såsom bilaga till betänkandet — ävensom från vissa europeiska länder, särskilt Frankrike, Tjeckoslovakien och Västtyskland.

Sedan preliminära författningsförslag utarbetats, har yttranden över dessa inhämtats från svenska infektionsläkarföreningen, svenska dermatologiska sällskapet, vissa centrala myndigheter ävensom samtliga länsläkare och förste stadsläkare m. fl. Förslagen har även varit föremål för överläggning vid den medicinska riksstämman 1964 och vid möte med svenska lungläkarförbundet och lungläkarföreningen.

II. Behovet av lagstiftning

Huvudelementen i den svenska författningsregleringen för bekämpandet av de smittsamma sjukdomarna utgöres av epidemilagen den 19 juni 1919 (nr 443) och lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar. Hit hör även tuberkulosförordningen den 31 mars 1939 (nr 113), vilken ur formell synpunkt dock intar en särställning — den har inte heller karaktär av lag.

Den första fråga, som inställer sig vid den anbefallda revisionen, är huruvida särskild lagstiftning även i fortsättningen behövs beträffande hithörande sjukdomar.

Anledningen till att särskilda lagar tillkommit på detta område har främst varit samhällets behov av att kunna kräva vissa inskränkningar i den enskildes frihet. Den som drabbats av en allvarligare smittsam sjukdom har ansetts skyldig att iakttaga sådana föreskrifter, att smittans spridande till övriga samhällsmedlemmar i möjligaste mån förhindras, men även i vissa andra hänseenden har bestämmelser av bindande karaktär befunnits påkallade.

De viktigaste av de föreskrifter beträffande *epidemiska sjukdomar* som i ovan angivna hänseende meddelas i epidemilagen är följande:

1. Skyldighet för hushållsföreståndare att anmäla inträffade sjukdomsfall,
2. skyldighet för den, som drabbats eller misstänkes ha drabbats av någon av de i lagen angivna sjukdomarna, ävensom för den som bär eller misstänkes bära smitta av dessa att underkasta sig undersökning av tjänsteläkare och att söka vård på sjukhus eller att vid behov underkasta sig andra inskränkningar i sin frihet,
3. skyldighet för kommun att verkställa och bekosta smittrening samt
4. skyldighet för sjukvårdshuvudman att utan ersättning bereda sjukhusvård.

Det är i praktiken inget problem att få den som drabbats av epidemisk sjukdom att ställa sig epidemilagens skyddsföreskrifter till efterrättelse. Tvångsåtgärder behöver praktiskt taget aldrig komma till användning. Detta förhållande får dock icke tagas till intäkt för att någon lagstiftning — tvångsåtgärder förutsätter ju alltid stöd i lag — icke skulle vara behövlig.

Att åtgärder av denna karaktär icke brukar erfordras torde delvis bero på att den behandlande läkaren har möjlighet att i det enskilda fallet hänvisa till vad epidemilagen stadgar.

Vidare bör beaktas att det finns personer som kan föra smitta av vissa sjukdomar utan att själva vara sjuka — smittbärare. Att dessa blir föremål för åtgärd är ur epidemiologisk synpunkt lika angeläget som att de sjuka isoleras. Det är emellertid icke lika lätt att få en smittbärare att frivilligt underkasta sig inskränkningar i sin frihet som den som är allvarligt sjuk. Utan möjlighet att kunna hänvisa till föreskrifter av bindande karaktär skulle säkerligen utsikterna att komma till rätta med dessa kategorier allvarligt äventyras.

I alla kulturländer finns också i någon form en lagstiftning till skydd mot spridning av smitta av allvarligare sjukdomar. Några delade meningar kan knappast råda om att den som misstänkes lida av en allvarlig smittsam sjukdom icke kan få efter gottfinnande bestämma över sig själv utan måste vara pliktig att underkasta sig de föreskrifter som det allmänna uppställer till skydd för andra medborgare.

Samhället kan enligt utredningens mening icke heller framdeles avstå från rätten att tillgripa tvångsåtgärder vid fall av sådana smittsamma sjukdomar som är av allvarligare natur. En lag av samma principiella konstruktion som epidemilagen är därför erforderlig även i fortsättningen.

I fråga om *de veneriska sjukdomarna* gäller likaledes vissa föreskrifter som den enskilde i det allmännas intresse är pliktig iakttaga. Enligt gällande lag är den som lider av venerisk sjukdom skyldig

1. att underkasta sig erforderlig läkarbehandling samt att ställa sig till efterrättelse läkares föreskrift om sjukdomens behandling och till förekommande av smittans spridning,

2. att om så finnes påkallat söka vård på sjukhus.

Väsentligt för lagstiftningen är vidare

3. att den som anmäls såsom smittkälla är skyldig att söka läkare för att bli undersökt om han lider av venerisk sjukdom och, om så är fallet, bli föremål för vederbörlig behandling.

Lagstiftningen vilar sålunda på den principen, att det icke är den enskildes privatsak om han vill söka läkarvård och vilken vård han vill underkasta sig. Det är ett gemensamt intresse för alla samhällsmedlemmar att de veneriska sjukdomarna bekämpas och hålles nere så långt som möjligt. Det är naturligt att en var medborgare i detta intresse får underkasta sig vissa ingripanden. I viss mån ter sig dessa för den enskilde mera påtagliga då det gäller de veneriska sjukdomarna än i fråga om andra smittsamma sjukdomar beroende på att den veneriskt sjuke i regel är fullt arbetsförmåg och knappast sjuk i vanlig bemärkelse.

Det har i diskussionen stundom ifrågasatts om det finns något klart

behov av lagstiftning på de veneriska sjukdomarnas område. Tvivel har yppats om lagstiftningens värde och därvid har särskilt hänvisats till att gonorrén fått en allt större spridning under lagens giltighetstid. Men om vi vill hålla tillbaka de veneriska sjukdomarna synes det klart, att samhället av den veneriskt sjuke måste kunna kräva, att han underkastar sig den vård som ur medicinsk synpunkt är påkallad, så att han upphör att vara smittförande. Lika väsentligt är att den uppgivna smittkällan blir läkarundersökt och om så erfordras behandlad. Båda dessa grundläggande krav fordrar för sitt genomförande en författning av lags karaktär. Visserligen kan det diskuteras om icke dessa krav skulle kunna realiseras på frivillighetens väg. I viss omfattning skulle så säkerligen kunna ske men enligt utredningens mening icke i tillräcklig grad. Man måste här bl. a. hålla i minnet att de som försummar behandlingen av veneriska sjukdomar i ej ringa utsträckning utgöres av hel- och halvprostituerade och andra asociala, som i allmänhet är mindre mottagliga för sådan påverkan, som icke kan följas av tvångsåtgärder. Utvecklingen på hithörande område har också lett till att särskild lagstiftning av i princip samma typ som den svenska kommit till stånd i land efter land. 1918 års svenska lagstiftning var på sin tid en av de första och den har sedermera tjänat som viss förebild för andra länder. För närvarande finns lagstiftning på området i alla europeiska länder utom Holland och England och dessutom i ett stort antal utomeuropeiska länder. I Holland infördes lagföreskrifter under andra världskriget men avskaffades senare — utredningen har sig dock bekant att det bland på området verksamma läkare beklagas att någon lagreglering icke finnes.

I detta sammanhang bör nämnas, att kampen mot de veneriska sjukdomarna är föremål för särskild uppmärksamhet från världshälsovårdsorganisationens sida. I september 1963 anordnades av organisationens europeiska region ett symposium i Stockholm rörande kontrollen över de veneriska sjukdomarna. Symposiet, vari deltog representanter för 21 europeiska stater, uttalade, att hälsovårdsadministrationerna i Europa borde intensifiera sina åtgärder mot de veneriska sjukdomarna, och anförde vidare bl. a. att staterna i Europaregionen borde granska sin lagstiftning på området i syfte att revidera och skärpa sina lagar och bestämmelser rörande såväl det nationella som det internationella förfarandet vid kontrollen över de veneriska sjukdomarna.

Att i nuvarande läge med stor frekvens av veneriska sjukdomar övergå till att söka komma till rätta med dem helt på frivillighetens väg vore ett vågspel. Utredningen kan därför icke förorda att lagregleringen beträffande veneriska sjukdomar upphäves. Att gällande lag icke visat sig leda till ett så gott resultat som man velat hoppas, bör enligt utredningens mening leda till att man söker revidera lagen i syfte att möjliggöra större effektivitet. Den omständigheten, att lagen är snart 50 år gammal och under sin giltighetstid icke undergått någon mera väsentlig ändring, tyder på att ett visst utrymme för reformer inom lagstiftningens allmänna ram borde finnas.

III. Allmänna synpunkter på författnings- materialets disposition

Vad som påkallar lagstiftning beträffande smittsamma sjukdomar är — såsom anförts i kap. II — att samhället måste ställa vissa krav på den som lider eller misstänkes lida av en allvarligare smittsam sjukdom. Denne måste vara skyldig att låta sig läkarundersökas och att underkasta sig vård, så att sjukdomen icke sprides till andra samhällsmedlemmar. Den enskilde måste också vara pliktig att tåla sådana åtgärder från det allmännas sida, som kräves för uppspårande och oskadliggörande av smittkällan. Trots att dessa grundläggande synpunkter är gemensamma för alla smittsamma sjukdomar har dock — i Sverige liksom i de flesta andra länder — sinsemellan helt fristående författningsregleringar kommit till stånd, allt eftersom det gällt att bekämpa veneriska sjukdomar, tuberkulos eller epidemiska sjukdomar. Detta har uppenbarligen i första hand berott på att försvaret mot de olika sjukdomarna ur praktisk synpunkt måste uppbyggas på delvis olika sätt. Uppspårandet av smittkällor till veneriska sjukdomar erbjuder många och speciella svårigheter, beroende främst på sekretesshänsyn som icke har någon motsvarighet beträffande de övriga smittsamma sjukdomarna. Klart är därför att samma bestämmelser icke i alla hänseenden kan gälla för dessa båda grupper av sjukdomar. Vad tuberkulosen angår är skillnaden gentemot epidemilagens sjukdomar betydligt mindre. Olikheten är i huvudsak den, att tuberkulosen vanligen icke är av så akut karaktär som de förra sjukdomarna.

Att författningarna blivit så helt olika som fallet är beror emellertid enligt utredningens mening även därpå att de tillkommit vid skilda tidpunkter och utarbetats var och en med sikte endast på en viss grupp av ifrågavarande sjukdomar. Om behovet av lagstiftning mot alla smittsamma sjukdomar prövas i ett sammanhang, finner man, att det väsentliga dock är gemensamt för alla dessa, även om särbestämmelser i större eller mindre utsträckning kan bli erforderliga för vissa sjukdomar. I modern utländsk lagstiftning går också utvecklingen mot en enhetligare lagreglering. I den västtyska lagstiftningen har sålunda särregleringen för tuberkulosen upphört och den har inarbetats i den allmänna författningsregleringen av smittsamma sjukdomar (Bundes-Seuchengesetz av den 18 juli 1961). Längst bland de lagar, som utredningen haft tillfälle att ta del av, har den tjeckoslovakiska lagen av den 18 augusti 1955 om bekämpande av smittsamma sjukdomar gått.

I denna regleras skyddet mot samtliga smittsamma sjukdomar, sålunda även de veneriska sjukdomarna.

Utredningen har för sin del funnit, att en enhetlig lagreglering beträffande alla smittsamma sjukdomar med fördel kan komma till stånd. Visserligen kommer därvid ett flertal särbestämmelser att krävas för de veneriska sjukdomarna men lagen kan under alla förhållanden göras kortare vid en dylik samordning. Principiellt synes det också vara av värde, att de epidemiologiska synpunkterna på detta sätt sättes i centrum även beträffande de veneriska sjukdomarna. En enhetlig lagstiftning erbjuder jämväl ur systematisk synpunkt bestämda fördelar.

Utredningen föreslår därför, att de bestämmelser av lags natur som erfordras i ämnet sammanföres i en enda lag, benämnd *smittskyddslag*. De föreskrifter, som kan meddelas i administrativ ordning, samlas på motsvarande sätt i en kungörelse vilken förslagsvis benämnes *smittskyddskungörelse*.

Det bör dock anmärkas, att lagstiftningen icke reglerar alla former av skydd mot smittsamma sjukdomar. Sålunda behandlas icke frågor om skyddsympning — i den mån sådan ansetts böra göras obligatorisk i vårt land har detta skett i särskild lag, lagen om ympning mot smittkoppor — och ej heller beröres det förebyggande skydd som upprätthållandet av vissa allmänna hygieniska krav innebär — detta har reglerats i hälsovårds- och livsmedelsstadgorna. Övrig förebyggande verksamhet bedrivs efter råd och anvisningar som meddelas i administrativ ordning.

IV. Huvudmannaskap

Bekämpandet av de smittsamma sjukdomar som avses i epidemilagen — *de epidemiska sjukdomarna* — är en primärkommunal uppgift. Detta framgår av 1 § epidemilagen, vari stadgas att om smittsam sjukdom utbryter inom kommun eller anledning är att befara, att sådan sjukdom där skall uppstå, åligger det hälsovårdsnämnden att skyndsamt vidtaga erforderliga åtgärder till sjukdomens förebyggande eller förhindrande av dess utbredning. Någon anledning till ändring av denna grundläggande regel föreligger enligt utredningens mening icke. Visserligen förfogar flertalet kommuner icke över all den personal, som erfordras för uppgifternas fullgörande. De har sålunda som regel icke läkare eller sjuksköterskor till sin disposition. Endast städerna har i allmänhet haft egna läkare men även ett stort antal städer — de med mindre än 15 000 invånare — har efter provinsialläkarreformens genomförande den 1 juli 1963 upphört härmed. Sjuksköterskor för den öppna vården har endast undantagsvis varit anställda av kommuner tillhörande landsting. Det primärkommunala huvudmannaskapet för epidemivården har därför sedan gammalt vilat på den förutsättningen att de mera direkt medicinska uppgifterna fullgjorts av provinsialläkarna och distriktssköterskorna dvs. personalgrupper som numera båda är landstingsanställda. Man skulle också kunna uttrycka gällande ordning så, att huvudmannaskapet såtillvida är begränsat, att det inte innebär skyldighet att för ifrågavarande ändamål anställa läkare eller sjuksköterskor. Denna ordning bör alltjämt gälla.

Kommunernas behov av att få repliera på viss landstingspersonal kan dock ge anledning överväga, om en motsatt ordning vore att föredraga dvs. att landstingen göres till huvudmän men med rätt för dem att i viss utsträckning erhålla medverkan av hälsovårdsnämndernas personal — framför allt av hälsovårdsinspektörerna. En sådan ordning är dock enligt utredningens mening icke genomförbar. Det måste nämligen också finnas övervakande organ, som t. ex. äger förordna om läkarundersökning, intagning på sjukhus, isolering m. m., och för dessa uppgifter kan icke gärna andra än hälsovårdsnämnderna komma ifråga. Uppgifterna är av sådan detaljnatur att de utan tvekan bäst lämpar sig för ett organ med en mindre verksamhetskrets än den som ett landstingsorgan har. Sjukdomsbekämpandet utanför sjukhusen har också alltid ansetts vara en uppgift som intimt

sammanhänger med den allmänna hälsovård som regleras i hälsovårdsstadgan. Det var först 1919 som bestämmelserna om sjukdomsbekämpandet utbröts ur hälsovårdsstadgan och reglerades i en särskild lag. I Finland och Norge är för övrigt skyddet mot de smittsamma sjukdomarna fortfarande reglerat i samma författning som den allmänna hälsovården i övrigt och ligger även där på samma organ, primärkommunerna.

Beträffande *tuberkulosen* finns i tuberkulosförordningen ingen allmän bestämmelse svarande mot 1 § epidemilagen. Ur författningssynpunkt föreligger i fråga om denna sjukdom ett mellan primärkommunerna och landstingen delat huvudmannaskap. Hälsovårdsnämnderna har tillagts befogenhet att förordna om läkarundersökning (5 §), de har att mottaga anmälningar om dödsfall i tuberkulos (11 och 12 §§) samt att ombesörja och bekosta smittrening (13 §). Vidare stadgas att »i den mån hälsovårdsnämnds medverkan i övrigt erfordras för vidtagande av åtgärder mot tuberkulosmittas spridande, bör nämnden inom området för sin befogenhet lämna sådan medverkan» (5 §). Vad däremot angår läkares och sjuksköterskors åtgärder mot tuberkulos, har dessa uppgifter uppdragits åt landstingen såsom huvudmän. Anledningen till den från epidemivården avvikande konstruktionen beror på att den medicinska personalens medverkan icke sker inom ramen för samma lagstiftning som skyddet mot de epidemiska sjukdomarna utan konstruerats som en särskild skyddsorganisation, nämligen dispensärväsendet. Detta är en med statsbidrag anordnad organisation i landstingsregi.

Organisationen, vars tillkomst går tillbaka till år 1914, regleras för närvarande i kungl. kungörelsen den 18 juni 1937 (nr 400) angående statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande. Organisationen innebär, att varje landstingsområde indelas i dispensärdistrikt och att inom landstingsområdet dessutom skall finnas en eller flera centraldispensärer. I varje dispensärdistrikt skall finnas en dispensärläkare och en dispensärsköterska. Regelmässigt utgöres dessa befattningshavare av tjänsteläkaren och distriktssköterskan i orten — dispensärdistriktet sammanfaller normalt med läkardistriktet. Centraldispensären betjänas däremot av en för ändamålet tillsatt läkare — centraldispensärläkare — och en eller flera sjuksköterskor. I många fall är centraldispensärläkaren läkare vid sanatorium eller lungklinik och uppdraget som centraldispensärläkare är en bisyssla. Motsvarande gäller för sjuksköterskorna. Det förekommer dock även ett stort antal s. k. fristående centraldispensärer, som icke är sjukhusanslutna.

1937 års kungörelse gäller endast verksamhet inom landstingen. De landstingsfria städerna har icke rätt till statsbidrag för ändamålet. Det förekommer emellertid även i dessa städer en motsvarande dispensärverksamhet. Då statsbidrag icke utgår, är denna dock icke författningsreglerad.

Dispensärorganisationens huvudsyfte är att avgiftsfritt företaga de undersökningar, som erfordras för att avgöra, om tuberkulos föreligger eller icke, samt att bedöma vederbörandes vårdbehov och arbetsförmåga, meddela råd och anvisningar för vården m. m. Dessa uppgifter faller på centraldispensären. På distriktsdispensären ankommer att i första hand mottaga och till centraldispensären remittera misstänkta fall samt att verkställa den undersökning och sanering av hemmiljön som erfordras ur smittbekämpningssynpunkt, allt utan kostnad för den enskilde.

I vad gäller dispensärverksamheten på det lokala planet framgår av det anförda att dispensärläkare och dispensärsköterska som regel endast är en annan benämning på tjänsteläkare och distriktssköterska, då de fullgör nyss angivna uppgifter vid fall av tuberkulos. Någon anledning att bibehålla dessa särskilda benämningar finns icke. Man frågar sig då vilken reell skillnad som föreligger, då tjänsteläkare och distriktssköterska handlägger tuberkulosfall och när de handlägger fall av epidemisk sjukdom. För läkaren blir det en viss skillnad, om han — såsom ursprungligen alltid var fallet — har särskild mottagning för tuberkulosklientelet. I sådant fall får han inte uppbära något arvode av patienten men i stället beräknas enligt statsbidragskungörelsen viss ersättning av statsmedel till läkaren. Med hänsyn till det numera väsentligt minskade antalet fall av tuberkulos har emellertid utvecklingen allt mera gått mot inställande av dessa särskilda mottagningar. Patienterna får söka på läkarens ordinarie mottagning och erlægga arvode i likhet med det övriga klientelet. Det har samtidigt blivit allt mera vanligt att patienter med misstänkt tuberkulos vänder sig direkt till centraldispensären, i varje fall de som är bosatta på den ort, där centraldispensären är belägen, eller i närheten därav. Resultatet är sålunda att tjänsteläkaren i allmänhet icke kan anses ha sådana särskilda funktioner med avseende på tuberkulosen som fordrar författningsreglering på annat sätt än beträffande de epidemiska sjukdomarna.

För distriktssköterskan gäller ingen skillnad i ersättningshänseende beträffande tuberkulosen i jämförelse med epidemiska sjukdomar. Det är ett tjänsteåliggande för henne att vara dispensärsköterska.

Om man jämför organisationen på det lokala planet mot tuberkulos och mot de epidemiska sjukdomarna, framstår skillnaden såsom rent formell. Vid de epidemiska sjukdomarna har uttryckligt huvudmannaskap ålagts primärkommunerna men de äger därvid lita till medverkan av tjänsteläkare och distriktssköterskor. Vid tuberkulos synes man kunna uttrycka läget så, att primärkommunerna endast har att biträda med sådana uppgifter som icke förutsätter tillgång till sjukvårdspersonal, medan landstingen svarar för de övriga uppgifterna. Det finns enligt utredningens mening ingen anledning att upprätthålla denna olikhet.

Även med hänsyn till den inställning till tuberkulosen som i våra dagar blivit allt mera allmän är det angeläget att skillnaden mellan bestämmel-

serna för denna sjukdom och andra smittsamma sjukdomar utjämnas. Utredningen föreslår sålunda, att primärkommunerna göres till huvudmän även för tuberkulosens bekämpande. Härvid förutsättes givetvis, att tjänsteläkare och distriktssköterskor åläggas att liksom hittills biträda vid fullgörande av sådana uppgifter som förutsätter sjukvårdsutbildning. Förslaget innebär vidare, att de nuvarande distriktsdispensärerna ur formell synpunkt upphör.

Till centraldispensärernas ställning återkommer utredningen längre fram. Dessa verkar ju icke på det kommunala planet och bör därför även i fortsättningen vara en angelägenhet för sjukvårdshuvudmännen.

Vad slutligen angår *de veneriska sjukdomarna* finns i nuvarande lag ingen särskild bestämmelse om huvudmannaskap för deras bekämpande. De åtgärder som kan komma i fråga faller huvudsakligen på de behandlande läkarna och länsläkarorganisationen. Hälsovårdsnämnderna i de landstingsfria städerna har dock vissa viktiga funktioner på området, nämligen befogenhet att förordna om läkarundersökning och intagande på sjukhus. Såsom av det följande kommer att framgå föreslår utredningen inga större ändringar härvidlag. De befattningshavare på det lokala planet, som eljest har att biträda vid bekämpandet av smittsamma sjukdomar — distriktssköterskor och hälsovårdsnämndernas personal — bör dock enligt utredningens mening ha samma skyldigheter, då det gäller veneriska sjukdomar. De bör följaktligen tagas i anspråk för efterforskande av smittkällor m. m. och därigenom i många fall kunna avlasta polisen. Denna anlitning nu ofta för uppgifter som det vore mera tilltalande att hälso- och sjukvårdens egen personal omhändertog. För möjliggörande härav bör även de veneriska sjukdomarna ställas under primärkommunernas huvudmannaskap på sätt av det följande kommer att närmare framgå.

V. Allmänfarliga sjukdomar

I 2 § 1 och 6 mom. epidemilagen uppräknas ett antal smittsamma sjukdomar — de allvarligaste — vilkas inträffande ger upphov till vissa rättsverkningar. Enligt 24 § äger Kungl. Maj:t befogenhet att utöka uppräknningen med ytterligare sjukdomar. För de viktigaste av dessa rättsverkningar har utredningen redan redogjort i kap. II. I detta sammanhang må endast erinras om att den centrala rättsverkningen är skyldigheten till sjukhusvård, som vid dessa sjukdomar anses vara regelmässigt påkallad för att bereda betryggande skydd mot smittspridning.

I princip finns ingen anledning till ändring av denna epidemilagens konstruktion. Även i den nya lagstiftningen bör därför vissa skyldigheter för den enskilde knytas till förhandenvaron av vissa angivna sjukdomar. Till dessa bör hänföras de sjukdomar, som ur smittskyddssynpunkt i regel bör föranleda sjukhusvård.

För närvarande finns ingen sammanfattande benämning på de sjukdomar, på vilka epidemilagen äger tillämpning. Då dessa omnämnas i annan författning, betecknas de vanligen »sjukdomar, som avses i 2 och 24 §§ epidemilagen». I dagligt tal förekommer ofta benämningen »epidemilags-sjukdomar». Liknande är förhållandet i Danmark, där motsvarande sjukdomar brukar betecknas »Sygdomme, der er Genstand for offentlig Behandling». I norsk lagstiftning talas om »sykdommer som er gjenstand for det offentlige saerlige forsorg». I Finland har man emellertid valt att kalla dem »allmänfarliga sjukdomar». Det är otvivelaktigt ett praktiskt önskemål, att hithörande sjukdomar kan sammanfattas under en kort benämning. Då den finländska terminologin fyller detta behov och i sak synes ganska tillfredsställande, föreslår utredningen, att i den svenska lagstiftningen väljes samma benämning. Mot förslaget kan möjligen invändas, att även de veneriska sjukdomarna borde betecknas som allmänfarliga. Om emellertid även de veneriska sjukdomarna skulle innefattas i de allmänfarliga sjukdomarna, skulle vinsterna med terminologin försvinna. Såväl ur lagteknisk som ur praktisk synpunkt föreligger nämligen behov av en särskild benämning på de veneriska sjukdomarna.

Innan utredningen ingår på överbäggande av vilka sjukdomar som bör hänföras till de allmänfarliga må i korthet erinras om de förändringar i den epidemiologiska bilden i vårt land, som inträtt under 1900-talet. För-

ändringarna har varit stora om jämförelse göres med århundradena närmast före. Smittkoppor visade under slutet av 1800-talet en kontinuerlig minskning främst beroende på de i stor omfattning genomförda vaccinationerna av barn. Under de första decennierna av 1900-talet minskade smittkoppsfallen ytterligare. Inalles registrerades ca 500 fall under tiden 1901—1932 (fig. 1). Risk för import av smittkoppor finnes dock — 1963 års epidemi i Stockholm bestyrker detta — och denna risk torde av de senaste årens europeiska erfarenheter att döma närmast öka.

I början av seklet inträffade rätt många malariafall, beroende på förekomst av inhemska smittkällor. Sjukdomen har numera helt försvunnit, trots att anophelesmyggan, som tjänar som värd och vektor för malariaprotozon, fortfarande är vanlig i Sverige. Orsaken till att denna sjukdom försvunnit i vårt land är okänd. Numera förekommer endast importfall.

Många andra utpräglade förändringar i sjukdomspanoramata har inträffat. Så har difterin markant minskat i antal efter epidemin under 1940-talets mitt, som var en utlöpare från en stor centraleuropeisk epidemi. Nu förekommer sjukdomen icke annat än sporadiskt i vårt land — endast enstaka fall rapporteras årligen (fig. 2). Medan sjukdomen är praktiskt taget utdöd i vårt land förekommer den fastän sparsamt i vissa europeiska länder såsom Västtyskland, Frankrike och Belgien. Möjligheter torde säkerligen föreligga för nya epidemier i vårt land. Skyddet torde dock vara ganska gott, eftersom vaccination mot difteri i mycket stor omfattning utföres inom den förebyggande barnvården.

Tuberkulosfallens antal har också kontinuerligt minskat (fig. 3). Här till har bl. a. medverkat en i många avseenden förbättrad hygien, isolering av smittförande fall, BCG-vaccination, tillkomsten av kemoterapeutika och det av veterinärerna framgångsrikt genomförda bekämpandet av nötkreaturstuberkulosen, som nu är praktiskt taget utrotad i vårt land. Tuberkulosen har dock fortfarande siffermässigt stor betydelse. År 1964 registrerades i vårt land 3 135 nya fall av tuberkulos. Av dessa hade 845 smittsam tuberkulos. I centraldispensärernas register kvarstod 39 382 tuberkulosfall.

En intressant utveckling har konstaterats beträffande barnförlamning (polio). Denna sjukdom var förr ganska vanlig. Vid seklets början var det framför allt barn som angreps, därav namnet barnförlamning. En förskjutning av förlamningsfallen mot allt högre åldrar inträdde sedan successivt. Sjukdomsfall inträffade i ganska stor utsträckning hos personer mellan 20 och 40 år. Denna förskjutning av insjuknandet mot högre åldrar har givits följande förklaring. I slutet av 1800-talet och början av 1900-talet immuniserades barnen genom smitta på ett tidigt stadium, ofta redan under spädbarnsåldern. Risken för allvarliga kliniska manifestationer är hos de yngsta åldersgrupperna betydligt mindre än hos vuxna. Denna tidiga infektion av barnen ledde hos de flesta av dem till en immunitet av mycket lång varaktighet. Immuniseringen torde då ha omfattat huvuddelen av bar-

nen i yngre åldrar och berott på de dåliga hygieniska förhållanden, som rådde vid denna tid, med stora möjligheter för smittämnet att spridas inom befolkningen. I takt med den förbättrade hygien har första infektionstillfället så småningom förskjutits till senare tidpunkt under levnaden med ökat antal insjuknade och svårare fall som följd.

Den senaste stora polioepidemin inträffade 1953 med ca 3 000 rapporterade förlamningsfall. Efter detta år har siffrorna raskt sjunkit och under de senaste åren har endast enstaka fall rapporterats (fig. 4). Denna utveckling torde säkerligen bero på den mycket omfattande vaccinationen under de senaste åren.

Den epidemiska gulsoten har under de senaste åren rapporterats inträffa med 700 till 1 000 fall per år. Toppar har emellertid tidigare förekommit med ett stort antal fall, t. ex. 1948 med 12 000 rapporterade fall. Efter detta år har antalet fall ganska snabbt sjunkit och siffrorna har sedan hållit sig vid de nyss angivna (fig. 5). Orsakerna till denna minskning av antalet fall är icke klarlagda. Skäl talar dock för att en förbättring av hygien, speciellt den personliga hygien, har spelat en betydande roll. Genom att en immunisering av befolkningen numera sker i mindre omfattning än förr torde emellertid risk föreligga för att antalet sjukdomsfall kan avsevärt öka i framtiden. Det bör vidare ihågkommas att enligt de senaste årens undersökningar ett ganska stort antal av sjukdomsfallen i vårt land förorsakats av smitta, som förvärvats utomlands, speciellt i sydeuropa och i tropiska områden.

Av de tarmburna bakteriella smittorna har nervfeber visat en markant nedgång. Antalet fall är numera endast några tiotal per år. Paratyfus A och B (av *Salmonella paratyphi* A resp. B förorsakad infektion) spelar numera även en underordnad roll (fig. 6). *Salmonella*enteriterna däremot visar en tydlig ökning de senaste tio åren — ca hälften av fallen har förvärvat infektionen utomlands. Den bacillära dysenterin som under föregående århundraden och även under de första decennierna av 1900-talet utgjorde ett mycket stort problem har liksom många andra smittsamma sjukdomar minskat och är nu ganska ovanlig (fig. 7).

Ett antal »nya» sjukdomar har emellertid under det senaste decenniet påvisats inom landet tack vare framstegen inom virologin. Hit hör de tarmburna ECHO- och Coxsackie-infektionerna (ECHO = Enteric Cytopathogenic Human Orphan). Dessa infektioner förorsakas av virus, som är nära besläktade med poliovirus. ECHO- och Coxsackievirus har — liksom poliovirus — som viktigaste manifestation hjärnhinneinflammation (fig. 8).

En annan virussjukdom, som endast varit känd i Sverige ett tiotal år, är den fästingburna RSSE-infektionen (Russian-Spring-Summer-Encephalitis). RSSE-virus angriper liksom ECHO-, Coxsackie- och poliovirus det centrala nervsystemet.

Det torde vara omöjligt att avgöra i vilken omfattning de nyss upprä-

nade sjukdomarna tidigare förekommit. Beträffande Coxsackie-infektionerna vet man dock att stora epidemier tidigare uppträtt — detta gäller bl. a. pleurodynia (Bornholmssjuka).

Till de »nya» sjukdomarna kan vidare hänföras adenovirusinfektionerna (fig. 8). Dessa förekommer i mycket stor utsträckning hos barn och ungdom och ger symtom från övre luftvägarna och lungorna och ej sällan även från tarmen. Ett epidemiskt uppträdande förekommer ofta. En rad virusarter, som förorsakar övre luftvägsinfektioner, har relativt nyligen också isolerats.

I takt med den alltmer förbättrade hygien, främst innebärande ett skydd mot tarmsmittor, har den första kontakten med poliovirus som ovan nämnts förskjutits mot allt högre åldrar, i vilka risken för allvarliga kliniska manifestationer är betydligt större än i de lägsta åldersgrupperna. Denna förändring av bilden, som anses vara en följd av civilisationens framsteg, har gett upphov till begreppet civilisationssjukdomar. Det är tänkbart, att samma utveckling kommer att äga rum för andra tarmvirusinfektioner som Coxsackie- och ECHO-virusinfektioner.

De sjukdomar, som avses i 2 § 1 mom. epidemilagen och som alltså enligt utredningens förslag skulle betecknas allmänfarliga sjukdomar, utgöres för närvarande av följande:

- | | |
|---------------------|--------------------------------------|
| 1. Pest | 10. Difteri |
| 2. Kolera | 11. Akut barnförlamning |
| 3. Smittkoppor | 12. Epidemisk hjärnhinneinflammation |
| 4. Fläckfeber | 13. Rödsot |
| 5. Återfallsfeber | 14. Sömnssjuka |
| 6. Gula febern | 15. Undulantfeber |
| 7. Nervfeber | 16. Weils sjukdom |
| 8. Paratyfus | 17. Mjältbrand |
| 9. Scharlakansfeber | 18. Papegojsjuka (psittakos) |

Härtill kommer som nittonde sjukdom spetälska, för vilken gäller en i vissa avseenden avvikande reglering i 2 § 6 mom. epidemilagen.

De sex förstnämnda brukar kallas *karantänssjukdomar*. De är föremål för internationell reglering genom de inom världshälsovårdsorganisationen utarbetade och av dess församling den 25 maj 1951 antagna »Sanitary Regulations», vilka biträtts av Sverige. De bestämmelser, som på grundval härav antagits i vårt land, har meddelats i karantänskungörelsen den 24 april 1953 (nr 222). Dessa sjukdomar bör givetvis hänföras till de allmänfarliga.

Nervfeber — stundom även kallad tyfus — bör liksom paratyfus ävenledes kvarstå i lagstiftningen. Nervfeber är dock en numera sällan brukad beteckning. Sjukdomens latinska namn är febris typhoides dvs. vid direkt översättning närmast tyfoidfieber. Infektionsläkarföreningen har reköm-

menderat sina medlemmar att övergå till denna namnform, dock förkortad till tyfoïd. Utredningen föreslår, att denna beteckning, som även nära ansluter till internationellt språkbruk, kommer till användning jämväl i författningstexten.

Paratyfus — febris paratyphoides — är en tyfoïdliknande sjukdom som i anslutning till vad nyss anförts bör benämnas paratyfoïd. Sjukdomen kan framkallas av olika bakterier tillhörande salmonellagruppen och brukar efter den sjukdomsalstrande bakterien kallas paratyfoïd A eller B. Ur smittbekämpningssynpunkt är det av betydelse, att åtskillnad göres mellan dessa former. Detta behöver dock ej komma till uttryck i författningstexten. Det är tillräckligt att det beaktas i blanketterna till de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkare har att göra.

De sjukdomstillstånd, som framkallas av andra salmonellatyper än *S. typhi* samt *S. paratyphi* A och B har vid tillämpning av epidemilagen hittills ansetts kunna betraktas såsom former av paratyfus. I modernt medicinskt språkbruk användes dock icke paratyfus/paratyfoïd som beteckning för dessa tillstånd utan vanligen salmonellos, salmonellaenterit eller salmonelladiarré. Utredningen föreslår, att *salmonelladiarré* väljes såsom svensk beteckning. Det är även beträffande denna grupp ur epidemiologisk synpunkt av vikt, att det i anmälan om sjukdomsfall anges vilken bakterietyp som givit upphov till sjukdomen (t. ex. *Salmonella typhi* murium, saint paul, oranienburg, montevideo etc.). I författningstexten torde det dock vara tillräckligt att sjukdomen oavsett den sjukdomsalstrande bakterien betecknas salmonelladiarré.

Beträffande salmonelladiarrén har stundom diskuterats huruvida den överhuvudtaget bör bibehållas som allmänfarlig sjukdom. Sjukdomen uppträder i betydande omfattning som ströfall eller som smärre anhopningar av fall. Mycket stora epidemier har emellertid inträffat i vårt land, mest känd är 1953 års epidemi, då ca 10 000 kliniska sjukdomsfall rapporterades. Därefter har ett stort antal epidemier inträffat med hundratals fall, ibland har uppåt 1 000 fall eller flera registrerats (fig. 9). I Vaggeryds köping inträffade år 1962 en omfattande epidemi, där smittan kom att omfatta ca en tredjedel av befolkningen. Det har genom de två senaste årens undersökningar konstaterats, att en betydande import av smitta sker genom svenskar, som vistats som turister i sydeuropa. Enligt 1963 års statistik utgjorde antalet sådana fall 63 % av samtliga rapporterade fall i landet. För en effektiv bekämpning av sjukdomen är det därför angeläget att de åtgärder som står till buds för bekämpande av de allmänfarliga sjukdomarna också gäller salmonelladiarrén. Härmed är dock inte sagt att isolering alltid måste ske på sjukhus. En isolering är i första hand viktig för de akuta sjukdomsfallen, som främst sprider smittan, medan smittbärarna i allmänhet härvidlag spelar mindre roll.

Rödsot bör likaledes kvarstå bland de allmänfarliga sjukdomarna. Nam-

net rödsot användes dock icke numera utan den vanliga benämningen är dysenteri efter latinets dysenteria. Utredningen föreslår att dysenteri godtages såsom svensk beteckning. Emellertid förekommer två helt skilda former av dysenteri, nämligen den som framkallas av bakterier — dysenteria bacillaris — och den som förorsakas av en amöba — dysenteria amoebica. Dessa former är rätteligen att anse som två skilda sjukdomar och bör upptagas under beteckningarna bacillär dysenteri och amöbadysenteri.

Epidemisk hjärnhinneinflammation är en varig sjukdom i hjärnhinnan, som framkallas av meningokocker. Stundom förekommer en häftigt förlöpande infektion av meningokocker som ger upphov till allmän blodförgiftning (sepsis) utan att hjärnhinnan angripes. Det är angeläget, att båda infektionstyperna omfattas av lagstiftningen. Om endast huvudformen behövt medtagas, hade som svensk benämning bort kunna ifrågakomma epidemisk varig hjärnhinneinflammation. För att båda formerna skall kunna inkluderas föreslår utredningen beteckningen meningokock-sjukdom (meningitis meningococcica et meningococcaemia) (fig. 10).

Anmälningspliktiga enligt kungl. kungörelsen den 5 juni 1953 (nr 431) om läkares anmälningsplikt beträffande vissa epidemiskt uppträdande sjukdomar m. m. är för närvarande flera sjukdomar (sjukdomsformer), som med hänsyn till de kliniska manifestationerna där erhållit den gemensamma beteckningen primär meningoencefalit av infektiös typ. Dessa sjukdomar förorsakas framför allt av Cocksackie- och ECHO-virus. Båda virusarterna uppvisar ett stort antal typer. Sjukdomarna utmärkes av stor smittsamhet och förekommer tidvis i stor omfattning. En utomordentligt omfattande epidemi förorsakad av ECHO-virus typ 9 inträffade år 1957. Inalles rapporterades 13 000 fall av hjärnhinneinflammation förorsakad av detta virus (fig. 11). Cocksackievirus kan, som tidigare nämnts, också ge upphov till omfattande epidemier. Någon gång kan Cocksackie- och ECHO-virus förorsaka förflamningar. Dessa sjukdomar skiljer sig från meningokockinfektionerna därigenom att de förorsakas av virus och icke ger upphov till variga förändringar i centrala nervsystemet. Det framstår som angeläget att den kliniska sjukdomsformen blir föremål för samma åtgärder som övriga i lagstiftningen reglerade sjukdomar, varför den bör upptagas däri. Som gemensam svensk beteckning för dessa meningiter föreslår utredningen primär, icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation (meningitis et meningoencephalitis serosa primaria).

Beträffande *akut barnförflamning* finnes ingen anledning till saklig ändring. Benämningen är dock icke adekvat, då sjukdomen ingalunda endast drabbar barn. Utredningen föreslår, att beteckningen polio väljes. Denna anknyter till sjukdomens latinska benämning — poliomyelitis anterior acuta — och får i praktiken anses vedertagen i svenskt språkbruk.

Ej heller föreligger skäl att utesluta *Weils sjukdom* (fig. 12). Denna tillhör gruppen leptospirosor, som förorsakas av olika spirochetarter. Ehuru

Weils sjukdom är den vanligaste formen av leptospiros bör dock icke andra former uteslutas. Utredningen föreslår därför, att ifrågavarande sjukdomar sammanföres under beteckningen »Weils sjukdom och andra leptospiroser».

Bland de anmälningspliktiga sjukdomarna vid sidan om epidemilagen förekommer bl. a. *epidemisk gulsot*. Denna allvarliga sjukdom uppträder främst med sporadiska fall men även epidemiskt. Som exempel på epidemier kan här anföras den s. k. ostronepidemin år 1956, då mer än 600 fall inträffade förorsakade av konsumtion av ostron som kontaminerats med hepatitvirus. Sjukdomen förekommer vidare som »institutionsepidemier» på barnhem och sjukhus, där bekämpningen vållar mycket stora svårigheter. Det har vidare framhållits tidigare att en betydande import av fall sker genom svenska turister, som besökt sydeuropa och tropiska regioner. Det får anses vara en brist, att sjukdomen icke upptagits i epidemilagen, och utredningen föreslår därför att den nu hänföres till de allmänfarliga sjukdomarna. Även den närstående sjukdomsformen där smittämnet överföres genom injektion (»inokulation») och som är mycket svår att skilja från den epidemiska, bör hänföras till denna grupp och där upptagas under beteckningen *inokulationsgulsot*. Sjukdomen kan överföras vid blodtransfusion eller vid injektion eller blodprovstagning med otillfredsställande steriliserade instrument. Ett betydande antal fall har sålunda kunnat konstateras bland narkomaner. Sjukdomen har vidare uppträtt i stor omfattning hos orienterare, under perioden 1957—1962 konstaterades sammanlagt ca 550 fall. Smittämnet hade där överförts med blod från smittbärarnas sårskador — smittämnet kan finnas i blodet i månader före insjuknandet — till sår som uppkommit hos andra orienterare vid tävlingarna.

Difteri och *mjältbrand* bör utan ändring kvarstå bland de allmänfarliga sjukdomarna. Ej heller finns skäl att utesluta *papegojsjuka*. Denna sjukdom tillhör sjukdomsgruppen ornithoser (»fågelsjuka»). Då även andra former av ornithoser bör betraktas som allmänfarliga, föreslår utredningen, att de betecknas som »papegojsjuka och andra ornithoser».

Spetälska förekommer i epidemilagen ehuru den där göres till föremål för viss särskild reglering. Sjukdomen har numera knappast någon betydelse i vårt land (fig. 13). Den synes likväl böra kvarstå bland de allmänfarliga sjukdomarna. Den gamla beteckningen spetälska har kommit att alltmer undanträngas av lepra, som är den latinska benämningen och även den som vanligen brukas i internationella sammanhang. Sjukdomen synes därför även i författningstexten böra betecknas lepra.

Bland epidemilagssjukdomarna förekommer slutligen tre, som utredningen föreslår böra utgå, nämligen *sömnsjuka*, *undulantfeber* och *scharlakansfeber*. Sömnsjuka har icke förekommit i vårt land på många år, och undulantfebern är endast undantagsvis smittsam (fig. 14 och 15).

Beträffande scharlakansfebern har vittgående förändringar inträffat se-

dan epidemilagens tillkomst (fig. 16). Sjukdomen var tidigare svår och långvarig med stora risker för besvärliga komplikationer. Genom penicillinetts tillkomst har hela sjukdomsproblemet förändrats på ett revolutionerande sätt. De sjukdomsalstrande bakterierna — streptokockerna — försvinner vid penicillinbehandling från svalget inom några dagar. Sjukdomens naturliga förlopp avbrytes därigenom, komplikationerna uteblir i regel och det smittsamma stadiet kan begränsas till några dagar. Omgivningen kan också skyddas genom profylaktisk penicillinbehandling. Detta har haft till följd att patienterna numera i allt större utsträckning vårdas i hemmen, särskilt är detta fallet utanför storstäderna. Vårdbehov föreligger dock i viss omfattning för svåra kliniska fall och för vissa fall som utgör svårbehandlade smittbärare. Då emellertid något epidemiologiskt behov av sjukhusvård numera icke regelmässigt föreligger har grundförutsättningen för sjukdomens kvarstående i epidemilagstiftningen upphört.

Som utredningen i föregående kapitel anfört får tiden nu anses mogen för ett upphörande av den särställning, som *tuberkulosen* hittills intagit bland de smittsamma sjukdomarna. Den bör i enlighet härmed hänföras till de allmänfarliga sjukdomarna.

Såsom inledningsvis antytts äger Kungl. Maj:t enligt 24 § epidemilagen utvidga sjukdomsförteckningen i 2 § genom att vad i lagen är stadgat angående sådan sjukdom, som i 2 § 1 mom. omförmäles, skall äga tillämpning jämväl å annan smittsam sjukdom. Något sådant nu gällande förordnande har icke meddelats.

Då Kungl. Maj:t sålunda äger och även i fortsättningen lämpligen bör äga förordna om sjukdoms hänförande till de allmänfarliga sjukdomarna, synes det utredningen ur lagteknisk synpunkt mera tillfredsställande, att några sjukdomar över huvud icke specificeras i lagen utan att Kungl. Maj:t erhåller befogenhet att förordna om samtliga sjukdomar. Detta innebär att sjukdomsförteckningen i sin helhet överflyttas till den administrativa författningen, smittskyddskungörelsen.

Enligt 25 § epidemilagen äger länsstyrelse, om annan smittsam sjukdom än de som anges i 2 § 1 mom. vunnit större utbredning på en ort eller uppträder i mera elakartad form, förordna att vad i epidemilagen är stadgat angående dessa sjukdomar jämväl skall i de delar som prövas nödigt vinna tillämpning beträffande ifrågavarande sjukdom. Denna bestämmelse har i praktiken visat sig värdefull och erbjuder en smidig anpassning till uppstående situationer. Det är därför av stor vikt att denna befogenhet står till förfogande även i den nya lagstiftningen.

VI. Förfarande då allmänfarlig sjukdom uppträder

1. Anmälningsskyldighet för allmänheten

Enligt 2 § 1 mom. epidemilagen skall hushållsföreståndaren, då det inom hushållet inträffat sjukdomsfall som ger anledning antaga, att epidemilags-sjukdom föreligger, och läkare icke tillkallats, ofördröjligen anmäla sjukdomsfallet hos vederbörande tjänsteläkare eller ock därom underrätta i stad hälsovårdsnämnden och på landet hälsovårdsnämndens ordförande eller någon av hälsovårdsnämndens ledamöter eller landsfiskalen i orten eller pastor i församlingen.

Motivet till stadgandet är uppenbarligen, att sjukdomsfall som här avses utan dröjsmål måste komma till de epidemibekämpande myndigheternas kännedom. Hushållsföreståndaren befrias dock från särskild anmälningsskyldighet om läkare tillkallats. I så fall gäller nämligen särskilda föreskrifter för hur läkaren skall rapportera sjukdomsfallet till vederbörande (2 § 7 mom.).

I princip bör gällande anmälningsskyldighet bestå för det fall att läkare icke tillkallats. Det synes dock opraktiskt att föreskriva anmälan till hälsovårdsnämnden — och än mera givetvis till landsfiskal eller pastor. Hälsovårdsnämndens åtgärd måste nämligen bli att alarmera stads- eller tjänsteläkare för närmare bedömande av vilka åtgärder som bör vidtagas. Utredningen föreslår därför, att allmänhetens anmälan skall göras direkt till tjänsteläkare i orten eller i kommun med stadsläkare eller motsvarande läkare till denne, som ju är förman för tjänsteläkarna i kommunen.

Den anmälningsskyldighet varom här är fråga är av begränsat värde, då allmänheten oftast har ringa möjlighet att bedöma vilken sjukdom som föreligger. Det är dock av principiell vikt, att anmälningsskyldighet är föreskriven. Åsidosättande av denna skyldighet är i nuvarande lag belagd med straff och bör så vara också i den nya lagen, även om det ytterligt sällan torde kunna komma i fråga att tillämpa den.

2. Tjänsteläkarens åtgärder

Vilka åtgärder som provinsialläkare skall vidtaga, då han, utan att formligen tillkallas, mottagit underrättelse om misstänkt fall av allmänfarlig sjukdom, regleras i 2 § 4 mom. epidemilagen. Enligt denna bestämmelse

skall han på tjänstens vägnar resa till platsen för sjukdomsfallet, där så prövas vara av behovet påkallat samt annan läkare ej redan med anledning av sjukdomens utbrott besökt platsen och meddelat nödiga föreskrifter. Inträffar ytterligare fall av samma sjukdom och finner tjänsteläkaren förnyat besök på platsen vara av nöden för åstadkommande av betryggande åtgärder mot sjukdomens spridning, skall han ånyo företaga dylik resa.

Anledning till saklig ändring av de anförda bestämmelserna synes inte finnas. Det bör dock öppnas uttrycklig möjlighet för provinsialläkaren att i stället för att själv bege sig till platsen för sjukdomsfallet taga i anspråk distriktssköterska eller hälsovårdsnämndens personal för vidtagande eller övervakande av smittskyddsåtgärder. Även om besök av läkaren själv som regel torde vara påkallat vid ifrågavarande sjukdomar, bör läkaren dock icke automatiskt vara skyldig därtill utan bör äga pröva behovet från fall till fall.

Om provinsialläkaren på grund av mottagen anmälan om sjukdomsfall besöker den sjuke, skall detta enligt ovannämnda lagrum ske i tjänsten dvs. utan kostnad för den sjuke. Det finns däremot ingen föreskrift i lagen som säger att även sjukbesök som läkaren gör, därför att den sjuke eller dennes anhöriga tillkallat honom, skall göras utan kostnad. Medicinalstyrelsen har emellertid utfärdat två cirkulär med anvisningar i ämnet för provinsialläkare (MF nr 70—71/1946), vari styrelsen utgått från att även besök efter tillkallande som regel skall göras såsom tjänsteresa. Till stöd för denna ordning kan anföras, att det i tillämpningen får anses vara praktiskt taget uteslutet att göra en distinktion mellan det fall att tjänsteläkaren tillkallats och det, då han endast underrättats om sjukdomsfallet. Utredningen föreslår därför i anslutning till medicinalstyrelsens nyssnämnda cirkulär, att provinsialläkare som besöker en sjuk skall göra detta utan kostnad för den sjuke, oavsett om han tillkallats eller icke.

Även om tillkallande och underrättande såsom nu föreslagits likställas, uppstår vissa tillämpningssvårigheter, särskilt i de fall där sjukdomsfallet visar sig icke vara allmänfarlig sjukdom. Anvisningar om tillvägagångssättet särskilt i dylika fall har meddelats i nyssnämnda cirkulär och sådana anvisningar torde även i fortsättningen erfordras. Utredningen förutsätter därför, att medicinalstyrelsen låter revidera cirkulären i anslutning till den nya lagstiftningen.

De ovan återgivna bestämmelserna ur epidemilagen avser som synes endast läkardistrikt med provinsialläkare. En egendomlighet är att för städerna — varmed i detta sammanhang numera får förstås städer med stadsdistriktsläkare som tjänsteläkare — gäller enligt 2 § 2 mom. epidemilagen en särskild ordning, nämligen att hälsovårdsnämnd som får underrättelse om misstänkt fall av epidemilagssjukdom, skall föranstalta om tillkallande av läkare och att staden skall bestrida kostnaden härför. Någon anledning att bibehålla särbestämmelser för ifrågavarande städer finns icke. Vad ut-

redningen i det föregående föreslaget bör följaktligen gälla beträffande alla slag av tjänsteläkare.

Enligt 8 § epidemilagen är tjänsteläkare berättigad att erhålla tillträde till den sjuke samt att på denne och personer i hans omgivning göra de undersökningar han för sjukdomens bestämmande prövar nödiga. I paragrafen ges tjänsteläkaren vidare vissa befogenheter med avseende å avlidna.

Bestämmelserna i paragrafens första led bör i princip bibehållas men överflyttas till handräkningsreglerna (se sid. 65). Viss justering och komplettering är också påkallad. Såväl sjuka som smittbärare och misstänkta sådana bör sålunda vara pliktiga att, om tjänsteläkare påkallar det, låta sig undersökas av denne och även av annan läkare, till vilken tjänsteläkaren funnit erforderligt att remittera vederbörande — t. ex. läkare vid centraldispensär — samt att tillhandahålla läkaren eller dennes biträde erforderligt undersökningsmaterial eller tåla att sådant tages. Rätt till tillträde bör gälla icke blott tjänsteläkare utan även den, som biträder honom dvs. normalt distriktssköterskor och hälsovårdsnämndernas befattningshavare.

Särskilda bestämmelser beträffande avlidna torde numera icke vara erforderliga.

3. Den sjukets skyldigheter

Epidemilagen föreskriver sjukhusvård såsom den normala åtgärden vid fall av sjukdom, varå lagen äger tillämpning. För att den sjuke skall få vårdas utanför sjukhus fordras att hälsovårdsnämnden funnit detta kunna ske utan fara för smittas spridning (3 § 1 mom. epidemilagen). Vid lagens tillkomst var det allt överskuggande syftet att skapa en grundval för effektiva och snabba smittskyddsåtgärder och denna strävan tillgodoses väl genom den konstruktion, som lagen fått.

Det kan emellertid diskuteras, om det icke vore mera naturligt att i stället i lagen införa ett stadgande om rätt för hälsovårdsnämnd att, då så erfordras, förordna om vederbörandes intagning på sjukhus. I brådskande fall borde tjänsteläkaren få meddela motsvarande beslut. I allmänhet skulle några beslut säkerligen icke behöva meddelas, då patienten ändå kan förväntas följa en bestämd anvisning av läkaren. Utredningens medicinska experter på förevarande område har dock framhållit, att epidemilagens nuvarande konstruktion är av stort praktiskt värde och därför bör bibehållas. Med hänsyn härtill och då den nuvarande ordningen har en snart 40-årig hävd och fungerat väl har utredningen icke ansett sig böra föreslå en ändrad konstruktion i förevarande hänseende.

Emellertid är det givetvis en vinst ur det allmännas synpunkt att ingen tvingas söka sjukhusvård, som ur smittskyddssynpunkt lika bra skulle kunna skötas i öppen vård. Därför bör en prövning ske huruvida öppen vård är godtagbar. Då prövningen måste ske snabbt, bör den primärt åvila

läkare och icke hälsovårdsnämnden — denna måste ju för övrigt ändå vara tämligen beroende av läkarens mening. Den läkare, på vilken prövningsrätten skall ankomma, bör vara den tjänsteläkare, stadsläkare eller motsvarande läkare, som enligt 9 § hälsovårdsstadgan äger deltaga i nämndens sammanträden och som därigenom är nära anknuten till nämnden. Vid tuberkulos är det naturligt, att ståndpunkt tages först efter samråd med centraldispensärens läkare. Om patienten påfordrar det, bör avgörandet hänskjutas till hälsovårdsnämnden. Så länge medgivande till öppen vård icke lämnats, är patienten dock på grundval av det allmänna stadgandet skyldig att underkasta sig sjukhusvård.

Skall det kunna bli möjligt att i större utsträckning än för närvarande behålla patienter i öppen vård är det emellertid nödvändigt, att infektionsklinikerna ges ordentliga resurser för öppna mottagningar. Utredningen vill därför understryka angelägenheten av att huvudmännen beaktar infektionsklinikernas behov av mottagningslokaler.

I anslutning till det anförda föreslår utredningen att det allmänna stadgandet om skyldighet att låta intaga sig på sjukhus skall gälla, såvida ej grundad anledning finnes att antaga, att betryggande isolering kan anordnas i öppen vård eller att eljest fara för smittas spridning icke föreligger.

Om den sjuke icke intages på sjukhus, måste han likväl vara skyldig att underkasta sig den isolering eller inskränkning i sin verksamhet, som är erforderlig för att hindra smittas spridning. Att förordna om dessa åtgärder bör ankomma på samma läkare som nyss sagts. Den sjuke bör dock äga få föreskrifterna hänskjutna till hälsovårdsnämndens prövning. I avbidan på denna prövning måste läkaren äga meddela interimistiska föreskrifter.

Vad som sägs om sjuk bör även gälla den som av läkare misstänkes vara behäftad med allmänfarlig sjukdom liksom smittbärare, konstaterade eller misstänkta. Prövningen beträffande smittbärare torde dock oftare än beträffande de sjuka ge anledning till behandling i öppen vård.

Det bör här anmärkas, att de föreslagna bestämmelserna även avses att gälla vid tuberkulos i smittsamt skede, vilket innebär en ändring i förhållande till gällande rätt. Det finns dock enligt utredningens mening ingen saklig anledning att anse tuberkulös smittspridning mindre allvarlig än spridande av smitta av annan allmänfarlig sjukdom. I samtliga övriga nordiska länder finns också motsvarande bestämmelser beträffande tuberkulos som utredningen föreslår. Praktisk betydelse torde bestämmelserna endast få beträffande vissa grupper av asociala patienter, främst alkoholmissbrukare.

Under utredningsarbetet har ifrågasatts om tjänsteläkarna i allmänhet besitter tillräcklig kunnighet och erfarenhet för att på ett tillfredsställande sätt handha den prövning, som enligt det föregående uppdrages åt dem, ävensom andra befogenheter inom epidemivården. Under nu rådande förhållanden med talrika vakanser på dessa tjänster och ofullständigt utbild-

dade vikarier måste onekligen viss tvekan råda om tjänsteläkarna över lag besitter erforderlig kompetens på området. Principiellt anser dock utredningen att beslutanderätten icke bör läggas på högre plan än tjänsteläkarnivån. Det måste ju här oftast bli fråga om omedelbara åtgärder. För att undanröja de anförda betänkligheterna vill utredningen i stället föreslå, att länsläkarna ges uttrycklig befogenhet att meddela tjänsteläkarna råd och anvisningar i ämnet. Då det gäller tuberkulosen förutsätter utredningen, att anvisningar endast meddelas i samråd med centraldispensärläkarna i länet. Denna befogenhet bör ej gälla endast den här aktuella prövningen utan avse samtliga hänseenden, i vilka tjänsteläkarna enligt den nya lagstiftningen föreslås få rätt att träffa avgöranden.

I detta sammanhang vill utredningen understryka angelägenheten av att åtgärder vidtages för förbättrande av tjänsteläkarnas epidemiologiska utbildning. Bäst vore givetvis om det krävdes, att varje tjänsteläkare hade tjänstgjort viss tid på infektionsklinik. I nuvarande läge torde det dock vara svårt att mera allmänt realisera detta önskemål. Däremot borde det vara möjligt att låta epidemiologi — såväl klinisk som fältepidemiologi — ingå i de fortsättnings- och repetitionskurser som anordnas för tjänsteläkare. Utredningen förutsätter, att medicinalstyrelsen, som anordnar dessa kurser, i möjligaste mån beaktar detta önskemål.

4. Smittrening

I 4 och 5 §§ epidemilagen meddelas föreskrifter beträffande smittrening. Innebörden av dessa är, att det åligger vederbörande hälsovårdsnämnd att ombesörja erforderlig smittrening av »den sjukes bostad jämte hans gång- och sängkläder samt andra av honom brukade persedlar ävensom vid förflyttning använda åkdon och därmed jämförliga transportmedel». Smittreningen skall utföras enligt av medicinalstyrelsen meddelade föreskrifter och bekostas av kommunen. Mot utgivande av skälig ersättning äger hälsovårdsnämnden förstöra gång- och sängkläder samt andra föremål, som kan befaras överföra smitta. I huvudsak samma bestämmelser vid fall av tuberkulos meddelas i 13 § tuberkulosförordningen.

Det bör även i fortsättningen vara kommunens sak att ombesörja och bekosta smittrening. Dock fordrar bestämmelserna visst förtydligande i vad gäller fordon. Den första frågan är vilken kommun som skall svara för smittreningen. Utredningen föreslår att skyldigheten lägges på den kommun, varifrån transporten av den sjuke utgått. Vidare bör övervägas huruvida smittrening i alla fall bör bekostas av kommunerna. De flesta transporter av epidemiskt sjuka företas numera med ambulanser tillhöriga eller förhyrda av landstingen. Det synes icke rimligt att kräva att smittrening av fordon, som disponeras av de ordinarie sjukvårdshuvudmännen, skall ombesörjas av olika hälsovårdsnämnder. Genom ändring av 3 § sjukvårds-

lagen har sjuktransportväsendet numera lagts under landstingens huvudmannaskap (SFS nr 742/1964). I förpliktelsen att hålla fordon för detta ändamål ingår givetvis även skyldighet att, där så erfordras, smittrena dem, så att fara icke uppstår för andra patienter. Vad angår av staten disponerade transportmedel — t. ex. SJ:s sjukvagnar — bör staten själv sörja för erforderlig smittrening. Uttrycklig föreskrift härom torde icke erfordras. De fordon, som hälsovårdsnämnderna har att övervaka och smittrena, blir följaktligen i praktiken privata fordon.

5. Diverse smittskyddsåtgärder

Epidemilagen innehåller vid sidan av de i det föregående genomgångna bestämmelserna ett antal mindre viktiga och i allmänhet föråldrade föreskrifter i smittskyddssyfte. Enligt 6 § äger hälsovårdsnämnden förbjuda begagnande av bostadslägenhet där sjukdomsfall inträffat, dock endast under förutsättning att nämnden kostnadsfritt kan erbjuda annan bostad. I 7 § stadgas förbud att upplåta lägenhet för bostad eller samling av människor, innan smittrening verkställts. Ingendera av dessa bestämmelser torde numera vara erforderlig. Problemen elimineras, om hälsovårdsnämnden utan dröjsmål verkställer smittrening. För övrigt torde hinder icke föreligga att med stöd av hälsovårdsstadgans bestämmelser förbjuda användande av en smittfarlig bostad.

Enligt 9 § epidemilagen kan hälsovårdsnämnd påfordra, att utbrott av epidemilagssjukdom kungöres från predikstolen. Bestämmelsen, som sedan länge är ur bruk, bör utgå.

I 10—13 §§ epidemilagen meddelas en del bestämmelser, som gäller icke endast vid de i lagen angivna sjukdomarna utan vid smittsamma sjukdomar över huvud.

I 10 § 1 mom. ges hälsovårdsnämnderna rätt att förbjuda envar, som befaras överföra smittsam sjukdom, att besöka läroverk, skola, konfirmationsundervisning eller offentlig tillställning. I den mån förbud som här sägs behöver meddelas synes detta böra och kunna ske jämlikt de allmänna bestämmelserna om skyldighet för misstänkt sjuk att underkasta sig isole-ring eller annan begränsning i sin verksamhet. Bestämmelser för andra än allmänfarliga sjukdomar kan icke anses påkallade.

10 § 2 mom. och 11 § epidemilagen innehåller föreskrifter som icke är av rättslig natur utan endast utgör anvisningar till hälsovårdsnämnderna, nämligen att hos vederbörlig myndighet begära att skolundervisning inställes samt att söka förekomma onödiga folksamlingar. Dessa anvisningar är exempel på åtgärder, som en hälsovårdsnämnd kan behöva vidtaga för att motverka spridning av en smittsam sjukdom. Att särskilt ange dessa exempel i författningstexten synes icke erforderligt. I utredningens lagförslag inkluderas dessa i den allmänna föreskriften »att vidtaga de åtgärder, som må erford-

ras till förekommande av sjukdomens ytterligare utbredning». Om så av praktiska skäl befinnes påkallat, bör medicinalstyrelsen i anvisningar till lagen meddela exempel på erforderliga åtgärder.

12 § epidemilagen föreskriver en viss rapportskyldighet för hälsovårdsnämnderna gentemot länsstyrelsen. Bestämmelsen torde i gällande form ej vara erforderlig.

11 och 13 §§ epidemilagen berör länsstyrelsernas verksamhet.

I 11 § stadgas huvudsakligen, att länsstyrelsen där så erfordras har att sörja för att onödiga folksamlingar blir förbjudna. Numera gäller i förevarande hänseende allmänna ordningsstadgan den 14 december 1956 (nr 617) och lagen samma dag (nr 618) om allmänna sammankomster. Enligt 11 § i den förra författningen äger Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, länsstyrelsen förordna, att offentlig tillställning icke må hållas inom visst län eller del därav, därest det med hänsyn till krig, krigsfara eller andra sådana utomordentliga förhållanden eller farsot finnes påkallat. Detsamma gäller jämlikt 2 § i den senare författningen i fråga om allmänna sammankomster. Om farsot inträffar, finns sålunda rättsliga möjligheter att förbjuda folksamlingar. Det kan givetvis diskuteras, om farsot är liktydig med de sjukdomar som utredningen betecknar såsom allmänfarliga. Helst borde måhända ifrågavarande författningar ändras så, att ordet farsot ersättes med allmänfarlig sjukdom. Laglig rätt att förbjuda folksamlingar av olika slag bör nämligen finnas vid allvarliga anhopningar av allmänfarliga sjukdomar. Det synes dock rimligt att ge farsot den tolkningen, att det inrymmer alla de sjukdomar, vid vilka samlingsförbud kan vara erforderliga. I så fall erfordras endast, att Kungl. Maj:t med stöd av de givna bemyndigandena delegerar sin befogenhet på länsstyrelserna.

13 § epidemilagen innehåller slutligen ett allmänt stadgande att länsstyrelsen, då så erfordras, genast skall vidtaga de åtgärder och meddela de föreskrifter, som kan ankomma på länsstyrelsen. Detta ersättes i utredningens förslag av ett stadgande i de inledande bestämmelserna om länsstyrelsens ställning i epidemivården, vilket konstruerats på samma sätt som då det gäller den allmänna hälsovården. Länsstyrelsen skall sålunda vaka över bekämpandet av smittsamma sjukdomar i länet och tillse, att för ändamålet tjänliga åtgärder vidtagas.

I tuberkulosförordningen finns en del speciella skyddsbestämmelser, som vid en samordning av tuberkulosen med övriga sjukdomar inte kan anses erforderliga.

6. Tvångsmedel och straff

Enligt 27 § epidemilagen åligger det polismyndighet samt tull-, lots- och hamnpersonal att biträda vederbörande hälsovårdsnämnd vid tillsynen över

iakttagandet av lagens föreskrifter. Vidare stadgas i 28 § att till dagsböter skall dömas

1. om hushållsföreståndare försummar sin skyldighet att anmäla sjukdomsfall,
2. om någon tredsкас att hörsamma hälsovårdsnämnds beslut om hans intagande på sjukhus eller isolering eller ställande under observation,
3. om någon undandraget föremål från smittrening eller upplåter lägenhet, vari sjukdomsfall inträffat, innan smittrening skett, samt
4. om läkare som behandlat sjuk underlåter att till hälsovårdsnämnden för smittrening anmäla, att den sjuke flyttats till annan lägenhet, tillfrisknat eller avlidit.

I 29 § epidemilagen ges hälsovårdsnämnderna befogenhet att förelägga vite för att göra sig hörsammade i fall, då straff ej är stadgat som påföljd för underlåtenhet.

I fråga om tuberkulos gäller enligt 5 § tuberkulosförordningen, att hälsovårdsnämnd äger erhålla handräckning av polismyndigheten för att få till stånd läkarundersökning av den som misstänkes vara behäftad med smittsam tuberkulos.

För effektuerande av de skyldigheter, som åligger den sjuke, är det i allmänhet icke tillfyllest att stadga straff för underlåtenhet att iakttaga desamma, eftersom det är fråga om åtgärder som måste företagas omedelbart. Det är angelägnare att möjlighet till polishandräckning föreligger i dylika fall. Utredningen föreslår därför, att handräckning skall kunna erhållas i följande fall, nämligen

om den sjuke vägrar att låta sig undersökas av tjänsteläkare eller annan läkare, till vilken tjänsteläkaren hänvisat honom,

om den sjuke vägrar att tillhandahålla läkaren eller dennes biträde erforderligt undersökningsmaterial eller låta sådant tagas,

om den sjuke vägrar att låta intaga sig på sjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal,

om den sjuke avvikit från sjukhus, där han intagits, samt

om den som skall verkställa smittrening vägras tillträde till lokal, som skall smittrenas.

Med den sjuke likställes smittbärare ävensom misstänkta fall.

I de två första fallen bör tjänsteläkare vara berättigad att påkalla handräckningen men i de övriga bör det ankomma på hälsovårdsnämnden att begära sådan. Då det gäller återförande av den som avvikit från sjukhus, kan det visserligen diskuteras, om det icke borde ankomma på vederbörande sjukhusläkare att begära handräckning, men utredningen har likväl stannat för att detta bör vara en uppgift för hälsovårdsnämnden. Utredningen har därvid beaktat dels att det i möjligaste mån bör undvikas att ålägga sjukhusläkarna polisiära uppgifter och dels att det ju ändå är hälso-

vårdsnämndernas angelägenhet att övervaka dem, som befinner sig utanför sjukhusen. Hälsovårdsnämnden bör följlaktligen från fall till fall pröva om man kan låta bero eller om återintagning måste påfordras. Men givetvis måste sjukhusläkaren alltid underrätta hälsovårdsnämnden om avvikande, så att nämnden får tillfälle att verkställa sin prövning.

Stundom lär det kunna ifrågakomma, att sjukhusläkare inte finner det nödvändigt att kvarhålla en patient på sjukhuset oaktat denne ej är smittfri. Omständigheterna kan vara sådana, att smittfarligheten elimineras om patienten iakttagert vissa förhållningsregler, avhåller sig från viss verksamhet etc. Utskrivning med erforderliga förbehåll är då i princip motiverad. Givetvis bör ingen utan vägande skäl kvarhållas på sjukhus. Om en sjukhusläkare har ett dylikt fall, bör han i god tid innan utskrivning sker samråda med tjänsteläkaren respektive stadsläkaren i den kommun där patienten avser att vistas. Det är ju närmast på dessa läkare, som det måste ankomma att bedöma om det är praktiskt genomförbart att utan smittrisk ha patienten i öppen vård. Man bör kunna räkna med att samrådet leder till att sjukhusläkaren och den öppna vårdens läkare kommer överens om såväl huruvida utskrivning utan risk kan ske som de villkor varmed den bör förenas.

Sker utskrivning av patient som här avses bör det alltid åligga sjukhusläkaren att genast skriftligen underrätta hälsovårdsnämnden och länsläkaren. Underrättelsen bör innehålla uppgift om de föreskrifter som meddelats patienten till förekommande av smittas spridning.

Det bör framhållas, att vad nu föreslagits icke avses gälla vid tillfälliga permissioner o. dyl. utan endast vid definitiv utskrivning.

Straffbestämmelse bör liksom för närvarande gälla för lägenhetsinnehavare, som försummar sin skyldighet att anmäla sjukdomsfall, ävensom för patient i öppen vård som icke iakttagert de föreskrifter som meddelats honom för undvikande av smittspridning. I sistnämnda fall erbjuder sig dessutom alltid möjligheten att förordna om hans intagande på sjukhus för att effektivare hindra att han sprider smitta. Utöver nu angivna fall synes några straffbestämmelser icke erforderliga.

VII. Förfarande vid uppträdande av annan smittsam sjukdom än allmänfarlig eller venerisk sjukdom

Epidemilagen innehåller vissa om än fåtaliga bestämmelser om samhällsliga åtgärder vid uppträdande av andra smittsamma sjukdomar än dem som uppräknas i lagen. I regel är dessa så formulerade, att de gäller såväl vid epidemilagssjukdomar som andra smittsamma sjukdomar (10, 11, 12 och 13 §§). De har närmare berörts i föregående kapitel.

I allmänhet torde några samhällsliga åtgärder mot smittsamma sjukdomar av ifrågavarande slag icke ifrågakomma. Om sådan sjukdom skulle bli mera elakartad och få större spridning, erbjuder sig möjligheten för länsstyrelsen att jämlikt 4 § i förslaget till smittskyddslag förklara sjukdomen såsom allmänfarlig. Det synes dock icke tillfredsställande att helt lämna dessa sjukdomar utanför lagstiftningen. Utredningen föreslår därför, att hälsovårdsnämnderna förpliktas att efterforska sådan sjukdoms orsak och att vidtaga åtgärder mot dess spridning, om länsläkaren finner det påkallat. Särskilt med hänsyn till att scharlakansfebern avskilts från de allmänfarliga sjukdomarna synes det lämpligt med ett stadgande av denna innebörd.

VIII. Veneriska sjukdomar

1. Bestämning av begreppet veneriska sjukdomar

I 1 § lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar — i det följande benämnd LV — stadgas, att till könssjukdomar räknas i lagen syfilis (lues), enkelt veneriskt sår (ulcus molle, mjuk chancre) och dröppel (gonorrhoea, gonorrhé), dock endast så länge sjukdomarna är i smittsamt skede. Genom cirkulär den 7 februari 1938 (MF nr 19) har medicinalstyrelsen föreskrivit anmälningsplikt för ytterligare en könssjukdom, nämligen lymphogranuloma venereum (tidigare benämnd lymphogranuloma inguinale).

Den nya lagstiftningen bör enligt utredningens mening äga tillämpning på samtliga ovannämnda fyra sjukdomar. Vissa ändringar av sjukdomsbeteckningarna är dock påkallade.

I första hand bör sålunda till de veneriska sjukdomarna hänföras syfilis (syphilis), som bör uppdelas på medfödd (congenita) och förvärvad (acquisita). Den svenska benämningen enkelt veneriskt sår för ulcus molle är numera ur bruk och utredningen föreslår att sjukdomen i fortsättningen benämnas mjuk schanker. Även beteckningen dröppel för gonorrhoea brukas numera sällan och bör ersättas av den allmänt vedertagna benämningen gonorrhé. Vad den fjärde sjukdomen angår förordar utredningen som lämplig svensk benämning veneriskt lymfogranulom dvs. en direkt översättning av latinets lymphogranuloma venereum.

Såsom sammanfattande benämning på ifrågavarande sjukdomar bör användas veneriska sjukdomar, som är mera adekvat än könssjukdomar och även accepterad i lagspråk (se t. ex. 2 § lagen den 30 juni 1960 om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

Enligt nu gällande bestämmelser anses en venerisk sjukdom vara i smittsamt skede, så länge symtom på smittsamhet föreligger eller förnyat framträdande av sådana symtom är att befara. Här bör tillfogas, att smittsamt skede föreligger även då sjukdomen befaras kunna överföras till avkomma i fosterstadiet.

Beträffande förekomsten av syfilis, ulcus molle och gonorrhé hänvisas till fig. 17, 18 och 19.

2. Den sjukes skyldigheter

I 3 § LV föreskrives, att var och en, som är angripen av könssjukdom, är pliktig att underkasta sig erforderlig läkarbehandling samt att ställa sig till efterrättelse föreskrift, som av läkare meddelas angående sjukdomens behandling eller till förekommande av smittans spridning.

Att den veneriskt sjuke är pliktig söka läkare och underkasta sig erforderlig vård är en grundförutsättning för bekämpandet av de veneriska sjukdomarna. Kravet på att söka läkare bör gälla även den som har anledning misstänka, att han lider av venerisk sjukdom. Så är också fallet i både den danska och den norska lagstiftningen.

3. Smittkällors och "kontakters" skyldigheter

Enligt 14 och 15 §§ LV är den, som av veneriskt sjuk person för den behandlande läkaren uppges såsom smittkälla, skyldig att efter anmaning av sundhetsinspektören inkomma med läkarintyg utvisande huruvida han lider av venerisk sjukdom eller icke. Befinnes han sjuk, skall han av sundhetsinspektören anmanas att inom utsatt kort tid inställa sig hos läkare för undergående av behandling.

Lika angeläget som det är att patienten kommer under vård och blir smittfri är det, att den som smittat patienten kommer under behandling, så att vidare smittspridning hindras. Principen att den som uppgivits såsom smittkälla måste vara skyldig att med läkarintyg styrka om han är sjuk eller icke är därför oavvislig. Utan sådan skyldighet skulle ett effektivt sjukdomsbekämpande bli praktiskt taget omöjligt.

Det räcker emellertid icke med att smittkällan är skyldig att låta sig läkarundersökas. Patienten kan efter nedsmittningen i sin tur ha överfört smitta till en eller flera andra personer och det är icke av mindre vikt att dessa — vanligen kallade »kontakter» — blir undersökta och behandlade. Därtill kommer att det i vissa fall kan vara svårt för att inte säga omöjligt för en patient, som haft ett flertal förbindelser, att uppge vem som är smittkälla och vem som är kontakt. Det är en påtaglig brist i gällande lagstiftning att kontakterna lämnas helt obeaktade. Utredningen föreslår därför att vad som anförts om smittkälla även skall gälla den, till vilken patienten uppgivit sig ha kunnat överföra smitta. Även härvidlag kan den danska och norska lagstiftningen åberopas som förebild.

4. Den behandlande läkarens skyldigheter

Enligt LV är läkare, som konstaterar venerisk sjukdom, pliktig dels att meddela patienten vissa upplysningar och dels att utfråga honom om smittkällan.

I förstnämnda hänseende gäller enligt 8 §, att läkaren skall upplysa den sjuke om sjukdomens art och smittfarlighet samt till honom överlämna föreskrift om vad han har att iakttaga angående sjukdomens behandling och till förekommande av smittans spridning. Finner läkaren den sjukens hälsotillstånd eller andra förhållanden oundgängligen kräva, att sjukdomens beskaffenhet tillsvidare icke yppas för honom, eller är den sjuke barn under 15 år, skall dock undantag göras från vad sålunda är stadgat. Har den sjuke ej fyllt 16 år, skall läkaren underrätta hans målsman eller annan, som har den sjuke i sin vård, om sjukdomens art och smittfarlighet, så ock om vad som bör iakttagas till förekommande av smittans spridning.

Att patienten upplyses om sjukdomens beskaffenhet och olika vägar för smittas spridning är av väsentlig betydelse för ett effektivt bekämpande av sjukdomen. Från denna regel finns enligt utredningens mening ingen anledning att medge undantag.

Vad angår läkarens skyldighet att underrätta den sjukens föräldrar gällde ursprungligen, att sådan underrättelse skulle lämnas om barnet var under 15 år. Genom lagändring år 1948 höjdes denna gräns till nu gällande 16 år. Till stöd för ändringen åberopades, att föräldrarna upp till 16 år hade en vidsträckt bestämmanderätt över barnet i olika avseenden och icke borde hållas okunniga om en allvarlig sjukdom hos detta. Samma åldersgräns för läkarens ovillkorliga underrättelseplikt gäller även i Danmark och Norge. I den danska lagen finns emellertid därjämte en föreskrift som berättigar läkaren att underrätta föräldrarna om patienten är i åldern 16—18 år. Utredningen anser starka skäl tala för att läkaren även i Sverige erhåller dylik befogenhet. Om läkaren finner omständigheterna vara sådana att föräldrarnas medverkan erfordras för att patienten skall sköta sin sjukdom och iakttaga givna föreskrifter, bör han vara berättigad att underrätta föräldrarna om sjukdomen. Det kan också vara fråga om fall, där patientens hela livsföring är sådan att mera ingripande åtgärder kräves för hans tillrättaförande. I dylikt fall är läkaren enligt 93 § barnavårdslagen och 3 § 7) allmänna läkarinstruktionen skyldig att göra anmälan till barnavårdsnämnden för att möjliggöra dess ingripande. Emellertid torde det icke sällan förhålla sig så, att föräldrarna skulle ha möjlighet att tillrättaföra barnet, om de underrättades om situationen. Kan ett ingripande av barnavårdsnämnden undvikas och ersättas av åtgärder från föräldrarnas sida, bör tystnadsplikten rimligen icke förhindra läkaren att i första hand välja denna väg. Utredningen vill därför föreslå, att 16 år visserligen bibehålles såsom gräns för läkarens skyldighet att underrätta föräldrarna men att det därjämte införes rätt för läkare att beträffande den, som är i åldern 16—18 år, underrätta föräldrarna, om han finner omständigheterna påkalla det (beträffande frekvensen av gonorré i olika åldrar se fig. 20).

Vad här sagts om föräldrar och barn bör även gälla patient som till följd av annan sjukdom eller efterblivenhet är ur stånd att i förevarande hänseende taga vård om sig själv. Föräldrarna ersättes här av förmyndare eller den som har patienten i sin vård.

I detta sammanhang må något beröras frågan om läkares skyldighet enligt 93 § barnavårdslagen och 3 § 7) allmänna läkarinstruktionen att till barnavårdsnämnden anmäla sådant som de i sin verksamhet erhållit kännedom om av beskaffenhet att föranleda nämndens ingripande. Frågan om förhållandet mellan dessa bestämmelser och tystnadsplikten har, liksom motsvarande föreskrifter i äldre författningar, visat sig föranleda tolknings-svårigheter bland läkarna. Det är sålunda icke ovanligt att läkare anser sig av sin tystnadsplikt förhindrad att göra anmälningar till barnavårdsnämnd då det gäller barn eller ungdom som de har under behandling för venerisk sjukdom. Frågan upptogs till diskussion i propositionen nr 40/1948 i samband med vissa förslag till ändringar i LV. Det refererades ett fall, där en sundhetsinspektör förklarar sig förhindrad att göra dylik anmälan. Departementschefen anförde, att något hinder för anmälan icke förelåg. Detta oaktat har medicinalstyrelsen sedermera vid flera tillfällen mottagit klagomål från barnavårdsnämnder som ansett att läkare med orätt underlåtit att underrätta dem om fall där skäl till ingripande av nämnden förelåg. På grund av läkares obenägenhet att anmäla hade svåra missförhållanden kunnat råda under lång tid, innan barnavårdsnämnden fått möjlighet att ingripa. År 1961 gjordes en dylik anmälan av barnavårdsnämnd till JO. Efter utredning uttalade denne bl. a., att anmälningsskyldigheten enligt barnavårdslagen icke inskränktes av läkarinstruktionens föreskrifter om tystnadsplikt. JO anförde vidare bl. a. (ämbetsberättelsen till 1963 års riksdag sid. 428 f):

För övrigt torde läkaren oftast kunna fullgöra anmälningsskyldigheten enligt 93 § utan att behöva yppa personliga förhållanden som blivit honom i förtroende anförtrödda. Anmälningsskyldigheten avser nämligen förhållande — t. ex. sedeslöst levnadssätt — som är av beskaffenhet att föranleda barnavårdsnämnds ingripande. Den omständigheten att en minderårig ådragit sig könssjukdom är ensam för sig icke av beskaffenhet att kunna föranleda nämndens ingripande och kan följaktligen icke heller grunda skyldighet för läkare att göra anmälan till barnavårdsnämnd.

I anslutning härtill må erinras, att enligt barnavårdslagen har barnavårdsnämnd att ingripa bl. a. om någon, som ej fyllt 21 år, genom sedeslöst levnadssätt eller underlåtenhet att efter förmåga ärligen försörja sig är i behov av särskilda tillrättaförande åtgärder från samhällets sida. Här avses i främsta rummet hetero- och homosexuellt prostituerat levnadssätt men även sådan sexuell lösaktighet i övrigt, som får anses ådagalägga bristande social anpassning eller utsätta den underåriges hälsa och utveckling för skada eller fara. I kommentarerna till lagrummet anföres, att »de

senare förutsättningen torde föreligga redan på ett tidigt stadium av ett i sexuellt avseende lössläppt levnadssätt» samt att »det är uppenbart att tendenser till lösdriveri och sedeslöst levnadssätt, när det gäller underåriga, för deras eget bästa måste bekämpas så tidigt som möjligt. De kan icke därvidlag få ordna sin livsföring efter egen önskan».

Utredningen vill för sin del understryka angelägenheten av att den här behandlade anmälningsskyldigheten icke försummas.

De upplysningar, som läkaren skall lämna patienten, skall enligt nu gällande bestämmelser ha form av föreskrift som överlämnas till patienten. Tryckt sådan föreskrift har utarbetats av medicinalstyrelsen och tillhandahålles läkarna. Förfarandet synes lämpligt men det torde icke vara erforderligt att i författningstexten intaga bestämmelse om formen för upplysningarnas meddelande.

Vad så angår läkarens skyldighet att utforska smittkällan gäller enligt 11 § LV att behandlande läkare har att av patienten söka utröna av vem och under vilka omständigheter smittan överförts. Senast inom nästa dags utgång skall läkaren till sundhetsinspektören göra skriftlig anmälan om sjukdomsfallet och därvid bl. a. ange vad i avseende å smittans överförande kunnat utrönas med utsättande, där någon angivits såsom smittkälla, av dennes namn och bostad.

Denna läkarens skyldighet att söka få reda på smittkällan är — liksom vid andra smittsamma sjukdomar — av grundläggande betydelse för sjukdomsbekämpandet. Fråga är dock, om det kan anses nödvändigt att sundhetsinspektören alltid får uppgift om smittkällans namn och adress. Underkastar smittkällan sig undersökning och behandling av samme läkare som patienten eller styrker, att han behandlas av annan läkare, har ju det resultat nåtts, som förfarandet åsyftar, och något behov av ingripande från sundhetsinspektörens sida föreligger icke. Om den behandlande läkaren uttryckligen berättigas att underlåta nominativ anmälan i dylikt fall, bör detta även stimulera smittkällan att inställa sig för behandling. Förfarandet bör följaktligen vara förmånligt såväl ur administrativ synpunkt som ur behandlingssynpunkt. Utredningen förordar, att lagstiftningen utformas i enlighet härmed.

Det anförda bör äga motsvarande tillämpning även beträffande personer, till vilka patienten uppgivit sig ha kunnat överföra smitta.

5. Anmaningsförfarandet

Ehuru straffansvar bör kunna utkrävas av den som åsidosätter sin skyldighet att söka läkare och underkasta sig erforderlig vård, är det dock av större vikt, att han så snart ske kan blir underkastad läkarundersökning och -vård. Härför måste handräckning genom polisens försorg i sista hand stå till buds. Innan handräckning tillgripes bör i princip ett anmaningsförfarande ha ägt

rum, varigenom tredska konstaterats. Så gäller också enligt nuvarande lag.

I 9 § LV stadgas sålunda, att om läkare hos någon, som han undersöker eller behandlar, iakttagit venerisk sjukdom och finner att patienten underlåter att ställa sig meddelad föreskrift till efterrättelse, skall läkaren göra skriftlig anmälan därom hos sundhetsinspektören i orten. Enligt 16 § skall sundhetsinspektör, som mottagit dylik anmälan, tillstålla den anmälda anmaning att inom utsatt kort tid inställa sig hos läkare för undergående av sjukbehandling och därom förete intyg hos sundhetsinspektören. Åsidosättes anmaning, kan enligt 21 § länsstyrelsen eller, i stad utanför landsting, hälsovårdsnämnden besluta om läkarundersökning eller intagande på sjukhus. Kan myndighetens beslut icke utan synnerlig fara för smittas spridning avvaktas, äger sundhetsinspektören meddela dylikt beslut. Detta beslut kan sedan verkställas genom handräckning. Föreligger från den sjukas sida uppenbar tredska, kan enligt 16 och 21 §§ beslut meddelas utan föregående anmaning från sundhetsinspektörens sida.

I fråga om smittkällor gäller i huvudsak detsamma. Såsom av redogörelsen under 3. ovan framgår skall smittkälla anmanas att inkomma med intyg utvisande sitt hälsotillstånd i veneriskt hänseende och inkommer icke sådant, kan länsstyrelsen eller, i stad utanför landsting, hälsovårdsnämnden besluta om läkarundersökning. Detta beslut kan verkställas genom handräckning. Även i detta fall äger sundhetsinspektören vid synnerlig fara för smittas spridning besluta om läkarundersökning i myndighetens ställe.

Vid »uppenbar tredska» hos den som konstaterats vara sjuk bortfaller nu sundhetsinspektörens anmaning. Enligt vad det upplysts för utredningen är det i många fall svårt för sundhetsinspektörerna att förebbringa sådan utredning att länsstyrelserna anser uppenbar tredska vara för handen. Enligt utredningens mening bör länsstyrelserna kunna besluta utan föregående anmaning i betydligt större utsträckning än för närvarande. Det gäller här personer som förfar i strid mot ett givet lagbud. Utredningen föreslår, att förutsättningen för rätt att gå till beslut utan att anmaning skett anges så, att anmaning må underlåtas, om det skäligen kan antagas att den icke skulle efterkommas. Sådan anledning kan grundas t. ex. på tidigare kändedom om patienten.

I fråga om uppgivna smittkällor saknar länsstyrelserna enligt gällande lag möjlighet att utan föregående anmaning förordna om åtgärd. Detta kan synas naturligt, eftersom det icke konstaterats att smittkällan är veneriskt sjuk. Emellertid kan omständigheterna vara sådana, att smittkällan med största sannolikhet är sjuk. Som exempel härpå kan anföras ett fall som utredningen har sig bekant. I en stad inkom i snabb följd flera anmälningar från olika patienter om en efterbliven flicka som smittkälla. Flickan bytte efter kort tid vistelseort och även där inkom dylika anmälningar. Att i ett dylikt läge kräva, att flickan skulle delges anmaning från

sundhetsinspektören och först sedan denna åsidosatts bli föremål för länsstyrelsens beslut synes opåkallat. Eftersom smittkällor av detta slag numera ofta byter vistelseort, innebär gällande ordning, att de blir praktiskt taget omöjliga att få under vård. Utredningen föreslår därför, att anmaningsledet bör få överhoppas även beträffande den som uppgivits som smittkälla under förutsättning att grundad anledning föreligger att antaga att smittkällan är veneriskt sjuk och att det skäligen kan antagas, att anmaningen icke skulle efterkommas.

Någon motsvarighet till denna bestämmelse beträffande kontakter har utredningen icke funnit skäl att föreslå.

De åtgärder som myndighetens beslut bör kunna gå ut på är följande:

1. att den misstänkt sjuke skall inställa sig hos läkare för undersökning huruvida han lider av venerisk sjukdom,
2. att den sjuke skall inställa sig hos läkare för erforderlig behandling mot venerisk sjukdom,
3. att den sjuke skall låta intaga sig för vård på sjukhus, om synnerlig fara föreligger att han eljest skulle sprida smitta av venerisk sjukdom.

I gällande lag förekommer icke åtgärden under 2. Man torde ha utgått från att i sådan situation intagning på sjukhus alltid måste anses påkallad. Även om detta vanligen skulle vara fallet, finns enligt utredningens mening ingen anledning att förhindra myndigheten att besluta om behandling i öppen vård, därest så i något fall skulle vara tillfyllest.

Av de angivna åtgärderna kan de två första icke anses vara av för den enskilde synnerligen ingripande slag. Detta är däremot fallet med den tredje åtgärden, som innebär ett frihetsberövande för obestämd tid.

Såsom anförts ankommer det nu på hälsovårdsnämnden i de landstingsfria städerna att besluta om åtgärd enligt ovan beträffande den som vistas i staden och eljest på vederbörande länsstyrelse. I och för sig ter det sig egendomligt att länsstyrelsen i vad avser de landstingsfria städerna ersättes av hälsovårdsnämnden. Mest tillfredsställande ur rättssäkerhetssynpunkt vore om förordnanderätten alltid uppdroges åt länsstyrelsen resp. överståthållarämbetet. Att överföra alla dessa ärenden från hälsovårdsnämnderna till länsstyrelserna skulle emellertid innebära en betydande merbelastning för länsstyrelserna och med all sannolikhet även en försening av förfarandet, vilket skulle vara synnerligen olyckligt. Det måste också beaktas, att antalet ärenden av hithörande slag just i storstäderna är särskilt stort (se bil. 3—6). Med hänsyn härtill vill utredningen icke förorda, att hälsovårdsnämnderna i dessa städer frånges sina nuvarande befogenheter såvitt avser åtgärderna under 1 och 2. Då det gäller åtgärden under 3 — införande till sjukhus — som är en betydligt mer ingripande åtgärd, anser sig utredningen dock böra föreslå, att vidtagandet härav förbehålles länsstyrelserna. Dessa ärenden är så fåtaliga, att den längre tid, som ett länsstyrelseförfarande kan beräknas kräva, icke är av större be-

tydelse. I Stockholms stad uppgick inläggningarna på sjukhus under år 1964 endast till nio.

I samtliga fall bör sundhetsinspektören liksom för närvarande vara berättigad att, om fara i dröjsmål föreligger, själv förordna om åtgärd.

I detta sammanhang bör en terminologisk fråga beröras. Sundhetsinspektör är enligt 2 § LV länsläkaren eller motsvarande förste stadsläkare. I stad utanför landsting äger dock hälsovårdsnämnden uppdraga åt särskild läkare att i förste stadsläkarens ställe vara sundhetsinspektör. Denna rätt har tagits i anspråk i Stockholms stad.

Utredningen föreslår att beteckningen sundhetsinspektör utgår. De uppgifter varom här kan bli fråga bör ankomma på länsläkaren resp. förste stadsläkaren. Detta behöver dock ej innebära, att dessa befattningshavare alltid skall behöva personligen handha uppgifterna. Enligt 17 § instruktionen den 3 december 1965 (nr 792) för länsläkarväsendet äger nämligen länsläkare, om det finnes påkallat för en ändamålsenlig fördelning av arbetsbördan, ålägga bitr. länsläkaren att självständigt fullgöra länsläkares åliggande. Möjlighet föreligger alltså, att en bitr. länsläkare kan handha nu ifrågavarande uppgifter. Samma möjlighet står öppen för förste stadsläkare. Enligt 17 § allmänna läkarinstruktionen äger förste stadsläkare, om det finnes påkallat för en ändamålsenlig fördelning av arbetsbördan, med hälsovårdsnämndens medgivande ålägga annan stadsläkare i staden att självständigt fullgöra på förste stadsläkare ankommande länsläkaruppgifter.

I storstadsregionerna råder speciella problem. De landstingsfria städerna bildar befolkningsmässigt sett i regel en naturlig enhet med större eller mindre delar av angränsande landsbygd. Det är sålunda ej ovanligt, att patienten och smittkällan bor inom olika sjukvårdsområden. För övervakningen av den veneriska vården är det en olägenhet att en dylik region icke också utgör en administrativ enhet. För att minska dessa olägenheter bör möjlighet beredas att sammanslå storstäderna med angränsande område, i vad gäller länsläkar-/förste stadsläkaruppgifterna. Eftersom det här är fråga om en väsentligen statlig uppgift är det naturligt, att sammanslagningen sker på sådant sätt, att länsläkaren övertar de uppgifter som eljest skulle åvila förste stadsläkaren i staden. En dylik sammanslagning har i realiteten redan skett vad beträffar Stockholms stad och län — möjliggjord genom bestämmelse i 2 § andra stycket LV och så utformad att bitr. länsläkaren i länet erhållit förordnande att vara sundhetsinspektör i staden — och erfarenheterna härav bestyrker lämpligheten av denna ordning. Behovet av en sådan sammanslagning kommer dock att avsevärt minskas genom det förslag som utredningen i det följande (se sid. 77) framlägger, att länsläkare/förste stadsläkare skall äga anmana även den som icke vistas inom hans område.

Ehuru utredningen såsom av det följande kommer att framgå anser en

effektivisering av anmaningsförfarandet också böra försökas på annan väg, nämligen genom att vissa behandlande läkare erhåller befogenhet att anmana med rättslig verkan, anser utredningen likväl att även den ovan diskuterade anordningen bör stå till buds. Bestämmelsen bör utformas så, att medicinalstyrelsen bemyndigas att på ansökan av förste stadsläkare befria honom från hithörande uppgifter och uppdraga dessa åt länsläkare i angränsande län. För Göteborgs stad möjliggör detta förslag icke någon fullständig lösning, eftersom stadens ytterområden tillhör flera olika län. Förslaget får därför i vad avser denna stad ses som ett begränsat framsteg i avbidan på den reform av länsindelningen, varom utredning pågår.

6. Åtgärder för effektivisering av förfarandet

Utredningen har under de olika avsnitten i det föregående framlagt flera förslag, som bör effektivisera kampen mot de veneriska sjukdomarna. Sammanfattningsvis kan de återges sålunda:

»Kontakter» likställas med smittkällor,

läkare får befogenhet att underrätta föräldrar till underåriga i åldern 16—18 år om venerisk sjukdom,

sådan smittkälla och kontakt som tagits under behandling behöver ej namneligen anmälas till länsläkaren,

förutsättningen för att tvångsåtgärder utan föregående anmaning skall få ifrågakomma mot försumlig patient utvidgas — i stället för krav på »uppenbar tredska» skall gälla, att det skäligen kan antagas att anmaningen icke skulle efterkommas,

möjlighet införes att vidtaga tvångsåtgärd mot uppgiven smittkälla utan föregående anmaning, om grundad anledning föreligger att antaga att smittkällan är sjuk och det skäligen kan antagas att anmaning icke skulle efterkommas, samt

landstingsfri stad kan i övervakningshänseende sammanföras med angränsande sjukvårdsområde till en enhet.

Ytterligare åtgärder i effektiviseringssyfte måste dock övervägas.

Av väsentlig vikt för sjukdomsbekämpandet är att ingripande mot en patient, som försummar sin vård, och mot en smittkälla eller kontakt kan ske så snabbt som möjligt. Ju längre en veneriskt sjuk tillåtes eftersätta vården av sin sjukdom desto större blir risken att smitta sprides vidare. Det samma gäller smittkällor och kontakter. Det måste därför vara angeläget att i möjligaste mån begränsa tidrymden för förfarandet.

Vad angår förfarandet *hos den behandlande läkaren* torde några påskyndande åtgärder icke kunna vidtagas. Vissa överväganden är här dock påkallade. Sålunda har det ibland diskuterats om en patient, som icke återkommer föreskriven dag för behandling, genast skall anmälas till läns-

läkaren eller om läkaren har befogenhet att först påminna patienten om det erforderliga återbesöket. Enligt utredningens mening bör läkaren vara oförhindrad att genom påminnelser söka få patienten till behandling, om han tror detta leda till resultat. Patienten torde många gånger ha mer eller mindre giltigt förfall. Skulle läkaren automatiskt ha att till länsläkaren anmäla alla patienter som inte strikt iakttagit utsatt tid, skulle detta säkerligen innebära att länsläkaren belastades med fall som utan hans ingripande kan komma under vård. Om läkaren tillåtes själv påminna en försumlig patient, måste dock förutsättas, att han håller dylika rådrum inom mycket snäva gränser och endast begagnar sig härav i fall där han anser sig ha goda förhoppningar om att hans påminnelse skall leda till resultat. I annat fall skulle tillvägagångssättet endast innebära en förlängning av förfarandet.

Utredningen är angelägen understryka, att det anförda icke innebär, att läkaren i något fall skulle vara *skyldig* att genom egna åtgärder söka få en försumlig patient till fortsatt behandling.

Vad därefter angår förfarandet *hos länsläkaren* inställer sig några spörsmål.

Det första är om anmaningsförfarandet skulle kunna flyttas från länsläkaren till den behandlande läkaren. Denne skulle alltså ha att delge anmaning, vars åsidosättande berättigar till beslut av länsstyrelsen. Tidsmässigt borde en sådan förenkling givetvis innebära en icke oväsentlig vinst. Vid övervägande av detta spörsmål bör vårdens organisation beaktas. Utredningen föreslår i det följande, att nuvarande möjlighet för patienterna att erhålla kostnadsfri undersökning och behandling vid venerisk sjukdom skall bibehållas. Denna vård bör liksom hittills meddelas dels av tjänsteläkare och dels vid särskilda könspolikliniker. Den som icke vill utnyttja möjligheten av kostnadsfri vård bör få anlita vilken läkare han önskar. Om nu den behandlande läkaren skulle förpliktas att själv verkställa anmaning med rättslig verkan, torde vara klart att det icke gärna kan ifrågakomma att föreskriva sådana skyldigheter för andra än tjänsteläkarna och poliklinikernas läkare. Även om frågan sålunda begränsas till dessa läkare, synes den dock långt ifrån klar. Den ifrågasatta ändringen skulle innebära, att dessa läkare belastades med viktiga uppgifter av väsentligen kontorsmässig natur. Vad tjänsteläkarna beträffar är det allmänt känt att de har en betydande arbetsbörda. Inom stora delar av landet saknas för övrigt fasta innehavare av tjänsterna. Vidare bör observeras att åläggandet, om det skall vara någon mening med detsamma, även bör avse att anmana smittkällor, vilket — såsom utredningen i det följande kommer att närmare utveckla — ofta förutsätter, att ett betydande arbete nedlägges på att efterforska namn och adresser. Annorlunda förhåller det sig härvidlag med könspoliklinikerna, där läkaren till sitt biträde regelmässigt har sär-

skild personal, som skulle kunna sköta ifrågavarande uppgifter. Några större betänkligheter mot att låta väl organiserade polikliniker övertaga länsläkarnas anmaningsuppgifter torde därför knappast böra möta. Åtskilliga länsläkare, som ställts inför förevarande fråga, har dock givit uttryck för tvekan angående lämpligheten att på detta sätt decentralisera verksamheten inom ett sjukvårdsområde, framför allt efterforskningen av smittkällor. Utredningen ifrågasätter likväl om icke dessa olägenheter kan undanröjas genom ett informellt samarbete mellan poliklinikerna och länsläkaren. I varje fall synes den möjliga tidsvinsten vara av så stort värde att den bör kunna kompensera dessa olägenheter. Utredningen vill föreslå, att lagtexten ges en sådan form att det i särskilda fall blir möjligt att förordna om en överflyttning av anmaningsförfarandet från länsläkaren till behandlande läkare. Utredningen har då närmast i tanke könspoliklinikerna men uteslutet bör ej heller vara att även tjänsteläkare erhåller dylik befogenhet. En större läkarstation med tillräcklig biträdespersonal bör sålunda kunna ifrågakomma. Det bör lämpligen uppdragas åt medicinalstyrelsen att efter vederbörlig utredning förordna om en sådan överflyttning i varje särskilt fall. I den mån försöken slår väl ut och tjänsteläkarnas stationer utbygges och förses med lämplig biträdespersonal kan det i en framtid vara möjligt att anmaningsförfarandet mera allmänt blir lagt i händerna på den behandlande läkaren.

I detta sammanhang må något beröras en annan form av decentralisering, som i och för sig vore möjlig, nämligen att låta stadsläkare i större landstingsstäder övertaga länsläkarens befogenhet att anmana beträffande fall i staden. En sådan ordning erbjuder särskilt intresse, därför att alla stadsläkare i LV:s ursprungliga lydelse just hade sådan befogenhet. Denna upphävdes emellertid genom lagändring år 1942 (proposition nr 222). Anledningen till ändringen var besparingsskäl — rent kommunala stadsläkare ansågs icke utan särskild ersättning kunna åläggas en uppgift av ifrågavarande slag, varför särskild ersättning utgick till dem av statsmedel. Genom lagändringen kunde dessa ersättningar indragas.

Om stadsläkare gäller nu enligt 14 § hälsovårdsstadgan att sådan läkare skall finnas i alla städer med minst 40 000 invånare. Stadsläkare kan dock finnas även i städer med 15 000—40 000 invånare. För närvarande har 25 städer stadsläkare. Av dessa är 12 residensstäder, där det sålunda även finns länsläkare. För dessa städer skulle en ändring vara utan praktisk betydelse. Vidare är att märka, att i 19 av de 25 städerna finns särskilda polikliniker för den veneriska vården. Om utredningens ovan väckta förslag att låta välorganiserade polikliniker själva övertaga anmaningsförfarandet realiserats, skulle därigenom vinnas avsevärt mer i tidshänseende än genom att överflytta förfarandet till stadsläkaren. Befinnes en decentralisering praktiskt möjlig och förmånlig, bör den därför enligt utredningens mening ske till den behandlande läkaren. Även bortsett från de

ersättningsfrågor, som skulle väckas genom stadsläkarnas engagerande, anser utredningen därför det här diskuterade alternativet böra avföras.

Ett visst problem erbjuder de fall, där den som skall anmanas uppehåller sig i annat sjukvårdsområde än den behandlande läkarens. Enligt gällande ordning (13 §) skall den behandlande läkaren alltid göra anmälan till länsläkaren i sitt eget sjukvårdsområde (länsläkaren A) och, om denne finner att den anmälde vistas i ett främmande sjukvårdsområde, skall han överlämna anmälan till länsläkaren i detta område (länsläkaren B) för åtgärd. Förfarandet är givetvis ägnat att fördröja delgivningen. Att den anmälde uppehåller sig i annat sjukvårdsområde är ingalunda ovanligt, särskilt beträffande smittkällor. Av den utförda specialundersökningen för Väster-norrlands län framgår, att så kan vara förhållandet i upp till 30 % av fallen (se bil. 2). I storstadsregionerna torde fallen vara ännu talrikare. Åtgärder för att möjliggöra snabbare anmaningar är därför angelägna. Utredningen har funnit hinder icke böra möta mot att låta länsläkaren A anmana även den som vistas inom annat sjukvårdsområde. Underlåter vederbörande att ställa sig anmaningen till efterrättelse så att beslut av länsstyrelse och ev. handräckning kräves, bör sådant beslut dock alltid ankomma på länsstyrelsen i det län, där den anmanade vistas. För att detta skall kunna ske måste länsläkaren A sända avskrift av anmaningen till länsläkaren B och anmaningen skall innehålla åläggande för den anmanade att för länsläkaren B styrka, att han är smittfri eller går under behandling. Inkommer icke sådant intyg, blir det länsläkaren B:s sak att föra ärendet vidare till sin länsstyrelse för beslut.

Att länsläkaren A på detta sätt skall anmäla direkt bör dock icke vara undantagslös regel. Tvärtom har utredningen här endast haft i åtanke sådana fall, där namn och adress på den som skall anmanas är så fullständigt angivna, att det endast är fråga om att expediera anmaningen. Många gånger är emellertid smittkällorna så ofullständigt angivna att omfattande efterforskningar erfordras på platsen. I sådana fall är det mera praktiskt att den inkomna uppgiften överlämnas till länsläkaren B, som har lättare att ombesörja dylik efterforskning. Författningstexten har därför givits en formulering, som gör ett dylikt överlämnande möjligt, om särskilda skäl föreligger för ett sådant förfarande.

Är det fråga om fall, där länsstyrelsens beslut får meddelas utan föregående anmaning, bör anmälan alltid överlämnas till länsläkaren B och ankommer det sedan på denne att hos länsstyrelsen hemställa om beslut. Självfallet är det i dylika fall angeläget, att länsläkaren A noga redogör för de förhållanden, varpå han grundar sin mening att anmaning må underlåtas.

En särskild ordning gäller enligt 13 § LV, om den som skall anmanas är »i tjänst varande krigsman av manskaps grad» eller är intagen i straff- eller tvångsarbetsanstalt eller häkte. I sådant fall skall anmälan överläm-

nas till vederbörande militärläkare eller anstaltens eller häktets läkare. Enligt 23 § ankommer det därefter på denne läkare att föranstalta om undersökning och eventuell vård.

Den angivna ordningen bereder vissa praktiska olägenheter. Gäller det en uppgiven smittkälla, får länsläkaren icke veta om vederbörande var sjuk eller icke. Enligt utredningens mening finns det ingen anledning att låta dessa fall gå vid sidan av eljest gällande ordning. De bör anmanas på samma sätt som andra personer och länsläkaren bör ha att följa dem på enahanda sätt. Den enda skillnad, som utredningen finner erforderlig, är att militärläkaren eller anstaltens läkare bör erhålla avskrift av anmaningen och åläggas tillse att den efterkommes. Regeln bör gälla alla som fullgör värnpliktstjänstgöring eller är intagna på vårdanstalt eller inrättning, som de icke äger på egen begäran lämna. Ofta torde dock länsläkaren icke ha kännedom om att den anmanade tillhör någon av dessa kategorier. Det kan därför endast bli fråga om en rätt för länsläkaren att förfara på angivet sätt.

I fråga om *handläggningen hos länsstyrelserna resp. hälsovårdsnämnderna* har utredningen inhämtat uppgifter om tillvägagångssättet därstädes. Av dessa synes framgå, att man överallt handlägger dessa ärenden med all möjlig skyndsamhet. Utredningen vill här endast understryka, att länsläkarens framställning om åtgärd givetvis icke skall behöva utställas till förklaring innan beslut meddelas. Länsläkarens anmaning skall ju innehålla uppgift om påföljden vid underlåtenhet att efterkomma anmaningen.

Däremot är en del problem förenade med *handläggningen hos polismyndigheten*. I propositionen med förslag till LV (nr 154/1918) anförde departementschefen bl. a.

Sedan beslut om vidtagande av tvångsåtgärder blivit i behörig ordning fattat, synes det mig icke medföra några betänkligheter att medgiva omedelbar handräckning till sådant besluts verkställande, utan någon avbidan på att den anmälde formligen vägrar att ställa sig beslutet till efterrättelse. Nödig frist för godvilliga åtgärder har ju erbjudits under sundhetsinspektörens föregående anmaningsförfarande.

I praktiken har förfarandet av allt att döma ganska allmänt blivit det, att polismyndigheten först ger vederbörande en anmaning — per telefon eller skriftligen — och endast om denna icke efterkommes, tillgripes handräckning. Onekligen innebär detta, att den försumlige får visst ytterligare rådrum. Tillvägagångssättet leder dock till att handräckning kan begränsas till ett relativt fåtal fall. Införskaffade uppgifter från de tre största städerna, där handräckningsfallen är talrikast, visar följande:

| | Stockholm 1964 | Göteborg 1964 | Malmö 1965 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|---------------|
| Antal framställningar om handräckning | 1 253 | 740 | 238 |
| Antal personer, som inställt sig självmant efter skriftlig anmaning av polisen | 630 | — ¹ | 119 |
| Inställda genom polisens försorg | 175 | 165 | 45 |

Mot bakgrunden av dessa siffror anser sig utredningen icke kunna förorda någon ändring av den praxis som etablerats.

Av väsentlig betydelse för förfarandet, då det blir fråga om handräckning, är att läkare finnes till hands för undersökning, då den efterspanade gripits av polisen. Utredningen återkommer härtill i kap. XIII, där sjukvårdsorganisationen behandlas.

7. Läkarens hjälpkrafter

Efterforskningen och uppspårandet av smittkällor utgör ofta en svår och krävande uppgift, som förutsätter en avsevärd arbetsinsats. Många gånger är patienten inte villig att uppge någon smittkälla. Det gäller då att söka övertala patienten — kanske vid ett flertal tillfällen — att lämna erforderliga uppgifter om smittkällan. Stundom är förhållandet det, att patienten inte känner smittkällan närmare utan kan ange denna endast genom vissa yttre kännetecken, förnamn etc. I sådana fall kräves många gånger ett betydande arbete innan eventuell klarhet vinnes om smittkällans identitet. Det ligger i sakens natur, att den behandlande läkaren sällan har möjlighet att nedlägga ett tillräckligt arbete på dessa uppgifter. Inte heller torde han ha större erfarenhet av hur en utfrågning lämpligen bör tillgå för att ha de största möjligheterna att leda till resultat. I medvetandet härav har också sedan länge särskilda tjänstemän — kuratorer — anställts vid större könspolikliniker för att biträda läkaren i förevarande hänseende. Det har kunnat konstateras, att dessa kuratorer gör en synnerligen betydelsefull insats för smittkälle-efterforskningen, och det är ingen överdrift att säga att utan dessa kuratorer skulle lagens föreskrifter icke kunna efterlevas på avsett sätt. Ett angeläget önskemål är, att dylika kuratorer anställas i ökad utsträckning. Varje poliklinik bör ha tillgång till dylik befattningshavare. Vid mindre polikliniker behöver denne självfallet icke vara heltidsanställd.

En kurator vid könspoliklinik är en angelägen hjälpkraft även ur andra synpunkter. De smittade, som besöker poliklinikerna, utgörs numera i oroväckande hög grad av mycket unga eller eljest missanpassade, som är i

¹ Uppgift har ej kunnat erhållas.

stort behov av stöd och hjälp. Ofta är de helt okunniga om de veneriska sjukdomarnas natur och möjligheterna att skydda sig mot dessa. Kuratorn bör här verka i upplysande och rehabiliterande syfte.

En svårighet är dock att särskild kurator icke gärna kan anställas annat än vid större mottagningar. Tjänsteläkarna kan därför i allmänhet icke påräkna sådant biträde. Emellertid biträdades ju tjänsteläkarna i sina distrikt av distriktssköterskor, som vanligen har mycket god kännedom om befolkningen. Hittills har dessa icke tagits i anspråk för den veneriska vården. Utredningen anser emellertid naturligt, att distriktssköterskorna engageras även för denna vård, särskilt då för efterforskningen av smittkällor. I den mån en tjänsteläkare behöver hjälp för sina uppgifter inom denna vårdgren bör han äga anlita distriktssköterskan lika väl som för andra sjukdomar. Distriktssköterskan bör därvid i viss utsträckning kunna fylla även samma sociala funktioner som en kurator.

Även hälsovårdsnämndernas personal bör ha att biträda härmed, där så är möjligt och lämpligt. Detta följer av utredningens förslag i fråga om huvudmannaskapet för denna vård. Det torde huvudsakligen bli i städerna som man kan räkna med biträde av denna personal.

Ofta biträder polisen i betydande omfattning med hithörande uppgifter och lämnar därvid värdefull medverkan. I princip anser utredningen dock att polisen icke bör engageras förrän i sista hand. Först bör hälso- och sjukvårdens egen personal ha sökt komma till rätta med efterforskningen och endast om detta visat sig omöjligt bör polisens hjälp begäras. Det är enligt utredningens mening av principiell betydelse att denna personal — distriktssköterskor och hälsovårdsnämndspersonal — som hittills stått helt utanför den veneriska vården tages i anspråk inom denna vård, som ju är en del av samhällets hälso- och sjukvård.

Det anförda innebär icke, att polisens medverkan för efterforskning av personer och adresser skulle kunna helt undvaras. Särskilt i storstäderna torde det vara oundgängligt att även framdeles i stor utsträckning lita till polisens biträde. Polisen besitter i många fall en synnerligen god personkännedom som måste utnyttjas.

Det har syns utredningen tveksamt om särskild författningsföreskrift erfordras för att länsläkare skall äga befogenhet att påkalla polisens medverkan för personefterforskning. De allmänna bestämmelserna om polisens uppgifter i polisinstruktionen (SFS nr 686/1965) torde dock kunna anses tillräckliga för ändamålet. Utredningen vill emellertid framhålla, att länsläkaren bör äga att direkt vända sig till polismyndigheten och icke, såsom nu ofta förutsättes, endast genom förmedling av länsstyrelsen, vilket medför en opåkallad tidsutdräkt. Skulle osäkerhet kunna anses råda om räckvidden av bestämmelserna i polisinstruktionen, får utredningen påyrka, att en särskild bestämmelse i ämnet införes i smittskyddslagstiftningen (jfr 8 kap. 6 § föräldrabalken).

8. Anonymitetsskyddet vid illvillig anmälan om smittkälla eller kontakt

Enligt LV har den som anmäler smittkälla för venerisk sjukdom en oinskränkt rätt att vara anonym. Detta gäller även om anmälaren av ren illvilja uppger en helt ovidkommande person.

I direktiven för utredningen har departementschefen anfört, att det bör provas, huruvida det är möjligt att så utforma anonymitetsskyddet för den som anger smittkälla, att helt ogrundad angivelse kan beivras utan att effektiviteten i kampen mot de veneriska sjukdomarna minskar.

I vissa utländska lagar har uttryckliga undantag från anspråket på anonymitetsskydd i åsyftade fall gjorts. Sålunda stadgas i 14 § andra stycket i den finländska förordningen om könssjukdomar:

Adagalägger person, som enligt 7 § uppgivits såsom smittförande, att han icke kunnat sprida smitta, är den läkare, som insänt i nämnda paragraf avsedd anmälan dock berättigad att för nämnda person uppgiva, vem som anmält honom såsom smittbärare.

I Västtysklands motsvarande lag heter det i § 16 sista stycket:

GA¹ är befogat att för rättsligt ändamål uppge namnet på person, som misstänkes för att mot bättre vetande ha gjort anmälan, vari annan sanningslöst beskylles för överförande av könssjukdom eller för att ha utsatt någon för smitta genom att öva könsumgänge med ofta växlande partner.»

I kommentaren till den tyska lagen understrykes, att GA är befogat, icke förpliktat att uppge namnet. Det framhålles vidare, att en avvägning måste göras, huruvida det allmännas intresse (dvs. statens straffanspråk) rättfärdigar ett brytande av tystnadsplikten. GA skall själv pröva om misstanken att anmälan gjorts mot bättre vetande är tillräckligt grundad. Uppgiften skall lämnas till åklagaren eller den anmälde, om denne gör troligt, att han avser att vidtaga rättsliga åtgärder.

Några delade meningar lär icke kunna råda om att det är klart otillfredsställande att även en medvetet falsk uppgift om smittkälla eller kontakt kan lämnas utan att uppgiftslämnaren riskerar att få sin anonymitet röjd. Förhållandet har vid olika tillfällen påtalats i pressen i anslutning till fall där uppgiven smittkälla påstått sig vara anmäld som en hämnadeakt. Även om fall av denna art torde vara mycket sällsynta, bör lagstiftningen likväl inte skydda en sådan uppgiftslämnare. En ändring bör därför ske. Utredningen föreslår, att detta genomföres på så sätt att länsläkare förpliktas att utlämna anmälarens namn, om det kan utredas att anmälan varit felaktig och gjorts i ond avsikt. Givetvis är det ingen enkel uppgift att åstadkomma en utredning som styrker riktigheten av ett påstående om illvillig anmälan.

¹ GA (Gesundheitsamt) motsvarar närmast länsläkare i Sverige, såvitt avser bekämpandet av veneriska sjukdomar.

I allmänhet torde den anmälda få hänvisas till att anlita rättshjälpsanstalt eller annan juridisk expertis. Även länsläkaren behöver å sin sida ha tillgång till juridisk hjälp. Sådan bör kunna lämnas av länsstyrelsens tjänstemän.

Utredningen bör kunna bedrivas på följande sätt. Sedan den anmälda förebragt det material som han åberopar till stöd för sitt påstående, infordrar länsläkaren de uppgifter om anmälaren som finns tillgängliga hos den behandlande läkaren. Om så erfordras får härefter anmälaren beredas tillfälle att förklara sig. På detta sätt får utredningen fortgå med skriftliga yttranden eller vid behov muntligt hörande av parterna, till dess beslut kan meddelas.

Över länsläkarens beslut kan talan enligt länsläkarinstruktionen föras hos medicinalstyrelsen.

Farhågor har yppats att en bestämmelse av föreslaget innehåll skulle komma att tynga administrationen på ett besvärande sätt. Enligt utredningens mening torde dock det antal ärenden av detta slag som kan ifrågakomma bli så fåtaliga, att de icke bör kunna oskäligt belasta myndigheterna.

9. Fråga om viss anmälningsskyldighet för åklagare

I 12 § LV ålägges åklagare att, om någon befinnes skäligen misstänkt för vissa brott, göra skriftlig anmälan därom till sundhetsinspektören eller, om den misstänkte är häktad för brottet, till läkaren vid häktet. De brott som avses är av två slag. Den ena kategorin omfattar våldtäkt, frihetskränkande otukt, otukt med barn eller ungdom samt försök till sådant brott. Motiven till anmälningsskyldigheten i dessa fall — den tillkom år 1918 — har varit, att personer som gör sig skyldiga till dessa brott, oftare än andra är behäftade med venerisk sjukdom och att det därför finns särskild anledning att göra dem till föremål för det förfarande som LV stadgar. Dessa motiv torde numera icke vara bärande, varför utredningen icke kan finna någon motsvarighet till den refererade bestämmelsen erforderlig i den nya lagstiftningen.

I viss mån annorlunda förhåller det sig med anmälningsskyldigheten vid den andra kategorin av brott. Denna gäller brott mot 29 § LV dvs. att veneriskt sjuk person med vetskap eller misstanke om sin sjukdom övar samlag med annan. I detta fall korresponderar föreskriften med stadgandet i 25 § LV, enligt vilken åklagaren eller domstolen vid misstanke om brott som i 29 § sägs äger att på begäran undfå besked huru den »föranstaltade» läkarundersökningen utfallit. Härmed torde avses den läkarundersökning, som genom sundhetsinspektörens ingripande kommit till stånd i anledning av åklagarens anmälan. Värdet ur bevisningssynpunkt av denna undersökning är dock osäkert, eftersom den misstänkt sjuke mycket väl kan vara återställd vid ifrågavarande tidpunkt. För övrigt bör något behov för åkla-

garen eller domstolen att för ändamålet igångsätta anmaningsförfarande enligt LV icke föreligga, då enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken båda äger själva förordna om läkarundersökning vid brott som här avses. Helt annan betydelse kan det däremot ha för de rättsvårdande organen att få uppgift om resultatet av tidigare verkställd undersökning. Något hinder bör enligt utredningens mening ej heller föreligga för dessa organ att vid pågående förundersökning om brott mot 29 § få del av resultatet av varje läkarundersökning som skett efter ingripande av sundhetsinspektören. Det bör beaktas, att denna upplysningsskyldighet endast kan komma att avse sådana sjuka som själva har skuld till att deras namn kommit till sundhetsinspektörens kännedom samt sådana, där undersökningen föranletts av anmälan om smittkälla. Vissa uppgifter utredningen erhållit tyder på att lagens bestämmelser stundom redan nu tolkas i överensstämmelse härmed.

I enlighet härmed har utredningen inte funnit anledning att föreslå bibehållande av någon föreskrift för åklagare om anmälningsskyldighet till sundhetsinspektören men förordar i anslutning därtill, att uttrycket »den föranstaltade läkarundersökningen» i nuvarande 25 § LV ändras till »läkarundersökning som föranstaltats av länsläkare». Jämställd med länsläkare bör givetvis vara annan läkare, som fått befogenhet att i länsläkarens ställe verkställa anmaningar.

10. Fråga om anmälan till pastorsämbete

Enligt 2 kap. 6 § giftermålsbalken må den, som är behäftad med könssjukdom i smittsamt skede, ej ingå äktenskap, med mindre medicinalstyrelsen finner skäligt tillåta äktenskapet.

I anslutning härtill gäller enligt 10 § LV att om läkare, som iakttagit fall av könssjukdom, får reda på att patienten ämnar träda i äktenskap utan att söka vederbörligt tillstånd, skall han skriftligen anmäla förhållandet för sundhetsinspektören. I 17 § ålägges sundhetsinspektören att översända anmälan till pastor i den församling, där den anmälde är kyrkobokförd. Pastor har därefter att vidarebefordra anmälan till den myndighet, hos vilken hinder mot äktenskapet må anmälas.

De refererade bestämmelserna har en utomordentligt ringa praktisk betydelse. De flesta sundhetsinspektörer har aldrig haft anledning att göra någon anmälan av detta slag. Med hänsyn härtill och då dessutom enligt föreliggande förslag till ändrad giftermålsbalk (SOU 1964:34—35) venerisk sjukdom ej avses att utgöra äktenskapshinder, bör enligt utredningens mening några föreskrifter i ämnet icke införas i den nya lagstiftningen.

IX. Avgiftsfria förmåner vid fall av smittsam sjukdom

Enligt direktiven för utredningen bör frågan om rätt till ersättning för vård och läkemedel vid epidemiska sjukdomar lämpligen behandlas av 1961 års sjukförsäkringsutredning. Denna utredning har nämligen uppdrag att utreda frågan om rätten till ersättning för sjukvård och till läkemedelsförmåner över huvud taget. Därvid kommer bland annat att särskilt övervägas om sjukhusvården generellt bör göras kostnadsfri. Enligt vad nämnda utredning upplyst avser man att under loppet av år 1966 framlägga förslag i berörda hänseenden. Dessa förslag kommer att bli av generell räckvidd och sålunda icke särskilt beröra förhållandena vid smittsamma sjukdomar.

I samråd med 1961 års sjukförsäkringsutredning framlägges i det följande förslag i fråga om de avgiftsfria förmånerna vid smittsamma sjukdomar. Vad därvid anföres om kostnaderna vid slutna vård förlorar givetvis sin aktualitet, om och när sjukhusvården generellt göres avgiftsfri. Det bör särskilt framhållas att förslagen bör kunna genomföras utan ståndpunkts-tagande till sjukförsäkringsutredningens kommande förslag.

1. Allmänfarliga sjukdomar utom tuberkulos

I kap. VI har utredningen under »2. Tjänsteläkarens åtgärder» redogjort för förhållandena i öppen vård vid fall av epidemilagssjukdom och framlagt sina synpunkter på den framtida ordningen. Såsom därav torde framgå sker diagnostiseringen av dessa sjukdomar i öppen vård i allmänhet utan kostnad för den enskilde och någon principiell ändring i denna ordning föreslås icke. Ej heller finns anledning att förorda någon ändring i fråga om bestridandet av kostnaderna för fortsatt vård i hemmet. Dessa får sålunda bestridas på samma sätt som vid andra sjukdomar.

I fråga om slutna vård vid dessa sjukdomar gäller 23 § epidemilagen. Enligt denna skall person som insjuknat i här avsedd sjukdom eller misstänkes lida av sådan sjukdom kostnadsfritt åtnjuta vård och underhåll i allmänt rum å epidemivårdanstalt och för dylika sjuka avsedd avdelning av lasarett eller sjukstuga ävensom å sådan tillfällig sjukvårdslokal, som omförmäles i 6 § sjukvårdslagen. Den som i egenskap av smittbärare in-

tagits på dylik inrättning eller lokal är berättigad att kostnadsfritt åtnjuta underhåll i allmänt rum därstädes under tiden för intagningen.

Före den obligatoriska sjukförsäkringens införande var den nu refererade bestämmelsen högst nödvändig. Utan den hade det mött avsevärda svårigheter att realisera lagens föreskrift om skyldighet att söka sjukhusvård. Numera har avgiftsfriheten icke samma betydelse. Enligt utredningens mening talar dock starka skäl för att den bibehålles. Även de som icke tillhör sjukförsäkringen måste ju kunna intagas på sjukhus vid allmänfarlig sjukdom — detta gäller särskilt utlänningar, bland vilka sjömän på ankommande fartyg intar en viktig roll. Måhända vore det inte uteslutet att införa en sådan ordning att avgiftsfrihet endast gällde för dem som inte omfattades av sjukförsäkringen. Utredningen anser dock någon ändring icke böra ifrågasättas i gällande ordning. Ur samhällsekonomisk synpunkt har frågan för övrigt mycket begränsad betydelse, eftersom antalet vård dagar vid dessa sjukdomar icke är särskilt stort. De har under senare år uppgått till följande tal (siffrorna grundar sig på de utbetalningar av statsbidrag för epidemivård som skett varje budgetår):

| | |
|-----------|---------|
| 1960/1961 | 163 160 |
| 1961/1962 | 82 133 |
| 1962/1963 | 89 082 |
| 1963/1964 | 80 415 |
| 1964/1965 | 86 919 |

De ändringar utredningen i det föregående föreslaget beträffande gruppen allmänfarliga sjukdomar torde icke komma att väsentligt påverka antalet vård dagar.

2. Tuberkulos

Vid tuberkulos föreligger möjlighet för en var att inom dispensärorganisationen få kostnadsfri diagnostisering samt råd och anvisningar för vården. Allmän enighet torde råda om att denna organisation varit av utomordentlig betydelse för kampen mot tuberkulosen. Även om rätten till kostnadsfri undersökning icke har samma betydelse sedan sjukförsäkringen gjorts obligatorisk som tidigare, anser utredningen det dock icke böra komma i fråga att avskaffa densamma. En sådan åtgärd skulle enligt utredningens bedömning innebära ett stort steg bakåt, främst genom att möjligheterna att inkalla patienter för kontrollundersökningar säkerligen skulle avsevärt försämrats.

I fråga om slutna vård föreligger f. n. ingen rätt till kostnadsfri sådan. Med hänsyn till att utredningen föreslår att tuberkulosen hänföres till de allmänfarliga sjukdomarna borde samma regel gälla för denna som ovan förordats för övriga allmänfarliga sjukdomar. En sådan utvidgning av den kostnadsfria vården är dock en fråga av avsevärt större räckvidd än då det

gäller vård vid de övriga allmänfarliga sjukdomarna. Antalet vårddagar vid tuberkulos har under senare år uppgått till följande tal:

| | |
|------|-----------|
| 1959 | 1 006 121 |
| 1960 | 741 073 |
| 1961 | 691 146 |
| 1962 | 587 109 |
| 1963 | 532 356 |
| 1964 | 477 059 |

Med hänsyn till denna vårds omfattning och därav följande ekonomiska konsekvenser synes det lämpligast, att ståndpunkt till spørsmålet om avgiftsfrihet för sluten vård vid tuberkulos tages först i samband med prövningen av sjukförsäkringsutredningens kommande förslag om sjukhusvården. Enligt utredningens bedömande bör den omständigheten att sluten vård vid tuberkulos icke omedelbart göres kostnadsfri ej utgöra hinder för genomförande av utredningens förslag i övrigt.

3. Veneriska sjukdomar

Enligt 3 § LV är undersökningar och öppen vård vid venerisk sjukdom kostnadsfri hos tjänsteläkare och vid könspolikliniker. Läkemedel och vissa intyg är likaledes kostnadsfria vid sådan sjukdom och detsamma gäller sluten vård.

För bekämpandet av de veneriska sjukdomarna är det av utomordentlig betydelse att avgiftsfri undersökning och vård kan erbjudas. Visserligen torde flertalet patienter ha möjlighet att förskotta vårdkostnaden för att senare få tre fjärdedelar därav ersatta av försäkringskassan enligt de regler som gäller vid öppen vård i allmänhet. En viss del av klientelet underkastar sig dock vården endast motvilligt och tvångsmedel måste ofta användas. Uppgiven medellöshet skulle säkerligen i ett stort antal fall omöjliggöra vård. Det må också erinras om att sjömän i handelsflottan som regel är tillförsäkrade kostnadsfri vård vid venerisk sjukdom enligt Brysselöverenskommelsen den 1 december 1924, vilken ratificerats av Sverige. Av anförda skäl är det angeläget, att någon ändring icke sker i gällande rätt till kostnadsfri öppen vård vid venerisk sjukdom.

Motsvarande synpunkter är aktuella beträffande läkemedel. Dylika bör följaktligen även i fortsättningen ställas till förfogande utan kostnad.

Sluten vård vid venerisk sjukdom förekommer numera endast i mindre omfattning. Vad tvångsintagning beträffar kan nämnas, att i Stockholms stad förekom sådan endast i nio fall under år 1964. För att lagstiftningen skall funktionera är det dock av vikt att möjlighet att bereda kostnadsfri sluten vård bibehålles.

X. Anmälningsskyldiga sjukdomar och anmälningsförfarandet

Gällande ordning

I fråga om läkares skyldighet att anmäla smittsamma sjukdomar gäller för närvarande följande.

För *de epidemiska sjukdomarna* meddelas regler i en särskild kungörelse den 5 juni 1953 (nr 431), rubricerad »om läkares anmälningsplikt beträffande vissa epidemiskt uppträdande sjukdomar, m. m.» Huvudprincipen för dessa anmälningsregler är att läkare i öppen vård endast behöver göra anmälan i fall, då patienten icke inremitteras till sjukhus. Anmälan om patient som intagits på sjukhus skall göras av den för vården ansvarige sjukhusläkaren.

De anmälningspliktiga sjukdomarna indelas i tre grupper. Den första gruppen utgörs av de sex sjukdomar, som brukar betecknas karantänssjukdomar (pest etc.). Misstänkt fall av sådan sjukdom skall medelst telefon eller telegram ofördröjligen anmälas till länsläkaren, som i sin tur genom telegram skall rapportera det först uppträdande fallet till medicinalstyrelsen. Konstateras sedermera fallet vara karantänssjukdom, skall skriftlig anmälan härom göras i den ordning som gäller för sjukdomar tillhörande andra gruppen.

Den andra gruppen utgöres dels av återstående epidemilagssjukdomar, dels ock av sex sjukdomar som ansetts stå epidemilagssjukdomarna nära, nämligen elakartad gastroenterit hos barn i åldern under två år, epidemisk gulsot, malaria, primär meningoencefalit av infektiös typ, rots och tularemi. Om sjukdomsfall som här avses skall senast dagen efter det sjukdomens art blivit fastställd skriftlig nominativ anmälan göras till tre olika håll, nämligen

1. till hälsovårdsnämnden i den ort, där sjukdomsfall inträffat,
2. till tjänsteläkaren i nämnda ort och
3. till länsläkaren.

För sjukdomsfall, som inträffat i landstingsfri stad, har en förenklad ordning kunnat föreskrivas. Anmälan skall här endast göras i ett exemplar, vilket tillställs förste stadsläkaren.

En sista och tredje grupp av anmälningspliktiga sjukdomar tillhörande den epidemiska kategorin utgöres av kikhosta, mässling och epidemisk influensa. Dessa sjukdomar skall anmälas månadsvis till länsläkaren respek-

tive förste stadsläkaren. Det är här icke fråga om nominativa anmälningar utan endast om antalet inträffade fall.

Länsläkaren respektive förste stadsläkaren skall vid början och mitten av varje månad göra en sammanställning av inkomna uppgifter och insända denna till medicinalstyrelsen, som sedan i sin tur sammanställer siffrorna för hela riket och kontinuerligt distribuerar materialet.

Beträffande *tuberkulosen* gäller en särskild ordning. Läkare, som hos patient iakttagit tuberkulos, skall enligt 3 § tuberkulosförordningen ofördröjligen göra skriftlig anmälan om fallet till vederbörande distriktsdispensär eller, om sådan ej finnes, till centraldispensären. Redovisning av de inträffade fallen inkommer årsvis till medicinalstyrelsen genom årsberättelser från dispensärorganen. Materialet bearbetas av Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar och inflyter årligen i den officiella statistiken, »Allmän hälso- och sjukvård».

En speciell, av sekretesshänsyn betingad ordning gäller vid *veneriska sjukdomar*. Enligt 11 § LV skall läkare, som hos patient konstaterar venerisk sjukdom, till sundhetsinspektören i orten göra skriftlig anmälan, vari skall uppgivas, förutom sjukdomsbenämningen, den sjukes kön, ålder och bopingsort men icke hans namn. Sundhetsinspektören redovisar sedan antalet fall till medicinalstyrelsen halvmånadsvis i samma rapport, vari de epidemiska sjukdomarna anmäles. En fullständigare statistik angivande patienternas åldersfördelning m. m. görs av sundhetsinspektören kalenderårsvis. Denna sammanställs för hela riket av medicinalstyrelsen och publiceras årsvis i »Allmän hälso- och sjukvård».

Utredningens synpunkter och förslag

Att varje läkare måste vara skyldig att till de epidemibekämpande organen rapportera genom nominativ anmälan alla fall av allmänfarliga sjukdomar, som han observerar, torde vara utan vidare klart. Emellertid finns det sjukdomar, som står de allmänfarliga nära eller som det eljest av olika skäl är angeläget att kunna noggrant följa. I vissa lägen kan det bli nödvändigt att förklara dem för allmänfarliga för att få större möjlighet att effektivt bekämpa dem. Därför gäller för närvarande föreskrift om nominativ anmälan beträffande sex sjukdomar, som icke är underkastade epidemilagens bestämmelser. Av dessa sex har utredningen emellertid föreslagit två — epidemisk gulsot och primär meningo-encefalit — skola överföras till gruppen allmänfarliga sjukdomar, varför de i detta sammanhang utgår. Beträffande ytterligare en, nämligen rots, anser utredningen tillräckliga skäl icke föreligga att bibehålla anmälningskyldigheten. De återstående tre bör även i fortsättningen vara anmälningspliktiga, nämligen elakartad gastroenterit hos småbarn (fig. 21), malaria och tularemi (fig. 22). Å andra sidan bör grup-

pen utökas med två sjukdomar, som avförts från de allmänfarliga, nämligen scharlakansfeber och undulantfeber. I detta sammanhang må nämnas, att det inom utredningen diskuterats, om icke scharlakansfeberns avförande från de allmänfarliga sjukdomarna också borde föranleda, att anmälningsplikten för densamma upphörde. Infektionsläkarföreningen har emellertid med bestämdhet påyrkat, att sjukdomen bibehålles bland de anmälningspliktiga, och därvid bl. a. framhållit, att ett slopande av anmälningsplikten kunde befaras medföra, att terapi och profylax i anslutning till sjukdomsfall försumrades med de konsekvenser, som kunde följa därav. Anmälningsplikt bör vidare föreskrivas för listerios — för denna har medicinalstyrelsen med stöd av sina befogenheter redan temporärt infört anmälningsskyldighet — samt för botulism, trikinos och toxoplasmos. Våra ökade internationella kontakter gör det också påkallat, att masksjukdomarna filarios och schistosomiasis införes under den kontroll som anmälningskyldigheten möjliggör. Sammanlagt elva sjukdomar utöver de allmänfarliga föreslås sålunda bli underkastade anmälningsbestämmelserna.

Vad så angår förfarandet vid anmälan av epidemiska sjukdomar, har detta praktiskt taget alltsedan tillkomsten av 1953 års kungörelse varit föremål för övervägande. Ett flertal olika förslag har varit under diskussion bland de närmast berörda läkarna. Självfallet är en viktig synpunkt att få till stånd ett förfarande som så litet som möjligt betungar den enskilde läkaren. Ju mer tyngande ett förfarande göres, desto större blir erfarenhetsmässigt risken att bestämmelserna icke noggrant iakttages. 1953 års kungörelse innebar såtillvida ett icke oväsentligt framsteg som anmälningskyldigheten i de flesta fall kommit att åvila sjukhusläkare, vilka ju har biträdespersonal till sitt förfogande på ett helt annat sätt än läkare i den öppna vården. Regeln att den senare läkaren ej behöver göra någon anmälan, om patienten omedelbart inremitteras till sjukhus, bör därför bibehållas.

En annan i förevarande sammanhang viktig synpunkt är angelägenheten av att de centrala epidemibekämpande myndigheterna — medicinalstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL) — snabbt får kännedom om inträffade fall och därigenom ständigt har en aktuell överblick över läget. Detta har sedan länge varit ett livligt önskemål på epidemiologiskt håll. Ett snabbare förfarande är endast möjligt om ett exemplar av anmälan direkt tillställs vederbörande centrala instans. Utredningen finner det därför angeläget att föreskrift meddelas om att ett exemplar av anmälan skall avses för denna instans. Som lämpligaste centrala instans vill utredningen föreslå statens bakteriologiska laboratorium, som numera förvärvat den maskinella utrustning som erfordras för snabb bearbetning av de inkommande uppgifterna. Med det intima samarbete som råder mellan medicinalstyrelsen och laboratoriet har det ingen saklig betydelse vem

av dessa som anförtros uppdraget att utarbета ifrågavarande sammanställningar.

Förslaget möjliggör också, att en snabbare riksöversikt kan sammanställas. Med nuvarande ordning brukar sammanställningen av länsläkarnas halvmånadsrapporter föreligga klar två å tre veckor efter utgången av den tid rapporten avser.

Det ytterligare anmälningsexemplar, som utredningen sålunda föreslår, tvingar dock till ökad uppmärksamhet åt frågan om anmälningsförfarandet i övrigt. Att ett exemplar av anmälan ingår till central instans får icke innebära att någon av de lokala instanserna blir utan. Även om en snabb riksstatistik är av vikt, är det dock minst lika viktigt att de på orten verk samma organen, av vilka omedelbara åtgärder påkallas, hålles väl å jour med alla inträffade fall. Anmälningarna till länsläkare, tjänsteläkare och hälsovårdsnämnd måste därför bibehållas. Då det gäller anmälan, som skall göras av privatpraktiserande läkare, har utredningen dock funnit en avsevärd lättnad för den anmälande kunna beredas genom att samtliga exemplar av anmälan expedieras till ett och samma håll, nämligen till länsläkaren. På denne får det sedan ankomma att vidarebefordra de exemplar som är avsedda för SBL, tjänsteläkaren och hälsovårdsnämnden. Utredningen har därvid beaktat att de utskrivna anmälningsexemplarens uppdelning på fyra olika försändelser och den därav betingade adresskrivningen torde tillhöra ett av de mest tyngande momenten i förfarandet — ofta torde ej heller alla adresser vara utan vidare givna för den anmälande läkaren. För länsläkaren innebär ordningen givetvis en merbelastning men denna får dock med hänsyn till den personal han har till sitt förfogande anses överkomlig.

Väsentligt i detta sammanhang är också, att anmälningsblanketten utformas så, att utskrivningen så långt som det är möjligt förenklas. Utredningen har utarbetat en blankett — här bifogad såsom bilaga 11 — som avses att tillhandahållas i block och utföras enligt NCR-systemet, vilket innebär att kopior erhålles utan användande av kopiepapper. Blocket kan förses med en skiva som kan inläggas så, att den begränsar det antal blanketter som skall ifyllas till vad som i varje fall erfordras (jfr nedan). Ett annat alternativ är att blanketterna tillhandahålles i häften om fyra exemplar och att på baksidan tryckes »Länsläkaren», »Hälsovårdsnämnden» etc. på sådant sätt, att fönsterkuvert kan användas — endast adressorten skulle i sådant fall behöva tillskrivas. Blanketten är som synes uppgjord för att användas vid alla slag av anmälningspliktiga sjukdomar, sålunda även vid tuberkulos och veneriska sjukdomar, och bidrager därmed att nedbringa antalet blanketter.

Ur en annan synpunkt bereder den föreslagna ordningen dock en viss mindre olägenhet, nämligen genom att tjänsteläkaren i orten liksom hälsovårdsnämnden får del av anmälan med viss försening. Normalt blir förseningen dock endast en dag — det måste nämligen förutsättas att anmä-

lans vidarebefordran från länsläkaren utan undantag sker samma dag som anmälan inkommit. Större försening kan dock uppkomma vid veckoskiftet. För att undanröja olägenheter härav i speciella fall föreslår utredningen, att anmälaren åläggas att, om han finner sjukdomsfallet vara av sådan beskaffenhet att åtgärder utan något som helst uppskov bör vidtagas av tjänsteläkaren eller stadsläkaren, helt formlöst — genom telefon eller på annat lämpligt sätt — fästa dennes uppmärksamhet på fallet samtidigt som han i vanlig ordning insänder de skriftliga anmälningarna till länsläkaren.

För läkare i allmän tjänst bör en annan ordning stadgas än den som nu föreslagits för privatpraktiserande läkare. En väsentlig del av anmälningarna göres av läkare vid sjukhus, framför allt infektionskliniker, och för dessas del synes det böra krävas, att anmälan direkt tillställs envar av hälsovårdsnämnden, tjänsteläkaren och länsläkaren. Den senare bör erhålla två exemplar, varav ett för vidarebefordran till SBL. I stad med stadsläkare erfordras intet exemplar till tjänsteläkaren.

Samma ordning bör i princip gälla i de fall, då anmälan göres av tjänsteläkare eller stadsläkare i landstingskommun. I det förra fallet utskrivs anmälan i tre exemplar, eftersom exemplaret till tjänsteläkaren utgår, och i det senare fallet endast i två exemplar, då hälsovårdsnämnden, vars tjänsteman stadsläkaren är, ej behöver särskilt underrättas.

I stad, som icke deltagar i landstingskommun, behöver anmälan — oavsett vem som anmäler — aldrig göras i mera än två exemplar, vilka båda tillställs förste stadsläkaren, det ena av dessa för vidarebefordran till SBL.

En ofta påtalad brist i 1953 års kungörelse är att anmälningsskyldigheten, frånsett karantänssjukdomar, endast gäller vid diagnostiserade men ej vid misstänkta sjukdomsfall. Ofta kräver diagnostiseringen viss tid — bakterieodling kan t. ex. bli erforderlig — och det kan vara anledning till åtgärder även vid blott misstänkta fall. Detta gäller särskilt vid anhopning av fall. Till undanröjande av denna obestridda brist föreslår utredningen, att läkare i öppen vård, som samtidigt undersöker eller behandlar ett flertal sjuka som han misstänker lida av anmälningspliktig sjukdom, ofördröjligen skall formlöst — medelst telefon eller skriftligen — underrätta tjänsteläkare i orten eller stadsläkaren i staden. Intages ett flertal dylika sjuka på sjukhus, bör det åligga sjukhusläkaren att på motsvarande sätt alarmera länsläkaren resp. förste stadsläkaren. Det förutsättes, att denne, där så bedömes erforderligt, i sin tur tar kontakt med SBL.

Såsom av den tidigare redogörelsen framgår gäller för närvarande en särskild typ av anmälningsplikt vid vissa vanliga infektionssjukdomar, nämligen kikhosta, mässling och epidemisk influensa (fig. 23, 24 och 25). Beträffande dessa sjukdomar skall varje läkare månadsvis anmäla antalet behandlade nytillkomna fall — det är här alltså icke fråga om några nominativa anmälningar. De uppgifter, som lämnas i anledning härav, blir av ganska naturliga skäl icke exakta. Vad som särskilt bidrager till statistikens brist-

fällighet är, att det visat sig mycket svårt att få privatpraktiserande läkare att iakttaga anmälningsföreskriften. Den uppfattningen tycks för övrigt icke vara helt ovanlig, att skyldigheten endast skulle gälla tjänsteläkare. Även om det är önskvärt att också beträffande sjukdomar av förevarande typ få fram en ordentlig statistik, torde man dock på detta område kunna låta sig nöja med ett mindre fullständigt siffermaterial, om blott detta tillräckligt belyser huruvida och var en större epidemi är under uppsegling.

Då det sålunda visat sig bereda svårigheter att få de privatpraktiserande läkarna att medverka med här avsedda anmälningar och de uppgifter som framkommer följaktligen är högst ofullständiga, anser utredningen det vara bättre, att dessa läkare helt befrias från anmälningskyldigheten och att denna begränsas att endast gälla tjänsteläkare, eventuellt även stadsläkare som ju står tjänsteläkarna nära. Den statistik som på detta sätt framkommer bör enligt utredningens mening vara tillräcklig för det primära syftet med dessa anmälningar.

I fråga om den författningsmässiga regleringen av den nu aktuella anmälningskyldigheten är utredningen av den mening, att en skyldighet av denna art, som endast gäller för tjänsteläkare och stadsläkare, icke bör detaljregleras av Kungl. Maj:t utan att medicinalstyrelsen bör bemyndigas att meddela erforderliga föreskrifter härom. Utredningen har utarbetat ett förslag till kungörelse i ämnet avsedd att utfärdas av medicinalstyrelsen. I detta har utredningen föreslagit, att anmälningskyldigheten utvidgas att omfatta även påssjuka (parotitis epidemica; fig. 26) och röda hund (rubeola). Det bör emellertid ankomma på medicinalstyrelsen att närmare överväga om vilka sjukdomar det kan vara önskvärt att få uppgifter i denna ordning. I kungörelseförslaget har utredningen även intagit bestämmelse om skyldighet för tjänsteläkare och stadsläkare att medelst telefon underätta länsläkaren (förste stadsläkaren) om mottagna rapporter om anhopning av misstänkta fall av anmälningspliktiga sjukdomar. Likaledes har i kungörelsen intagits de erforderliga föreskrifterna om skyldighet för länsläkare (förste stadsläkare) att vidarebefordra anmälningar. Detta torde falla inom medicinalstyrelsens befogenhetsområde.

För *tuberkulos* bör en delvis avvikande ordning gälla. Centraldispensärerna har på detta område en viktig funktion. Diagnostiseringen av tuberkulos göres i de allra flesta fall av läkare vid dispensärerna — anmälningarna från övriga läkare är mycket fåtaliga. I den mån anmälan göres av sådan läkare bör den alltid passera dispensären för granskning och eventuell komplettering innan den ingår till central instans för statistisk bearbetning. Vidare kan det som regel inte anses påkallat att alla tuberkulosfall automatiskt anmäles till hälsovårdsnämnden. I den mån nämnden bör inkopplas på sådant fall för smittrening eller annan åtgärd, bör det liksom för närvarande ankomma på tjänsteläkaren eller distriktssköterskan att ta kontakt med nämnden.

Om sjukdomsfallet diagnostiseras och anmäles av dispensären, bör ordningen lämpligen bli den att, om fallet inträffat i landstingskommun, ett exemplar tillställs en var av tjänsteläkaren eller stadsläkaren samt länsläkaren och SBL. För dispensär i stad utom landsting torde det vara tillfyllest att föreskriva, att anmälan skall göras i ett exemplar till förste stadsläkaren och ett till SBL. Detta bör regleras i reglemente för dispensären.

I de fall, då anmälan undantagsvis göres av annan än dispensärläkare, bör lämpligen samma ordning gälla, som utredningen föreslagit för övriga läkare. Länsläkaren och förste stadsläkaren bör dock ha att vidarebefordra ett exemplar till dispensären i stället för till SBL. Därefter ankommer det på dispensären att anmäla fallet vidare till SBL för utarbetande av riksstatistik.

Vad slutligen angår inträffade fall av *venerisk sjukdom* finner utredningen ej anledning att föreslå annan ändring, såvitt avser den behandlande läkarens anmälan, än att den skall göras i två exemplar. Anmälan skall sålunda endast upptaga den sjukes kön, ålder och boningsort men ej hans namn. Det har visserligen diskuterats, om det alltjämt bör gälla förbud att namnge den sjuke. I vissa fall skulle möjligen efterforskningen av smittkällan underlättas, om patientens namn vore känt även av länsläkaren, till vilken anmälan skall ingå. Utredningen kan dock inte finna att detta är nödvändigt och är också av den uppfattningen, att rätten till anonymitet i förevarande hänseende alltjämt är av värde för vårdens be drivande.

Sedan anmälan inkommit till länsläkaren/förste stadsläkaren, bör ett exemplar därav omedelbart vidarebefordras till SBL för statistisk bearbetning. Frånsett den sjukes namn kommer följaktligen laboratoriet att få samma data om dessa patienter som beträffande andra sjuka och en bearbetning efter åldersgrupper, kön etc. kan göras kontinuerligt. Med nuvarande ordning kan dylik statistik endast sammanställas på grundval av de uppgifter, som länsläkarna/förste stadsläkarna lämnar i sina årsberättelser, vilket innebär att uppgifter av denna art blir kända först långt i efterhand.

Här må nämnas, att utredningen övervägt om möjligen den behandlande läkaren borde åläggas att expediera sin anmälan i tre exemplar. Vissa anmälningar kommer nämligen att behöva delges annan länsläkare. Dessa fall utgör dock en så begränsad del av det totala antalet anmälningar, att ordningen skulle innebära att ett mycket stort antal anmälningsexemplar skulle behöva utskrivas onödigtvis. Då länsläkaren har behov av ytterligare exemplar för att delge annan länsläkare, bör han därför själv låta kopiera anmälan.

Beträffande *samtliga anmälningspliktiga sjukdomar* bör det åligga SBL att utan dröjsmål sammanställa inkomna anmälningar och med lämpliga

mellanrum — halvmånads- eller månadsvis — utsända dessa till alla myndigheter, läkare och veterinärer som kan ha intresse därav. Därvid bör övervägas om icke redovisningen bör göras för varje läkardistrikt, så att tjänsteläkarna får kännedom om läget i andra distrikt i länet.

Genom utredningens nu framlagda förslag till anmälningsförfarande har förutsättningar skapats för att de centrala myndigheterna omedelbart får kännedom om varje förändring i det epidemiologiska läget i landet samtidigt som en snabbare och mera detaljerad riksstatistik för såväl epidemiska sjukdomar i vanlig mening som tuberkulos och veneriska sjukdomar möjliggöres, önskemål som länge framstått som angelägna.

XI. Smittbärare

I. Anmälan till lokal myndighet

Enligt lag den 18 maj 1956 (nr 293) äger smittbärare rätt till viss ersättning av statsmedel. Förutsättning för ersättning är, att smittbäraren på grund av myndighets ingripande, företaget med stöd av epidemilagen, livsmedelsstadgan eller mejeristadgan, till förekommande av att smitta sprides underkastats observation eller isolering eller eljest inskränkning i arbete, varmed han får taga befattning. Med smittbärare avses den som, utan att till följd därav ha förlorat sin arbetsförmåga, är behäftad med smittsam sjukdom eller eljest är smittförande så ock den som misstänkes föra smitta.

För att ersättning skall kunna ifrågakomma enligt lagen måste sålunda alltid ingripande ha företagits av myndighet. Upptäcktes en smittbärare i öppen vård, torde han regelmässigt bli föremål för myndighets ingripande i någon form. Annorlunda förhåller det sig med den, som intagits på sjukhus för epidemilagssjukdom och som kliniskt tillfrisknar men fortfarande är smittbärare. För att sådan patient skall kunna ifrågakomma till ersättning enligt lagen måste sjukhusläkaren anmäla honom till myndighet, som äger besluta om ingripande mot honom. Föreskrift häröfver saknas i gällande författningar, vilket i vissa fall vållat olägenheter. Utredningen föreslår, att i den nya lagstiftningen intages särskild bestämmelse om skyldighet för sjukhusläkare att anmäla dylika fall till tjänsteläkaren respektive stadsläkaren dvs. till läkare som enligt utredningens i det föregående framlagda förslag är den som i första hand äger besluta om åtgärd i dylika fall. Utredningen förutsätter, att dessa läkare, då de utövar ifrågävarande beslutanderätt, kan betecknas som myndighet. Så anses enligt förarbetena till 1956 års lag vara fallet redan för närvarande.

För sjukhusläkaren kan det stundom möta svårighet att bestämma vilken dag en patient som här avses övergår från att vara sjuk till att bli smittbärare och det har diskuterats om särskilda råd och anvisningar häröfver borde utfärdas till ledning för sjukhusen. Utredningen är dock närmast av den uppfattningen att detta är en rent medicinsk bedömningsfråga.

2. Registrering hos länsläkare

I 7 och 8 §§ 1953 års anmälningsskyldighetslag meddelas utförliga regler om registrering av dem, som under längre tid bär smitta av nervfeber, paratyfus eller difteri utan att vara sjuka (smittbärare). Registreringen innebär anmälningsskyldighet till länsläkaren för envar läkare, som iakttagit sådan smittbärare, samt skyldighet för länsläkare att föra register över dessa. I anslutning härtil meddelas vissa närmare regler syftande till att hålla registren aktuella.

För de epidemibekämpande läkarna och myndigheterna är det av stor vikt att äga kännedom om och kunna kontrollera och övervaka smittbärare i orten för att förhindra att de ger anledning till uppblossande epidemier. En registrering av smittbärare är därför angelägen. I princip finner utredningen icke skäl att föreslå någon ändring av gällande ordning. Vissa jämkningar bör dock ske.

För närvarande gäller anmälningsskyldigheten endast den, som »under längre tid» bär smitta. Detta krav har i praktiken stundom tolkats så, att anmälan endast avser dem, som bär smitta mer än 90 dagar dvs. de som i 1956 års lag om ersättning åt smittbärare benämnes kroniska smittbärare. Enligt utredningens mening bör dock myndigheternas kontroll hänföra sig till alla smittbärare, varför bestämmelsen »under längre tid» bör utgå.

Registreringen bör vidare ej uteslutande avse fall av tyfoid, paratyfoid, salmonelladiarré och difteri, även om dessa är de sjukdomar, där smittbärare oftast förekommer. Registreringen bör därför utsträckas att i princip gälla alla allmänfarliga sjukdomar med undantag av tuberkulos som i detta hänseende intar en särställning. Medicinalstyrelsen bör emellertid erhålla befogenhet att medge undantag även beträffande andra sjukdomar. Sådant torde kunna ifrågakomma vid t. ex. meningokocksjukdom,

I fråga om den författningsmässiga utformningen föreslår utredningen, att endast skyldigheten för envar läkare att göra anmälan om påträffade smittbärare regleras av Kungl. Maj:t, medan medicinalstyrelsen bemyndigas att meddela närmare föreskrifter om registrets förande och om stads- och tjänsteläkares skyldighet att göra anmälningar till detta. Förslag till kungörelse härom, avsedd att utfärdas av medicinalstyrelsen, har utarbetats av utredningen.

XII. Den kostnadsfria öppna tuberkulosvården

I kap. IV Huvudmannaskap har utredningen redogjort för den särskilda organisation för tuberkulosens bekämpande som i form av dispensärer finns i vårt land alltsedan år 1914. Såsom i nämnda kapitel anförts är dispensärorganisationens huvudsyfte att bereda en var möjlighet att utan kostnad bli undersökt för uttrönande av förekomst av tuberkulos och få råd och anvisningar för vården m. m. I kap. IX har utredningen uttalat sig för ett bibehållande av denna ordning.

Utredningen har därför på detta område sett som sin uppgift att överväga vilka ändringar och moderniseringar av organisationen som i dagens läge kan vara påkallade. I kap. IV har utredningen redan framhållit, att vad som f. n. betecknas som distriktsdispensärer formellt sett bör upphöra och att organisationen i framtiden bör utgöras uteslutande av centraldispensärerna. I detta läge synes någon grund för prefixet »central» i benämningen icke finnas. I författningstext bör de betecknas tuberkulosdispensärer — även dispensärer för andra uppgifter än tuberkulosundersökningar torde kunna komma till stånd. I det praktiska arbetet torde de kunna kallas dispensärer så länge förväxlingar med andra dispensärer icke kan befaras. Utredningen vill nämna, att förslag framkommit, att de borde benämnas lungdispensärer, eftersom klientel med olika slag av lungsjukdomar numera mottages vid dem. Emellertid bör benämningen dispensär enligt utredningens mening framdeles liksom hittills förbehållas öppna mottagningar, vid vilka avgiftsfrihet förekommer. Det finns ingen anledning att beteckna öppna avgiftsbelagda mottagningar såsom dispensärer. Vid centraldispensärerna gäller avgiftsfrihet endast vid tuberkulos och utredningen har ej heller funnit skäl att i detta hänseende ifrågasätta någon ändring. Av nu anförda skäl synes benämningen lungdispensär inte vara en rättvisande beteckning i förevarande fall.

F. n. regleras tuberkulosdispensärerna genom bestämmelserna i kungl. kungörelsen den 18 juni 1937 (nr 400) och medicinalstyrelsens i anslutning därtill utfärdade instruktioner (MF nr 35/1948). I det betänkande om »Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården» (SOU 1966: 6), som nyligen avgivits av särskilda sakkunniga, föreslås, att kungörelsen skall upphöra att gälla, och utredningen utgår från att detta förslag vinner bifall.

För framtiden synes organisationen kunna regleras genom ett reglemente

som lämpligen borde kunna fastställas av medicinalstyrelsen. Utredningen har uppgjort ett förslag till sådant reglemente innebärande bl. a. avsevärda förenklingar av den nuvarande regleringen. Till motivering av detsamma får utredningen anföra följande.

Organisationen (1 §)

F. n. finns 52 centraldispensärer, varav 25 är förlagda till sjukhus och 27 fristående. Av de sjukhusanslutna är 14 anknutna till lungklinik på lasarett och 11 förlagda till sanatorium.

Ur personal- och utrustningssynpunkt är det givetvis mest rationellt att ansluta dispensärerna till sjukhus. Det kan därför synas förvånande att flertalet dispensärer är fristående. Detta sammanhänger därmed, att den slutna tuberkulosvården ursprungligen bereddes på sanatorier, ofta av-sides belägna och på långt avstånd från de stora befolkningscentra. Med en sådan organisation blev det nödvändigt att på större orter, särskilt i residensstäderna, anordna fristående dispensärer för att bereda befolkningen bekvämare tillgång till undersökningar. Under det senaste decenniet har den slutna lungsjukvården alltmer kommit att förläggas till lasarett, oftast centrallasarett. Denna utveckling fortsätter och nya lungklinik planeras i flera sjukvårdsområden. I den mån så sker torde behovet av fristående dispensärer komma att minska. Härtill torde även medverka, att de sjukhusanslutna dispensärerna kan kompletteras med filialmottagningar på lämpliga orter, betjänade av dispensärens personal.

Utredningens förslag utgår från de sjukhusanslutna dispensärerna som normåfall men förutsätter, att fristående dispensärer anordnas, där förhållandena så påkallar.

Anordnas flera dispensärer inom ett sjukvårdsområde, bör varje dispensär tilldelas ett verksamhetsområde, dispensärdistrikt.

Dispensärens läkare (2 §)

Enligt gällande bestämmelser förordnas läkare vid centraldispensär av medicinalstyrelsen för en tid av högst sex år i sänder. Läkaren skall fylla behörighetskraven för överläkare vid sanatorium. Något särskilt ansökningsförfarande är inte föreskrivet beträffande läkare vid sjukhusanslutna dispensär. För tjänst vid fristående dispensär gäller att ledigförklarande skall ske och att därefter medicinalstyrelsen skall upprätta förslag, upp-tagande de fyra mest meriterade sökandena. Huvudmannen skall sedan beredas tillfälle att avge förord till förmån för någon av dem som uppförts på förslaget, varefter medicinalstyrelsen med skäligen beaktande av givet förord förordnar en av de sökande.

Tillsättningsordningen bör kunna förenklas. Vill huvudmannen till dispensärläkare utse överläkare eller biträdande överläkare vid sanatorium eller

lungklinik — vilket ju är regel vid alla sjukhusanslutna dispensärer men stundom kan vara fallet även vid andra dispensärer — bör så kunna få ske utan särskilda formaliteter. Det är naturligt, att dessa läkare i första hand ifrågakommer till uppdrag som dispensärläkare. Om det är aktuellt att förordna annan till dispensärläkare, bör tjänsten ledigförklaras i vanlig ordning. För sådant fall vill utredningen föreslå att tillsättande sker enligt samma bestämmelser som sjukvårdslagstiftningen föreskriver för förordnande av biträdande överläkare (20 § sjukvårdslagen, 19 § sjukvårdsstadgan). Detta innebär, att förslag uppgöres av de tre sakkunniga överläkare, som finns inom varje sjukvårdsområde, varefter huvudmannen äger förordna en av dem som uppförts på förslaget. Vad förordnandetiden angår bör den antingen kunna liksom hittills bestämmas till sex år med möjlighet till förlängning utan annonsering eller också gälla tills vidare.

Erfordras i något fall biträdande läkare vid dispensär, bör huvudmannen ha frihet att anställa sådan.

Mottagningstider (3 §)

Mottagningstiderna för dispensär bör fastställas av huvudmannen efter samråd med dispensärläkaren.

Klientel, som skall mottagas utan kostnad (4 §)

Någon ändring beträffande det klientel som skall mottagas utan kostnad för den enskilde, synes icke påkallad. Utredningen har i förslaget preciserat denna personkrets sålunda:

1. De, som av läkare remitterats till dispensären i anledning av misstänkt tuberkulos, samt

2. de som av dispensären kallats till undersökning för att utröna förekomst av tuberkulos.

Det bör dock anmärkas, att klientelet under 2. kommer att något utvidgas genom utredningens förslag om kontroll även av vissa icke-aktiva fall (se 9 § nedan).

Att göra åtskillnad mellan bemedlade patienter och andra synes mindre tilltalande i sjukvårdssammanhang. Utredningen föreslår därför varken i förevarande eller andra sammanhang några föreskrifter av sådan innebörd.

Enligt gällande föreskrifter skall intyg och utlåtanden »som stå i samband med» undersökningen utfärdas utan kostnad för patienten. Bestämelsen — vars rätta innebörd kan vara föremål för delade meningar — föreslås av utredningen preciserad att gälla intyg utvisande hur undersökningen utfallit. För intyg av annat slag finns inte skäl att stadga avgiftsfrihet.

Om en huvudman skulle önska utvidga dispensärens avgiftsfria verksamhet utöver vad nu sagts, bör något hinder därför icke föreligga, därest nödig överenskommelse härom träffas med dispensärläkaren. Särskilt torde

det kunna bli aktuellt att låta dispensären utan läkarremiss mottaga klientel från den ort, där dispensären är belägen.

Resekostnader (5 §)

De som har rätt till kostnadsfri undersökning bör liksom nu också ha rätt att få resekostnaderna ersatta av huvudmannen, om ersättning icke utgår enligt bestämmelserna för sjukförsäkringen. Ersättningen är nu begränsad till vad som överstiger tre kronor. Inom sjukförsäkringen gäller gränsen fyra kronor. Utredningen föreslår, att ersättningsregeln formuleras så, att överensstämmelse vinnes med vad som gäller inom sjukförsäkringen.

Skyldighet att mottaga annat klientel (6 §)

Även om tuberkulosdispensärens primära uppgifter är att kostnadsfritt diagnostisera tuberkulos och ge råd för vården, bör den dock fungera som ett centrum för hela den öppna tuberkulosvården inom sitt verksamhetsområde. Läkaren bör följaktligen vara skyldig att för vård inkl. kontrollundersökningar mottaga alla som är bosatta inom verksamhetsområdet. Till dispensärens viktigaste uppgifter hör även att tillhandagå med hälsoundersökningar inom kompetensområdet och med BCG-ympningar. Som en frivillig uppgift bör även upptagas meddelande av vård vid lungsjukdomar av icke tuberkulös natur. Vid fullgörande av alla nu angivna uppgifter bör dispensärens läkare vara underkastad samma regler som i allmänhet gäller för en sjukhusläkare som mottager patienter i öppen vård dvs. han äger efter överenskommelse med huvudmannen uttaga särskild ersättning av patienten (29 § sjukvårdslagen).

Tuberkulosregister (8 §)

Beträffande tuberkulosfallens registrering vid dispensär gäller f. n. att läkaren skall föra register över alla »konstaterade fall av tuberkulos, som kommit till hans kännedom, dock icke fall av uppenbart läkt tuberkulos». Denna föreskrift kan ges mycket olika tolkningar, vilket blir av särskild betydelse i nuvarande situation, när hos många personer tuberkulösa förändringar upptäcks i symtomlöst skede genom skärmbilds- eller röntgenundersökning av annan anledning än misstanke på tuberkulos. Om nuvarande bestämmelser ges en vid tolkning, kan personer med inaktuell tuberkulos komma att vara registrerade under lång tid. Riskerna att registrering underlåts torde däremot vara mindre. Att vara registrerad vid dispensär kan otvivelaktigt för den enskilde innebära vissa olägenheter, t. ex. i fråga om möjlighet att erhålla ordinarie anställning, i försäkringshänseenden etc. Det är även ur medicinsk synpunkt av vikt att ett tuberkulosregister endast omfattar aktuella fall, då eljest en falsk bild erhålles av tuberkulossituationen. Det är därför angeläget att söka ge något fastare

riktlinjer för aktivitetsbedömningen, även om de stora individuella variationerna i sjukdomsfallen alltid kommer att kräva visst spelrum. En jämförelse med praxis i vissa andra länder torde härvid vara av intresse.

Sedan år 1950 använder National Tuberculosis Association i USA följande definitioner på aktiv lungtuberkulos:

Lungförändringar iakttaga vid upprepade röntgenundersökningar visar vanligen progress eller regress men kan vara stationära. Symtom av tuberkulöst ursprung finns vanligen men kan saknas. Sputum och ventrikelsköljväska innehåller nästan alltid tuberkelbaciller, ehuru i några fall baciller icke kan påvisas ens efter upprepade odlingar eller inokulationer. Med få undantag är tuberkulinreaktionen positiv.

I Danmark anses fall av lungtuberkulos aktiva vare sig aktiviteten har visats bakteriologiskt, radiologiskt eller kliniskt. Om tuberkelbakterier inte kan påvisas, är aktivitetskriterierna följande:

Annan etiologi osannolik, positiv tuberkulinreaktion, kroniska lungförändringar iakttaga vid minst två röntgenundersökningar med tre månaders intervall, röntgenologiska tecken på aktivitet och kliniska symtom. Diagnosen stöds ofta av andra observationer såsom omslag av tuberkulinreaktion, exposition för smitta och typen av röntgenförändringar, t. ex. en kombination av färska och kroniska förändringar med förkalkningar.

Antalet fall i Danmark, där diagnosen baserats enbart på kliniska symtom, är mycket få. Fall av primärtuberkulos anmäls om bakterier eller radiologiska aktivitetstecken påvisats, medan patienter med enbart tuberkulinreaktion ej registreras. Pleuriter, som antas vara av tuberkulös natur, registreras utan ytterligare definition på aktivitet.

I Norge görs åtskillnad mellan infektiösa (destruktiva) fall och icke-infektiösa. Som infektiösa betecknas fall, där tuberkelbakterier påvisats i sputum, med kavitet och tendens till ftisisk progress. Fall, där tuberkelbakterier endast påvisats i ventrikelsköljväska eller larynxstryk grupperas som icke-infektiösa. Hit räknas också fall med enbart radiologiska hållpunkter för aktivitet och enligt Bjartveits & Waaler (Bulletin of the World Health Organization 1965:33:289—319) följes i stort sett NTA:s ovan relaterade definitioner. Man har ingen särskild grupp för primärtuberkulos, och fall med enbart tuberkulinomslag räknas ej. Pleurit av tuberkulös natur skall anmälas, inga ytterligare definitioner ges.

Utredningen vill för Sveriges vidkommande föreslå följande definition:

»Som aktiva skola anses

dels fall, där tuberkelbakterier påvisats eller pågående tuberkulösa förändringar iakttagits vid patologisk-anatomisk undersökning,

dels ock fall av knölros och lungsäcksinflammation och fall med röntgenologiska aktivitetstecken, om i dessa fall ej annan orsak än tuberkulos kan antagas».

Självfallet erfordras icke sällan viss observationstid innan tuberkulosdiagnos kan sättas och aktivitet bedömas.

Vad angår tiden för avförande ur registret har riktlinjerna härför ganska nyligen reviderats, och utredningen har inte funnit skäl att föreslå några sakliga ändringar i dessa.

Slutligen må erinras om att — förutsatt att vederbörande är kyrkobokförd inom verksamhetsområdet — någon skillnad i registerföringen mellan svenskar och utlänningar icke bör gälla lika litet som i fråga om rätten till undersökning eller vård.

I detta sammanhang vill utredningen till sist framhålla önskvärdheten av att medicinalstyrelsen ville ålägga samtliga bakteriologiska laboratorier i riket att till vederbörande dispensär anmäla fall, där tuberkelbakterier påvisats vid undersökning som begärts av annan än dispensärläkare. Detta skulle skapa ökad säkerhet för att alla fall av tuberkulos kommer under kontroll.

Förteckning över icke-aktiva fall (9 §)

Även om det av tidigare anförda skäl är av vikt att tuberkulosregistret endast omfattar aktuella fall, är det å andra sidan väl känt, att pågående tuberkulos kan uppträda efter lång latenstid hos personer med tidigare kända lungförändringar och att det är lönsamt att följa sådana personer med undersökningar under längre tid, då därigenom smittsamma fall kan upptäckas i tidigt skede. Vid många centraldispensärer kallas till regelbundna undersökningar även avregistrerade patienter och personer, som utan att ha varit registrerade företer till synes stationära lungförändringar. Det synes angeläget — och med hänsyn till den sjunkande tuberkulosfrekvensen numera även möjligt — att stadfästa denna praxis. Utredningen vill därför föreslå, att det vid dispensär bör föras särskild förteckning över »personer, som förete tecken på icke-aktiv tuberkulos — oavsett om de tidigare varit införda i tuberkulosregistret eller icke». Till närmare ledning vid avgörande av vilka som bör upptagas i förteckningen vill utredningen hänvisa till följande uttalande från Världshälsoorganisationens expertkommitté för tuberkulos (No 250 WHO Technical Report Series, 1964) :

»Great care should be taken not to label as »cases» persons simply at risk. A local register must be maintained for the follow-up of cases, suspects, and special highrisk groups. There must be a national statistical service to which local subdivisions submit basic epidemiological data. These data, after analysis, are included in a national report».

De som är upptagna i denna förteckning bör, i den mån skäl och möjligheter därtill föreligger, kallas till undersökning vid dispensären. Såsom av 4 § framgår följer av kallelse till dispensären, att undersökningen blir kostnadsfri för den enskilde.

Med hänsyn till klientelet heterogenitet kan några speciella anvisningar

lämpligen inte ges angående den tidpunkt när patienten bör utgå ur förteckningen. Det måste ankomma på dispensärläkaren att avgöra detta med ledning av sin kännedom om fallets natur, sociala förhållanden etc.

Militäranmälningar (10 §)

I denna paragraf refereras de bestämmelser om uppgifter till militärmyndigheterna, som föreskrives i 32 § inskrivningsförordningen (SFS nr 188/1956).

Årsberättelse (11 §)

I överensstämmelse med vad som numera i allmänhet gäller för sjukvårdshuvudmännens olika verksamhetsgrenar bör årsberättelse avges av vederbörande sjukvårdsstyrelse (jfr 7 § sjukvårdsstadgan) efter medicinalstyrelsens anvisningar. Tiden bör bestämmas till senast den 31 mars.

Tjänsteläkares och distriktssköterskors åligganden (12 och 13 §§)

Några principiella ändringar i fråga om tjänsteläkarnas och distriktssköterskornas uppgifter har icke synts påkallade. Betydande förkortningar av gällande instruktioner har dock skett. Vidare har skyldigheten att föra register ålagts distriktssköterskorna, som de facto redan nu torde svara för dessa.

XIII. Den kostnadsfria öppna veneriska vården

Nuvarande organisation

Enligt 5 § LV skall kostnadsfri undersökning och behandling vid venerisk sjukdom verkställas av läkardistriktens läkare dvs. provinsialläkare och stadsdistriktsläkare (tjänsteläkare). Finns i stad flera stadsdistriktsläkare, skall hälsovårdsnämnden, såvida inte särskilda omständigheter förleder annat, utse en av dem att utföra dylik undersökning och behandling. På begäran av tjänsteläkare äger länsstyrelsen eller i stad, som ej tillhör landstingskommun, hälsovårdsnämnden förordna annan läkare att verkställa undersökning och behandling av ifrågavarande art. Sistnämnda bestämmelse tillämpas i praktiken endast i något undantagsfall.

Från denna allmänna regel gäller dock undantag i vad avser större städer. Sålunda stadgas i andra stycket av samma paragraf, att i stad, som har ett invånarantal av 20 000 eller därutöver, verkställs kostnadsfri undersökning och behandling på särskilda polikliniker, som det åligger staden att inrätta i erforderligt antal. Medicinalstyrelsen äger dock medge stad befrielse tills vidare från denna skyldighet. Har poliklinik inrättats, är tjänsteläkare icke skyldig att utföra undersökning och behandling som nu sagts, dock har i staden bosatt provinsialläkare att utföra dylik undersökning och behandling av personer, tillhörande hans distrikt.

Ersättning till läkarna för deras medverkan utgår enligt 6 § LV av statsmedel och detta oavsett om det är fråga om tjänsteläkare eller läkare å poliklinik. Skillnaden är endast att tjänsteläkare ersättes med visst belopp per fall efter av Kungl. Maj:t bestämd taxa, medan poliklinikläkare uppbär ett ackordsbelopp, som för varje budgetår bestämmes av Kungl. Maj:t. Poliklinikläkare åtnjuter dessutom vissa mindre förmåner av staden.

En översikt över hur vården är ordnad i städerna med minst 20 000 invånare ger följande vid handen.

Vid 1966 års ingång hade 46 städer minst 20 000 invånare och av dessa hade följande 18 städer erhållit dispens från skyldigheten att ha särskild poliklinik, nämligen

Lidingö (34 100)
Nacka (24 100)
Solna (55 000)

Sundbyberg (28 300)
Katrineholm (21 400)
Nyköping (28 300)

Motala (27 700)
Växjö (30 300)
Kristianstad (27 500)

| | | |
|-----------------------|--------------------|---------------------|
| Trelleborg (21 900) | Köping (20 000) | Skellefteå (24 600) |
| Trollhättan (35 400) | Ludvika (22 400) | Kiruna (28 300) |
| Kristinehamn (21 600) | Östersund (25 600) | Luleå (34 800) |

I de 28 städerna med poliklinik är det faktiska läget följande.

A. I 10 städer utgöres polikliniken av tjänsteläkare (6) eller stadsläkare (4) mottagning. Att beteckningen poliklinik införts här beror på att därigenom möjliggjorts ackordsbetalning till läkaren. Hade dessa städer sökt dispens från skyldigheten att hålla poliklinik, hade de i allmänhet sannolikt erhållit sådan. Till denna grupp hör:

| | | |
|------------|-----------|-----------|
| Eskilstuna | Karlstad | Sandviken |
| Kalmar | Karlskoga | Sundsvall |
| Mölndal | Västerås | |
| Skövde | Borlänge | |

B. I 3 städer är polikliniken inrymd i särskilda lokaler men fristående från sjukhus och skötes av läkare utan formell specialistkompetens, nämligen i

| | | |
|------------|-------------|----------|
| Karlskrona | Hälsingborg | Halmstad |
|------------|-------------|----------|

C. I 8 städer ombesörjes poliklinikvården av läkare med specialistkompetens utan att poliklinikerna är sjukhusanslutna. Så är fallet i

| | | |
|------------|------------|--------|
| Stockholm | Landskrona | Örebro |
| Södertälje | Göteborg | Gävle |
| Norrköping | Borås | |

Anm. I Stockholm och Göteborg finns även sjukhusanslutna polikliniker (se under D).

D. I 9 städer finns sjukhusansluten poliklinik, nämligen i

Stockholm (2 st., en vid hudkliniken å Södersjukhuset och en vid hudkliniken å S:t Görans sjukhus)
 Stockholm/Solna (vid Karolinska sjukhusets hudklinik)
 Uppsala (vid Akademiska sjukhusets hudklinik)
 Linköping (vid regionsjukhusets hudklinik)
 Jönköping (vid lasarettets hudklinik)
 Malmö (vid Allmänna sjukhusets hudklinik)
 Lund (vid lasarettets hudklinik)
 Göteborg (vid Sahlgrenska sjukhusets hudklinik)
 Uddevalla (vid lasarettets hudklinik)
 Umeå (vid lasarettets hudklinik).

Av den lämnade översikten framgår, att polikliniker finns inrättade i 28 av de 45 städer, där lagen förutsätter att behov av sådana föreligger. I sex städer betjänas poliklinikerna dock av tjänsteläkare dvs. samma läkare som skulle ha ombesörjt vården, om poliklinik icke inrättats. Det är i dessa

fall alltså huvudsakligen endast fråga om en särskild beteckning på tjänsteläkarens verksamhet, då han behandlar veneriskt sjuka patienter. Det samma torde i huvudsak gälla de fyra polikliniker som betjänas av stadsläkare. I egentlig mening finns polikliniker endast i 18 städer eller mindre än hälften av dem som lagen räknat med. Den nuvarande stela huvudregeln, att poliklinik skall finnas i stad med minst 20 000 invånare, har tydligen spelat ut sin roll. Dessutom bör beaktas, att det numera även finns andra kommuner än städer, vilka har mer än 20 000 invånare och de facto föga skiljer sig från städer. För närvarande utgör dessa kommuner sju, ett antal som säkerligen kommer att öka. Behovet av särskild poliklinik kan inte bedömas endast utifrån en invånarsiffra och ej heller på grundval av kommunens administrativa natur. En annan bedömningsgrund måste väljas.

Utredningens synpunkter och förslag

Vid överbägande av hur organisationen av den kostnadsfria vården vid veneriska sjukdomar bäst bör ordnas, ställer man sig omedelbart frågan, om icke den naturliga lösningen är, att den uppbygges på samma sätt som den icke kostnadsfria vården dvs. samma läkare tages i anspråk i båda fallen. Härav följer också, att det borde ankomma på samma huvudmän att sörja för båda vårdformerna, och eftersom landstingen och de landstingsfria städerna enligt 3 § sjukvårdslagen i princip har att ombesörja all den sjukvård, för vilken ersättning får krävas, borde de följaktligen även vara huvudmän för den vård som skall lämnas avgiftsfritt.

Att låta landstingsstäder med minst 20 000 invånare utgöra egna distrikt för den veneriska vård, som lämnas på poliklinik — dvs. i realiteten den mera specialiserade vården — ter sig också i dagens läge föråldrat och strider helt mot de aktuella strävandena att koncentrera alla sjukvårdande uppgifter till landstingen och motsvarande städer. På detta liksom andra av hälso- och sjukvårdens områden måste förutsättningen för tillkomsten av en rationell vårdorganisation vara, att denna kan uppbyggas och planeras för varje sjukvårdsområde som en enhet.

Om sjukvårdshuvudmännen inträder som huvudmän även på förevarande område, behöver detta icke innebära, att de även slutligt skall ha att stå för kostnaderna för vården. Till frågan om kostnadernas slutliga bestridande återkommer utredningen i kap. XIV.

Om den kostnadsfria vården samordnas med den avgiftsbelagda, innebär det att vården utanför sjukhusen i landstingsområdena kommer att handhas av tjänsteläkare, medan mera specialiserad vård tillhandahålls vid eller i anslutning till sjukhus, där läkare med specialistutbildning står till förfogande. Om den senare vården har sådan omfattning att den lämpligen bör lämnas vid särskilda mottagningar — dvs. vad som i lagen nu kallas

poliklinik — eller om den bör lämnas i samband med annan öppen vård är en huvudsakligen praktisk fråga som det bör ankomma på huvudmannen att bestämma.

Vid organisationen av den kostnadsfria vården bör beaktas, att det ur medicinsk synpunkt innebär ett framsteg, om så många vårdbehövande som möjligt beredes tillfälle till vård av läkare med specialistkompetens på området. Tjänsteläkarna har i allmänhet sällan tillfälle till mera betydande praktik beträffande veneriska sjukdomar och får därför icke någon större erfarenhet i diagnostisering och behandling av dessa sjukdomsfall. Det är följaktligen förmånligt om vården i viss utsträckning överflyttas från tjänsteläkarna till specialistmottagningar. En annan viktig fördel med en ökad koncentrerings av vården är, att det vid större mottagningar blir möjligt att till läkarnas hjälp anställa särskilda kuratorer eller annan personal för efterforskning av smittkällor, en i detta sammanhang mycket betydelsefull uppgift. Såväl medicinska som sociala skäl talar följaktligen för en viss koncentrerings av vården.

Läkare med erforderlig specialistkompetens finns — fränsett de landstingsfria städerna — huvudsakligen på sjukhusen och främst givetvis på dessas hudkliniker. Emellertid finns ej heller vid sjukhusen ännu specialister för veneriska sjukdomar i önskvärd utsträckning. Hudkliniker saknas alltjämt vid ett betydande antal centrallasarett. Följande sjukvårdsområden disponerar för närvarande dylika kliniker, nämligen Stockholms stad och län, Uppsala, Östergötlands och Jönköpings län, Kalmar läns södra landstingskommun, Malmö stad, Malmöhus län, Göteborgs stad, Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Gävleborgs, Väster-norrlands och Västerbottens län (16 st.). Den venereologiska vården är likväl erkänd som en länsspecialitet, om än med den reservationen att underlaget för en hudklinik bör vara minst 250 000 invånare. På längre sikt har man därför att räkna med att hudkliniker kommer att anordnas i ytterligare områden. Även vid sjukhus utan hudklinik finns dock stundom läkare med specialistkompetens i hud- och könssjukdomar eller i varje fall med viss utbildning vid klinik för sådana sjukdomar. Där så erfordras bör även dylik läkare kunna tagas i anspråk och detsamma gäller givetvis också privatpraktiserande läkare med motsvarande utbildning. Om mottagningar för ifrågavarande klientel i större utsträckning än som för närvarande är fallet kan anordnas vid eller i anslutning till sjukhus, bör tjänsteläkarna i viss utsträckning kunna befrias från skyldighet att lämna motsvarande vård. I främsta rummet gäller detta tjänsteläkare, som är stationerade i eller i närheten av ort med specialistmottagning.

En viss olägenhet vid ett landstingsövertagande av vården utgör det förhållandet, att tjänsteläkarna i städer över 15 000 invånare som regel icke är landstingsanställda utan vederbörande stads tjänstemän. Något avgörande hinder utgör dock icke detta förhållande.

Utredningen föreslår sålunda, att huvudmannaskapet för den kostnadsfria vården vid veneriska sjukdomar övertages av landstingen och motsvarande städer. Detta innebär, att det får ankomma på vederbörande sjukvårdsstyrelse att själv bestämma om vårdens organisation efter vad som bedömes erforderligt och lämpligt efter sjukvårdsområdets förhållanden. Naturligt är att detta sker i samverkan med länsläkaren, som på grund av sina uppgifter vid bekämpandet av de veneriska sjukdomarna har särskilda förutsättningar att bedöma vårdbehoven.

En sak som i detta sammanhang måste beaktas är, att *bosättningsorten* icke kan få vara avgörande för var en vårdbehövande har rätt att erhålla kostnadsfri vård. Av sekretesskäl föredrager denne ej sällan att söka läkare annorstädes än i hemdistriktet och det skulle kunna få icke önskvärda följder om hinder härför restes. Patienter som ofta byter uppehålls-ort måste också ha möjlighet att få åtnjuta kostnadsfri vård på varje ort, och detsamma gäller anskaffande av i lagen föreskrivna läkarintyg som ju ofta blir nödvändigt vare sig det gäller att styrka smittfrihet eller att läkarbehandling pågår. Lagens bestämmelser skulle bli omöjliga att realisera, om bosättningsorten skulle ha relevans. Av dessa skäl gäller ej heller för närvarande någon begränsning i tjänsteläkarnas skyldighet att lämna vård. Av lagens förarbeten synes också framgå, att detsamma avses gälla även i fråga om rätt att söka vård på stadskommunal poliklinik. I praxis torde dock viss osäkerhet härom råda. Klart är emellertid, att det är ett angeläget önskemål, att en var har möjlighet att söka vård även på en specialistmottagning. Skulle den som icke är bosatt i stad med poliklinik ej ha rätt att anlita sådan, skulle det betyda, att dylik vårdbehövande helt vore avstängd från möjligheten att erhålla specialistvård, något som givetvis icke är godtagbart.

Ej heller bosättningen inom ett landstingsområde får emellertid vara avgörande för rätten att få vård på en landstingets specialistmottagning utan denna måste stå öppen även för utomlänspatienter.

En fråga av stor praktisk betydelse är vilka anspråk som kan ställas på en *polikliniks öppethållande*. I allmänhet är mottagningstiderna begränsade till en timma per dag. I vissa fall förekommer dock öppethållande under $1\frac{1}{2}$ —2 timmar. För att underlätta vårdmöjligheterna brukar tillses, att poliklinikerna i viss utsträckning hålles öppna även på kvällstid, t. ex. kl. 17.30—19. Poliklinikläkarens arvode beräknas med visst belopp för varje mottagningstimma och mottagningstiden fastställs efter det beräknade antalet patienter (i regel 8 patienter per timma). I de fall patienten måste inställas till poliklinik genom polishandräckning vållar mottagningstiderna ofta stora svårigheter. Då polisen anträffat en efterspanad patient, är polikliniken ofta inte öppen och polisen har ingen befogenhet att kvar-

hålla patienten i avvaktan på att polikliniken öppnas. Olägenheterna är särskilt framträdande i Stockholm trots att det i denna stad finns tre polikliniker. Detta sammanhänger bland annat med önskemålet att införa patient, som hämtas på grund av avbruten behandling, till den poliklinik, där den tidigare behandlingen skett. Även om någon av poliklinikerna är öppen vid hämtningstillfället, är det därför inte säkert att han mottages. Vid de överläggningar i ämnet som utredningen haft med representanter för polismyndigheten i Stockholm har särskilt påtalats de svårigheter som polispersonalen ställes inför vid verkställande av handräckningsuppdrag. Som exempel härpå har bland annat anförts:

En utländsk smittbärare infördes till en poliklinik tio minuter efter den timma då polikliniken haft öppet. Vederbörande blev inte mottagen. — Vid ett annat tillfälle infördes till en poliklinik en man, som anhållits under dygnet och som förvarades på kriminalpolisens arrestavdelning. Inte heller denne blev mottagen, därvid detta motiverades med att han tidigare behandlats på annan poliklinik och därför skulle inställas där. Anledningen till att han inte från början inställdes på denna poliklinik var, att den öppnades först senare på dagen och att risk förelåg att mannen vid den tidpunkten skulle vara släppt. Farhågorna besannades. Då mannen släpptes, hade »den rätta» polikliniken ännu inte öppnat för dagen. Mannen blev således obehandlad, oaktat han suttit hos polisen i nära ett dygn.

Det är enligt utredningens mening angeläget att hinder av här angiven natur undanröjes. Att nämnvärt utöka tiderna för poliklinikernas öppethållande är med hänsyn till den otillräckliga tillgången på läkare icke genomförbart. En sådan åtgärd skulle för övrigt medföra avsevärda kostnadsökningar och icke innebära någon rationell lösning, eftersom de som inställes genom handräckning dock utgör ett begränsat antal. Såsom av redogörelsen i kap. VIII framgår utgjorde nämligen handräckningsfallen 1964 i Stockholm 175, i Göteborg 165 och i Malmö 45 (1965). Två möjligheter att komma till rätta med förhållandena synes närmast erbjuda sig. Den mest radikala lösningen vore att, såsom föreslagits av länsstyrelsen i Gävleborgs län i framställning till Kungl. Maj:t, ge polisen befogenhet att kvarhålla en hämtad person till dess poliklinik eller läkare med skyldighet att undersöka patienten har mottagning. I så fall borde en maximal kvarhållningstid stipuleras. Längre tid än tolv timmar borde därvid enligt utredningens mening icke ifrågakomma.

En annan lösning är att polisen bereds möjlighet att i de fall, då poliklinik icke har öppet, införa patienten till annan läkare. För Stockholmspolisens del har framhållits, att man i stort sett vore tillfredsställd om polisen alltid hade möjlighet att få handräckningsfall mottagna mellan klockan 08 och 19. Detta bör kunna tillgodoses genom att jourhavande läkare på hudklinik får anlitas, då annan undersökningsmöjlighet icke finnes. Läkaren bör därvid ha att av huvudmannen uppbära ersättning för undersökningen enligt gällande lasaretsläkartaxa. Skulle undersökningsmöjlig-

heter behöva beredas även efter kl. 19, skulle dock stora svårigheter uppstå, eftersom någon jourhavande hudläkare efter denna tid som regel inte finns tillgänglig på sjukhuset. En ordning liknande den nu skisserade tillämpas sedan någon tid i Göteborg, varvid de extra kostnaderna härför bestridits av staden. Det bör framhållas, att de ökade kostnaderna för det allmänna om denna ordning införes i hela landet bör bli synnerligen måttliga med hänsyn till det relativt ringa antalet handräckningsfall. Läkarens arvoden torde enligt taxan f. n. variera mellan 17 och 25 kronor per fall.

Det bör understrykas, att ifrågavarande ordning innebär, att en patient stundom måste omhändertagas av annan läkare än den som eventuellt tidigare behandlat patienten. Några medicinska hinder häremot föreligger dock ej och avvisning på sådan grund får icke godtagas.

Någon tvekan torde inte behöva råda om att det nu framlagda förslaget bör ha företräde framför alternativet med kvarhållningsrätt för polisen. Skulle det längre fram visa sig, att utredningens förslag icke på alla håll skapat tillräckliga förutsättningar för undersökning av handräckningsfallen, bör frågan om kvarhållningsrätt ånyo upptagas till prövning.

XIV. Kostnadsfrågor

I kap. IX har utredningen framlagt förslag beträffande de förmåner som den enskilde bör åtnjuta kostnadsfritt vid allmänfarliga och veneriska sjukdomar. Nu skall övervägas hur de kostnader som i anledning härav uppkommer för det allmänna skall gäldas.

Särskilda förhållanden råder beträffande bestridandet av kostnaderna för laboratorieundersökningar — dessa är redan nu i allt väsentligt avgiftsfria för den enskilde. I vissa detaljer påkallas dock en översyn av gällande ordning. Hithörande spörsmål upptages till behandling i avsnittet 3. nedan.

1. De allmänfarliga sjukdomarna

Den särskilda belastning för det allmänna som uppkommer vid de sjukdomar, som avses i epidemilagen, beror huvudsakligen på att den slutna vården vid dessa sjukdomar är avgiftsfri. I gengäld för att sjukhushuvudmännen icke får uttaga vårdavgift av dessa sjuka äger de uppbära visst mindre statsbidrag härför. Detta bidrag regleras f.n. i kungörelsen den 5 maj 1939 (nr 261) och har behandlats av särskilda sakkunniga i betänkandet »Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården» (SOU 1966:6). Det upptas därför icke till granskning i nu förevarande sammanhang. Detsamma gäller det statsbidrag som utgår för tuberkulosdispensärväsendet enligt kungörelsen den 18 juni 1937 (nr 400).

Frågan om avgiftsfrihet även vid slutna vård vid tuberkulos har utredningen i kap. IX föreslagit skola prövas först i samband med de förslag som 1961 års sjukförsäkringsutredning kommer att framlägga beträffande vårdavgifterna i allmänhet på sjukhus.

Vid allmänfarliga sjukdomar uppstår viss kostnad för samhället även vid de tjänsteresor som företages av provinsialläkare, då sådan sjukdom anmäles (se 5 § förslaget till smittskyddskungörelse). Dessa kostnader bestrides sedan gammalt av statsmedel. Ordningen är uppenbarligen ett arv från den tid, då provinsialläkarna var anställda i statens tjänst. Utredningen har låtit sammanställa uppgifter å kostnaderna för dessa resor under åren 1964 och 1965. De framgår av tabellen å nästa sida.

Kostnaderna är som synes mycket obetydliga. Provinsialläkarnas övriga resekostnader bestrides — i den mån de icke betalas av patient — med

oväsentliga undantag av huvudmannen. Då det får anses föga rationellt med en särskild betalningsordning för nu ifrågakarande små belopp, föreslår utredningen att i fortsättningen även dessa resekostnader bestrides av vederbörande huvudman.

Ersättning till tjänsteläkare för epidemiosor åren 1964 och 1965

| Län | 1964 | 1965 |
|----------|-----------|-----------|
| B | 1 577: 32 | 1 858: 85 |
| C | 234: 40 | 525: 80 |
| D | 274: — | 21: — |
| E | 843: 70 | 1 239: — |
| F | 518: 60 | 73: — |
| G | 0 | 0 |
| H | 276: — | 113: 60 |
| I | 0 | 0 |
| K | 127: 12 | 161: 88 |
| L | 53: — | 183: 02 |
| M | 689: 60 | 189: 80 |
| N | 406: 90 | 177: 70 |
| O | 0 | 210: 40 |
| P | 15: 60 | 47: — |
| R | 603: 50 | 443: 38 |
| S | 0 | 651: 90 |
| T | 0 | 0 |
| U | 35: — | 0 |
| W | 0 | 0 |
| X | 0 | 0 |
| Y | 212: — | 75: — |
| Z | 100: 20 | 182: — |
| AC | 508: 60 | 101: 90 |
| BD | 0 | 0 |

2. De veneriska sjukdomarna

Statens utgifter för den kostnadsfria vården vid veneriska sjukdomar regleras i huvudsak i kungörelsen den 19 maj 1933 (nr 239) med däri senare gjorda ändringar. De utgöres av ersättningar till tjänsteläkare samt läkare och kuratorer vid polikliniker. Utredningen har i bilagorna 7, 8 och 9 låtit sammanställa dessa kostnader för varje sjukvårdsområde för vart och ett av de tre senast förflutna budgetåren. Av bilagorna framgår även hur stor procentuell andel av statens totala kostnader som faller på de olika sjukvårdsområdena. För budgetåret 1965/66 har i bilaga 10 redovisats kostnaderna för ersättning till poliklinikläkare och kuratorer — dessa är redan kända — medan ersättningarna till tjänsteläkare först kan uppges, sedan räkenskaperna för budgetåret avslutats.

I kap. VIII har utredningen framlagt förslag om att huvudmannskapet för ifrågakarande vård skall övergå på sjukvårdshuvudmännen. Utredningen förutsätter emellertid, att staten utger ersättning härför till huvud-

männen enligt samma principiella grunder som gäller f.n. Ett angeläget önskemål är dock, att bidragsreglerna göres så enkla som möjligt. Utredningen vill i detta hänseende föreslå följande ordning.

Statens senast framräknade kostnader för den veneriska vården för hela landet fördelas såsom bidrag mellan huvudmännen allt efter den procentuella andel av denna kostnad som kan beräknas belasta varje huvudman. För att eventuella tillfälliga förskjutningar av andelarna skall utjämnas bör dessa framräknas såsom medeltal av kostnaderna under de tre senaste budgetåren. Följes denna regel erhålles de siffror som framgår av nedanstående tabell.

Statens kostnader för avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdomar budgetåren 1962/63—1964/65

| Sjukvårdsområde | Summa | Medeltal per budgetår | % |
|------------------|--------------|-----------------------|-------|
| A | 562 600:— | 187 533 | 16,7 |
| B | 101 465:— | 33 822 | 3,0 |
| C | 112 023:— | 37 341 | 3,3 |
| D | 126 106:— | 42 035 | 3,7 |
| Norrköping | 107 710:— | 35 903 | 3,2 |
| E i övrigt | 90 236:— | 30 079 | 2,7 |
| F | 79 196:— | 26 399 | 2,4 |
| G | 27 447:— | 9 149 | 0,8 |
| Hn | 28 281:— | 9 427 | 0,8 |
| Hs | 62 729:— | 20 910 | 1,9 |
| I | 47 089:— | 15 696 | 1,4 |
| K | 40 935:— | 13 645 | 1,2 |
| L | 60 744:— | 20 248 | 1,8 |
| Malmö | 108 010:— | 36 003 | 3,2 |
| M i övrigt | 144 197:— | 48 066 | 4,3 |
| N | 53 610:— | 17 870 | 1,6 |
| Göteborg | 267 620:— | 89 207 | 7,9 |
| O i övrigt | 94 286:50 | 31 429 | 2,8 |
| P | 156 087:— | 52 029 | 4,6 |
| R | 82 236:— | 27 412 | 2,4 |
| S | 119 153:— | 39 718 | 3,5 |
| T | 111 492:50 | 37 164 | 3,3 |
| U | 114 806:50 | 38 269 | 3,4 |
| W | 172 489:— | 57 496 | 5,1 |
| X | 227 910:50 | 75 970 | 6,8 |
| Y | 88 804:— | 29 601 | 2,6 |
| Z | 59 332:50 | 19 778 | 1,8 |
| AC | 47 391:— | 15 797 | 1,4 |
| BD | 79 501:— | 26 500 | 2,4 |
| Summa kronor | 3 373 487:50 | 1 124 496 | 100,0 |

För statens bidrag till mentalsjukvården gäller som bekant en provisorisk överenskommelse mellan staten och landstingen för tiden till och med utgången av år 1971. Samma tid har i betänkandet »Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården» föreslagits för den lösning av de statsbidragsfrågor som behandlats i sagda betänkande. Utredningen anser det

naturligt att samma tidsperiod bestämmas för regleringen av de här aktuella bidragen — om så sker kan för övrigt de bidragsbelopp som utredningen nu föreslagit sammanräknas med de belopp som skulle utgå enligt betänkanudet. Hela bidragsfrågan kan därefter upptas till omprövning i ett sammanhang för tiden fr. o. m. år 1972.

Ett särskilt spörsmål är om det under provisoriets giltighetstid kan erfordras någon bestämmelse som möjliggör en anpassning till stegrade kostnader. Såsom av de nyss åberopade bilagorna närmare framgår har statens kostnader för ändamålet undergått icke obetydliga stegringar under de tre redovisade budgetåren — 1962/63 kr 798.782, 1963/64 kr 1.207.707 och 1964/65 kr 1.366.998. De faktorer som bestämmer kostnaderna är dels ersättningarna till läkarna och kuratorerna och dels frekvensen av sjukdomsfall. Tjänsteläkarna äger enligt 1 § i kungörelsen den 19 maj 1933 (nr 239) i dess lydelse enligt SFS nr 278/1963 uppbära ersättning enligt de grunder, som anges i 2 § sjukkassetaxan. Om sjukkassetaxan ändras inverkar detta följaktligen automatiskt på ersättningarna till dessa läkare. Poliklinikläkarnas arvoden bestämmas för varje år genom beslut av Kungl. Maj:t. Det senaste beslutet är meddelat den 17 december 1965 och avser ersättning för budgetåret 1965/66. I detta beslut har Kungl. Maj:t utgått från en ersättning till läkarna av 45 kr per veckotimme och ett ungefärligt antal patienter av 8 per timma eller vid de största poliklinikerna 10 per timma. Bidrag till kuratorerna bestämmas likaledes genom särskilt beslut av Kungl. Maj:t, senast den 3 juni 1965. Bidrag utgår enligt detta beslut för varje heltidsanställd kurator med belopp motsvarande högst hälften av årslön enligt lönegrad A 15 i vederbörande dyrortsgrupp enligt statens löneförordning.

Beträffande sjukdomsfrekvensen under kommande år kan självfallet någon tillförlitlig prognos inte göras.

Även om tidrymden för den lösning av bidragsfrågan som utredningen föreslår är mycket begränsad, torde en ökning av den sammanlagda kostnadsramen under giltighetstiden icke kunna uteslutas. För en anpassning av statens bidrag till den aktuella situationen kan olika lösningar ifrågakomma.

Ett sätt vore att räkna ut höjningen mellan de olika år, på vilka genomsnittsberäkningen grundar sig, och beräkna motsvarande höjning även varje kommande år. En sådan ordning skulle förmodligen ge överkompensation, eftersom det under de senaste åren skett särskilt stora taxe- och timlönehöjningar och även en anpassning efter den ökade sjukdomsfrekvensen. Ett annat sätt vore att vid höjningar av sjukkassetaxan, läkartimlönen och kuratorslönerna räkna ut procenttal för de olika höjningarna och inväga dem på slutsummorna i de olika delposter som utgör underlaget för bidraget. Förfarandet blir dock tämligen komplicerat. En enklare utväg är att reglera bidraget med hänsyn till den årliga procentuella förhöjningen av lönerna för statens tjänstemän på det sätt som anges i avtalet mellan

staten och landstingskommunerna om övertagandet av mentalsjukvården (21 §). Dessa procenttal måste ändå räknas ut för regleringen av mentalsjukvårdsbidraget. En invändning som kan göras mot denna lösning är att den inte beaktar en eventuell fortsatt frekvensökning. Den anknyter å andra sidan till de principer för värdesäkring som föreslås i betänkandet »Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården» och möjliggör dessutom en betydande administrativ förenkling. På grund härav och då det dessutom gäller en reglering för en förhållandevis kort tid vill utredningen förorda detta alternativ.

Sjukvårdshuvudmännens övertagande av huvudmannaskapet för ifrågasvarande vård innebär vidare, att de landstingsstäder som f.n. driver könspolikliniker befrias från de kostnader som poliklinikerna kräver utöver statens bidrag — huvudsakligen lokalkostnader, biträdespersonal och hälften av ersättning till kurator. Enligt av utredningen inhämtade uppgifter uppgick dessa kostnader för år 1965 till nedanstående belopp:

Landstingsstädernas nettokostnader för sina könspolikliniker år 1965

| | | | |
|-------------------|--------|-----------------|--------|
| Södertälje | 10 521 | Uddevalla | 20 297 |
| Uppsala | 31 600 | Borås | 32 595 |
| Eskilstuna | 20 000 | Skövde | 7 000 |
| Linköping | 8 802 | Karlstad | 5 084 |
| Jönköping | 4 000 | Karlskoga | 6 630 |
| Kalmar | 7 390 | Örebro | 25 228 |
| Karlskrona | 2 000 | Västerås | 16 496 |
| Lund | 6 000 | Gävle | 72 084 |
| Landskrona | 8 100 | Borlänge | 14 362 |
| Hälsingborg | 46 458 | Sandviken | 5 787 |
| Halmstad | 4 000 | Sundsvall | 3 500 |
| Möln dal | 2 000 | Umeå | 40 000 |

Det allmännas övriga kostnader för den veneriska sjukvården föranledes av den avgiftsfria slutna vården och de fria läkemedlen. Den förra belastar huvudmännen och läkemedlen staten. Anledning att föreslå någon ändring i dessa hänseenden föreligger enligt utredningens mening icke.

I detta sammanhang må erinras att enligt kungörelse den 30 juni 1922 (nr 412) äger stadsläkare i stad, som ej tillhör landstingskommun, för tjänstgöring såsom sundhetsinspektör uppbära årligt arvode med 1.500 kronor. För bestridande av ifrågasvarande arvode äger vederbörande stad utbetomma statsbidrag till motsvarande belopp. Har staden med hänsyn till stadsläkarens tjänstgöring som sundhetsinspektör höjt hans avlöning med visst belopp, äger medicinalstyrelsen eller länsstyrelsen medge, att motsvarande andel av statsbidraget i stället tillfaller stadens kassa.

Utredningen anser tillräckliga skäl icke föreligga för ett bibehållande av särskilt statsbidrag för angivna ändamål. Fr.o.m. år 1967 kommer sådant för övrigt endast att kunna utgå i två städer och även i dessa kan stadsläkarens funktion som sundhetsinspektör komma att avvecklas, om utredningens lagförslag genomföres. Vad angår den enskilde stadsläkarens av-

löningsförmåner synes dessa icke böra regleras genom bestämmelser av Kungl. Maj:t.

3. Laboratorieundersökningar

I fråga om bestridandet av kostnaderna för laboratorieundersökningar gäller f. n. följande ordning.

Karantänssjukdomar. Sedan gammalt har kostnaderna för bekämpande av de s.k. karantänssjukdomarna ansetts skola bestridas av statsmedel, dock med undantag för sjukhusvården, vilken som vanligt åvilar vederbörande huvudman.

Sålunda anges i SBL:s taxa, att undersökning för diagnostiserande av smittkoppor är avgiftsfri. Att någon motsvarande bestämmelse ej upptagits för övriga karantänssjukdomar beror möjligen därpå att några sådana undersökningar endast sällan ifrågakommer.

Den gamla uppfattningen om statens skyldigheter i förevarande hänseende konfirmeras i kungl. brev den 24 april 1942, vari bl.a. föreskrives, att från det i riksstaten uppförda anslaget »Vissa kostnader för allmän hälso- och sjukvård» — numera »Epidemiberedskap» — skall bestridas kostnader »för åtgärder till förekommande av pestens, kolerans, fläckfeberns och återfallsfeberns införande och utbredning i riket». Att smittkopporna icke ingår i uppräknningen torde sammanhånga med de särskilda bestämmelser som gäller beträffande smittkoppypningen. Gula febern infördes i epidemilagen först år 1950.

Övriga epidemilagssjukdomar. I den ursprungliga lydelsen av epidemilagen fanns inga bestämmelser om bestridande av kostnaderna för laboratorieundersökning av prover inom den öppna epidemivården. I medicinalstyrelsens cirkulär den 24 november 1919 anfördes bl.a., att »kostnaderna för bakteriologiska undersökningar skall ersättas läkaren av den sjuke eller dennes målsman, där icke kostnaderna härför bestrides av annan (t.ex. kommunen)».

År 1946 gjorde *medicinalstyrelsen* framställning till Kungl. Maj:t i ämnet, därvid styrelsen bl.a. anförde att det i flertalet epidemidistrikt blivit praxis, att det allmänna betalade de bakteriologiska undersökningarna beträffande epidemilagens sjukdomar. Kostnaderna härför vore relativt små i jämförelse med samtliga de utgifter det allmänna finge vidkännas för epidemibekämpandet. Styrelsen föreslog därför, att kostnaderna för de bakteriologiska och serologiska proven vid bekämpandet av epidemiska sjukdomar avlyftes från den enskilde samt lades på ekonomiskt tillräckligt bärkraftiga samhällsorgan. Härigenom skulle epidemibekämpandet påtagligt främjas, då man aldrig behövde riskera att av kostnadsskäl nödgas avstå från sådana viktiga epidemiologiska åtgärder.

Medicinalstyrelsen diskuterade olika alternativ för frågans lösning, var-

vid styrelsen i första hand framhöll, att hälsovårdsnämnderna, epidemidistriktet — dvs. numera sjukvårdsområdena — eller staten kunde komma i fråga såsom ansvariga för kostnaderna. Här efter anförde styrelsen:

Ehuru det jämlikt epidemilagen § 1 synes kunna åläggas kommun att föranställa om och bestrida kostnaderna för ifrågavarande bakteriologiska prov, tala dock billighetsskäl mot en sådan anordning. I stället synas utgifterna för dessa undersökningar böra läggas på administrativa områden med större ekonomisk bärkraft — på epidemidistriktet eller på staten eller också böra de delas av nämnda distrikt och staten.

a) För det första alternativet — att helt lägga kostnaderna på epidemidistriktet — talar det förhållandet, att epidemidistriktet redan nu jämlikt epidemilagen skall bestrida väsentliga delar av kostnaderna för epidemibekämpandet inom sitt område: nämligen vården på epidemisjukhusen. De på epidemisjukhusen tagna proven betalas undantagslöst av epidemidistriktets medel. Det förefaller därför konsekvent, att dessa distrikt bestrida kostnaderna även för de utanför sjukhusen tagna proven så mycket mer som det här är fråga om patienter, vilka ofta nog med ledning av proven inremitteras till sjukhusen.

b) För det andra alternativet — att helt lägga kostnaderna på staten — skulle kunna anföras att ifrågavarande undersökningar stundom är av betydelse för flera epidemidistrikt. Om man bortser från situationer när s.k. karantänssjukdomar hota, är det dock sällan fråga om sådant riksintresse som skulle kunna motivera att staten helt påtoge sig utgifterna härför.

c) Det tredje alternativet innebär en kompromiss mellan a) och b). Ett statsbidrag för viss del av kostnaden, förslagsvis 30 %, synes vara motiverat av det riksintresse, som dessa undersökningar understundom ha och för att i förekommande fall utjämna kostnaderna för olika epidemidistrikt.

Medicinalstyrelsens förslag föranledde proposition (nr 10) till 1950 års riksdag. Vid förslaget framläggande anförde föredragande *departementschefen*:

Med hänsyn till de epidemiska sjukdomarnas speciella karaktär och vikten ur hälsovårdens synpunkt, att deras spridning förhindras, bekostas den slutna epidemivården i princip helt av det allmänna. I första hand är det epidemidistriktet (landstingen och vissa städer) som svara för denna vård. Ett viktigt led vid bekämpandet av de epidemiska sjukdomarna utgöres emellertid av smitthindrande och andra förebyggande åtgärder av olika slag och särskilt då tagande och undersökning av bakteriologiska prov hos personer, födoämnen, vattentäkter m.m., som kunna misstänkas vara smittoförande. I fråga om dessa förebyggande åtgärder gäller icke principen om det allmännas ansvar för kostnaderna. I praxis har emellertid det allmänna påtagit sig ansvaret även för dessa kostnader inom flertalet epidemidistrikt, varvid det vanligaste är att betalningen erlägges av epidemidistriktet. I några större städer och såvitt angår andra prov än differiprover även i vissa andra epidemidistrikt åvila dock undersökningskostnaderna alltjämt patienterna själva.

Medicinalstyrelsen har funnit sist angivna förhållande otillfredsställande och föreslagit införande i epidemilagen av en uttrycklig föreskrift att undersökning av bakteriologiska prov inom epidemivården skulle utföras utan kostnad för den sjuke eller kommunen och alltid bekostas av epidemidistriktet. Jag kan ansluta mig till medicinalstyrelsens förslag, som ju endast innebär ett fastslående i lag av vad som redan tillämpas på många håll. Det synes mig uppenbart, att den

enskilda patienten icke bör bekosta undersökningar, vilka som i förevarande fall äro påkallade av ett starkt samhällsintresse. Och att ålägga kommunerna att ansvara för dessa utgifter skulle i många fall vara obilligt med hänsyn till den ringa ekonomiska bärkraften hos vissa av dessa. En sådan ordning skulle dessutom verka mycket ojämnt och sannolikt föra med sig vissa svårigheter vid administrerandet. Däremot tala onekligen vissa skäl för det i ett par remissyttrandet förordade alternativet, att staten skall helt bekosta ifrågavarande undersökningar. Jag syftar då särskilt på det förhållandet, att dessa ej sällan utföras på stalliga laboratorier. Som nyss nämnts ha emellertid flertalet epidemidistrikt i praxis redan tagit på sig huvudparten av ifrågavarande utgifter, medan dessa endast i fråga om några få mycket sällsynta sjukdomar (karantänssjukdomar) bestridas av staten. Tillräckliga skäl synas icke ha förebragts för att ändra denna ansvarsfördelning.

Medicinalstyrelsen har även framlagt förslag om ett statsbidrag på 30 % av huvudmännens kostnader. Svenska landstingsförbundet har emellertid icke funnit det påkallat med statsbidrag till ifrågavarande undersökningar. För egen del kan jag icke tillstyrka medicinalstyrelsens förslag härom.

I enlighet med departementschefens förslag blev i epidemilagen infogad en ny, alltjämt gällande paragraf — 23 a — vilken med en sedermera vidtagen ändring av terminologisk natur har följande lydelse:

Har beträffande sjukdom, som avses i 2 § 1 mom., läkare eller hälsovårdsnämnd förklarat undersökning av prov från den sjuke, personer i hans omgivning eller från vatten, föda eller dylikt, som kan antagas innehålla smitta av sjukdomen, erforderlig, skall sådan undersökning, därest den äger rum på ett av medicinalstyrelsen härför godkänt laboratorium, utföras utan kostnad för den sjuke eller kommunen. Kostnaden för dylik undersökning gördas av landstingskommunen eller, i fråga om stad som ej tillhör landstingskommun, staden, där ej beträffande viss sjukdom föreskrivits att kostnaden skall gåldas av statsmedel.

Den stora paratyfusedemin åren 1953—54 gav upphov till en del tolkningsfrågor kring den nya paragrafen. Sålunda föreskrev en länsstyrelse, att i säkerhetssyfte kontinuerliga prov en gång i månaden skulle tagas på personalen vid slakterierna inom länet. Detta skedde utan att det förelåg något aktuellt sjukdomsfall bland de slakterianställda. Då lagtexten i 23 a § utgår från att prov tages från »den sjuke» eller personer i hans omgivning, ansåg sig det berörda landstinget icke ha någon skyldighet att bestrida undersökningskostnaderna. Enligt epidemilagens ordalydelse har icke heller berörda kommuner eller enskilda företag ansetts kunna åläggas att betala kostnaderna, varför vederbörande laboratorium icke kunnat utfå ersättning för dessa.

Tuberkulos. Några särskilda författningsbestämmelser om hur kostnaderna för laboratorieundersökningar i öppen vård vid fall av tuberkulos skall bestridas finns icke. Detta betyder, att den som söker vård för tuberkulos inom dispensärorganisationen får erforderliga undersökningar kostnadsfritt utförda — dvs. kostnaderna faller på vederbörande landsting — medan den som konsulterar annan läkare själv får i vanlig ordning bestrida dessa.

Veneriska sjukdomar. Ursprungligen gällde, att serologiska laboratorieundersökningar av blodprov — erforderliga för diagnostisering av syfilis — bekostades av statsmedel; om de utfördes på begäran av tjänsteläkare eller könspoliklinik. År 1943 infördes samma regel för bakteriologiska undersökningar för påvisande av gonokocker (SFS nr 297/1943).

År 1945 beslöts, att kostnaderna för bakteriologisk undersökning för påvisande av gonokocker skulle bestridas av staten, även om undersökningen begärdes av privatpraktiserande läkare. Den nya ordningen infördes från den 1 juli 1945 (5:te ht 1945 s. 305; SFS nr 292/1945). Motivet för utvidgningen av de kostnadsfria undersökningarna var den stigande gonorréfrekvensen och angelägenheten att på allt sätt främja den provtagning, som erfordrades för en effektiv kamp mot sjukdomen.

Från den 1 juli 1946 togs ytterligare ett steg på samma väg i det att enahanda regel om kostnadsfri laboratorieundersökning infördes även beträffande serologiska undersökningar (5:te ht 1946 s. 351; SFS nr 269/1946).

Att undersökning för diagnostiserande av venerisk sjukdom bekostas av staten förutsatte ursprungligen, att undersökningen som regel utfördes vid SBL. Från denna regel här sedermera vissa undantag gjorts:

1. Gonokockodling får — av praktiska skäl — utföras på vissa godkända kommunala laboratorier mot ersättning av statsmedel;
2. serologisk undersökning får utföras vid vissa större kommunala laboratorier (vid denna typ av undersökning är det av betydelse att verksamheten kan bedrivas i stor skala).

Vidstående tabell utvisar storleken av de ersättningar som staten utgivit till icke-statliga laboratorier för undersökningar under åren 1963—65.

*Av statsmedel utbetalda ersättningar för prov enligt
lex veneris, som undersökts på icke-statliga
laboratorier*

| Laboratorium i | Ersättning för undersökningar under kalenderåren | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------|------------------|------------------|
| | 1963 | 1964 | 1965 |
| Uppsala | 45 592 | 61 120 | 71 776 |
| Norrköping | 18 360 | 15 388 | 23 204 |
| Linköping | 47 676 | 46 972 | 48 488 |
| Malmö | 73 040 | 86 444 | 92 522 |
| Lund | 137 419 | 149 402 | 152 786 |
| Göteborg | 428 703 | 488 086 | 530 352 |
| Borås | 47 026 | 55 452 | 57 872 |
| Sundsvall | 48 168 | 67 022 | 71 984 |
| Umeå | 34 428 | 42 700 | 54 488 |
| Boden | 27 106 | 37 532 | 38 900 |
| Summa kronor | 907 518 | 1 050 118 | 1 142 372 |

Utredningens synpunkter och förslag. Gällande bestämmelser om bestri-
dande av kostnaderna för laboratorieundersökningar vid *allmänfarliga*
sjukdomar synes i princip icke ge anledning till några ändringsförslag.
Visserligen har de motiv som 1950 föranledde, att landstingen ålades kost-
naderna, numera i stort sett försvunnit genom att kommunerna blivit
större och bärkraftigare enheter. Å andra sidan har gällande ordning vunnit
sådan hävd, att utredningen inte anser någon ändring böra ifrågasättas.
Genom att tuberkulosen hänförts till de allmänfarliga sjukdomarna bör
även laboratorieundersökningar i öppen vård vid denna sjukdom bekostas
av vederbörande huvudman. Då tuberkulos endast i sällsynta fall diagnos-
tiseras i öppen vård utan anlitan- de av dispensärorganisationen, kan ut-
vidgningen icke beräknas innebära någon ändring av betydelse.

Såsom i den lämnade redogörelsen framhållits har gällande lydelse av
23 a § epidemilagen vållat tolkningssvårigheter genom att däri talas om prov
från »den sjuke» eller personer i hans närmaste omgivning. I ett fall som
utredningen har sig bekant har nämligen förekommit, att provtagning be-
ordrats utan att något sjukdomsfall inträffat i den närmaste omgivningen.
Den situation, som därvid förelåg (Alvesta 1953—54), var exceptionell.
Normalt bör provtagning aktualiseras endast i anknytning till ett sjuk-
domsfall i omgivningen. Emellertid synes bestämmelsen böra ges en sådan
lydelse, att den täcker alla fall, där läkare i öppen vård eller hälsovårds-
nämnd funnit erforderligt att påkalla laboratorieundersökning.

Vad härefter angår laboratorieundersökningar vid *veneriska sjukdomar*
har utredningen övervägt om statens utgifter för dessa undersökningar
skulle kunna sammanräknas med statens övriga kostnader för veneriska
sjukdomar och därefter fördelas mellan huvudmännen enligt den ovan
i avsnittet 2. föreslagna planen. Gällande ordning är ur administrativ syn-
punkt förmånlig för SBL genom att laboratoriet utför undersökningarna
avgiftsfritt och därför inte behöver verkställa några debiteringar och bok-
föra kassatransaktioner. För de kommunala laboratorier som anlitas är
förhållandet omvänt, då de äger uttaga ersättning av staten för sina tjäns-
ter. Om man överginge till årlig klumpersättning av statsmedel till varje
huvudman, skulle detta medföra en ökad arbetsbelastning för SBL som
då måste uttaga ersättning för varje utförd undersökning. För de kommu-
nala laboratorier skulle å andra sidan en viss förenkling vinnas genom en
sådan omläggning, eftersom de då icke hade att debitera några kostnader för
de undersökningar som de utförde åt sin huvudman. Emellertid utför dessa
laboratorier i stor utsträckning undersökningar även för främmande sjuk-
vårdsområdets behov och för dessa skulle de äga fordra ersättning av
vederbörande huvudman. Vinsten av en omläggning skulle alltså bli av
mycket begränsat värde.

Vidare må framhållas, att det visat sig föreligga stora tekniska svårig-
heter att ur tillgängligt material framräkna vilka undersökningar som hän-

för sig till de olika sjukvårdsområdena, varför någon säker grund för en fördelningsplan beträffande kostnaderna saknas.

Med hänsyn till vad sålunda anförts anser utredningen att det icke föreligger skäl att föreslå någon ändring med avseende å sättet för bestridande av kostnaderna för laboratorieundersökningar vid veneriska sjukdomar.

XV. Den slutna vården

I 6 § sjukvårdslagen den 6 juni 1962 definieras förekommande typer av sjukhus i vår sjukhusorganisation. Bland dessa förekommer specialsjukhus dels för tuberkuloscivård — sanatorium och tuberkulossjukstuga — och dels för infektionssjukvård — epidemisjukhus och epidemisjukstuga. Sedan länge pågår en strävan att så långt som möjligt knyta all kvalificerad sjukhusvård till lasaretten. Nya, från lasarett fristående specialsjukhus anordnas numera endast undantagsvis. Denna tendens till centralisering av vården till lasaretten har på tuberkulossjukvårdens område tagit sig uttryck däri att flera sanatorier nedlagts och ersatts av lungkliniker vid lasarett. Inom infektionssjukvården har på motsvarande sätt epidemisjukhusen alltmer ersatts av infektionskliniker vid centrallasaretten, vilket i allmänhet kunnat ske genom rent administrativa åtgärder. Då epidemisjukhusen regelmässigt är belägna i anslutning till centrallasarett, har huvudmannen endast haft att besluta införliva sjukhuset med lasarettet och inom dettas ram organisera det som en infektionsklinik.

Av sanatorier finns ännu 14 kvar och av dessa kommer ett att nedläggas under hösten 1966. Däremot återstår endast fyra epidemisjukhus.

Ur administrativ synpunkt finns ingen skillnad mellan en lungklinik på lasarett och ett sanatorium och ej heller mellan en infektionsklinik på lasarett och ett epidemisjukhus. Sanatorium är ur denna synpunkt en fristående lungklinik och epidemisjukhus en fristående infektionsklinik. Det är därför anledning överväga om begreppen sanatorium och epidemisjukhus bör bibehållas i sjukvårdslagen eller om sjukhusen bör klassificeras som lasarett. Ur praktisk synpunkt är det en nackdel att slopa i varje fall benämningen sanatorium, som ju alltjämt betecknar en betydande grupp särpräglade sjukhus. Emellertid har genom den ändring i sjukvårdslagen som genomförts i anslutning till lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall — se SFS nr 294/1966 — termen mentalsjukhus utgått ur sjukvårdslagen, varför dessa sjukhus i fortsättningen kommer att hänföras till kategorien lasarett. Då det praktiska behovet av en benämning på dessa sjukhus, som skiljer dem från de hittillsvarande lasaretten, är betydligt större än motsvarande behov med avseende på sanatorier och epidemisjukhus, anser sig utredningen icke kunna föreslå annat än att även termerna sanatorium och epidemisjukhus utgår ur lagen och att alltså även dessa sjukhus i fortsättningen hänföres till lasarettens-

kategorien. Behovet i det praktiska arbetet av särskilda samlingsbeteckningar för dessa sjukhus får följaktligen tillgodoses vid sidan av lagstiftningen.

Under utredningsarbetets gång har utredningen genom kontakter med huvudmännen kunnat förbereda en reform efter angivna riktlinjer. Sålunda har utredningen förordat, att de alltjämt fristående sanatorierna borde ändra sina benämningar, så att »sanatorium» utginge och ersattes av »sjukhus». Även om utredningen ursprungligen utgått från att sanatoriekategorien skulle bibehållas i lagstiftningen, har det nämligen rått en allmän uppfattning om lämpligheten av en mera neutral individuell benämning på dem. Sanatorium har i vårt språk fått en bestämd syftning på ett sjukhus för tuberkulosvård, vilket måste anses föga lämpligt med hänsyn till sjukhusens alltmer ökade roll som behandlingscentra för lungsjukdomar över huvud taget. Utredningens strävan i detta hänseende har rönt största gensvar bland huvudmännen. F. n. finns blott ett sanatorium som alltjämt uttryckligen betecknar sig som sådant (Furs sanatorium).

I fråga om epidemisjukhusen har enighet rått om att en annan benämning på dessa borde eftersträvas som bättre ger uttryck för deras numera vedertagna uppgift som sjukhus för infektionssjukdomar i allmänhet. Utredningen har därför verkat för att få dem antingen att uppgå som infektionskliniker i lasarett eller också att ändra namn, så att de icke vidare betecknar sig epidemisjukhus. Även dessa strävanden har mottagits positivt. Endast två sådana sjukhus bibehåller alltjämt den gamla benämningen epidemisjukhus (i Västerås och Östersund). Huvudmännen har även i dessa båda fall velat få en lasarettanslutning till stånd men denna har t. v. icke genomförts då vederbörande överläkare ställt vissa villkor för sin medverkan till en sådan omorganisation.

På den mindre kvalificerade sjukhusvårdens område — sjukstugorna — har en i princip liknande utveckling ägt rum. Det minskade behovet av vårdplatser för tuberkulosvården har givetvis främst gått ut över tuberkulossjukstugorna. Alla utom två har numera nedlagts (båda belägna vid Tjärnan i Dalarna). De kvarvarande sjukstugorna bereder visserligen vård åt vissa särskilda kategorier av lindrigt tuberkulossjuka men motsvarar knappast vad som ursprungligen avsågs med tuberkulossjukstuga. De bör enligt utredningens mening kunna omregistreras till sjukhem enligt sjukvårdslagen. Om så sker kan sjukhustypen tuberkulossjukstuga utgå ur sjukvårdslagen. Utredningen förutsätter, att så kommer att ske senast i samband med ikraftträdandet av de författningsförslag som utredningen framlägger¹. Skulle mot förmodan detta icke kunna realiseras inom angiven

¹ Genom att sjukhusen är godkända som tuberkulossjukstugor uppbär huvudmännen visst statsbidrag till driften. En omedelbar omregistrering till sjukhem skulle innebära indragning av statsbidraget. Om de förslag som framlagts i betänkandet »Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården» vinner bifall, kommer statsbidragets nuvarande anknytning till vissa typer av sjukhus att upphöra, varför huvudmännen icke torde ha något att erinra mot den föreslagna omrubriceringen av sjukstugorna.

tid, bör en övergångsbestämmelse införas som möjliggör ett bibehållande av de tuberkulosjukstugor som finns vid lagändringens ikraftträdande.

De fristående epidemisjukstugorna har också undan för undan avvecklats. I de undantagsfall, där behov av infektionsvårdplatser förelegat utöver dem som centrallasaretten förfogar över, har utredningen verkat för att få dessa platser införlivade med närbeläget lasarett och sålunda upphöra såsom självständiga inrättningar. Huvudmännen har varit positivt intresserade även av denna utveckling och i dagens läge återstår inga epidemisjukstugor. Även denna sjukhustyp kan följaktligen utgå ur lagstiftningen.

I 7 § sjukvårdslagen stadgas, att för vård av sjuka, behäftade med sådan smittsam sjukdom, som anges i epidemilagen, skall, om ej Kungl. Maj:t eller myndighet som Kungl. Maj:t bestämmer medgivit undantag, inom varje sjukvårdsområde finnas minst ett epidemisjukhus eller en klinik å lasarett. Det föreskrives vidare, att sjukvårdsområde även skall äga tillgång till lämpligt antal reservplatser för vård av dylika sjuka.

Numera finns epidemisjukhus eller infektionsklinik i alla sjukvårdsområden utom ett. Utredningens förslag om utmönstring av begreppet epidemisjukhus påkallar ändring av paragrafen. Därvid aktualiseras även frågan om skyldighet för varje huvudman att ha lungklinik eller motsvarande sjukhus, eftersom tuberkulosen föreslagits ingå i de allmänfarliga sjukdomarna. Detta krav fylles för närvarande av samtliga huvudmän utom en.

Enligt utredningens mening finns det numera intet behov av att i lagen precisera huvudmännens vårdskyldighet vid ifrågavarande sjukdomar mera än vid andra sjukdomar. Att sluten vård skall kunna meddelas vid de smittsamma sjukdomarna följer av det allmänna stadgandet i 3 § sjukvårdslagen. Är det i något fall mera rationellt för en huvudman att bereda viss vård i samarbete med annan, kan ur det allmännas synpunkt intet vara att erinra däremot. Utredningen föreslår därför att den ovan refererade bestämmelsen i 7 § utgår ur lagen. Det må erinras om att kravet på epidemivårdsplan kvarstår enligt föreskrift i 6 § sjukvårdsstadgan.

XVI. Specialmotivering

Smittskyddslagen

ad 1 §.

Paragrafen motsvarar 1 § EpL. Se vidare kap. IV i den allmänna motiveringen.

Det torde icke vara erforderligt att uttryckligen ange, att det här endast är fråga om smittsamma sjukdomar hos människor. Detta torde med tillräcklig tydlighet framgå därav att det finns en särskild lag som reglerar bekämpandet av smittsamma sjukdomar hos djur.

ad 2 §.

Denna paragraf motsvarar 13 § 1 mom. första stycket och 26 § 2 mom. EpL. En viss motsvarighet till paragrafen förekommer även i 2 § LV.

ad 3 §.

Motsvarighet till denna paragraf finns nu i 26 § 1 mom. EpL. Jfr även 9 § andra stycket TubF. Det har förutsatts, att medicinalstyrelsen utan särskild föreskrift i lagen skall ha att bedriva en viss allmän upplysningsverksamhet på de smittsamma sjukdomarnas område.

ad 4 §.

Beträffande denna paragraf hänvisas till kap. V i den allmänna motiveringen.

Andra stycket ersätter dels uppräknningen av sjukdomar i 2 § 1 mom. EpL och 1 § LV, dels ock 24 § EpL.

Tredje stycket motsvarar 25 § EpL. Att medicinalstyrelsen underrättas om här avsedda förordnanden har inte ansetts behöva särskilt anges.

ad 5 §.

Paragrafen motsvarar 2 § 1 mom. EpL.

Se kap. VI under 1. i den allmänna motiveringen. Anmälningsskyldigheten har utvidgats till vissa kategorier, som i sak får anses motsvara vad gällande lag avser med hushållsföreståndare.

ad 6—7 §§.

Dessa paragrafer motsvaras av 3 § 1—3 mom. och 8 § EpL. Beträffande motiveringen hänvisas till kap. VI under 2. och 3.

ad 8 §.

Någon direkt motsvarighet till denna paragraf finns icke i EpL. Den skyldighet, som här ålägges hälsovårdsnämnderna, torde dock f.n. anses följa av den allmänna föreskriften i 1 § EpL. Utredningen har ansett angeläget, att ifrågavarande viktiga principer kommer till direkt uttryck i lagtexten. Jfr vidare 23 § nedan.

ad 9 §.

Paragrafen motsvarar 4 och 5 §§ EpL. samt 13 § TubF. I fråga om motiveringen hänvisas till kap. VI under 4.

ad 10 §.

Denna paragraf ersätter 3 § LV. Beträffande motiven till densamma hänvisas till kap. VIII under 2.

ad 11 §.

Paragrafen motsvarar närmast 16 § LV och har motiverats i kap. VIII under 5.

ad 12 §.

Paragrafen ersätter delvis 21 § LV. Se härom den allmänna motiveringen i kap. VIII under 5.

ad 13 §.

Motsvarande bestämmelser återfinns nu i 14 § första stycket och 21 § LV. Bestämmelserna har motiverats i kap. VIII under 5.

Här må framhållas att, sedan en smittkälla konstaterats lida av venerisk sjukdom, föreskrifterna i 11 § blir tillämpliga och smittkällan övergår till att bli ett sjukdomsfall.

ad 14 §.

Denna paragraf motsvarar 19 § LV och innebär inga sakliga ändringar i densamma. Smittkällans ålder är ofta obekant. Anmälningblanketten bör dock utformas så att plats finns för anteckning om ungefärlig ålder.

ad 15 §.

Någon motsvarighet till denna paragraf finnes icke i LV. Den har motiverats i kap. VIII under 8.

ad 16—17 §§.

Paragraferna ersätter 4 § första, andra och tredje styckena LV och har motiverats i kap. IX under 3.

ad 18 §.

Motsvarighet till denna paragraf saknas i LV. Beträffande motiven till densamma hänvisas till kap. VIII under 6.

ad 19 §.

Beträffande motiven till denna paragraf, som icke har någon direkt motsvarighet i EpL, hänvisas till kap. VII i den allmänna motiveringen.

ad 20 §.

Någon formell motsvarighet till denna paragraf finns inte i nuvarande lagstiftning. Den har motiverats i kap. IV.

ad 22 §.

Denna paragraf har utan ändring överförs från 13 § 2 mom. EpL, där den intagits genom lag den 30 maj 1952. Bestämmelsen åsyftar att bereda särskilda befogenheter i händelse av ett bakteriologiskt krig.

ad 23 §.

Denna paragraf motsvarar första delen av 25 § LV. Den har omarbetats endast ur formell synpunkt. För personal inom sjukvården gäller numera tystnadsplikt enligt 35 § sjukvårdslagen och för personal vid länsläkarorganisationen enligt 27 § instruktionen för länsläkarväsendet. Övriga läkares tystnadsplikt torde vara tillfyllest reglerad i 8 § allmänna läkarinstruktionen. Däremot erfordras bestämmelser beträffande hälsovårdsnämndernas ledamöter och personal.

ad 24 §.

Paragrafen motsvarar 23 a § EpL. Beträffande motiveringen till den nya lydelsen hänvisas till kap. XIV under 3.

ad 25 §.

Motsvarande föreskrifter finns nu i 23 § EpL och 4 § fjärde stycket LV.

ad 26 §.

I gällande lagstiftning finns uttryckliga bestämmelser om handräckning i 22 § LV och 5 § TubF. Se kap. VI under 6. och kap. VIII under 6.

ad 27 §.

Beträffande andra punkten hänvisas till avsnittet 5 i kap. VIII.

ad 28 §.

Paragrafen ersätter 14 § andra stycket och 15 § andra stycket EpL, med stöd av vilka Kungl. Maj:t den 24 april 1953 (nr 222) utfärdat kungörelse om sanitär kontroll av den internationella trafiken (karantänkungörelse). Paragrafen ger vidare Kungl. Maj:t befogenhet att meddela sådana bestämmelser för bekämpandet av smittsamma sjukdomar, som ej anses behöva meddelas i form av lag. Enligt gällande ordning har någon sådan uppdelning av författningsmaterialet icke skett frånsett att bestämmelserna om skyldighet för läkare att anmäla vissa sjukdomsfall upptagits i en särskild kungörelse den 5 juni 1953 (nr 431), utfärdad med stöd av 2 § 7 mom. EpL.

Vidare har möjlighet funnits böra beredas att meddela avvikande föreskrifter beträffande krigsmakten. Då det gäller allmänfarliga sjukdomar torde sådana kunna ifrågakomma.

ad 29 §.

Denna paragraf har överförts från 29 § LV utan annan ändring än att »könssjukdom» ersatts av »venerisk sjukdom».

Straff för spridande av venerisk smitta stadgades ursprungligen i 14 kap. 21 § strafflagen. Vid brottsbalkens införande ansågs dock straffbestämmelsen böra överföras till den särskilda lagstiftningen om veneriska sjukdomar. Den undergick i samband därmed såväl saklig som formell revision (se sid. 207 f. i proposition nr 10 till 1964 års riksdag).

ad 30 §.

Paragrafen har oförändrad överförts från 30 § LV. Vad som anförts under 28 § gäller även denna paragraf.

ad 31 §.

Denna paragraf motsvarar 25 § LV i den mån den inte ersatts av 23 §. Beträffande viss justering av sista stycket i förhållande till gällande lydelse hänvisas till den allmänna motiveringen i kap. VIII under 9.

ad 32 §.

Denna bestämmelse motsvaras av 36 § i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

ad 33 §.

Motsvarighet till förevarande paragraf finns nu i 28 § EpL.

ad 34 §.

Denna paragraf ersätter 32 § EpL, 26 § LV och 15 § TubF.

Övergångsbestämmelser

I olika författningar åberopas epidemilagen eller vissa bestämmelser däri eller nämnes epidemisjukhus eller epidemisjukstuga. Med hänsyn till den föreslagna övergångsbestämmelsen torde dessa författningar i allmänhet icke kräva uttrycklig ändring. Utredningen får härom anföra följande.

I 2 § lagen den 30 juni 1960 (nr 409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område stadgas förbud mot att »behandla sådana smittsamma sjukdomar, som avses i 2 och 24 §§ epidemilagen, eller tuberkulos». Denna bestämmelse bör möjligen ändras till »allmänfarliga sjukdomar som avses i smittskyddslagen».

I 1 § lagen den 18 maj 1956 (nr 293) om ersättning åt smittbärare stadgas, att »smittbärare som på grund av myndighets ingripande, företaget med stöd av epidemilagen, livsmedelsstadgan eller mejeristadgan, till förekommande av att smitta sprides underkastas observation eller isolering eller eljest inskränkning i arbete varmed ha må taga befattning, är berättigad att av statsmedel erhålla ersättning enligt vad nedan sägs». Ehuru med hänsyn till den föreslagna övergångsbestämmelsen någon ändring av lagrummet

icke erfordras, bör dock framhållas att det får en vidgad innebörd genom att tuberkulosen — som f.n. icke berättigar till ersättning — avses att omfattas av den nya lagen. Det må erinras om att frågan om tillämpligheten av 1956 års lag vid tuberkulös smitta övervägdes vid tillkomsten av sagda lag men icke föranledde någon åtgärd. Det anfördes i motiven, att då tuberkulos icke torde smitta i andra hand man icke syntes ha anledning att räkna med att en frisk person kunde föra smitta och att å andra sidan den som var behäftad med smittsam tuberkulos regelmässigt torde vara att anse som sjuk och således berättigad till sjukersättning. Då tuberkulosen i den nya lagen likställes med epidemilagssjukdomarna och ingripanden följaktligen kan ske under samma förutsättningar vid samtliga ifrågavarande sjukdomar, kan självfallet någon formell olikställighet icke heller råda i ersättningshänseende. En annan sak är att, såsom framgår av de refererade motiven, den sakliga innebörden av ändringen måste bedömas som ringa. Det anförda gäller även kungörelsen den 18 maj 1956 (nr 296) om ersättning av statsmedel i vissa fall vid ingripanden i hälsovårdens intresse, i vars 1 § likaledes åberopas »myndighets ingripande med stöd av epidemilagen».

Kungl. Maj:ts instruktion den 3 december 1965 (nr 792) för länsläkarväsendet innehåller föreskrifter i 4, 5 och 23 §§, vilka beröres av den föreslagna lagstiftningen. Likaså 66 § karantänskungörelsen den 24 april 1953 (nr 222). Intet av dessa författningsrum torde behöva ändras.

Smittskyddskungörelsen

ad 1 §.

Beträffande frågan vilka sjukdomar som bör hänföras till de allmänfarliga hänvisas till redogörelsen i kap. V.

Ett spørsmål som kräver övervägande är i vilken ordning de allmänfarliga sjukdomarna bör uppräknas i förevarande paragraf. Enklarest är givetvis att endast återge dem i alfabetisk ordning, ett förfarande som också ofta kommit till användning i utländsk lagstiftning. Enligt utredningens mening erbjuder det dock för läkarna stora fördelar om uppräknningen i stället sker i viss systematisk ordning. Att verkställa en systematisk gruppering, som ur alla synpunkter är invändningsfri, får visserligen anses uteslutet. Utredningen har dock föreslagit en gruppering som ur praktisk synpunkt bör kunna anses tämligen tillfredsställande och i varje fall är överlägsen såväl den alfabetiska ordningen som en indelning, grundad på smittämnets natur.

Sjukdomarna har sålunda indelats i sju grupper. Till den första har hänförts de sjukdomar, som regleras i karantänskungörelsen och som brukar kallas karantänssjukdomar. Bland de övriga har bildats tre grupper, som

åtskiljes allt efter de organ, som de huvudsakligen angriper, nämligen tarmsjukdomar (grupp II), sjukdomar i centrala nervsystemet (grupp III) och leversjukdomar (grupp IV). För de återstående sjukdomarna kan denna indelningsgrund dock icke väljas. De har delats i två grupper: grupp V bestående av övriga akuta infektionssjukdomar — det är endast tre sjukdomar som behövt sammanföras under denna beteckning — och grupp VI, vartill hänförs de s. k. mycobakteriella sjukdomarna tuberkulos och lepra.

ad 2 §.

Beträffande motiven till denna paragraf, som ersätter 1 § första stycket LV, hänvisas till kap. VIII under 1.

ad 3 §.

Denna paragraf, som har huvudsakligt intresse för veneriska sjukdomar, ersätter 1 § andra stycket LV. Paragrafen har — i överensstämmelse med redan tillämpad praxis — utökats med ett stadgande att smittsamt skede skall anses vara för handen även då sjukdomen befaras kunna överföras till avkomma i fosterstadiet. Sådant överförande kan förekomma vid syfilis.

ad 4 §.

Paragrafen saknar motsvarighet i nuvarande lagstiftning. Det har syntts lämpligt, särskilt med hänsyn till dem som inte är tjänsteläkare eller sjukhusläkare, att fastslå den här återgivna regeln.

ad 5 §.

Denna paragraf motsvarar 2 § 4 mom. EpL. Första och andra styckena har behandlats i kap. VI under 2. och sista stycket i kap. XIV under 1.

ad 6 §.

Härom hänvisas till avsnittet 5 i kap. VI.

ad 7 §.

Någon motsvarighet till denna paragraf finns icke i gällande lagstiftning. Paragrafen har motiverats i kap. VI under 6. Sista stycket korresponderar med 23 § sista stycket.

ad 8 §.

Paragrafen, som ersätter 8 § och delvis 11 § LV, har motiverats i kap. VIII under 4.

ad 9 §.

Denna paragraf, som ersätter 11 § LV i den mån så icke skett genom föregående paragraf, har behandlats i kap. VIII under 4.

ad 10 §.

Motsvarighet till denna paragraf finns nu i 9 § LV.

ad 11 §.

Jämför nu 13 § andra stycket och 23 § LV. Bestämmelsen har motiverats i kap. VIII under 6.

ad 12 §.

Denna paragraf, har närmare motiverats i kap. VIII under 6. Den har i LV sin motsvarighet huvudsakligen i 13 § första stycket, 14 §, 15 § första stycket, 16 § första stycket och 21 § första stycket.

ad 13—14 §§.

Beträffande dessa paragrafer hänvisas till avsnitt 6 i kap. VIII.

ad 15 §.

Denna paragraf, som föranletts av det ändrade huvudmannskapet, har motiverats i kap. XIII.

ad 16—21 §§.

Dessa paragrafer ersätter 1—6 §§ samt 11 § i 1953 års anmälningkungörelse. Beträffande motiven hänvisas till kap. X.

ad 22 §.

Paragrafen motsvarar 9 § i 1953 års anmälningkungörelse.

ad 23 §.

Denna paragraf motsvarar 7 § i 1953 års anmälningkungörelse. Den har motiverats i kap. XI.

ad 24 §.

Beträffande denna paragraf hänvisas till den allmänna motiveringen i kap. VI under 6.

ad 25 §.

Motiven till denna paragraf återfinnes i avsnitt 3 i kap. VI.

ad 26—27 §§.

Paragraferna motsvarar 10 och 12 §§ i 1953 års anmälningkungörelse och ersätter även 28 § sista stycket LV.

Kungörelsen om ersättning av statsmedel för vissa kostnader för vården av veneriskt sjuka

I denna kungörelse har samlats de bestämmelser om ersättning av statsmedel som fordras för genomförande av utredningens förslag i kap. XIV. Ersättningsbeloppen i 2 § har därvid utan saklig omprövning överförts från nu gällande kungörelse.

Genom kungörelsen föreslås även upphävande av två kungörelser av 1931 och 1939 om resekostnader vid införande genom polisens försorg till läkare eller sjukhus. Något behov av dessa bestämmelser har ej visat sig föreligga.

Ehuru den senare kungörelsen ej hänför sig till veneriska sjukdomar har den medtagits i detta sammanhang.

Kungörelsen med vissa bestämmelser för beredande av vård åt sjömän vid venerisk sjukdom

I gällande kungörelse i ämnet föreskrives upplysningsförfarande om möjligheten att erhålla kostnadsfri venerisk sjukvård endast beträffande fartyg som från utrikes ort anländer till vissa större i kungörelsen uppräknade hamnar — 15 till antalet. Eftersom sådan vård enligt den i vårt land gällande ordningen skall kunna beredas i varje del av landet, anser utredningen att upplysningsförfarandet bör iakttagas oavsett till vilken hamn fartyget anländer. 1 § i kungörelsen har omarbetats i enlighet härmed. I övrigt har endast redaktionella ändringar vidtagits i densamma.

Lagen om ändring i sjukvårdslagen

6 § 1 mom.

Motiven till ändringen av denna paragraf har framlagts i kap. XV.

Genom den föreslagna lydelsen upphör möjligheten att låta tuberkulos-sjukstuga och epidemisjukstuga ingå såsom särskild avdelning av allmän sjukstuga utan hinder av att det sammanlagda antalet vårdplatser därigenom överstiger 30. Denna möjlighet utnyttjas dock inte i nuvarande sjukhusorganisation, varför hinder mot genomförande av förslaget inte föreligger.

13 § 2 mom., 16 § 2 mom.

De ändringar som föreslagits i dessa moment är av rent redaktionell natur, föranledda av den ändrade sjukhusnomenklaturen.

25 § 2 mom.

I de fall, där det föreligger verkställbart beslut enligt smittskyddslagen om någons intagning på sjukhus, bör den mottagande sjukhusläkaren icke äga ompröva vårdbehovet. Detsamma bör gälla veneriskt sjuk som av länsläkare anmanats att låta sig intagas på sjukhus. Ehuru det anförda i princip gäller redan enligt nuvarande lydelse av momentet, har den nya författningsregleringen påkallat en omformulering av bestämmelserna.

XVII. Sammanfattning

Behovet av lagstiftning (Kap. II)

Huvudelementen i den svenska författningsregleringen för bekämpandet av de smittsamma sjukdomarna utgörs av epidemilagen den 19 juni 1919 (nr 443), lagen den 20 juni 1918 (nr 460) angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar och tuberkulosförordningen den 31 mars 1939 (nr 113). Anledningen till att särskild lagstiftning tillkommit på detta område har främst varit samhällets behov av att kunna kräva vissa inskränkningar i den enskildes frihet. Den som drabbats av en allvarligare smittsam sjukdom har ansetts skyldig att iakttaga sådana föreskrifter, att smittans spridande till övriga samhällsmedlemmar i möjligaste mån förhindras. När det gäller *de epidemiska sjukdomarna* innehåller sålunda epidemilagen föreskrift om skyldighet 1) för hushållsföreståndare att anmäla inträffade sjukdomsfall, 2) för den, som drabbats eller misstänkes ha drabbats av någon av de i lagen angivna sjukdomarna, ävensom för den, som bär eller misstänkes bära smitta av dessa, att underkasta sig undersökning av tjänsteläkare och att söka vård på sjukhus eller att vid behov underkasta sig andra inskränkningar i sin frihet, 3) för kommun att verkställa och bekosta smittrening och 4) för sjukvårdshuvudman att utan ersättning bereda sjukhusvård. I alla kulturländer finns i någon form en lagstiftning till skydd mot spridning av smitta av allvarligare sjukdomar. Samhället kan enligt utredningens mening icke heller framdeles avstå från rätten att tillgripa tvångsåtgärder vid fall av sådana smittsamma sjukdomar som är av allvarlig natur. En lag av samma principiella konstruktion som epidemilagen är därför erforderlig även i fortsättningen. — I fråga om *de veneriska sjukdomarna* gäller likaledes vissa föreskrifter som den enskilde i det allmännas intresse är pliktig iakttaga. Enligt gällande lag är den som lider av venerisk sjukdom skyldig att underkasta sig erforderlig läkarbehandling och att ställa sig till efterrättelse läkares föreskrift om sjukdomens behandling och till förekommande av smittans spridning samt att om så finnes påkallat söka vård på sjukhus. Vidare är den som anmäls såsom smittkälla skyldig att söka läkare för att bli undersökt om han lider av venerisk sjukdom och, om så är fallet, bli föremål för vederbörlig behandling. Lagstiftningen vilar sålunda på den principen, att det icke är den enskildes privatsak om han vill söka läkarvård och vilken vård han vill

underkasta sig. Det måste anses naturligt att en var medborgare i det gemensamma intresse får underkasta sig vissa ingripanden. Inte heller på detta område kan samhället enligt utredningens mening för framtiden avstå från en lagstiftning som möjliggör ingripanden mot den enskilde.

Allmänna synpunkter på författningsmaterialets disposition (Kap. III)

Trots att den grundläggande principen för sjukdomsbekämpandet är densamma i alla fall — skydd mot spridning av smitta — har författningsmaterialet kommit att bli fördelat på tre författningar. Detta har i första hand berott på att försvaret mot de olika sjukdomarna ur praktisk synpunkt måste uppbyggas på delvis olika sätt. Uppspårandet av smittkällor till veneriska sjukdomar erbjuder många och speciella svårigheter, beroende främst på sekretesshänsyn som icke har någon motsvarighet beträffande de övriga smittsamma sjukdomarna. Klart är därför att samma bestämmelser icke i alla hänseenden kan gälla för dessa båda grupper av sjukdomar. Vad tuberkulosen angår är skillnaden gentemot epidemilagens sjukdomar betydligt mindre. Olikheten är i huvudsak den, att tuberkulosen vanligen icke är av så akut karaktär som de förra sjukdomarna. Att författningarna blivit så helt olika torde emellertid bero även därpå att de tillkommit vid skilda tidpunkter och utarbetats var och en med sikte endast på en viss grupp av ifrågavarande sjukdomar. Om behovet av lagstiftning mot alla smittsamma sjukdomar prövas i ett sammanhang, finner man, att det väsentliga dock är gemensamt för alla dessa, även om särbestämmelser i större eller mindre utsträckning kan bli erforderliga för vissa sjukdomar. I modern utländsk lagstiftning går också utvecklingen mot en enhetligare lagreglering. I den västtyska lagstiftningen har sålunda särregleringen för tuberkulosen upphört och den har inarbetats i den allmänna författningsregleringen för smittsamma sjukdomar. Längst bland de lagar, som utredningen haft tillfälle att taga del av, har den tjeckoslovakiska lagen om bekämpande av smittsamma sjukdomar gått. I denna regleras skyddet mot samtliga smittsamma sjukdomar, sålunda även de veneriska sjukdomarna. Utredningen har för sin del funnit, att en enhetlig lagreglering beträffande alla smittsamma sjukdomar med fördel kan komma till stånd. Visserligen kommer därvid ett flertal särbestämmelser att krävas för de veneriska sjukdomarna men lagen kan under alla förhållanden göras kortare vid en dylik samordning. Principiellt synes också vara av värde, att de epidemiologiska synpunkterna på detta sätt sättes i centrum även beträffande de veneriska sjukdomarna. En enhetlig lagstiftning erbjuder också ur systematisk synpunkt bestämda fördelar. Utredningen föreslår därför att de bestämmelser av lags natur som erfordras i ämnet sammanförs i en enda lag, benämnd *smittskyddslag*. De föreskrifter, som kan meddelas i administrativ ordning, samlas på motsvarande sätt i en kungörelse vilken förslagsvis benämnes *smittskyddskungörelse*.

Huvudmannaskap (Kap. IV)

Bekämpandet av de smittsamma sjukdomar som avses i epidemilagen — *de epidemiska sjukdomarna* — är en primärkommunal uppgift. Någon anledning till ändring av denna grundläggande regel föreligger enligt utredningens mening icke. Visserligen förfogar flertalet kommuner icke över all den personal, som erfordras för uppgifternas fullgörande. De har sålunda som regel icke läkare eller sjuksköterskor till sin disposition. Det primärkommunala huvudmannaskapet för epidemivården har därför sedan gammalt vilat på den förutsättningen att de mera direkt medicinska uppgifterna fullgjorts av provinsialläkarna och distriktssköterskorna dvs. personalgrupper som numera båda är landstingsanställda. Man skulle också kunna uttrycka gällande ordning så, att huvudmannaskapet såtillvida är begränsat, att det inte innebär skyldighet för huvudmannen att för ifrågasvarande ändamål anställa läkare eller sjuksköterskor. Denna ordning bör alltjämt gälla. — Beträffande *tuberkulosen* finns i tuberkulosförordningen ingen allmän bestämmelse om huvudmannaskap. Ur författningssynpunkt föreligger i fråga om denna sjukdom ett mellan primärkommunerna och landstingen delat huvudmannaskap. Anledningen till den från epidemivården avvikande konstruktionen är att den medicinska personalens medverkan icke sker inom ramen för samma lagstiftning som skyddet mot de epidemiska sjukdomarna utan konstruerats som en särskild skyddsorganisation, nämligen dispensärväsendet. Detta är en med statsbidrag anordnad organisation i landstingsregi. Organisationen innebär, att varje landstingsområde indelas i dispensärdistrikt och att inom landstingsområdet dessutom skall finnas en eller flera centraldispensärer. I varje dispensärdistrikt skall finnas en dispensärläkare och en dispensärsköterska. Regelmässigt utgörs dessa befattningshavare av tjänsteläkaren och distriktssköterskan i orten — dispensärdistriktet sammanfaller normalt med läkardistriktet. Dispensärorganisationens huvudsyfte är att avgiftsfritt företaga de undersökningar, som erfordras för att avgöra, om tuberkulos föreligger eller icke, samt att bedöma den sjukes vårdbehov och arbetsförmåga, meddela råd och anvisningar för vården m.m. Dessa uppgifter faller på centraldispensären. På distriktsdispensären ankommer att i första hand mottaga och till centraldispensären remittera misstänkta fall samt att verkställa den undersökning och sanering av hemmiljön som erfordras ur smittbekämpningssynpunkt, allt utan kostnad för den enskilde. Dispensärläkare och dispensärsköterska är i regel endast en annan benämning på tjänsteläkare och distriktssköterska, då de fullgör nyss angivna uppgifter vid fall av tuberkulos. Om man jämför organisationen på det lokala planet mot tuberkulos och mot de epidemiska sjukdomarna, framstår skillnaden såsom rent formell. Vid de epidemiska sjukdomarna har uttryckligt huvudmannaskap ålagts primärkommunerna men de äger därvid lita till medverkan av tjänsteläkare och distriktssköterskor. Vid tuberkulos synes man kunna uttrycka läget

så, att primärkommunerna endast har att biträda med sådana uppgifter som icke förutsätter tillgång till sjukvårdspersonal, medan landstingen svarar för de övriga uppgifterna. Det finns enligt utredningens mening ingen anledning att upprätthålla denna olikhet. Även med hänsyn till den inställning till tuberkulosen som i våra dagar blivit allt mera allmän är det angeläget att skillnaden mellan bestämmelserna för denna sjukdom och andra smittsamma sjukdomar utjämnas. Utredningen föreslår sålunda, att primärkommunerna görs till huvudmän även för tuberkulosens bekämpande. Härvid förutsättes, att tjänsteläkare och distriktssköterskor åläggas att liksom hittills biträda vid fullgörande av sådana uppgifter som förutsätter sjukvårdsutbildning. Förslaget innebär vidare, att de nuvarande distriktsdispensärerna formellt sett upphör. — Vad angår *de veneriska sjukdomarna* finns i nuvarande lag ingen särskild bestämmelse om huvudmannaskap för deras bekämpande. De åtgärder som kan komma i fråga faller huvudsakligen på de behandlande läkarna och länsläkarorganisationen. Hälsovårdsnämnderna i de landstingsfria städerna har dock vissa viktiga funktioner på området. De befattningshavare på det lokala planet, som eljest har att biträda vid bekämpandet av smittsamma sjukdomar — distriktssköterskor och hälsovårdsnämndernas personal — bör dock enligt utredningens mening ha samma skyldigheter, då det gäller veneriska sjukdomar. De bör följaktligen tagas i anspråk för efterforskande av smittkällor m.m. och därigenom i många fall kunna avlasta polisen. För möjliggörande härav bör även de veneriska sjukdomarna införas under primärkommunernas huvudmannaskap på sätt av det följande kommer att närmare framgå huvudmannaskap på sätt av det följande kommer att närmare framgå.

Allmänfarliga sjukdomar (Kap. V)

Utredningen föreslår, att de sjukdomar, vid vilka särskilda rättsverkningar enligt lagtiftningen skall inträda och som inte tillhör de veneriska sjukdomarna, benämnes allmänfarliga sjukdomar såsom fallet är i Finland. Till denna grupp hänföres nu 19 sjukdomar. Utredningen föreslår, att dessa utökas till 22, varjämte deras benämningar i vissa fall justeras. Som allmänfarliga sjukdomar skall sålunda rubriceras de sex s.k. karantänssjukdomarna (pest, kolera, gula febern, smittkoppor, fläckfeber och återfallsfeber), tyfoid, paratyfoid, salmonelladiarré, bacillär dysenteri, amöbadysenteri, meningokocksjukdom, polio, primär icke varig hjärn- och hjärnhinneinflammation, Weils sjukdom och andra leptospiroser, epidemisk gulrot, inokulationsgulrot, difteri, mjältbrand, papegojsjuka och andra ornithoser, tuberkulos och lepra. Förslaget innebär, att sömnsjuka, undulantfeber och scharlakansfeber, vilka hittills fallit under epidemilagen, avförs från de allmänfarliga sjukdomarna. Utredningen förordar vidare, att sjukdomsförteckningen inte införs i lagen utan intages i smittskyddskungörelsen, varigenom bl. a. möjlighet öppnas att lättare genomföra ändringar i förteck-

ningen. Länsstyrelserna bör liksom hittills ha befogenhet att temporärt förordna att även annan sjukdom skall hänföras till de allmänfarliga sjukdomarna.

Förfarande då allmänfarlig sjukdom uppträder (Kap. VI)

Allmänheten föreslås liksom f.n. vara skyldig att göra anmälan om misstänkta fall av allmänfarlig sjukdom. Anmälan skall ske till tjänsteläkare i orten eller stadsläkare i stad men behöver inte göras om annan läkare tillkallats. Tjänsteläkare, som fått meddelande om här avsett sjukdomsfall, har att tillse att erforderliga åtgärder till förhindrande av smittspridning vidtages. Om det för detta ändamål erfordras, skall han på tjänstens vägnar bege sig till platsen för sjukdomsfall men han äger också i därför ägnade fall uppdraga åt distriktssköterska eller hälsovårdsnämnds personal att tillse att smitta inte sprides. — Den som lider av allmänfarlig sjukdom eller bär smitta av sådan sjukdom — liksom den som av läkare misstänkes härför — skall i första hand vara pliktig att på anfordran av tjänsteläkare låta sig undersökas av denne eller annan läkare, till viken han hänvisas av tjänsteläkaren, samt att tillhandahålla läkaren eller dennes biträde erforderligt undersökningsmaterial eller tåla att sådant tages. Enligt epidemilagen är den sjuke alltid skyldig att låta sig intagas på sjukhus, hälsovårdsnämnden kan dock på begäran lämna medgivande till vård i hemmet. Denna epidemilagens konstruktion bibehålles i princip men det förutsättes att möjligheterna att ordna betryggande isolering i öppen vård alltid skall undersökas, så att inte den som lika riskfritt kan vårdas i hemmet tvingas att söka sjukhusvård. Den som skall pröva detta är den tjänsteläkare eller stadsläkare, som författningsenligt äger deltaga i hälsovårdsnämndens sammanträden och därigenom har ställning som nämndens medicinske expert. På samme läkare skall det ankomma att bestämma vilka isoleringsföreskrifter som skall iakttagas vid öppen vård. Den som är missnöjd med läkarens prövning i fråga om vårdformen eller isoleringsåtgärder äger få frågan därom hänskjuten till hälsovårdsnämnden (kap. VI:1—3).

Smittrening föreslås liksom f.n. ankomma på hälsovårdsnämnden och bekostas av kommunen. Landstingskommun och staten förutsätts dock själva ha att smittrena av dem ägda eller disponerade fordon som använts vid sjuktransport. — Länsstyrelserna föreslås få befogenhet att om det erfordras med hänsyn till allmänfarlig sjukdom förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar. — Preciserade regler om handräkning för genomförande av lagens bestämmelser föreslås. — Om sjukhusläkare avser att utskrive patient oaktat denne bär smitta av allmänfarlig sjukdom, skall han först samråda med tjänsteläkaren eller stadsläkaren och vid tuberkulos även med tuberkulosdispensären i orten. Sker utskrivning skall detta meddelas till hälsovårdsnämnden och länsläkaren och ev. dispensären. (kap. VI:4—6).

Förfarande vid uppträdande av annan smittsam sjukdom än allmänfarlig eller venerisk sjukdom (Kap. VII)

Beträffande sjukdomsfall, som härrör av annan smittsam sjukdom än allmänfarlig eller venerisk sjukdom, innehåller den föreslagna lagen ingen annan bestämmelse än att hälsovårdsnämnden är skyldig att, om länsläkaren finner det erforderligt, efterforska sjukdomens orsak och att vidtaga åtgärder mot dess vidare spridning.

Veneriska sjukdomar (Kap. VIII)

Beträffande de veneriska sjukdomarna — benämningen könssjukdom anses såsom föga adekvat böra utgå — föreslås inga principiella ändringar i fråga om den sjukes skyldighet att söka läkarvård och skyldigheten för den som uppgivits som smittkälla att styrka, att han inte lider av venerisk sjukdom, eller att i annat fall underkasta sig erforderlig läkarvård. Där emot förordas, att samma skyldighet som gäller för uppgiven smittkälla även skall gälla den, till vilken den sjuke uppgivit sig ha kunnat överföra smitta, s.k. kontakt. Enligt gällande lag skall läkare, som behandlar barn under 16 år, alltid underrätta föräldrarna om sjukdomen. Denna regel bibehålles men läkaren föreslås dessutom — efter mönster av de danska och norska lagarna — få rätt att, om han finner det påkallat, underrätta föräldrarna även om patienten är i åldern 16—18 år. Utredningen understryker vidare vikten av att läkaren kontakter barnavårdsnämnden, om han finner åtgärd från dennas sida erforderlig. Uppgiven smittkälla eller kontakt skall av den behandlande läkaren anmälas till länsläkaren med angivande av namn och adress. Dessa uppgifter behöver dock inte lämnas, om smittkällan eller kontakten behandlas av samme läkare eller för denne styrker att han går under behandling hos annan läkare. Patient skall också rapporteras till länsläkaren men endast med angivande av kön, födelsedatum och hemvist, sålunda icke med namn (kap. VIII:1—4).

Innan tvångsåtgärd skall få vidtagas mot en veneriskt sjuk som försummar sin behandling eller mot en uppgiven smittkälla eller kontakt skall vederbörande i princip ha delgivits en anmaning av länsläkaren (förste stadsläkaren) — i gällande lag betecknas denne sundhetsinspektör, vilken benämning utredningen föreslår såsom onödig utgå. Förutsättningen för att tvångsåtgärd utan föregående anmaning skall få ifrågakomma mot försumlig patient utvidgas — i stället för krav på "uppenbar tredska" skall gälla, att det skäligen kan antagas att anmaningen icke skulle efterkommas. Möjlighet införs att vidtaga tvångsåtgärd mot uppgiven smittkälla utan föregående anmaning, om grundad anledning föreligger att antaga, att smittkällan är sjuk, och det skäligen kan antagas att anmaning icke skulle efterkommas. Utredningen föreslår vidare, att landstingsfri stad i övervakningshänseende skall kunna sammanföras med angränsande sjukvårdsområde till en enhet. I fråga om rätten att förordna

om tvångsåtgärd föreslås den ändringen, att då det gäller intagning på sjukhus endast länstyrelsen skall ha sådan befogenhet och inte såsom nu även hälsovårdsnämnderna i de landstingsfria städerna. Däremot bibehålls dessa hälsovårdsnämnder vid sin rätt att förordna om inställande till läkare för undersökning eller behandling i öppen vård. Då det är av väsentlig vikt för sjukdomsbekämpandet att ingripande mot en patient, som försummar sin vård, och mot en smittkälla eller kontakt kan ske så snabbt som möjligt, har utredningen ingående övervägt olika åtgärder för effektivisering av förfarandet. Särskilt har därvid diskuterats att låta den behandlande läkaren själv omhänderha anmaningsförfarandet. Ehuru utredningen inte ansett det generellt genomförbart att belasta de enskilda läkarna med en dylik administrativ uppgift, föreslår utredningen att medicinalstyrelsen erhåller befogenhet att försöksvis låta vissa läkare själva anmana, därvid utredningen främst haft i tanke könspoliklinikernas läkare, som i regel har särskild biträdespersonal till sitt förfogande. Vidare föreslås, att länsläkare skall få anmana även den som vistas i annat län i stället för att såsom nu är fallet översända ärendet till länsläkaren i detta län för vederbörlig åtgärd. Gällande undantagsbestämmelse för "krigsman av manskapsgrad" föreslås utgå — sådan skall alltså anmanas etc. på samma sätt som övriga. Utredningen framhåller vikten av att läkarna får biträdespersonal till sitt förfogande, då den viktiga efterforskningen av smittkällor ofta är en svår och tidsödande uppgift. Vid poliklinikerna bör finnas särskild kurator för ändamålet. Tjänsteläkarna bör få repliera på distriktssköterskorna och, i varje fall i städerna, på hälsovårdsnämnderas personal. Det framhålles som väsentligt, att hälso- och sjukvårdens egen personal i första hand tages i anspråk för efterforskningar. Endast där detta visar sig otillräckligt bör polisen anlitas för dylik uppgift. Särskilt i storstäderna torde det vara oundgängligt att även framdeles i stor utsträckning lita till polisens biträde med hänsyn till den synnerligen goda personkännedom som polisen i många fall besitter (kap. VIII:5—7).

Utredningen föreslår, att i smittskyddslagen införs en bestämmelse som ger länsläkare befogenhet att under viss förutsättning utlämna namnet på den person, som uppgivit en smittkälla. Härför skall krävas, att den som utpekats som smittkälla framställer begäran härom och att det kan visas att uppgiften varit osann och lämnats i ond avsikt. — Åklagares nuvarande skyldighet att göra anmälan till länsläkaren om vissa sexuellt betonade brott föreslås upphöra. Detsamma gäller skyldigheten för länsläkare att till pastorsämbete anmäla veneriskt sjuk som avser att ingå äktenskap (kap. VIII:8—10).

Avgiftsfria förmåner vid fall av smittsam sjukdom (Kap. IX)

Utredningens förslag i fråga om vilka förmåner som bör vara avgiftsfria vid smittsamma sjukdomar framlägges i samråd med 1961 års sjukförsäk-

ringsutredning. I vad gäller de allmänfarliga sjukdomarna utom tuberkulos erinrar utredningen om att tjänsteläkarnas tjänsteåliggande att tillse att sjuka kommer under vård och att smitta inte sprides innebär att diagnostiseringen av dessa sjukdomar i öppen vård i allmänhet sker utan kostnad för den enskilde. Sluten vård vid dessa sjukdomar bör som hittills vara avgiftsfri. Vid tuberkulos sker diagnostisering avgiftsfritt inom dispensärorganisationen. Även sluten vård vid tuberkulos föreslås vara avgiftsfri men genomförandet härav föreslås anstå i avbidan på de förslag i fråga om kostnaderna för sjukhusvård i allmänhet som nämnda utredning beräknas komma att framlägga. Vid veneriska sjukdomar bör såväl öppen som sluten vård vara avgiftsfri, den förra under förutsättning att den lämnas av tjänsteläkare eller vid särskilda mottagningar (polikliniker).

Anmälningspliktiga sjukdomar och anmälningsförfarandet (Kap. X)

För läkares skyldighet att till de epidemibekämpande instanserna anmäla inträffade fall av smittsamma sjukdomar framlägger utredningen helt nya regler. Anmälningsplikt skall gälla dels vid allmänfarliga sjukdomar och dels vid vissa andra sjukdomar som det anses särskilt anläget att kunna noggrant följa, nämligen: av gruppen bakteriesjukdomar botulism, elakartad gastroenterit hos barn i åldern under två år, listerios, scharlakansfeber, tularemi och undulantfeber, av gruppen masksjukdomar filarios, schistosomiasis/bilharziosis och trikinos samt av gruppen protozosjukdomar malaria och toxoplasmos. Anmälningsplikten skall liksom f.n. åvila läkare som konstaterar sjukdomen i öppen vård endast under förutsättning att patienten inte intages på sjukhus. För övriga patienter är det vederbörande sjukhusläkare som är anmälningspliktig. Anmälningarna skall vara nominativa. När det gäller frågan till vilka instanser anmälan bör göras konstaterar utredningen, att det är av stort intresse att få en betydligt snabbare statistik än f.n. så att de ansvariga myndigheterna utan dröjsmål kan insätta motåtgärder. För detta ändamål måste ett exemplar av anmälan ingå till en central instans och härför förordas statens bakteriologiska laboratorium (SBL), som numera har erhållit en maskinutrustning som möjliggör en snabb bearbetning av anmälningarna och utsändning av översikter. Det för SBL avsedda exemplaret avses dock alltid ingå till länsläkaren för vidarebefordran till laboratoriet. I övrigt föreslås, att anmälningspliktig tjänsteläkare skall göra anmälan i tre exemplar, varav ett insändes till hälsovårdsnämnden och två till länsläkaren. Anmälningspliktig stadsläkare behöver endast göra anmälan i två exemplar, vilka båda tillställs länsläkaren. Sjukhusläkare skall i stad utanför landsting insända anmälan i två exemplar till förste stadsläkaren men i landstingskommun i fyra exemplar, varav ett till hälsovårdsnämnden, ett till tjänsteläkare och två till länsläkaren (i stad med stadsläkare kan dock tjänsteläkarens exemplar utgå). Av övriga läkare — dvs. huvudsakligen privatpraktiserande — erfordras anmälan i fyra exemplar i

landstingskommun men samtliga dessa föreslås för att underlätta förfarandet skola insändas till länsläkaren, som därefter har att sörja för vidarebefordran till hälsovårdsnämnd, tjänsteläkare och SBL; i landstingsfri stad behöver läkare varom här fråga endast sända två exemplar till förste stadsläkaren. En nyhet i förslaget är vidare att läkare i öppen vård som iakttagit anhopning av misstänkta fall skall — utan att avvakta den definitiva diagnostiseringen — medelst telefon eller på annat sätt underrätta tjänsteläkare eller stadsläkare. En motsvarande skyldighet föreslås också för sjukhusläkare men dennes anmälan skall göras till länsläkaren såvida det inte fråga är om misstänkt karantänssjukdom, då även medicinalstyrelsen och SBL skall kontaktas. — Det nu beskrivna anmälningsförfarandet gäller inte veneriska sjukdomar — hur dessa skall anmälas har redogjorts för i det föregående (kap. VIII) — och för tuberkulos föreslås såtillvida en avvikande ordning att det för SBL avsedda exemplaret skall tillställas centraldispensären för bearbetning och komplettering innan det insänds till SBL.

Smittbärare (Kap. XI)

Nuvarande ordning för anmälan av smittbärare bibehålles i princip. Vissa mindre jämkningar föreslås dock.

Den kostnadsfria öppna tuberkulosvården (Kap. XII)

Såsom i det föregående redan nämnts föreslår utredningen vissa huvudsakligen formella ändringar med avseende å dispensärorganisationen för tuberkulosens bekämpande. Sålunda försvinner distriktsdispensärerna som sådana och organisationen baseras på de nuvarande centraldispensärerna, vilka benämnes tuberkulosdispensärer. Förslag har uppgjorts till ett reglemente för dessa, innebärande avsevärda förenklingar av den nuvarande regleringen. Sjukvårdshuvudmännen föreslås enligt reglementet själva få tillsätta dispensärläkarna. Endast för det fall att annan än överläkare eller biträdande överläkare vid sanatorium eller lungklinik ifrågakommer till sådan tjänst, skall den ledigförklaras och då tillsättas i den ordning som sjukvårdslagstiftningen stadgar för biträdande överläkare. De som avgiftsfritt skall undersökas vid dispensär är 1) de som av läkare remitterats till dispensären i anledning av misstänkt tuberkulos och 2) de som av dispensären kallats till undersökning för att utröna förekomst av tuberkulos. Hinder föreligger ej för en huvudman att utvidga den avgiftsfria verksamheten utöver vad som nu sagts, om han överenskommer därom med dispensärläkaren. Även om tuberkulosdispensärens primära uppgifter är att kostnadsfritt diagnostisera tuberkulos och ge råd för vården, bör den dock fungera som ett centrum för hela den öppna tuberkulosvården inom sitt verksamhetsområde. Läkaren bör följaktligen vara skyldig att för vård inkl. kontrollundersökningar mottaga alla som är bosatta inom verksamhets-

området. Till dispensärens viktigaste uppgifter hör även att tillhandagå med hälsoundersökningar inom kompetensområdet och med BCG-vaccineringar. Som en frivillig uppgift bör även upptagas meddelande av vård vid lungsjukdomar av icke tuberkulös natur. Vid fullgörande av alla nu angivna uppgifter bör dispensärens läkare vara underkastad samma regler som i allmänhet gäller för en sjukhusläkare som mottager patienter i öppen vård dvs. han äger efter överenskommelse med huvudmannen uttaga särskild ersättning av patienten (29 § sjukvårdslagen). — En precisering föreslås beträffande vilka som bör införas i tuberkulosregistret. Detta skall sålunda upptaga *dels* fall, där tuberkelbakterier påvisats eller pågående tuberkulösa förändringar iakttagits vid patologisk-anatomisk undersökning, *dels ock* fall av knölros och lungsäcksinflammation och fall med röntgenologiska aktivitetstecken, om i dessa fall ej annan orsak än tuberkulos kan antagas. — Som en nyhet föreslås, att vid dispensär även bör föras en förteckning över icke-aktiva fall — oavsett om de tidigare varit införda i tuberkulosregistret eller icke. Motivet härtill är att pågående tuberkulos kan uppträda efter lång latenstid hos personer med tidigare kända lungförändringar och att det är lönsamt att följa sådana personer med undersökningar under längre tid, då därigenom smittsamma fall kan upptäckas i tidigt skede. Vid många centraldispensärer kallas till regelbundna undersökningar även avregistrerade patienter och personer, som utan att ha varit registrerade företer till synes stationära lungförändringar. Det synes anlägget — och med hänsyn till den sjunkande tuberkulosfrekvensen numera även möjligt — att stadfästa och utbygga denna praxis. De som upptages i förteckningen bör, i den mån skäl och möjligheter därtill föreligger, kallas till undersökning vid dispensären. Av kallelsen följer, att undersökningen blir kostnadsfri för den enskilde. Med hänsyn till klienteletets heterogenitet kan några speciella anvisningar lämpligen inte ges angående den tidpunkt när patienten bör utgå ur förteckningen. Det måste ankomma på dispensärläkaren att avgöra detta med ledning av sin kännedom om fallets natur, sociala förhållanden etc.

Den kostnadsfria öppna veneriska vården (Kap. XIII)

Vad angår den kostnadsfria öppna veneriska vården — för vilken staten hittills varit huvudman — föreslår utredningen, att de ordinarie sjukvårdshuvudmännen skall övertaga huvudmannaskapet även för denna vård. Den bör liksom hittills lämnas dels av tjänsteläkare och dels vid särskilda mottagningar, i första hand i anslutning till sjukhusens hudkliniker och betjänade av specialister på området. Utredningen framhåller, att vid vårdens organisation bör beaktas, att det ur medicinsk synpunkt innebär ett framsteg om så många vårdbehövande som möjligt beredes tillfälle till vård av läkare med specialistkompetens på området. Tjänsteläkarna har i allmänhet sällan tillfälle till mera betydande praktik beträffande veneriska

sjukdomar och får därför icke någon större erfarenhet i diagnostisering och behandling av dessa sjukdomsfall. Det är följaktligen förmånligt om vården i viss utsträckning överflyttas från tjänsteläkarna till specialistmottagningar. En annan viktig fördel med en ökad koncentrerings av vården är, att det vid större mottagningar blir möjligt att till läkarnas hjälp anställa särskilda kuratorer eller annan personal för efterforskning av smittkällor, en i detta sammanhang mycket betydelsefull uppgift. Såväl medicinska som sociala skäl talar följaktligen för en viss koncentrerings av vården. Om mottagningar för ifrågavarande klientel i större utsträckning än som för närvarande är fallet kan anordnas vid eller i anslutning till sjukhus, bör tjänsteläkarna i viss utsträckning kunna befrias från skyldighet att lämna motsvarande vård. I främsta rummet gäller detta tjänsteläkare, som är stationerade i eller i närheten av ort med specialistmottagning. Utredningens förslag innebär, att vederbörande sjukvårdsstyrelse själv får bestämma om vårdens organisation efter vad som bedömes erforderligt och lämpligt efter sjukvårdsområdets förhållanden. Naturligt är att detta sker i samverkan med länsläkaren, som på grund av sina uppgifter vid bekämpandet av de veneriska sjukdomarna har särskilda förutsättningar att bedöma vårdbehoven. — Ett praktiskt problem är f.n. att de särskilda mottagningarna rimligtvis inte kan vara öppna längre än under en ganska begränsad tid. Polisen beredes härigenom svårighet att få undersökning utförd av en person, för vilken handräckning begärts. Någon kvarhållningsrätt gäller nämligen icke i fråga om sådan person. Utredningen föreslår, att frågan löses på så sätt, att lämplig jourhavande läkare på sjukhuset får anlitas för sådan undersökning mot särskild ersättning.

Kostnadsfrågor (Kap. XIV)

I ett avslutande kapitel tar utredningen upp frågan hur det allmännas kostnader för de avgiftsfria förmånerna vid smittsamma sjukdomar bör bestridas. Vad gäller de allmänfarliga sjukdomarna föreslås inga andra ändrade fördelningsgrunder än att kostnaderna för provinsialläkarnas s.k. epidemiresor — vilka kostnader är synnerligen obetydliga — skall bestridas av vederbörande huvudman som i regel ersätter dessas kostnader för övriga tjänsteresor. Utredningen erinrar vidare om sitt i det föregående väckta förslag om avgiftsfri slutna vård vid tuberkulos, till vilket ställning dock anses böra tagas först i samband med prövning av 1961 års sjukförsäkringsutrednings kommande förslag i fråga om kostnaderna för sjukhusvård i allmänhet. — Landstingens och storstädernas övertagande av huvudmannaskapet för den kostnadsfria öppna veneriska vården föreslås ske på villkor att staten utger ersättning därför. Statens senast framräknade kostnader för den veneriska vården för hela landet fördelas såsom bidrag mellan huvudmännen allt efter den procentuella andel av denna kostnad som kan beräknas belasta varje huvudman. För att eventuella tillfälliga förskjut-

ningar av andelarna skall utjämnas bör dessa framräknas såsom medeltal av kostnaderna under de tre senaste budgetåren. Utredningen förordar, att den föreslagna regleringen av ifrågavarande statsbidrag anknytes till avtalet mellan staten och landstingen rörande mentalsjukvården och följaktligen blir gällande t.o.m. år 1971. För tiden därefter kan hela bidragsfrågan upptagas till omprövning i ett sammanhang. För att garantera värdebeständighet av bidraget föreslås vidare, att bidraget regleras med hänsyn till den årliga procentuella förhöjningen av lönerna för statens tjänstemän på samma sätt som gäller enligt nyssnämnda avtal. — Nuvarande bestämmelse om statsbidrag med 1.500 kronor årligen till förste stadsläkare som fullgör uppdrag som sundhetsinspektör föreslås utgå (kap. XIV:1—2).

Kostnaderna för laboratorieundersökningar för diagnostisering av allmänfarliga sjukdomar i öppen vård bör liksom hittills — ehuru med viss justering av bestämmelsens ordalydelse — bestridas av vederbörande landsting eller motsvarande stad. Då tuberkulosen hänförs till de allmänfarliga sjukdomarna, bör även laboratorieundersökningar för konstaterande av tuberkulos utom dispensärväsendets ram bli kostnadsfria för den enskilde. — Laboratorieundersökningar i anledning av veneriska sjukdomar föreslås liksom f.n. bekostas av staten (kap. XIV:3).

Den slutna vården (Kap. XV)

Sjukhustyperna sanatorium och epidemisjukhus, vilka sedan länge varit under avveckling såsom självständiga sjukhus — av sanatorier återstår f.n. 14 och av epidemisjukhus fyra — föreslås utgå ur sjukvårdslagen och i stället uppgå i lasarettskategorien på samma sätt som tidigare beslutats beträffande mentalsjukhusen. Tuberkulos- och epidemisjukstugorna, som de facto med ett par undantag redan nedlagts, bör likaledes utgå ur lagstiftningen och de undantagsvis eventuellt alltjämt förekommande överföras till övergångsbestämmelse. Utredningen anser nuvarande föreskrift i sjukvårdslagen att det i varje sjukvårdsområde skall finnas minst ett epidemisjukhus eller motsvarande infektionsklinik å lasarett, om inte Kungl. Maj:t medgivit undantag, utan olägenhet kunna utgå.

Utredningen framlägger — utom förslag till smittskyddslag och smittskyddskungörelse samt lag om ändring av sjukvårdslagen — förslag till särskild kungörelse med bestämmelser om statens bidrag till vården av veneriskt sjuka. Vidare föreslås att nuvarande kungörelse den 24 april 1931 (nr 63) med bestämmelser i anledning av internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling av könssjukdom skall ersättas av en ny kungörelse. Denna innebär i huvudsak endast formella ändringar i gällande kungörelse.

BILAGOR

BILAGOR

1. Bilaga I
2. Bilaga II
3. Bilaga III
4. Bilaga IV
5. Bilaga V
6. Bilaga VI
7. Bilaga VII
8. Bilaga VIII
9. Bilaga IX
10. Bilaga X
11. Bilaga XI
12. Bilaga XII
13. Bilaga XIII
14. Bilaga XIV
15. Bilaga XV
16. Bilaga XVI
17. Bilaga XVII
18. Bilaga XVIII
19. Bilaga XIX
20. Bilaga XX
21. Bilaga XXI
22. Bilaga XXII
23. Bilaga XXIII
24. Bilaga XXIV
25. Bilaga XXV
26. Bilaga XXVI
27. Bilaga XXVII
28. Bilaga XXVIII
29. Bilaga XXIX
30. Bilaga XXX

...längre än länge varit
...samtliga återstår
...läroårstagen och
...samtliga beaktas
...förhållningarna
...samtliga utgått
...förhållande över-
...samtliga föreskrift i
...samtliga minst ett epide-
...samtliga, om into Kungl.

...samtliga kyrkliga och smitt-
...samtliga - förslag till
...samtliga - förslag till värden, av
...samtliga den 24 april 1931
...samtliga överenskommit
...samtliga av Länsstyrelsen skall
...samtliga endast formella

Uddrag ur smittskyddslagstiftningen i de nordiska grannländerna

Danmark

Lov af 10. maj 1915 om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdommes Udbredelse

1. Afsnit

§ 1. Den stedlige Ledelse af de i denne Lov omhandlede Foranstaltninger mod smitsomme Sygdommes Udbredelse paahviler Epidemikkommissioner.

I København og Købstæderne, derunder indbefattet Frederiksberg og Marstal, er Sundhedskommissionen tillige Epidemikkommission; saafremt Politimester og Kredslæge ikke er Medlemmer af Sundhedskommissionen, tiltræder de denne, naar den virker som Epidemikkommission. Paa Landet bestaar Epidemikkommissionen for hver Jurisdiktion af Politimesteren som Formand, Kredslægen og 3 af Amtsraadet for 3 Aar valgte Medlemmer.

Hvor Omstændighederne ikke tilsteder, at Kommissionen sammenkaldes til at tage Beslutning, kan fornøden Foranstaltning foreløbig træffes af Politimesteren, forsaavidt Kredslægen med ham anser den for nødvendig, men Sagen skal da snarest forelægges Kommissionen.

Derhos er Byraadene, Sogneraadene samt Københavns, Frederiksbergs og Marstals Kommunalbestyrelser forpligtede til enten selv eller ved Udvalg, hvortil Medlemmer tillige kan vælges udenfor Raadet, at bistaa Epidemikkommissionerne og efter deres Anvisning at træffe de fornødne stedlige Foranstaltninger.

§ 2. Overtilsynet med samtlige Epidemikkommissioner i en Amtsraadskreds paahviler en Overepidemikkommission, bestaaende af Amtmanden som Formand, Amtslægen og 3 for 3 Aar valgte Medlemmer.

§ 5. Ved Epidemilæger forstaas i denne Lov de Læger, der er Medlemmer af Epidemikkommissionen for det paagældende Omraade, jfr. § 1, 2. Stykke, og § 10, 3. Stykke.

2. Afsnit

§ 6. Følgende Sygdomme skal altid være Genstand for offentlig Behandling, der iværksættes paa det Sted, hvor de konstateres, i Overensstemmelse med de i dette Afsnit indeholdte Bestemmelser: Pest, asiatisk Kolera, gul Feber, Blodgang, Plettyfus (eksantematisk Tyfus), Kopper og Spedalskhed samt Sygdomme, med Hensyn til hvilke Bestemmelserne i Lov om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdommes Indførelse i Riget af 12. April 1911, 2. Afsnit, er satte i Kraft ved kongelig Anordning i Henhold til den nævnte Lovs § 27, 2. Stykke. Ændringer heri kan ske ved kongelig Anordning.

Andre smitsomme Sygdomme med Undtagelse af Tuberkulose og veneriske

Sygdomme, for hvis Behandling de i de særlige Love om disse Sygdomme indeholdte Regler gælder, kan, naar de optræder paa en ondartet Maade eller med en større Udbredelse eller iøvrigt under Forhold, der kan give særlig Anledning dertil, af Overepidemikkommissionen, i København Kommunalbestyrelsen, erklæres for at være Genstand for offentlig Behandling. Saa snart Kredslægen, i København Stadslægen, skønner, at saadanne Forhold foreligger, paahviler det ham at gøre Indstilling til Overepidemikkommissionen, i København Kommunalbestyrelsen, om, at offentlig Behandling iværksættes. Under særlige Forhold kan en saadan Beslutning tages af Justitsministeren.

Saa snart Kredslægen (Stadslægen) har gjort Indstilling om, at en Sygdom skal tages under offentlig Behandling, skal Epidemikkommissionen i Tilfælde, hvor Sygdommen optræder under Forhold, der gør øjeblikkelige Foranstaltninger fornødne til Forhindring af Smitstofs Udbredelse i videre Kredse, være berettiget til foreløbig at sætte de for den offentlige Behandling gældende Isolations- og Desinfektionsforskrifter i Kraft, indtil der foreligger Beslutning fra Overepidemikkommissionen, i København Kommunalbestyrelsen.

§ 7. Naar Omstændighederne gør det antageligt, at der foreligger et Tilfælde af en af de Sygdomme, der altid er eller kan blive Genstand for offentlig Behandling, kan Epidemikkommissionen foranstalte foretaget saadanne Undersøgelser af bakteriologisk eller lignende Art, som er nødvendige for med Sikkerhed at fastslaa Sygdommens Natur eller for at afgøre, om tilsyneladende sunde Personer er Spredere af Smitstof. Dog skal Epidemikkommissionen i sidste Tilfælde, førend noget Skridt foretages, indhente Sundhedsstyrelsens Billigelse. Det er i de ovennævnte Tilfælde de paagældende Personers Pligt at give Undersøgerne Lejlighed til at erholde det for Undersøgelsen nødvendige Materiale. I fornødent Fald kan de indlægges til Observation i et dertil egnet Lokale.

Ligeledes kan Kommissionen, naar Omstændighederne gør det antageligt, at et Dødtfald skyldes en af de nævnte Sygdomme, saafremt det anses for nødvendigt til Afgørelse af Spørgsmaalet om, hvorvidt offentlig Behandling skal indtræde, paabyde, at Undersøgelse af enkelte Dele af Liget, eventuelt Obduktion af samme, skal finde Sted. Til Foretagelse af saadanne Obduktioner skal Adgang kunne fordres til Sygehuses Ligstuer.

Erfarer en Epidemilæge enten ved Angivelse eller paa anden Maade, at der haves Mistanke om, at en af de i § 6 nævnte Sygdomme, som er eller kan blive Genstand for offentlig Behandling, er optraadt i et Hjem, uden at der er søgt Lægehjælp, paahviler det ham at undersøge Sagen, eventuelt ved et Sygebesøg, og foretage det fornødne til Sygdommens Bekæmpelse.

§ 8. Saa snart et Tilfælde af nogen af de i § 6, 1. Stykke, nævnte Sygdomme forefalder, skal vedkommende Epidemikkommission gøre Indberetning derom til Overepidemikkommissionen.

Saa snart nogen Sygdom, der i Henhold til § 6, 1. Stykke, er Genstand for offentlig Behandling, optræder paa en saadan Maade, at Udbrud af en Epidemi kan befrygtes, saavel som naar Beslutning om offentlig Behandling af nogen anden Sygdom foreligger efter § 6, 2. Stykke, skal vedkommende Epidemikkommission udstede offentlig Bekendtgørelse derom og sørge for, at denne paa hensigtsmæssig Maade bringes til almindelig Kundskab for det paagældende Omraade, der nærmere angives i Bekendtgørelsen.

Naar offentlig Behandling, om hvilken Bekendtgørelse saaledes er udstedt, ophører, udsteder Epidemikkommissionen ligeledes offentlig Bekendtgørelse derom.

§ 9. Naar særlige Omstændigheder gør det ønskeligt, skal Justitsministeren kunne paabyde Afspærring af det af Sygdommen angrebne Distrikt, saaledes at

alt Samkvem mellem dette og Omgivelserne afskæres, dog kun i et saadant Omfang, som menes fornødent for at hindre Smittens videre Udbredelse. Vedkommende Politimester kan imidlertid i særdeles paatrængende Tilfælde tilstede Undtagelser fra denne Afspærring, og han paabyder da de Forsigtighedsregler, der bliver at iakttage, bl. a. i Retning af behørig Desinfektion.

§ 10. Overepidemikommissionen, i København Epidemikommissionen med Justitsministerens Billigelse, har, saa snart en af de i § 6, 1. Stykke, ommeldte Sygdomme viser sig noget Sted indenfor Kommissionens Virksomhedsomraade eller saa nær derved, at Fare for dens Udbredelse efter Kommissionens Skøn er til Stede, samt naar en anden smitsom Sygdom sættes under offentlig Behandling paa de anførte Steder, at drage Omsorg for, at der, forsaavidt den offentlige Behandling af Sygdommen ikke kan overkommes af Embedslægen, eller det iøvrigt til Bekæmpelse af Sygdommen eller til Formindskelse af Udgiften derved findes hensigtsmæssigt, antages det fornødne Antal Læger til under Embedslægens Overtilsyn, der dog ikke omfatter Sygebehandlingen, at overtage den offentlige Behandling paa et af Kommissionen nærmere fastsat Omraade, hvorom Bekendtgørelse udfærdiges og paa hensigtsmæssig Maade bringes til almindelig Kundskab.

Enhver Læge, hvem den offentlige Behandling paahviler, skal saa vidt muligt behandle ethvert Tilfælde af den paagældende Sygdom, i hvilket hans Hjælp begæres.

Hvor Forholdene gør det ønskeligt, kan Epidemikommissionen med Justitsministerens Billigelse ved Siden af Embedslægen optage den eller de Læger, der er antagne til at udføre den offentlige Behandling, som Medlemmer af Kommissionen for det Omraades Vedkommende, for hvilket den paagældende er antaget, med Stemmeret dog kun, naar Embedslægen ikke er til Stede. Med Hensyn til Udførelsen af Kommissionens Beslutninger træder en saadan optagen Læge for sit Vedkommende helt i Embedslægens Funktion og fører saaledes i de Tilfælde, hvor Behandlingen sker ved en anden Læge, Overtilsynet med, at de af denne foreskrevne Foranstaltninger til Tilfældenes. Isolation og den behørige Desinfektion er fyldestgørende og udføres i tilstrækkeligt Omfang.

§ 11. Naar en Sygdom i Medfør af § 6 tages under offentlig Behandling, skal Epidemikommissionen derhos om fornødent tilvejebringe et eller efter Omstændighederne flere passende isolerede Lokaler, der forsynes med behørigt Udstyr. Lokalerne tilvejebringes ved Benyttelse af offentlige Bygninger, derunder Epidemihuse, ved Opførelse af Barakker eller Telte eller ved Leje af privat Ejendom. Kan de fornødne Lokaler ikke tilvejebringes paa nogen af de ovennævnte Maader, kan Kommissionen kræve saavel offentlige som private Lokaler stillede til Raadighed mod Erstatning til alle vedkommende og under størst mulig Hensyntagen til, at Beboerne saa lidt som muligt forstyrres i deres Erhverv. Skolebygninger maa i alle Tilfælde kun benyttes, naar Skolegangen af Hensyn till Farsoten er bortfaldet eller midlertidig er henlagt til anden Skolebygning, i Landkommuner derhos kun, naar andet passende Lokale ikke kan tilvejebringes.

Kommissionen har derhos at drage Omsorg for, at den til de syges Behandling fornødne Betjening af Sygeplejere og de udelukkende til de syges Transport bestemte Befordringsmidler haves til Raadighed i tilstrækkeligt Antal, samt at der, forsaavidt Likhuse ikke findes paa Kirkegaardene, tilvejebringes de til Hensættelse af Lig fornødne, isoleret beliggende Lokaler.

§ 12. Enhver, der ved eller har Anledning til at formode, at et i hans Husstand forekommende Sygdomstilfælde hører til de i § 6, 1. Stykke, nævnte Sygdomme eller til en Sygdom, der ifølge udstedt Bekendtgørelse i Henhold til § 6, 2. Stykke, er taget under offentlig Behandling, skal uopholdelig anmelde det til Politiet

(Sognefogden). Til Husstanden henregnes ogsaa tilrejsende, logerende og Pensionærer. For saadanne Personers Vedkommende, hvem der er anvist tvungent Ophold noget Sted, og ved Sygdomstilfælde, som opstaar i Skibe, som har erholdt Samkvemspas, Sygehuse, offentlige Stiftelser og lignende Anstalter, paahviler Anmeldelsespligten Skibsføreren og Bestyreren af den paagældende Anstalt eller den, der nærmest fører Befalingen i samme. Det paahviler enhver, der ved, at et bestemt Tilfælde af Sygdommen ikke er anmeldt, uopholdeligt at gøre Anmeldelse derom til Politiet.

Politiet har straks efter at have modtaget en saadan Anmeldelse dels at underrette Epidemikommissionen eller den Læge, Kommissionen for saadanne Tilfælde har givet Anvisning paa, derom, for at fornødne Foranstaltninger mod Smittens Udbredelse kan blive truffet, og dels, forsaavidt en Læge ikke er tilkaldt, at sørge for en saadans Tilstedekomst.

§ 13. Enhver Læge skal, naar han kaldes til eller faar en syg under Behandling, som lider af nogen af de Sygdomme, der ifølge § 6, 1. Stykke, altid er Genstand for offentlig Behandling, straks anmelde det til Epidemilægen og Sundhedsstyrelsen, selv om Tilfældet har en mild eller ikke fuldt udpræget (abortiv) Form. Anmeldelsen, der skal indeholde nøjagtig Benævnelse af Sygdommen samt Meddelelse om Patientens Navn, Alder, Stilling, Bopæl og øvrige Forhold, der kan være af Betydning, skal gentages for hvert nyt forekommende Tilfælde.

Epidemilægen skal atter underrætte Epidemikommissionen om de modtagne Anmeldelser.

Det paahviler enhver Læge, som kaldes til et Tilfælde af de Sygdomme, der efter § 6 er eller kan blive Genstand for offentlig Behandling, at give den syges Omgivelser Anvisning paa de Foranstaltninger, som det vil være hensigtsmæssigt at træffe til Forhindring af Smittens Udbredelse. Følges saadan Anvisning ikke, skal den behandlende Læge anmelde dette til Epidemilægen.

§ 14. Epidemikommissionen paaser, at enhver, som lider af en under offentlig Behandling værende Sygdom, isoleres saaledes, at Smitte kan forebygges; hvis saadan Isolation ikke sker eller ikke kan ske paa fyldestgørende Maade i vedkommendes Bolig, kan Kommissionen paabyde, at den paagældende indlægges i et af de til Raadighed for Sygdomsomraadet i saadanne Tilfælde stillede Sygehuse eller i et af de i § 11 omhandlede Lokaler, hvor der ydes behørigt Lægetilsyn og Forplejning, hvor Patienten ikke maa have Forbindelse med Omverdenen paa anden Maade, end Kommissionen tillader, og hvor Patienten er forpligtet til at blive, indtil Kommissionen mener, at denne uden Fare for Smittens Udbredelse kan flyttes eller udskrives, eventuelt med Paabud efter § 16.

Denne Bestemmelse kan ogsaa anvendes til Iagttagelse af tvivlsomme Tilfælde.

Ved Flytning bør det paases, at denne sker paa den for Patienten omhyggeligste Maade, som er forenelig med Hensynet til at forebygge Smitte.

§ 15. Dersom Flytning af Patienten ikke kan ske eller ikke sker, fordi denne isoleres fuldstændig i sin Bolig, paahviler det Kommissionen at paase, at det fornødne i Henseende til Patientens Isolation og Forebyggelse af Smittens Udbredelse iagttages, og i den Hensigt kan det af Kommissionen paabydes, at Indgangen til den paagældende Beboelseslejlighed eller det paagældende Hus forsynes med Paaskrift "Smitsom Sygdom", eller at Adgangen til samme formenes enhver, der ikke har Epidemikommissionens Tilladelse. Adgangsformening kan i fornødent Fald gennemføres ved Afspærring. Kommissionen kan, hvor den finder Anledning dertil, selv overtage Gennemførelsen af de fornødne Foranstaltninger. Saavel Patienten som alle vedkommende er forpligtede til at efterkomme de Paabud, der i saa Henseende gives af den behandlende Læge eller af Kom-

missionen. Patienten maa i saa Fald ikke flyttes til et andet Hus uden skriftligt Samtykke fra Epidemilægen.

Uformuende Forældres Børn skal saa vidt muligt, hvis Forældrene ønsker det, saa længe Sygdommen eller Smittefaren varer i deres Hjem, anbringes i Pleje efter de derom gældende Lovbestemmelser paa offentlig Bekostning, uden at de dermed forbundne Omkostninger betragtes som Fattighjælp for Forældrene.

§ 16. Det paahviler saavel den, der er eller antages at være angrebet af den paagældende Sygdom, som enhver, der maa antages at være smitteførende, og hvem det derfor af den behandlende Læge eller af Kommissionen paabydes at underkaste sig Rensnings- eller Desinfektionsforanstaltninger for Person eller Genstande samt at iagttage andre Forsigtighedsforanstaltninger, nøje at efterkomme de saaledes givne Paabud.

Det kan af Epidemikommissionen paalægges Personer, hvis Gerning medfører Fare for Smittens Udbredelse, naar Sygdommen optræder i deres Husstand, eller naar de af andre Grunde vides at være eller maa antages at være smitteførende, ikke at fortsætte deres Gerning, før de ved behørig Lægeattest godtgør, at de ikke kan antages at udbrede Smitte. Attesterne kan forlanges udfærdigede af Epidemilægen uden Betaling. Efterkommes Paalæget ikke, kan den paagældende i fornødent Fald foranlediges indlagt til Observation i et dertil egnet Lokale.

Den, hvem Paabud gives i Medfør af denne Paragraf, er berettiget til Erstatning for det derved foraarsagede Tab.

Saafremt en Person, der vides at være smitteførende, flytter til en anden Lægekreds, skal vedkommende give Kredslægen i den Lægekreds, der fraflyttes, Underretning herom. Desuden skal Kredslægen stedse, saa vidt muligt, holde sig underrettet om, hvor en saadan Person har Bolig, og, naar han erfarer, at vedkommende flytter til en anden Lægekreds, give Kredslægen i den Lægekreds, hvortil han flytter, Meddelelse derom.

Hvor Epidemikommissionen finder det nødvendigt, kan den paabyde Personer i det Omraade, hvor en Sygdom er under offentlig Behandling, eller i Dele af dette at lade sig genindpode med Kokopper. Om Indpodning med Kokopper gælder iøvrigt de særlige herom i Lovgivningen indeholdte Bestemmelser.

§ 17. Uden særlig Bemyndigelse, men med Forpligtelse til straks derom at gøre Indberetning til Kommissionen foranstalter Epidemilægen, at Lokaler, Beboelseslejligheder, Huse, Skibsrums og Skibe, i hvilke Personer, som lider af Sygdommen eller er smitteførende, har haft varigt Ophold, desinficeres i fornødent Omfang. Epidemikommissionen kan paabyde, at ogsaa saadanne Lokaler m. v., i hvilke de nævnte Personer har haft midlertidigt Ophold, desinficeres. Kommissionen kan endvidere paalægge Beboere og Brugere af saadanne Lokaler m. v. at flytte ud, kræve Lokaliteterne rensede samt paabyde, at de skal staa ubenyttede, indtil det tillades atter at tage dem i Brug, alt mod Erstatning til dem, som derved lider Tab. Den kan derved ogsaa træffe de Foranstaltninger, som skønnes fornødne til Smittens Bekæmpelse, f. Eks. Udryddelse af Rotter og Mus.

Hvor slette Afløbsforhold, daarlig Drikkevandsforsyning og lignende Forhold med ganske overvejende Sandsynlighed maa antages at foraarsage Udbredelse af Smitte, kan Kommissionen træffe saadanne Foranstaltninger, som skønnes paatrængende nødvendige til foreløbig Afhjælpning heraf.

§ 18. Det er forbudt til Befordring af Patienter, som lider af en Sygdom, der er under offentlig Behandling, at benytte Jernbaner, Passagerskibe, Sporvogne, Omnibusser, Diligencer og lignende Befordringsmidler, medmindre de for saadan Benyttelse foreskrevne Regler iagttages. Ej heller maa der udenfor Nødstilfælde til saadan Befordring anvendes andre til offentlig Personbefordring bestemte Beford-

ringsmidler, og forsaavidt saadan Anvendelse har fundet Sted, skal det af den, som har foranlediget Transporten, straks anmeldes til Politiet, jfr. § 12, 2. Stykke.

§ 19. Befordringsmidler, hvori saadanne Patienter er blevet transporteret, skal renses og desinficeres i det Omfang, Kommissionen bestemmer, og maa ikke benyttes af Personer, der ikke er angrebne af Sygdommen, forinden de er tilstrækkeligt rensede og desinficerede. For den Tid, i hvilken Befordringsmidler som Følge heraf unddrages Personbefordring, der drives som Næring, ydes der Erstatning.

Linned, Gangklæder og Sengklæder, Møbler og andre Effekter, der har været benyttede af Personer, som lider af Sygdommen eller er smitteførende, kan ligeledes underkastes Rensning og Desinfektion og maa kun med den behandlende Læges Tilladelse og ikke imod Epidemilægens Forbud sendes til Vaskeri eller Reparation, sælges, bortgives, udlaanes eller paa anden Maade overlades andre til Benyttelse uden i Forvejen at være behørigt desinficerede.

Hvor Desinfektion af rørige Genstande skønnes at være forbunden med uforholdsmæssige Ulemper, kan disse af Kommissionen foranstalles opbrændte eller paa anden Maade tilintetgjorte, mod at der ydes Ejernes Erstatning. Erstatning kan ogsaa ydes Ejeren af saadanne Ting, naar disse ved Desinfektionen har lidt væsentlig Skade.

§ 21. Naar Sygdommen har vist sig i en Husstand, i hvilken der findes skole-søgende Børn, skal den behandlende Læge meddele Skolen Underretning derom; de paagældende Børn maa ikke benytte Skolen, førend de medbringer Lægeattest for, at de ikke kan antages at udbrede Smitte.

Forekommer Sygdommen i en Lærers Husstand, vil han have at holde sig borte fra Skolen, indtil han har Lægeattest for, at han ikke kan antages at medbringe Smitte.

Attesterne kan forlanges udfærdigede af Epidemilægen uden Betaling.

§ 22. I de Kommuner, i hvilke Sygdommen optræder, samt i Nabokommunerne kan den samlede Epidemikommission forbyde Ligfølger og Afholdelse af offentlige Møder samt Forlystelser, ved hvilke mange Personer samles i samme Rum.

I samme Kommuner kan Epidemikommissionen lukke offentlige og private Skoler; under særlige Forhold kan Skolekommissionen tillige lukke en Skole men skal i saa Fald uopholdelig give Meddelelse herom til Epidemikommissionen, der da tager Bestemmelse om, hvorvidt og i hvilket Omfang denne Foranstaltning skal opretholdes. Holdes et privat Skolelokale efter Epidemikommissionens Forlangende lukket i saa lang Tid, at der derved er forvoldt Ejeren eller Brugeren paaviseligt Indtægtstab, vil der kunne ydes Erstatning herfor. Epidemikommissionen kan ligeledes lukke Asyler, Vuggestuer og lignende.

§ 23. Naar en Sygdom i Henhold til nærværende Lov har været under offentlig Behandling i en Kredslæges Embedsomraade, skal han under Medvirkning af den eller de i Medfør af § 10 til Sygdommens Behandling særligt antagne Læger udarbejde og snarest muligt efter den offentlige Behandlings Ophør gennem Amtslægen tilstille Sundhedsstyrelsen en nøjagtig og fuldstændig Beretning om Sygdommen fra dens første Optræden i vedkommende Omraade til dens Ophør.

3. Afsnit

§ 24. Enhver Læge skal ugentlig til vedkommende Kredslæge, i København Stadslægen, indsende en Beretning om de i hans Praksis forekomne Tilfælde af smitsomme Sygdomme. Beretningen affattes paa dertil af Sundhedsstyrelsen udarbejdede Skemaer, som af denne udleveres Lægerne uden Betaling.

Faar en Læge Tilfælde af tyfoid Feber, Paratyfus, Paradysenteri eller en med disse beslægtet Sygdom, Difteri, Skarlagensfeber, smitsom Hjærnerygmarvsbetændelse eller akut Børnelamhed under Behandling i en Skolebygning eller i en Ejendom, hvori der er Mejeri, Mælkehandel eller Udsalg af andre Levnedsmidler, skal han straks anmelde det for Embedslægen.

Naar det af Sundhedsstyrelsen eller vedkommende Epidemilæge forlanges, er endelig enhver Læge forpligtet til at indgive lignende Anmeldelser om andre epidemiske Sygdomme som de i § 13 omhandlede.

Med Hensyn til Tuberkulose gælder de i de særlige Love om denne Sygdom indeholdte Regler.

§ 25. Overfor smitsomme Sygdomme, som ikke er tagne under offentlig Behandling, er Epidemikkommissionen bemyndiget til at anvende Bestemmelserne i §§ 12, 16, 17, 1. Stykke, 19 og 20.

Forsaavidt Kommissionen bringer de i § 16, 2. Stykke, og § 20 givne Bestemmelser i Anvendelse, bør Ydelsen af den deri nævnte Erstatning i Almindelighed gøres afhængig af, at den eller de syge fjernes fra de Forhold, som gør vedkommende smittefarlig, eller at disse Forhold bringes til at ophøre.

Det paahviler Kommissionen at paase, at der sker fornøden Desinfektion af Linned, Gangklæder og Sengetøj, som maa antages at være befængt med Fnat.

Kommissionen kan, hvor Forholdene paakræver det, særlig i Landdistrikter, under nærmere angivne Betingelser bemyndige saavel Epidemilægen som andre Læger til paa Kommissionens Vegne at paabyde og foranstalte iværksat de i denne Paragraf nævnte Desinfektioner, jfr. § 17, 2. Punktum, og § 19, mod straks at gøre Indberetning derom til Kommissionen.

§ 26. Forskrifterne i § 18 finder ogsaa Anvendelse udenfor offentlig Behandling med Hensyn til Personer, som lider af tyfoid Feber, Paratyfus, Paradysenteri eller en med disse beslægtet Sygdom, Difteri, Skarlagensfeber, smitsom Hjærnerygmarvsbetændelse eller akut Børnelamhed i dennes akute Stadium.

§ 27. Forskrifterne i § 21 finder ogsaa Anvendelse udenfor offentlig Behandling saavel paa skolesøgende Børn som paa Lærere, naar der i den paagældende Husstand har vist sig en af de i § 26 nævnte Sygdomme. Epidemikkommissionen kan anordne, at Forskrifterne ogsaa skal gælde for andre nærmere angivne smitsomme Sygdomme. I København bliver med Hensyn til Attesters Udstedelse Kommune lægerne at betragte som Epidemilæger, og forsaavidt enten i eller udenfor København Sygdommens Udbredelse eller andre Forhold gør det nødvendigt, kommer Forskrifterne i § 10, 1. Stykke, til Anvendelse.

Epidemikkommissionen er bemyndiget til at lukke en offentlig eller privat Skole, saa længe en af de ommeldte Sygdomme eller Kighoste eller Mæslinger optræder enten hos en i Skolebygningen boende Person eller hos et større Antal af Skolens Elever. En tilsvarende Beføjelse til under særlige Forhold at lukke en Skole som den, der ved § 22, 2. Stykke, er givet Skolekommissionen, tilkommer ogsaa denne i de her omhandlede Tilfælde. Naar en af disse Sygdomme optræder hos en i Skolebygningen boende Person, er Epidemikkommissionen derhos bemyndiget til at bringe Bestemmelserne i § 14 til Anvendelse, saaledes at den paagældende indlægges paa Sygehus til vederlagsfri Behandling.

§ 28. Personer, som har dansk Indfødsret eller i det sidste Aar har haft fast Ophold her i Landet eller Hyre paa dansk Skib, samt Personer, som er Medlemmer af statsanerkendte Sygekasser, og deres Børn under 15 Aar (derunder indbefattet Plejebørn, for hvilke der ikke ydes Plejeløn), kan, naar de lider af tyfoid Feber, Paratyfus, Paradysenteri eller en med disse beslægtet Sygdom, Difteri, Skarlagensfeber, smitsom Hjærnerygmarvsbetændelse eller akut Børnelamhed,

efter en Læges Begæring indlægges til vederlagsfri Behandling i de til Modtagelse af saadanne Patienter bestemte kommunale Syge- eller Epidemilokaler, naar Indlæggelse sker straks ved Sygdommens Udbrud, eventuelt saa snart Sygdommens Tilstedeværelse konstateres af en Læge, paa et senere Stadium af Sygdommen derimod kun, naar Indlæggelsen sker efter Epidemikkommissionens under Hensyn til de foreliggende Omstændigheder fremsatte Begæring. Det er dog altid en Betingelse for, at Behandlingen er vederlagsfri, at Patienten bliver paa Sygehuset, indtil han udskrives af Lægen — i Tilfælde, hvor Indlæggelse er sket efter Epidemikkommissionens Paabud i Henhold til § 27, 2. Stykke i Slutningen, tillige med Kommissionens Godkendelse.

Naar de kommunale Bestyrelser anser det for ønskeligt, at Patienter, der lider af andre smitsomme Sygdomme end de ovenfor nævnte, paa tilsvarende Betingelser fremtidig kan indlægges til vederlagsfri Behandling paa de kommunale Epidemihuse, kan der med Justitsministerens Samtykke udfærdiges Regulativer desangaaende.

Adgang til de i denne Paragraf omhandlede Syge- og Epidemihuse skal altid staa aaben for Epidemikkommissionen, hvem Sygehuslægen er forpligtet til at meddele alle de Oplysninger, den udbeder sig, eller hvis Meddelelse Sundhedsstyrelsen foreskriver. Regulativerne for de i denne Paragraf omhandlede Syge- og Epidemihuse skal godkendes af Justitsministeriet.

4. Afsnit

§ 29. Justitsministeren afgør, hvilke Sygdomme der som smitsomme kan være Genstand for Foranstaltninger efter denne Lov.

Justitsministeren kan endvidere give Forskrifter om Forbud mod eller Begrænsning af Indførsel, Forhandling, Udlevering og Udførsel af Smitstof, der stammer fra disse Sygdomme, samt om Behandling og Opbevaring af saadant Smitstof.

Alle Desinfektioner, som sker i Medfør af denne Lov eller af Paabud, der gives i Henhold til samme, skal foretages i Overensstemmelse med et af Justitsministeren udfærdiget Regulativ af dertil af Epidemikkommissionen antagne Personer. Personer, der fremtidig antages, skal gennemgaa en af Justitsministeren anerkendt Uddannelse.

Justitsministeren kan ved Regulativ give Regler om Behandling, Ligsyn og Jordfæstelse af Personer, der er døde af smitsom Sygdom, samt tillade, at saadanne Lig brændes i Tilfælde, hvor Forholdene gør dette ønskeligt.

Det af Justitsministeriet under 21. Marts 1901 udfærdigede Regulativ angaaende Desinfektion med senere Ændringer og det af samme Ministerium under 16. Juli 1906 udfærdigede Regulativ for Behandling af Lig forbliver gældende, indtil nye Regulativer herom gives af Justitsministeren.

§ 30. De Bestemmelser, som i nærværende Lov gives for visse Sygdomme, gælder ogsaa for Foranstaltninger, som træffes under fejlagtig Forudsætning om, at en af disse Sygdomme foreligger, og for de af saadanne Foranstaltninger flydende Udgifter.

§ 31. For de Epidemilægen i Medfør af denne Lov paahvilende Forretninger tilkommer der ham, forsaavidt der ikke ved Overtagelsen af Behandlingen er truffet anden særlig Aftale med vedkommende Myndighed, følgende Vederlag:

§ 32. Det offentlige afholder, foruden de i § 4, 1. Stykke, nævnte Udgifter og de i § 31 omhandlede Vederlag m. m., alle Udgifter

a. ved de Foranstaltninger, der iværksættes af Epidemikkommissionerne i Medfør

- af denne Lov, eller ved de Paabud, som gives i Henhold til denne Lovs Bestemmelser, derunder ogsaa indbefattet Foranstaltninger efter § 15, 2. Stykke,
- b. ved Gennemførelsen — udenfor Sygehuse eller lignende — af Bestemmelserne i det i Henhold til § 29 gældende Regulativ for Desinfektion, derunder indbefattet Udgifter ved Desinfektionsapparaternes Befordring til og fra Desinfektionsstedet og Transport af Beklædningsgenstande, Sengetøj m. v. til Desinfektionsanstalt,
- c. ved de særlige sundhedsmæssige Foranstaltninger, som paabydes i det efter samme Paragraf gældende Regulativ for Behandling af Lig, og,
- d. uden at dette i noget Tilfælde betragtes som Fattighjælp, alle Udgifter ved den Lægebehandling ved Epidemilægen, Flytning til Epidemilokale, Kur, Pleje samt Forsyning med Medicin, der ydes ved offentlig Behandling af en Sygdom, undtagen forsaavidt dette ydes i Hjemmet til Personer, der efter Kommunalbestyrelsens Skøn ikke kan anses for uformuende, i hvilket Fald Udgiften skal refunderes og i Mangel af Betaling inddrives ved Udpantning.

§ 35. Personer, der lider af Fnat, er uden Hensyn til, om de har Eyne til selv at bekoste deres Helbredelse eller ikke, berettigede til at kræve sig taget under Kur for offentlig Regning, ligesom de er forpligtede til at underkaste sig en saadan Kur, medmindre de godtgør, at de har undergivet sig tilbørlig privat Lægebehandling.

Epidemikommissionen paaser, at der træffes de Foranstaltninger, som er fornødne til Gennemførelse af denne Bestemmelse. Der maa ikke kræves eller modtages noget Vederlag af Patienten, hvorimod Udgifterne afholdes efter Reglerne i § 44, jfr. § 45, i Lov om det offentlige Fattigvæsen af 9. April 1891.

Unddrager Patienten sig Kuren, forinden den af Kommissionen erklæres endt, skal den afholdte Udgift refunderes og kan i Mangel af Betaling inddrives ved Udpantning.

§ 36 a. Træffes der i henhold til denne Lovs bestemmelser beslutning om indlæggelse på sygehus eller om isolation på anden måde af en person, eller afslås en anmodning om ophævelse af sådan foranstaltning, skal spørgsmålet om foranstaltningens eller tilbageholdelsens lovlighed på begæring af den pågældende selv eller den, der handler på hans vegne, forelægges retten til afgørelse i overensstemmelse med retsplejelovens kapitel 43 a. Epidemikommissionen skal samtidig med meddelelsen om sin beslutning gøre vedkommende bekendt med adgangen til at forelægge spørgsmålet for retten.

Lov af 4. juni 1927 om Bekæmpelse af Kønssygdomme

I. Lovens Omraade

§ 1.

Stk. 1. Ved Kønssygdomme forstaaes i denne Lov Syfilis, Gonorrhé, Ulcus venereum (blød Chanker) og Lymfograduloma inguinale. Indenrigsministeren kan efter Indstilling fra Sundhedsstyrelsen bestemme, at andre Sygdomme omfattes af Loven.

Stk. 2. Lovens Bestemmelser om Kønssygdomme kommer kun til Anvendelse, for saa vidt de paagældende Sygdomme er i smittefarligt Stadium eller frembyder Fare for Overførelse til Afkommet.

II. Ledelsen af Bekæmpelsen

§ 2.

Stk. 1. Embedslægerne, i København Stadslægen, fører i Overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Instrukser nøje Tilsyn med Kønssygdommens Udbredelse inden for deres Embedsomraade og forestaar efter de i denne Lov indeholdte Regler Bekæmpelsen af Kønssygdommene i Omraadet.

Stk. 2. I de Amter, hvori der til de offentlige Sygehuse er knyttet en Læge, der har Anerkendelse som Speciallæge i Hud- og Kønssygdomme, jfr. § 19, Stk. 2, kan Indenrigsministeren træffe Bestemmelse om en ændret Ordning af Ledelsen af Bekæmpelsen.

III. Patienternes Pligter og Rettigheder

§ 3.

Stk. 1. Personer, der ved eller har Grund til at formode, at de lider af Kønssygdom, er forpligtet til at underkaste sig Undersøgelse og eventuel Behandling for Sygdommen hos en Læge.

Stk. 2. Saadanne Personer er forpligtet til over for Lægen at opgive deres Navn, Stilling og Bopæl og at meddele de fornødne Oplysninger med Hensyn til, af hvem de kan være blevet smittet.

Stk. 3. Saafremt Indehaveren af Forældremyndigheden for et Barn under 18 Aar, Værger for en sindssyg, aandssvag eller personlig umyndiggjort eller den, der under sin Pleje eller Opsigt har en saadan Person eller nogen, der iøvrigt er uskikket til at varetage sine Anliggender, faar Kendskab til eller grundet Formodning om, at den paagældende lider af Kønssygdom, paahviler det ham at sørge for, at vedkommende bliver undersøgt og eventuelt behandlet herfor af en Læge, ligesom han har Pligt til at meddele Lægen vedkommendes Navn, Stilling og Bopæl og om muligt Oplysninger om, af hvem den paagældende kan være blevet smittet.

Stk. 4. De af en Læge i Henhold til denne Lov givne Paalæg skal efterkommes.

Stk. 5. Saafremt de i Stk. 3 omhandlede Værger m. v. i Henhold til §§ 9, Stk. 2, og 10, Stk. 2, har faaet Underretning om, at en Myndling har faaet Paalæg om at møde til Behandling (Undersøgelse) eller Forbud mod Samleje eller andet kønsligt Forhold, skal de medvirke til, at de Myndlingen givne Paabud overholdes.

§ 4.

Personer, der ved eller har Grund til at formode, at de lider af Kønssygdom, har uden Hensyn til, om de har Evne til selv at bekoste det, Adgang til Undersøgelse og eventuel Behandling for offentlig Regning for Kønssygdommen.

IV. Ambulant Undersøgelse og Behandling for offentlig Regning

§ 5.

Stk. 1. Ambulant Undersøgelse og Behandling for offentlig Regning foretages af Embedslægen, medmindre der i Medfør af §§ 6 eller 7 er truffet anden Bestemmelse.

Stk. 2. Saafremt der i Henhold til § 19, Stk. 2, er ansat en særlig Sygehuskonsulent i Hud- og Kønssygdomme i vedkommende Amt, kan Indenrigsministeren træffe Bestemmelse om, at den paagældende tillige deltager i den ambulante Undersøgelse og Behandling for offentlig Regning.

§ 6.

Paa Steder, hvor det af Hensyn til Afstands- og Trafikforholdene, Arbejdets Omfang eller af andre Grunde maatte findes rimeligt, kan der antages en eller

flere Læger (visiterende Læger) til ved Siden af eller i Stedet for Embedslægen at varetage Undersøgelsen og Behandlingen for offentlig Regning. Ansættelsen af visiterende Læger foretages af Indenrigsministeren efter Forhandling med eller Indstilling fra vedkommende Amdsraad eller Byraad.

§ 7.

Stk. 1. I Københavns Kommune sker Undersøgelsen og Behandlingen for offentlig Regning paa særlige Klinikker af dertil af Indenrigsministeren efter Forhandling med Sundhedskommissionen antagne Læger. Indenrigsministeren kan endvidere træffe Bestemmelse om, at de til offentlige Sygehuse knyttede venerologiske Poliklinikker kan yde Behandling for offentlig Regning.

Stk. 2. I andre Kommuner, hvor Forholdene taler derfor, kan Indenrigsministeren efter Forhandling med vedkommende Kommunalbestyrelse træffe Bestemmelse om, at Undersøgelse og Behandling for offentlig Regning i Stedet for eller ved Siden af Embedslægen sker paa særlige Klinikker af dertil af Indenrigsministeren antagne Læger, der har Anerkendelse som Speciallæge i Hud- og Kønssygdomme. Indenrigsministeren kan endvidere træffe Bestemmelse om, at de til offentlige Sygehuse knyttede venerologiske Poliklinikker kan yde Behandling for offentlig Regning.

Stk. 3. Indenrigsministeren træffer de nærmere Bestemmelser om Gennemførelsen af de i denne Paragraf omhandlede Ordninger.

§ 8.

Stk. 1. De Læger og Klinikker, der varetager Undersøgelsen og Behandlingen for offentlig Regning, er forpligtet til uden Hensyn til Patientens Bopæl i de af Sundhedsstyrelsen godkendte Konsultationstider at undersøge og eventuelt behandle enhver, der henvender sig til dem med Henblik paa Undersøgelse og Behandling for Kønssygdom for offentlig Regning.

Stk. 2. For saadan Undersøgelse eller Behandling maa Lægen ikke kræve eller modtage noget Vederlag af Patienten.

V. Lægernes Pligter

§ 9.

Stk. 1. Enhver Læge, der modtager en Patient til Undersøgelse eller Behandling for Kønssygdom, skal straks give Patienten Paalæg om til bestemte Tider at møde til Behandling (Undersøgelse) hos ham, saa længe Lægen af Hensyn til Faren for Smitte eller for Overførelse til Afkommet anser det for nødvendigt, eller ved skriftlig Erklæring fra en anden Læge godtgøre, at Behandlingen (Undersøgelsen) er overtaget af denne.

Stk. 2. Er Patienten under 16 Aar, sindssyg, aandssvag eller personlig umyndiggjort, skal Paalægget gives til Forældremyndighedens Indehaver (Værgen). Er Patienten mellem 16 og 18 Aar, kan Lægen give Forældremyndighedens Indehaver Underretning om det Patienten givne Paalæg.

§ 10.

Stk. 1. Enhver Læge, der modtager en Patient til Undersøgelse eller Behandling for Kønssygdom, skal, uanset om Patienten tidligere har været behandlet for Sygdommen af en anden Læge, straks ved mundtlig Vejledning og Udlevering af en trykt Meddelelse gøre Patienten opmærksom paa den med Kønssygdommene forbundne Smittefare samt forbyde ham at have Samleje eller andet kønsligt Forhold, indtil Lægen ophæver det givne Forbud. Lægen skal endvidere gøre Patienten bekendt med Pligten til at lade sig behandle og det Strafansvar, der er

forbundet med at udsætte nogen for Smitte. Lægen skal sikre sig skriftligt Bevis for, at Patienten har modtaget Vejledningen og Samlejeforbudet. Endelig skal Lægen, saafremt Tilstedeværelsen af en Kønssygdom konstateres gøre opmærksom paa Sygdommens Art.

Stk. 2. Er Patienten under 16 Aar eller personlig umyndiggjort, skal der gives Forældremyndighedens Indehaver (Værgen) Underretning om de i Stk. 1 nævnte Forholdsregler. Er Patienten mellem 16 og 18 Aar, kan Lægen give Forældremyndighedens Indehaver Underretning om de paabudte Forholdsregler.

§ 11.

Stk. 1. Enhver Læge, der modtager en Patient til Undersøgelse eller Behandling for Kønssygdom, har Pligt til at søge Oplysning hos Patienten om Navn, Stilling og Bopæl for den eller de Personer, fra hvem Smitten kan hidrøre. Lægen skal give disse Paalæg om inden en fastsat kort Tidsfrist at lade sig lægeundersøge og paa en dertil bestemt Blanket skaffe Lægen Bevis for at være undersøgt for Kønssygdom, eventuelt taget under Behandling.

Stk. 2. Det paahviler endvidere Lægen, om fornødent ved Paalæg som omhandlet i Stk. 1, at drage Omsorg for, at Personer, som Patienten oplyser at kunne have smittet, bliver lægeundersøgt, eventuelt taget under Behandling.

Stk. 3. Enhver Læge er efter nærmere af Indenrigsministeren fastsatte Regler pligtig til at føre ordnede Optegnelser (Journal) vedrørende Patienter, der undersøges eller behandles af ham for Kønssygdom.

§ 12.

Praktiserende Læger og de visiterende Læger uden for København skal uopholdeligt efter nærmere af Indenrigsministeren fastsatte Regler underrette Embedslægen (i København Stadslægen):

a. naar en Patient inden den givne Tidsfrist undlader at efterkomme et givet Paalæg om at give Møde til Undersøgelse eller Behandling og ikke har godtgjort, at Behandlingen (Undersøgelsen) er overtaget af anden Læge,

b. naar en Person, der af en Patient over for Lægen er opgivet som Smittekilde eller muligt smittet, undlader inden den givne Tidsfrist at efterkomme et givet Paalæg om at give Møde til Undersøgelse eller at fremlægge Bevis for, at Undersøgelsen er foretaget af anden Læge, og

c. naar der ikke foreligger fyldestgørende Oplysninger om, hvem der har smittet Patienten, eller naar Lægen ikke paa Grundlag af de foreliggende Oplysninger herom har kunnet opspore vedkommende; i disse Tilfælde skal Lægen give Embedslægen eventuelle Oplysninger af Værdi for Opsporingen af Smittekilden.

VI. Tilsigelse fra Embedslæge m. fl. samt tvungen Fremstilling og Undersøgelse § 13.

I de i § 12 a og b omhandlede Tilfælde og i øvrigt, naar en Person med Føje mistænkes for at være Smittepreder, giver Embedslægen, i København de i § 7, Stk. 1, omhandlede Klinikker, paa en dertil bestemt Blanket vedkommende skriftligt Paalæg om at møde til nærmere fastsat Tid hos sig, hos en visiterende Læge eller i København paa en kommunal Klinik eller at levere skriftligt Bevis for, at en anden Læge har overtaget Undersøgelsen og Behandlingen.

§ 14.

Stk. 1. Naar Paalæg, som en Embedslæge eller i København de i § 7, Stk. 1, omhandlede Klinikker har meddelt nogen om at lade sig underkaste Undersøgelse og Behandling, ikke efterkommes, skal Fremstilling for en Læge ske ved Politiets

Foranstaltning efter Anmodning fra Embedslægen (i København de i § 7, Stk. 1, omhandlede Klinikker).

Stk. 2, I de i § 12 c nævnte Tilfælde søges Smittekilden opsporet af Embedslægen eller de i § 7 omhandlede Klinikker, om nødvendigt i Samarbejde med Politiet. Naar Smittekilden er opsporet, gaar Embedslægen (Klinikken) frem efter Reglerne i § 13.

§ 15.

Stk. 1. Naar nogen med Føje sigtes for de i Borgerlig Straffelovs §§ 199, 200, 228, 229, 233, 256, 257 og 259 omhandlede Forbrydelser eller for Overtrædelse af nogen af de i de gældende Politivedtægter indeholdte Bestemmelser om Modarbejdelse af offentlig Usædelighed, saavel som naar nogen i Henhold til § 14, Stk. 1, fremstilles for en Læge af Politiet, kan vedkommende undersøges for Kønssygdom; modsætter den paagældende sig at blive undersøgt, kan Undersøgelsen finde Sted ved Politiets Foranstaltning efter Bestemmelse af Retten, saafremt der findes tilstrækkelig Anledning dertil.

Stk. 2. De i denne Paragraf omhandlede Lægeundersøgelser foretages af Embedslægen eller en visiterende Læge, eventuelt af en dertil særlig antagen Læge. Den Person, der skal undersøges, har Ret til at kræve sig undersøgt af en Læge af vedkommendes eget Køn, for saa vidt en saadan findes paa Stedet og er villig til at foretage Undersøgelsen.

VII. Indlæggelse paa Sygehus

§ 16.

For saa vidt det under de givne Forhold af Hensyn til Smittefaren eller særlige Forhold ved Behandlingen maa anses for nødvendigt, at en Person indlægges paa Sygehus til Undersøgelse eller Behandling for Kønssygdom, er han uden Hensyn til Hjemsted, og uanset om han har Evne til selv at bekoste Sygehusopholdet, berettiget til at blive behandlet for Kønssygdommen paa et Sygehus for offentlig Regning.

§ 17.

Stk. 1. Tvangsindlæggelse paa Sygehus til Undersøgelse eller Behandling for smitsom Kønssygdom kan om fornødent ved Politiets Foranstaltning ske:

a. naar en Patient har gjort sig skyldig i grov eller gentagen Forsømmelse ved Gennemførelsen af den af en Læge paabudte Behandling, herunder naar han ikke overholder de af Lægen givne Paalæg eller Forskrifter til Forebyggelse af Smitte,

b. naar en Person med Føje mistænkes for erhvervsmæssigt at udøve Utugt og er sigtet for Overtrædelse af gældende Bestemmelser om Modarbejdelse af offentlig Usædelighed, og

c. naar ganske særlige Omstændigheder, f. Eks. den paagældendes mentale Tilstand, tidligere Vandel eller Erhverv, giver Grund til at tro, at Sygdommens Overførelse til andre ikke paa betryggende Maade kan paaregnes forebygget uden Sygehusindlæggelse.

Stk. 2. Spørgsmaal om Tvangsindlæggelse afgøres af Politimesteren paa det Sted, hvor vedkommende bor eller opholder sig, i København af Politidirektøren. Naar Indlæggelse ikke sker efter en begrundet Indstilling af en Læge eller Klinik, der varetager Undersøgelsen og Behandlingen for offentlig Regning, skal der, forinden Politimesteren (Politidirektøren) træffer Afgørelse i Sagen, foruden begrundet Indstilling fra vedkommende Læge om Indlæggelsens Nødvendighed indhentes Erklæring fra Embedslægen og i København fra Stadslægen eller Politiets visiterende Læge.

Stk. 3. Træffes der i henhold til foranstående bestemmelser beslutning om tvangsindlæggelse på sygehus af en person, skal spørgsmålet om indlæggelsens lovlighed på begæring af den pågældende selv eller den, der handler på hans vegne, forelægges retten til afgørelse i overensstemmelse med retsplejelovens kap. 43 a. Politiet skal samtidig med meddelelsen om sin beslutning gøre vedkommende bekendt med adgangen til at forelægge spørgsmålet for retten.

Stk. 4. Den, som i Henhold til denne Paragraf er tvangsindlagt paa Sygehus til Undersøgelse eller Behandling for Kønssygdom, maa ikke forlade Sygehuset, førend Sygehusets Læge skønner, at Sygehusophold ikke længere af Hensyn til Smittefare er fornødent; Sygehuslægen skal straks give den indlæggende Politimyndighed Underretning, naar der finder Udskrivning Sted af tvangsindlagte Personer. I Tilfælde af ulovlig Bortgang kan Genindlæggelse ske ved Politiets Foranstaltning.

Stk. 5. Såfremt en begæring om udskrivning afslås i medfør af bestemmelserne i stk. 4, kan spørgsmålet om tilbageholdelsens lovlighed af den pågældende selv eller den, der handler på hans vegne, kræves forelagt retten til afgørelse i overensstemmelse med retsplejelovens kap. 43 a. Sygehuslægen skal samtidig med meddelelsen om sin beslutning gøre vedkommende bekendt med adgangen til at forelægge spørgsmålet for retten.

§ 18.

De i Kapitel V. givne Regler om Lægernes Pligter finder tilsvarende Anvendelse ved Undersøgelse eller Behandling for Kønssygdom paa Sygehus. Saafremt en Patient, der udskrives fra Sygehus, stadig frembyder Smittefare, maa Samleje-forbudet indskræpes og den i § 10 omhandlede Vejledning gentages; forinden Udskrivningen skal vedkommende Sygehuslæge endvidere i Overensstemmelse med § 9 give Patienten skriftligt Paalæg om at møde til Behandling hos en Læge og inden en fastsat Tidsfrist fremlægge Bevis for, at Paalægget er efterkommet. Saafremt Patienten undlader at efterkomme et saadant Paalæg, paahviler det Sygehuslægen at underrette Embedslægen (i København Stadslægen) i Overensstemmelse med § 12.

§ 19.

Stk. 1. Der kan af Sundhedsstyrelsen gives nærmere Regler om Sygehusenes Pligt til at modtage Patienter i Henhold til Bestemmelserne i dette Kapitel.

Stk. 2. Der bør saa vidt muligt i hvert Amt til de offentlige Sygehuse som Konsulent knyttes en Læge, der har Anerkendelse som Speciallæge i Hud- og Kønssygdomme.

Lov af 12. marts 1918 om foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse

§ 1. Den stedlige Ledelse af Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse paahviler de i § 1 i Lov om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdommes Udbredelse af 10. Maj 1915 ommeldte Epidemikommissioner under Overtilsyn af de i den nævnte Lovs § 2 omhandlede Overepidemikommissioner.

§ 5. Kommer Epidemikommissionen til Kundskab om, at en Person, der lider af Tuberkulose, lever eller arbejder under saadanne Forhold, eller at Forholdene i vedkommendes Bolig er af en saadan Art, at de frembyder en ganske særlig Fare for andre med Hensyn til Smitte, kan den efter nærmere Undersøgelse af

Forholdene tage Bestemmelse om, hvilke Forholdsregler der vil være at træffe. Vægrer den syge sig ved at efterkomme Epidemikkommissionens Bestemmelser, indstilles disse til Afgørelse af Overepidemikkommissionen. Dog kan der ikke paabydes nogen Forholdsregel, som vilde medføre, at Samlivet mellem Ægtefæller mod deres Villie bliver umuligt. De trufne Foranstaltninger maa ikke ophøre uden Kommissionens, eventuelt Overepidemikkommissionens, Samtykke.

Finland

Hälsövärdslag den 27 augusti 1965¹

7 kap.

Bekämpande av smittsamma sjukdomar

29 §.

De smittsamma sjukdomarna indelas i synnerligen farliga, allmänfarliga, kontrollkrävande och andra smittsamma sjukdomar.

Synnerligen farliga smittsamma sjukdomar äro pest (Pestis), kolera (Cholera asiatica), smittkoppor (Variola), fläckfeber (Febris exanthematica), återfallsfeber (Febris recurrens) och gula febern (Febris flava).

Allmänfarliga smittsamma sjukdomar äro tyfus (Typhus abdominalis), paratyfus (Febris paratyphoidea A et B), mustyfyfus (Salmonellosis typhi murium), rödsot (Dysenteria bacillaris et amoebica), difteri (Diphtheria), barnförlamning (Poliomyelitis), smittsam hjärnhinneinflammation (Meningitis epidemica meningococcica), smittsam hjärnfeber (Encephalitis acuta infectiosa), trakom (Trachoma), leptospiros (Leptospirosis), malaria (Malaria) samt hos människor konstaterad mjältbrand (Anthrax), vattuskräck (Rabies), papegojsjuka (Psittacosis), rots (Malleus) och tularemi (Tularaemia).

Kontrollkrävande smittsamma sjukdomar äro scharlakansfeber (Scarlatina), tonsillinflammation (Tonsillitis acuta) med komplikationer, andra Salmonella-smittor (Salmonellosis aliae) än tyfus, paratyfus och mustyfyfus samt smittsam gulsot (Hepatitis infectiosa).

Blir annan än i 2, 3 eller 4 mom. avsedd sjukdom på grund av spridning eller art i betydande mån hälsovådlig eller föreligga annars viktiga skäl därtill, har statsrådet befogenhet att på framställning av medicinalstyrelsen besluta, att sådan sjukdom under viss tid i hela landet eller på ett begränsat område skall anses vara en till någon av de ovannämnda grupperna hänförlig smittsam sjukdom. Under samma förutsättningar må statsrådet på motsvarande sätt förordna att kontrollkrävande smittsam sjukdom skall anses vara allmänfarlig smittsam sjukdom eller allmänfarlig smittsam sjukdom synnerligen farlig smittsam sjukdom.

Om åtgärder för bekämpande av tuberkulos, spetälska och könssjukdomar är särskilt stadgat.

30 §.

Varje sjukdomsfall, som är eller kan misstänkas innebära synnerligen farlig eller allmänfarlig smittsam sjukdom, skall anmälas till hälsovårdsnämnden. Skyl-

¹ Träder i kraft den 1 januari 1967.

dig att göra sådan anmälan är vederbörande själv eller, därest han icke kan göra anmälan, innehavaren av den lägenhet eller föreståndaren för den inrättning, där han bor eller uppehåller sig. Befinner sig den sjuke under läkarvård, är det likväl läkarens skyldighet att göra anmälan.

Hälsovårdsnämnden må av särskilt skäl för högst tre månader i sänder utfärda förordnande om tillämpning av 1 mom. även på fall av viss kontrollkrävande smittsam sjukdom.

Medicinalstyrelsen utfärdar närmare föreskrifter om de anmälningar, som läkarna och de kommunala hälsovårdsmyndigheterna böra göra om smittsamma sjukdomar, samt lantbruksministeriets veterinäravdelning föreskrifter om veterinärernas skyldighet att till hälsovårdsmyndigheterna anmäla djursjukdomar, som äventyra människors hälsa.

31 §.

Har någon insjuknat i synnerligen farlig, allmänfarlig eller kontrollkrävande smittsam sjukdom eller föreligger grundad anledning att misstänka, att någon ådragit sig smitta av sådan sjukdom eller är denna sjukdoms smittbärare, har hälsovårdsnämnden befogenhet att för förebyggande av sjukdomens spridning utfärda nödvändiga föreskrifter om undersökning, isolering och vård av honom samt om begränsning av hans arbetsfrihet.

Stads-, köpings- och kommunalläkare är berättigad att temporärt vidtaga i 1 mom. nämnda åtgärder, men skall utan dröjsmål anmäla sina åtgärder till hälsovårdsnämnden, vilken skall besluta i ärendet.

Undersökningen av de för konstaterade av i 1 mom. nämnd smittsam sjukdom erforderliga proven skall verkställas i laboratorium, som godkänts av medicinalstyrelsen. För undersökning av proven uppbäres icke avgift av patienten. Undersökningsarvode erlägges till laboratoriet ur den kommuns medel, vars hälsovårdsmyndighet förordnat om undersökningens verkställande, enligt grunder, varom stadgas särskilt.

32 §.

Då synnerligen farlig, allmänfarlig eller sådan kontrollkrävande smittsam sjukdom, varvid uppenbar fara för massnedsmittning föreligger, yppat sig eller grundad anledning föreligger att misstänka, att sådan sjukdom kommer att yppa sig, har hälsovårdsnämnden befogenhet att vidtaga erforderliga åtgärder för smittfarans avvärjande. Hälsovårdsnämnden må härvid förordna om isolering av bostäder samt om stängning av skolor och andra undervisningsanstalter ävensom förbjuda möten och nöjestillställningar samt andra folksamlingar. Likaså må nämnden vidtaga åtgärder för förebyggande av smittans spridning genom förmedling av handel och annan näringsverksamhet.

Även i fråga om annan smittsam sjukdom har hälsovårdsnämnden befogenhet att vidtaga i 1 mom. avsedda åtgärder i vårdanstalter för barn samt i skolor och andra undervisningsanstalter.

Vad i 1 mom. är sagt om förbud mot möten och andra sammankomster, gäller icke av statlig myndighet kungjord sammankomst. Om förbud mot sådan sammankomst beslutar länsstyrelsen på framställning av hälsovårdsnämnden.

Myndighet, som underlyder hälsovårdsnämnden, är berättigad att låta verkställa rengöring och desinfektering samt vidtaga andra nödvändiga försiktighetsåtgärder.

35 §.

Misstänkes det, att någon avlidit i synnerligen farlig eller allmänfarlig smittsam sjukdom, är stads-, köpings- eller kommunalläkare eller med hans samtycke annan

läkare berättigad att på kommunens bekostnad verkställa undersökning av liket och taga erforderliga prov för sjukdomens konstaterande.

38 §.

I synnerligen farlig smittsam sjukdom insjuknad person skall vårdas på för ändamålet isolerad, av medicinalstyrelsen godkänd vårdplats.

I allmänfarlig smittsam sjukdom insjuknad person skall vårdas på i 36 eller 37 § avsedd vårdplats för patienter med smittsam sjukdom, därest icke stads-, köpings- eller kommunalläkare på grund av platsernas otillräcklighet eller av annat särskilt skäl förordnar, att patienten skall isoleras och vårdas på annat håll. Stads-, köpings- eller kommunalläkare må även annars, därest patienten eller hans vårdnadshavare skriftligen förbinder sig att svara för kostnaderna för patientens vård jämte läkemedel samt uppehälle och därest vården och isoleringen kunna ordnas ändamålsenligt, samtycka till att patienten vårdas annorstädes än på vårdplats för patienter med smittsam sjukdom.

I kontrollkrävande smittsam sjukdom insjuknad person skall vårdas på ovan i 2 mom. stadgat sätt, därest stads-, köpings- eller kommunalläkare anser det nödvändigt på grund av sjukdomen eller särskild fara för massnedsmittning.

39 §.

Den, som misstänkes hava ådragit sig smitta av synnerligen farlig, allmänfarlig eller kontrollkrävande smittsam sjukdom eller som konstaterats vara sådan sjukdoms smittbärare, skall följa de föreskrifter, som hälsovårdsmyndighet utfärdar för förebyggande av smittans spridning.

Kunna i fråga om synnerligen farlig eller allmänfarlig smittsam sjukdom i 1 mom. nämnda åtgärder icke anses tillräckliga eller följas icke de utfärdade föreskrifterna, må den, som misstänkes hava insjuknat, utan sitt eget samtycke hållas isolerad högst den tid, som erfordras för den misstänkta sjukdomens utbrott. Den, som konstaterats vara sådan sjukdoms smittbärare, må även därefter hållas isolerad utan sitt eget samtycke högst två månader och, därest länsstyrelsen på framställning av hälsovårdsnämnden förordnar om fortsatt isolering, ytterligare högst tre månader.

Därest i 2 mom. avsedd smittbärare efter sin isolering grovt försummar att följa honom till förebyggande av sjukdomens spridning givna föreskrifter, må det på nytt förordnas, att han skall isoleras för i sagda moment nämnda tid.

40 §.

Ovan i 38 § nämnd vård skall givas eller ordnas av den kommun, där vederbörande uppehåller sig vid den tidpunkt, då hans sjukdom konstateras vara smittsam. Omhändertagande för vård skall anmälas till vederbörandes hemkommuns stads-, köpings- eller kommunalläkare.

41 §.

Den, som av skäl, vilket nämnes i 38 eller 39 §, omhändertages för vård på sjukhus eller tillfällig vårdplats, skall där givas avgiftsfri vård, erhålla avgiftsfri transport dit och ersättas för kostnaderna för återresan.

Patient, som i enlighet med 38 § 2 mom. vårdas annorstädes än på vårdplats för patienter med smittsamma sjukdomar, beviljas avgiftsfri vård jämte läkemedel och avgiftsfritt uppehälle, därest icke samtycke till patientens vård annorstädes givits på den grund, att för hans räkning avgivits förbindelse att svara för nämnda kostnader.

42 §.

För ovan i 41 § avsedd avgiftsfri patientvård samt transportkostnader svarar i fråga om synnerligen farlig smittsam sjukdom staten samt i fråga om allmänfarlig och kontrollkrävande smittsam sjukdom slutligt den kommun, där patienten har laga bo och hemvist.

Vårdas patient för vars vårdkostnader staten enligt 1 mom. svarar, annorstädes än på statens sjukhus, är staten skyldig att ersätta sjukhusets ägare vårdkostnaderna, vilka, därest icke annorlunda avtalats, beräknas enligt vårdkostnaderna i medeltal under sjukhusets föregående finansår, varvid såsom avdrag beaktas statsbidraget för sjukhusets driftskostnader och sjukhusets övriga egentliga inkomster. Detsamma gäller på motsvarande sätt och i tillämpliga delar patientens hemkommuns skyldighet att ersätta vårdkostnaderna för patient, som vårdats på statens sjukhus eller på annan kommuns sjukplats, för vilka vårdkostnader hemkommunen i enlighet med 1 mom. skall svara gentemot staten eller sagda andra kommun.

Bliva ovan i denna paragraf nämnda kostnader under något år på grund av omfattande spridning av smittsam sjukdom eller vårdens dyrhet för kommun oskäligt betungande, må denna inom ramen för statsförslaget beviljas statsbidrag för dessa kostnader.

Om ersättande av vårdkostnader för andningsförlamningspatienter är särskilt stadgat.

44 §.

Hälsovårdsnämnden skall draga försorg därom, att för förebyggande av smittsam sjukdoms spridning erforderliga desinfektionsåtgärder vidtagas. Försummar ägare eller innehavare av egendom att draga försorg om dessa åtgärder, skola åtgärderna kostnadsfritt vidtagas genom försorg av nämnden.

Hälsovårdsnämnden har befogenhet att låta förstöra föremål, vars desinfektion med beaktande av dess värde skulle ställa sig alltför dyr. För föremål, som på detta sätt förstörts eller som till följd av desinfektion, som nämnden låtit utföra, i så hög grad skadats, att det icke längre kan användas för sitt ändamål, skall ur kommunens medel erläggas av nämnden fastställd skälig ersättning, som motsvarar förlusten eller värdeminskningen. Ansökan om ersättning skall göras inom tid, som stadgas i 43 § 2 mom., och vid där angivet äventyr.

45 §.

Stadgandena i denna lag om smittsamma sjukdomar tillämpas icke till de delar de i något fall stå i strid med Världshälsoorganisationens i landet gällande stadganden om internationell trafik.

13 kap.

Särskilda stadganden

81 §.

Äro brådskande åtgärder av behovet påkallade för förebyggande av smittspridning eller annan särskild hälsofara, må medicinalstyrelsen utfärda oundgängliga föreskrifter om sagda åtgärder.

84 §.

Polismyndighet är skyldig att giva hälsovårdsnämnden handräckning vid verkställigheten av stadgandena i denna lag och i den i stöd därav utfärdade förordningen samt av de föreskrifter, vilka givits med stöd av dem.

Lag den 25 januari 1952 om könssjukdomar

1 §.

Stadgandena i denna lag skola tillämpas, då könssjukdom är i smittsamt skede eller då giltigt skäl finnes att befara, att densamma överföres till avkomma i fosterstadiet.

Medicinalstyrelsen äger likväl befogenhet att på särskilda skäl förordna, att stadgandena i 10—14 §§ denna lag skola tillämpas även på annan än i 1 mom. avsedd könssjukdom.

2 §.

Den, som är behäftad med könssjukdom, är pliktig att underkasta sig nödig-befunnen läkarundersökning och -behandling.

3 §.

Person, som är angripen av könssjukdom eller som med skäl kan misstänkas lida av sådan, är till förekommande av smittans spridning pliktig att underkasta sig och att vidtaga försiktighetsåtgärder, som av läkare eller hälsovårdsnämnd föreskrivas, samt att på anfordran av hälsovårds- eller polismyndighet förete av hälsovårdsnämnd godkänd läkares intyg över sitt hälsotillstånd.

Har polismyndighet grundad anledning att misstänka, att i 1 mom. nämnd person icke komme att förete honom avfordrat läkarintyg, är ifrågavarande person skyldig att underkasta sig i 2 § avsedd undersökning, till vilken han befordras genom polismyndighetens försorg.

4 §.

Med könssjukdom behäftad person, som är att anse såsom särskilt smittofarlig för sin omgivning eller som avbrutit behandling hos läkare eller underlåtit att följa honom givna föreskrifter angående sjukdomens behandling eller till förekommande av smittans spridning, må på förordnande av hälsovårdsnämnden intagas i sjukhus eller annan vårdanstalt, även där detta eljest ej vore av nöden för sjukdomens behandling.

5 §.

Medicinalstyrelsen må, vid förefallande behov, till förhindrande av spridning av smitta förordna, att på fastställda orter i vissa anstalter eller på fartyg skola förrättas besiktningar för konstaterande av könssjukdom, vilka envar, som förordnandet avser, är skyldig att underkasta sig, såvida han icke medelst av hälsovårdsnämnd godkänd läkares intyg påvisar, att han icke lider av könssjukdom.

6 §.

Kvinna, som vet eller har anledning befara, att hon lider av könssjukdom, må icke åtaga sig amning eller annan vård av annans barn.

Barn, som är behäftat med könssjukdom eller misstänkes lida av sådan, må icke lämnas till amning av främmande person. Sådant barn må ej heller läm-

nas till vård eller uppfostran under förhållanden, där andra barn på grund därav bliva utsatta för smitta.

Lämnas i 2 mom. avsett barn eljest till vård eller överlåtes det som adoptivbarn, bör överlåtaren meddela vad som är känt om barnets hälsotillstånd.

7 §.

Läkare eller barnmorska, som undersöker gravid kvinna eller meddelar hjälp vid förlossning, bör i enlighet med av medicinalstyrelsen utfärdade instruktioner taga blodprov av patienten i syfte att konstatera eventuell könssjukdom.

8 §.

Kommunerna äga under tillsyn av statens myndigheter och i enlighet med denna lag och de stadganden och bestämmelser, som med stöd av densamma utfärdas, draga försorg om könssjukdomarnas bekämpande.

I kommun åligga ovan i 1 mom. avsedda uppgifter hälsovårdsnämnden, som även skall övervaka nedan i 11 § avsedda tjänsteläkares för könssjukdomar verksamhet samt bedriva upplysningsverksamhet för bekämpande av könssjukdomarna.

9 §.

Staten upprätthåller nödiga sjukhus, sjukhusavdelningar och andra vårdanstalter för vård av personer, som lida av könssjukdomar.

10 §.

Kommun bör bereda varje med könssjukdom behäftad person tillfälle att kostnadsfritt komma i åtnjutande av läkarvård, av läkare föreskrivna läkemedel, vårdartiklar, undersökningar och annan nödig vård samt sådan person, som befarar, att han är behäftad med könssjukdom, eller som enligt denna lag är skyldig att underkasta sig besiktning för konstaterande av sådan sjukdom, tillfälle att kostnadsfritt erhålla läkarbesiktning med därtill hörande nödiga undersökningar samt av myndighet föreskrivet intyg över besiktningens resultat.

Kommun är berättigad att med tillstånd av medicinalstyrelsen anordna i denna lag stadgade besiktningar även i samband med andra kostnadsfria besiktningar av hälsotillståndet.

Kommun, inom vars område person, som lider av könssjukdom, varaktigt vistas, bör bestrida av patientens resa till i 9 § avsett sjukhus eller annan vårdanstalt och tillbaka till vistelseorten förorsakade oundgängliga kostnader.

Sändes i 3 mom. avsedd patient till sjukhus eller annan vårdanstalt från annan kommun än hans stadigvarande vistelsekommun, skall den kommun, som sänder patienten, betala resekostnaderna, men må indriva dem av den i 3 mom. nämnda kommunen.

Beträffande med könssjukdom behäftade personer, som hålles i kommunal arbetsinrättning, har den kommun eller den sammanslutning av kommuner, som upprätthåller densamma, de skyldigheter, som åligga kommunen enligt 1 och 3 mom.

11 §.

Ovan i 10 § stadgad besiktning verkställs, läkarvård gives och intyg utfärdas av kommunens tjänsteläkare för könssjukdomar.

Såsom tjänsteläkare för könssjukdomar tjänstgör stads- eller kommunalläkare. Finnes sådan läkare icke i kommunen eller uppdrager kommunen icke åt honom att vara tjänsteläkare för könssjukdomar, bör kommunen för ändamålet avlöna

en särskild läkare eller överenskomma med en på orten eller i närheten verksam annan läkare om håndhavande av tjänsteläkarens för könssjukdomar åligganden.

Tjänsteläkare för könssjukdomar erhåller av kommunen ersättning för sitt uppdrag enligt av ministeriet för inrikesärendena fastställd taxa, såvida icke mellan kommunen och läkaren med medicinalstyrelsens samtycke om annan ersättning överenskommits.

12 §.

Ministeriet för inrikesärendena må på framställning av medicinalstyrelsen förplikta stad eller köping att för i 10 § föreskriven besiktning och läkarvård samt för utfärdande av intyg inrätta och upprätthålla en särskild poliklinik för könssjukdomar, avsedd att verka på en eller vid behov på flera platser. Där medicinalstyrelsen finner det nödigt, skall vid sådan poliklinik på av medicinalstyrelsen fastställda tider även givas vård, som är ägnad att förebygga könssjukdomar. Poliklinikens chefläkare verkar såsom tjänsteläkare för könssjukdomar i staden eller kommunen.

Medicinalstyrelsen må vid förefallande särskilt behov berättiga stad eller köping att i samband med i 1 mom. avsedd poliklinik upprätthålla sjukplatser för vård av patienter, som lida av könssjukdomar.

Till ovan i 1 mom. avsedd chefläkare för poliklinik bör såvitt möjligt utses specialist på könssjukdomar eller läkare, som är särskilt förtrogen med behandlingen av sådana sjukdomar. Sedan stad eller köping valt chefläkare, meddelar medicinalstyrelsen för den valde förordnande till tjänsten. Befinnes det, att den valde, ehuru han är legitimerad läkare, icke är kompetent eller lämplig för tjänsten, äger medicinalstyrelsen befogenhet att vägra förordnande.

Poliklinik för könssjukdomar bör inrymmas i av medicinalstyrelsen godkänd lokal.

13 §.

Behandling av könssjukdom i statens sjukhus eller annan statens vårdanstalt bekostas av staten.

Hälften av godtagbara avlöningskostnader för personalen vid ovan i 12 § avsedda polikliniker ersättes kommunen av statsmedel enligt av ministeriet för inrikesärendena fastställda grunder. Kostnaderna för på nämnda vård- och besiktningsplatser använda nödiga läkemedel och av medicinalstyrelsen godkända vårdartiklar samt för upprätthållande av i 12 § 2 mom. avsedda sjukplatser erläggas till kommunen i sin helhet av statsmedel.

Kostnaderna för besiktning och vård enligt 10 § 1 och 2 mom. annorstädes än i ovan i 12 § avsedda polikliniker samt för intyg och nödiga läkemedel ersätts kommunen av statsmedel.

För konstaterande av könssjukdom eller för behandling av sådan sjukdom nödig serologisk, bakteriologisk eller annan därmed jämförlig specialundersökning verkställs på statens bekostnad i av medicinalstyrelsen godkända laboratorier. Angående undersökare tillkommande arvode stadgas genom förordning.

I fråga om person, som avtjänar värnplikt eller är intagen i straffanstalt, bekostas behandlingen av könssjukdom av staten.

13 a §.

Har finsk sjöman för könssjukdom vårdats på sådan utländsk ort, där det icke varit möjligt att erhålla kostnadsfri vård, och har fartygsredaren i stöd av sjömanslagens åsamkats utgifter för denna vård, är denne berättigad att för det erlagda beloppet erhålla ersättning av staten. Samma rätt tillkommer sjöman, som i sådant fall själv betalat erhållen vård.

14 §.

De kostnader för bekämpande och behandling av könssjukdomar, som enligt 13 § icke erläggas eller ersätts av statsmedel, skola slutligt bestridas av vederbörande kommun eller, i det i 10 § 5 mom. avsedda fallet, av sammanslutning av kommuner.

15 §.

Bryter person, beträffande vilken förordnande om obligatorisk sjukhusvård meddelats, mot sjukhusets ordningsregler eller avlägsnar han sig olovligen från sjukhuset, må han av länsstyrelsen på framställning av sjukhusets chefläkare och efter i saken införskaffad erforderlig utredning förordnas att för viss tid, dock högst sex månader, hållas i sådant tvångsarbete, varom stadgas i lagen om lösdrivare (57/36). Från tvångsarbetsanstalten skall överträdaren återsändas till sjukhuset, därest anstaltens läkare så finner nödigt.

Beslutar sjukhusets chefläkare till länsstyrelsen göra ovan i 1 mom. avsedd framställning, skall polismyndigheten vid behov omhändertaga överträdaren och länsstyrelsen ombesörja hans placering i fängelse eller vård på annat lämpligt sätt, tills beslut i anledning av framställningen utfärdats.

Länsstyrelsen äger befogenhet att bestämma, att ovan i 1 mom. avsett förordnande angående hållande i tvångsarbete skall bringas i verkställighet, även om besvär i anledning därav anföras.

16 §.

Vägrar person, som enligt denna lag är pliktig att underkasta sig besiktning eller vård eller att infinna sig i sjukhus eller annan anstalt, att inställa sig, bör polismyndighet lämna hälsovårdsmyndigheten samt sjukhusets läkare eller föreståndare nödig handräckning för hans sändande till ovannämnda förrättning eller inrättning. Handräckning skall också lämnas för återbördande av rymling till sjukhus.

17 §.

Är person under aderton år behäftad med könssjukdom, bör även förmyndaren såvitt möjligt tillse, att myndlingen uppfyller sina i denna lag stadgade skyldigheter.

20 §.

Närmare bestämmelser om tillämpningen och verkställigheten av denna lag utfärdas genom förordning.

Förordning den 22 februari 1952 om könssjukdomar

1 kap.

Allmänna bestämmelser

1 §.

I lagen om könssjukdomar avsedda könssjukdomar äro syfilis (syphilis, lues), dröppel (gonorrhoea), mjuk schanker (ulcus molle) och öppen ljumskbubon eller negerschanker (lymphogranuloma inguinale).

Könssjukdom skall anses vara i smittsamt skede, så länge symptom å smittsamhet förefinnas eller förnyat framträdande av sådana symptom är att befara.

Medicinalstyrelsen äger rätt att utfärda i 1 § 2 mom. lagen om könssjukdomar avsett förordnande angående sådana sjukdomsfall, vilka i brist på vård kunde

leda till svåra följsjukdomar, dock sålunda, att stadgandena i lagen om könssjukdomar icke skola tillämpas vid vård av annan sjukdom än könssjukdom.

2 kap.

Läkares skyldigheter

2 §.

Iakttaget läkare könssjukdom hos person, som han undersöker eller behandlar, åligger det läkaren att upplysa patienten om sjukdomens art och smittsamhet samt meddela honom anvisningar om de försiktighetsåtgärder patienten bör iakttaga i förhållande till omgivningen och särskilt å sin arbetsplats samt vid behov erinra honom om, att den, som är behäftad med könssjukdom i smittsamt skede, ej må ingå äktenskap. Läkaren bör även till patienten överlämna broschyrer angående sjukdomens beskaffenhet och behandling samt innehållande anvisningar till förekommande av smittans spridning.

Läkare må dock göra undantag från vad i 1 mom. är stadgat, om han finner patientens hälsotillstånd eller andra förhållanden oundgängligen kräva, att sjukdomens beskaffenhet tills vidare icke för honom yppas.

3 §.

Där läkare finner skälig anledning antaga, att den sjuke spritt venerisk smitta eller att hans närmaste omgivning är utsatt för smittfara, vare berättigad att efter noggrann prövning och, såvitt möjligt, i samråd med annan läkare, därom underätta dem, vilka kunnat eller kunna bliva smittade.

4 §.

Finner läkare nödigt, att patient på grund av könssjukdom fortgående låter behandla sig eller undersöka sig av läkare, må han genom skriftligt meddelande, över vars mottagande patienten bör avfordras bevis, anmana den sjuke att på bestämda tider infinna sig till mottagning eller att före utsatt dag ingiva intyg över att behandlingen övertagits av annan läkare.

5 §.

Efterkommer icke patient i 4 § nämnd anmaning eller till förekommande av smittan meddelade föreskrifter eller avbryter han behandlingen hos läkare utan att förete intyg över att behandlingen övertagits av annan läkare, skall läkaren göra skriftlig anmälan därom hos vederbörande tjänsteläkare för könssjukdomar.

6 §.

Läkare, som iakttagit fall av könssjukdom, vilket icke veterligen förut konstaterats av annan läkare, är pliktig att därom göra skriftlig anmälan hos vederbörande tjänsteläkare för veneriska sjukdomar. I anmälningen skall uppgivas sjukdomens beskaffenhet ävensom den sjukes kön, ålder, befattning eller yrke och boningsort, varemot den sjukes namn ej må utsättas.

Läkaren bör på tider bestämda av medicinalstyrelsen och i enlighet med anvisningar utfärdade av densamma till medicinalmyndigheterna insända uppgifter om fall av venerisk sjukdom som han behandlat.

7 §.

Efter att hava konstaterat könssjukdom skall läkare av patienten söka utröna, av vem och under vilka förhållanden denne blivit smittad. Har såsom smittkälla uppgivits viss person och är uppgiften icke uppenbart oriktig, bör läkaren, där

fara för smittans spridning föreligger, ofördröjligen hos vederbörande tjänsteläkare för könssjukdomar skriftligen anmäla den misstänkta personens namn och bostad, såvida han om dem erhållit kunskap, ävensom övriga uppgifter, vilka kunna underlätta utrönandet av smittkällan.

8 §.

Då patient, som för könssjukdom erhållit vård på sjukhus, utskrivs, men är i behov av fortsatt behandling, vilken icke kan givas honom i sjukhus eller i samband därmed inrättad poliklinik, bör sjukhusets föreståndare göra skriftlig anmälan därom hos den läkare, som den sjuke uppger sig ämna anlita, samt hos vederbörande tjänsteläkare för könssjukdomar för anordnande av sådan behandling.

3 kap.

Tjänsteläkares för könssjukdomar åligganden

9 §.

Har till tjänsteläkare för könssjukdomar inkommit i 7 § avsedd anmälan angående smittspridande person, som vistas inom hans verksamhetsområde, eller har tjänsteläkare annorledes fått veta, att person, som vistas i kommunen, sannolikt givit upphov till spridning av könssjukdom eller utan att vara underkastad läkarbehandling är behäftad med sådan sjukdom, skall tjänsteläkaren bevisligen tillställa sådan person föreskrift att inom utsatt kort tid till utrönande, huruvida han är behäftad med könssjukdom, låta sig av läkare undersökas samt att hos tjänsteläkaren förete intyg över undersökningens resultat.

Person, som vid undersökning, vilken nämnes i 1 mom., funnits behäftad med könssjukdom, bör inom tid utsatt av tjänsteläkaren underkasta sig läkarbehandling och därom hos denne förete intyg.

Sedan tjänsteläkaren erhållit intyg över att behandlingen påbörjats, åligger det honom att meddela den behandlande läkaren underrättelse om anledningen till den i 1 mom. nämnda föreskriften.

10 §.

Kan tjänsteläkare för könssjukdomar ej förmä person, angående vilken han erhållit i 5 § nämnd anmälan, att underkasta sig läkarvård, bör han anhålla om hälsovårdsnämndens åtgärd för att bringa patienten under läkarbehandling eller, där så finnes nödigt, vidtaga åtgärder för hans intagande i sjukhus eller annan vårdanstalt.

11 §.

Avser i 5 eller 7 § omförmäld, till tjänsteläkare för könssjukdomar inkommen anmälan person, som veterligen vistas i annan kommun, skall den ofördröjligen sändas till vederbörande tjänsteläkare.

Avser anmälan, varom nämnes i 1 mom., person, som avtjänar värnplikt, skall den tillställas vederbörande militärläkare. Anmälan angående person, som är intagen i sjukhus, vårdanstalt, fängelse eller tvångsarbetsinrättning, skall tillställas anstaltens föreståndare.

4 kap.

Särskilda bestämmelser

12 §.

I 12 § lagen om könssjukdomar avsedd polikliniks mottagningstider bestämmas av hälsovårdsnämnder med beaktande av föreskrift som måhända givits jämlikt nämnda lagrum angående tiderna för meddelande av förebyggande vård.

Mottagningar böra anordnas skilt för män och skilt för kvinnor sålunda, att allmänheten kan besöka mottagningen utan nämnvärt intrång i arbetstiden.

13 §.

Hälsovårdsnämnden bör hålla medicinalstyrelsen och länsläkaren underrättad om vem som är verksam i kommunen såsom tjänsteläkare för könssjukdomar.

14 §.

Läkare, medlem av hälsovårdsnämnd och i hälsovårdsnämnds tjänst anställd person må icke för obehöriga yppa, vad han på grund av sin befattning fått veta om könssjuk person.

Ådagalägger person, som enligt 7 § uppgivits såsom smittförande, att han icke kunnat sprida smitta, är den läkare, som insänt i nämnda paragraf avsedd anmälan dock berättigad att för nämnda person uppgiva, vem som anmält honom såsom smittbärare.

15 §.

Kallelse till undersökning stadgad i 5 § lagen om könssjukdomar bör utfärdas på av medicinalstyrelsen föreskrivet sätt.

Efterkommer icke person, som bör underkasta sig i 1 mom. nämnd undersökning kallelse, som ägt rum på annat sätt, skall han medelst bevisligen delgiven kallelse åläggas att uppfylla sin skyldighet inom på nytt utsatt tid.

16 §.

Avser föreskrift, som i denna förordning nämnes, barn under femton år, skall den tillställas barnets förmyndare eller den, som har barnet i sin vård. Visar person, som fyllt femton men icke aderton år, tredska i efterkommande av förordnande, skall sådant tillställas även hans förmyndare eller den, som har honom i sin vård.

Likaså skall läkare göra ovan i 2 § avsedd anmälan och meddela föreskrift angående barn under femton år, till barnets förmyndare eller den i vars vård barnet är. Läkaren kan enligt egen prövning förfara på motsvarande sätt då fråga är om sådan anmälan eller föreskrift angående person, som fyllt femton men icke aderton år.

17 §.

Har person, beträffande vilken i lagen om könssjukdomar eller i denna förordning föreskrivna åtgärder skola vidtagas, flyttat till annan känd kommun eller inträtt i eller upphört med tjänstgöring såsom värnpliktig eller intagits i eller utskrivits från i 11 § 2 mom. nämnd anstalt eller förflyttats till annan sådan anstalt, vare vederbörande tjänsteläkare för könssjukdomar, militärläkare eller anstaltsföreståndare skyldig att ofördröjligen om vad i ärendet förekommit meddela skriftlig underrättelse till den myndighet, som har att med personen taga vidare befattning.

18 §.

Unga personer och barn, som i sjukhus skola vårdas för könssjukdom, böra, såvida de sistnämnda icke följa med modern, isoleras från andra patienter med venerisk sjukdom.

19 §.

Den, som är behäftad med könssjukdom, erhåller kostnadsfri sjukhusvård på sjukplats, som motsvarar billigaste klassen i allmänt sjukhus.

22 §.

Medicinalstyrelsen bör i mån av möjlighet genom utgivande av populära böcker och flygskrifter ävensom på annat lämpligt sätt bland allmänheten sprida kännedom om könssjukdomarnas beskaffenhet, de sätt, på vilka smittan sprider sig, och medlen att bekämpa densamma.

De, som avtjäna värnplikt, skola genom militärläkarnas försorg erhålla undervisning om könssjukdomarna och deras bekämpande.

Allmän upplysningsverksamhet i kampen mot könssjukdomarna samt särskilda åtgärder för deras förebyggande kan ombetros även i sagda arbete verksam sammanlutning.

23 §.

Polismyndigheterna skola vid behov lämna handräckning vid verkställigheten av denna förordning.

Tuberkuloslag den 26 juli 1960

1 kap.

Organisationen av arbetet för tuberkulosens bekämpande

1 §.

Med tuberkulos avses i denna lag tuberkulös sjukdom hos människan. Spår efter läkt tuberkulos anses icke som tuberkulos.

Med smittfarlig tuberkulos förstås i denna lag tuberkulös sjukdom, vid vilken smittfaran är uppenbar eller mycket sannolik.

Med arbete för tuberkulosens bekämpande avses i denna lag förebyggande av tuberkulos, tuberkulosvård och medicinsk rehabilitering av tuberkulösa.

2 kap.

Stadganden rörande enskild person

15 §.

Envar är pliktig att på offentlig tillkännagiven kallelse eller personlig kallelse av hälsovårdsnämnden infinna sig till undersökning, som anordnas på hans bostadsort, för utrönande av om han uppvisar förändringar, som tyda på tuberkulos.

Envar äger rätt att vid undersökningar, som regelbundet anordnas vid tuberkulosbyråerna, avgiftsfritt låta undersöka sig för utrönande av tuberkulos.

16 §.

Den, som lider av tuberkulos eller som med skäl kan misstänkas lida därav, är skyldig att underkasta sig nödigbefunnen undersökning samt att till förhindrande av smittans spridning iakttaga av läkare eller hälsovårdsmyndighet föreskrivna försiktighetsåtgärder.

17 §.

Den, som lider av tuberkulos och som bör anses vara smittfarlig för sin omgivning samt uraktlåter att iakttaga honom för omgivningens skyddande meddelade föreskrifter och anvisningar, är skyldig att underkasta sig anstaltsvård till förebyggande av smittans spridning.

Sådan person må på hälsovårdsnämndens förordnande placeras i sanatorium eller annan vårdanstalt, även om detta icke för vården av hans sjukdom eljest vore av behovet påkallat.

Norge

De allmänna författningsbestämmelser, som i Norge reglerar bekämpandet av smittsamma sjukdomar, är delvis intagna i »lov av 16. mai 1860 om sunnhetskommisjoner och om foranstaltninger i anledning av epidemiske og smittsomme sykdommer» (sunnhetsloven) och delvis i »lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter» (legeloven). De sjukdomar, på vilka lagstiftningen skall tillämpas, är bestämda genom beslut av socialdepartementet (rundskrivelser nr 59/1952 och 66/1955).

Lov av 16. mai 1860 om sunnhetskommisjoner og om foranstaltninger i anledning av epidemiske og smittsomme sykdommer

Angående særegne foranstaltninger mot epidemiske og smittsomme sykdommer

§ 14. Når noen husbond eller husfar innen sin krets bemerker, at en sykdom utbrer seg til flere og derhos viser seg å være av en ondartet beskaffenhet, har han derom å gjøre anmeldelse til ordføreren i stedets sunnhetskommisjon eller til noen av dennes medlemmer, eller til noen ved politiet eller fattigvesenet ansatt embets- eller bestillingsmann, fra hvem meddelelse derom skjer til sunnhetskommisjonens ordfører, eller, såfremt derved ville forvoldes et altfor stort tap av tid, til en nærmere boende lege. Den lege, der således mottar anmeldelsen, har snarest mulig å undersøke forholdet, meddele de fornødne foreløpige forskrifter og, forsåvidt han ikke er ordfører i stedets sunnhetskommisjon, dessangående å avgi meddelelse til denne. Er distriktets embetslege ikke selv ordfører i vedkommende kommisjon, erholder han fra denne innberetning om det inntrufne og foranstaltede.

§ 15. Ved en farlig epidemisk eller smittsom sykdoms utbrudd eller nærmelse har sunnhetskommisjonen på ethvert sted å anordne og foranstalte, hva sykdommens beskaffenhet påkrever. Forsåvidt der til iverksettelse herav kreves pengemidler, har kommisjonen derom snarest mulig å gjøre innstilling, i landdistriktene til fylkesmannen og i kjøpstedene samt de ladesteder, der har særskilt kommunebestyrelse, til stedets magistrat og formannskap. Omkostningene ved desslige foranstaltninger, med unntagelse av skyssgodtgjørelse til vedkommende leger samt til embets- og bestillingsmenn, hvilken fremdeles som hittil utredes av statskassen, faller i kjøpstedene og sistnevnte ladesteder disse særskilte kommuner, men i landdistriktene fylkeskommunen til last. Dog blir utgifter ved kur og pleie i sykehus av personer som har rett til ytelser etter lov om syketrygd, å belaste trygdekassen etter vanlige regler. Kongen kan etter omstendighetene overføre de med overordentlig legehjelp forbundne omkostninger helt eller til dels på statskassen. Omkostninger, der flyter av foranstaltninger, som en landdistriktskommune mot fylkesmannens vilje måtte beslutte, faller alene denne kommune til last.

Helsedirektøren kan — for hele riket eller for visse deler av det — forby avholdelse av stevner, forestillinger, utstillinger og andre arrangementer som samler et større antall personer, når dette antas nødvendig for å hindre at sykdom som nevnt i første ledd sprer seg over flere kommuner.

§ 16. Sunnhetskommisjonen er under sådanne omstendigheter berettiget til å inndele distriktet i avdelinger, og for enhver av disse å beskikke en eller flere oppsynsmenn, der har å utføre det dem gitte verv etter en av kommisjonen utferdiget forskrift.

§ 17. Griper ondartet sykdom videre om seg, kan overordentlig legehjelp for de angrepne steder antas, hvorom innberetning straks bør skje til medisinalbestyrelsen. Likeledes kan midlertidige sykehus opprettes, angående hvis virksomhet stadige innberetninger bør skje til medisinalbestyrelsen etter sammens nærmere bestemmelse.

§ 19. Enhver sivil embetslege er forpliktet til, om det forlanges, mot en i mangel av minnelig overenskomst av medisinalbestyrelsen fastsatt godtgjørelse å overta legetilsynet ved et midlertidig sykehus, der finnes innen hans distrikt.

§ 20. Under mere utbredte ondartede epidemiske og smittsomme sykdommer skal enhver lege, som har derav angrepne personer under behandling, derom gjøre innberetning til vedkommende sunnhetskommisjon. Denne avgir gjennom den sivile embetslege og overøvrigheten stadig beretning om sykdommen og dens gang til medisinalbestyrelsen etter en av samme utferdiget instruks.

§ 21. Personer, der lider av ondartede sykdommer, hvis videre utbredelse ved smitte kan være å befrykte, skal være forpliktet til, når sunnhetskommisjonen eller øvrigheten påstår det, å la seg behandle på et sykehus, såfremt de ikke uten opphold kan skaffe seg en etter legens formening betryggende pleie i hjemmet eller en annen privat bolig.

§ 23. Leger har på reiser, foranlediget ved de her omhandlede sykdommer, den sædvanlige godtgjørelse for skyss og diet, uten at det dessformedit er dem forment å motta honorar av de under reisen behandlede syke, som dertil har evne.

§ 24. I henseende til gangklær, sèngklær og desslike, der har vært benyttet av personer som har lidt eller er døde av noen epidemisk og smittsom sykdom, like- som også i henseende til værelser eller rom, hvori sådanne personer har henligget, bestemmer sunnhetskommisjonen, hvorvidt og i så fall hvorledes hine gjenstander skal renses, forinnan de benyttes til annet bruk.

Lov av 29. april 1927 om lægers rettigheter og plikter

§ 10. Når en læge får under behandling noget sykdomstilfelle, som han antar hører til de epidemiske og smittsomme sykdommer, som er gjenstand for det offentlige særlige forsorg, skal han på hensiktsmessig måte gi de forskrifter, som han anser nødvendige for å hindre sykdommens videre utbredelse eller som er påbudt av rette myndighet.

Hvis han ikke selv er ordfører i stedets helseråd, skal han snarest melde til denne sykdommens natur og øvrige forhold, som kan være av interesse for det offentlige sunnhetsvesen, og redegjøre for de forholdsregler han har gitt.

Hvis ordføreren i helserådet ikke er distriktets offentlige læge, skal helserådsordføreren innberette til denne om sykdomstilfellet og de foranstaltninger som er truffet.

Hvilke epidemiske og smittsomme sykdommer skal være gjenstand for det offentlige særlige forsorg, avgjøres av departementet, som kan fastsette meldingens form og fremsendelsesmåte.

§ 11. Etter forskrifter som gis av Kongen eller den han bemyndiger skal enhver praktiserende læge:

for hvert år gi en almindelig beretning om sin virksomhet,

ved utgangen av hver måned eller oftere om helserådet krever det, sende dets ordfører en oppgave over de tilfeller av epidemiske

Av sosialdepartementets rundskrivelser nr 59/1952 og 66/1955 inhämtas huvudsakligen följande:

a) Bestämmelser för alla praktiserande läkare

Sjukdomar, som skall vara »gjenstand for det offentlige særlige forsorg», är enligt sosialdepartementets beslut följande:

Grupp I

1. Typhus exanthematicus
2. Variola
3. Pestis
4. Cholera asiatica
- ° 5. Rabies
6. Febris recurrens.

Grupp II

- Poliomyelitis anterior acuta paralytica
- Poliomyelitis anterior acuta non paralytica
- Diphtheria
- Febris typhoidea
- Febris paratyphoidea A
- Febris paratyphoidea B
- Dysenteria shiga (bacillär)
- Gastroenteritis maligna infantum
- ° Pemphigus neonatorum
- Leptospirosis icterohaemorrhagica
- Meningitis cerebrospinalis epidemica
- Febris undulans
- Anthrax
- ° Trachoma
- Trichinosis
- ° Aphte epizootica
- Ornithosis
- Hepatitis infectiosa

Dessutom:

- Morbilli
- Pertussis
- Parotitis epidemica
- Scarlatina
- Angina-streptococcia
- Erysipelas
- Gastroenteritis acuta

sistnamnda sjukdomar under förutsättning, att sjukdomen uppträder i särskilt allvarlig form och speciella epidemiologiska förhållanden gör det påkallat, att isolering i sjukhus kommer till stånd.

Undantagsvis skall också fall av andra epidemiska och smittsamma sjukdomar anmälas, då de uppträder i särskilt allvarlig form. Helsrerådets ordförande skall i så fall göra anmälan därom till socialdepartementet, som avgör om och på vilka villkor sjukdomen skall göras till »gjenstand for det offentlige særlige forsorg».

Fall av sjukdomar, tillhörande grupp I, skall av den läkare, som först ställer diagnosen eller får misstanke om den, ögonblickligen anmälas telegrafiskt eller per telefon till helserådets ordförande i den ort, där patienten uppehöll sig, då

han sökte eller tillkallade läkaren. Anmälan skall omgående bekräftas skriftligen.

Fall av sjukdomar, tillhörande *grupp II*, skall av den läkare som först ställer diagnosen eller får misstanke om den snarast möjligt med uppgift om namn m. m. anmälas till helserådets ordförande i den ort, där patienten uppehöll sig, då han sökte eller tillkallade läkare.

Om någon, som lider av någon av ovanstående sjukdomar, intages å sjukhus, skall vederbörande överläkare eller den läkare denne därtill bemyndigar strax sända anmälan om intagningen till helserådets ordförande i den kommun, där sjukhuset är beläget.

Bekräftas icke intagningsdiagnosen, skall sjukhusets överläkare eller den läkare denne därtill bemyndigar strax göra anmälan därom till helserådets ordförande i kommunen. Slutligen skall överläkaren eller av denne bemyndigad läkare göra anmäla till helserådsordföranden, då patienten utskrivs från sjukhuset.

Varje praktiserande läkare skall vidare — på blankett A 1 den första i varje månad till den offentlige legen i den kommun där han har sin mottagning, anmäla alla iakttagna fall av de sjukdomar, som angivas på blanketten, oavsett var patienterna uppehållit sig, då de sökte eller tillkallade läkaren. Har läkaren under den gångna månaden icke fått under behandling något fall av ifrågavarande sjukdomar, skall han insända blanketten blank men daterad och underskriven.

Praktiserande läkare äger få ersättning för utgifter för porto, om räkning tillställs fylkeslegen.

b) Bestämmelser för offentlige lege

Framgår av en till offentlig lege inkommen nominativ anmälan, att patienten, då han sökte eller tillkallade läkaren, uppehöll sig i annat distrikt än det, där den offentlige legen är helserådsordförande, skall denne strax sända anmälan vidare till motsvarande läkare i den ort, där patienten uppehöll sig.

Framgår av nominativ anmälan, att patienten kan vara smittad i annan kommun än den, där läkaren är helserådsordförande, skall denne omedelbart efter mottagandet av anmälan sända avskrift av denna till helserådsordföranden i den ort, där smittan ådragits. Avskriften skall tydligt märkas »kopia» och den helserådsordförande som mottager den skall icke redovisa fallet i sin statistik över anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar.

Mottages anmälan om fall av sjukdom tillhörande *grupp I* skall helsedirektören och fylkeslegen strax underrättas medelst telegraf eller telefon.

Vid mottagande av anmälan om poliomyelitis anterior acuta skall den offentlige legen på den ort, där patienten uppehöll sig då han sökte eller tillkallade läkaren, strax underrätta helsedirektören och fylkeslegen därom. Därvid skall anges om det rör sig om ett paralytiskt, abortivt eller suspekt fall.

Den offentlige legen skall underrätta närmaste veterinärmyndighet strax han får anmälan om rabies, anthrax, trichinosis eller aphte epizootica.

Den offentlige legen i det distrikt, där anmält sjukdomsfall uppträtt, bör stå i kontakt med den anmälande läkaren och eventuellt vederbörande sjukhus, så att han alltid får upplysningar om den definitiva diagnosen.

De nominativa anmälningarna bör ordnas efter diagnos och inom varje diagnosgrupp efter dagen för anmälan. Med hänsyn till statistiken bör den offentlige legen alltid ifylla en anmälningsblankett för de fall, som han själv diagnostiserat i sitt distrikt, och inordna dessa tillsammans med anmälningarna från andra läkare. Föreligger anmälan om samma patient både från en praktiserande läkare och från sjukhus, skall dessa häftas samman. Detsamma gäller efteranmälningar om diagnos.

Efter utgången av varje måned skall offentlige lege utarbete en preliminær *månadsrapport* om anmeldte og iakttagne fall av epidemiske og smittsamma sjukdomar. Den skall insändas till fylkeslegen senast den 5 i varje måned.

Månadsrapporten skall grundas på

1. sammanräkning av de nominativa anmälningar om sjukdomsfall, som uppträtt i distriktet under månaden, samt

2. summering av de sjukdomsfall, som anmäls på blankett A 1, av läkare som har mottagning i distriktet.

De offentlige lege skall vidare efter utgången av varje kvartal till fylkeslegen insända en *kvartalsuppgift* över de anmeldningspliktige sjukdomar, som anmäls till dem under kvartalet (blankett B II). Läkarna skall vid sammanställande av denna oppgift utgå från alla opplysninger, som de mottagit og inhämtet om sjukdomar, som är underkastede »det offentlige særlige forsorg» og oppträtt i deres distrikt under kvartalet, ävensom alla oppgifter de mottagit på blankett A 1 under samma tid. Om det föreligger bristende överensstemmelse mellan de preliminära månadsrapporterna og oppgifterne för vederbörande måned på kvartalsuppgiften, skall anledningen därtill oppges i anmærkningskolumnen.

Kvartalsuppgiften insändes till fylkeslegen tillsammans med månadsrapporten för den första månaden i följande kvartal. Kvartalsuppgifterna lägges till grund för utarbetande av årsstatistiken över anmeldningspliktige sjukdomar.

c) Bestämmelser för fylkeslege

Fylkeslegene skall sammanställa mottagna månadsrapporter över anmeldningspliktige sjukdomar og insända dessa till helsedirektøren före den 15 i varje måned (blankett C). Månadsrapporterna från de enskilda distrikten arkiveras hos fylkeslegen.

Kvartalsuppgifterna skall fylkeslegen vidarebefordra till helsedirektøren, sedan han kontrollerat dem med hjælp av tidligere mottagna månadsrapporter. Översändandet skall ske senast den 15 i andra månaden efter kvartalets utgång.

Lov av 12. desember 1947 om åtgjerder mot kjønnssykdommer

§ 1. Med kjønnssykdommer menes i denne lov:

1. Syfilis.
2. Gonoré (dryppert).
3. Ulcus molle (bløt sjanker).
4. Lymfogranuloma inguinale. (Lymfopathia venereum).
5. Granuloma venereum.

Sen-syfilitiske lidelser i kar og nervesystem omfattes ikke av lovens bestemmelser.

Med kjønnssyk menes enhver som lider av kjønnssykdom.

§ 2. Enhver som vet eller har grunn til å tro at han lider av kjønnssykdom, plikter å søke læge og underkaste seg nødvendig lægebehandling og etterkontroll. Den kjønnssyke skal rette seg etter de anvisninger lægen gir for å hindre utbredning av smitte. Han plikter å la seg behandle i sykehus hvis helserådets ordfører finner dette påkrevd.

Er en kjønnssyk mindreårig, evnesvak, sinnsyk, eller står vedkommende av annen grunn under noens omsorg, og ikke i stand til å vareta sitt tarv når det gjelder sykdommen, plikter den som har omsorgen å sørge for lægetilsyn og behandling såfremt han har kjennskap til eller mistanke om at det foreligger kjønnssykdom.

§ 3. Læge som undersøker eller behandler pasient som er eller mistenkes for å være kjønnssyk, skal straks ta alle nødvendige rådgjerder for å hindre videre utbredning av smitte. Han skal opplyse pasienten om sykdommens art og smitteforhold, og om de lovregler som gjelder.

Er den kjønnssyke en person som går inn under § 2, annet ledd, skal nødvendige opplysninger også gis foreldre, foresatte eller andre som har omsorgen for den syke, med mindre lægen finner at særlige grunner taler mot dette.

§ 4. Læge eller jordmor som undersøker svangre kvinner eller som yter fødsels-hjelp skal følge de bestemmelser som departementet gir om blodundersøking m. v. for å fastslå mulig kjønnssykdom hos vordende mødre og for å hindre overføring av slik sykdom på barna.

Finner jordmor under utøving av sitt yrke grunn til å anta at et nyfødt barn lider av kjønnssykdom, skal hun snarest mulig melde dette til helserådets ordfører hvis hun ikke har visshet for at barnet blir tilsett av læge.

§ 5. Den behandlende læge skal spørre den kjønnssyke om hvem smitten er overført fra og om når og på hvilken måte det er skjedd. Finner lægen opplysningen om smitekilden troverdig, skal han enten selv undersøke den oppgitte smitekilde eller sende melding om denne til helserådets ordfører, med mindre vedkommende godtgjør at han allerede er undersøkt av annen læge.

Lægen skal likeledes spørre den kjønnssyke om hvem denne kan ha overført smitten til. Godtgjøres det ikke at mulig smittede allerede er undersøkt av annen læge, skal lægen enten selv undersøke dem eller sende melding om dem til helserådets ordfører.

§ 6. Læge som har funnet kjønnssykdom hos en han undersøker eller behandler, skal gi helserådets ordfører melding om det etter forskrifter fastsatt av departementet.

Dersom den kjønnssyke ikke følger bestemmelsen i denne lov eller de forskrifter departementet gir i medhold av denne lov, skal lægen gi helserådets ordfører melding om den kjønnssykes navn, fødselsår og datum, bopel og stilling, og om andre personlige forhold som kan være av betydning.

Gjør forholdene det nødvendig kan slik melding også kreves i andre tilfelle.

§ 7. Helserådets ordfører skal føre liste over de personer som er meldt til ham i medfør av §§ 4, 5, 6 og 11. Får han kjennskap til at noen som står på listen, flytter til en annen kommune før det er fastslått at vedkommende er helbredet eller ikke er kjønnssyk, skal han gi helserådets ordfører i den annen kommune melding om saken.

§ 8. Helserådets ordfører eller læge som helserådet har antatt til det, plikter å foreta gratis undersøkelse og behandling utenfor sykehus av enhver som i anledning av kjønnssykdom eller mistanke om slik sykdom henvender seg til ham i den herfor fastsatte kontortid. På steder hvor det er opprettet poliklinikk for kjønnssyke, jfr. § 12, kan dog departementet fritta en helserådsordfører for denne plikt.

Overtar helserådets ordfører ikke selv behandlingen og etterkontrollen av en kjønnssyk som han, ved melding eller på annen måte, får vite ikke er under lægebehandling, skal han oppfordre den syke til straks å la seg behandle og kontrollere av læge eller å legge seg inn på sykehus hvis dette finnes nødvendig. Det samme gjelder den som helserådets ordfører, etter å ha innhentet de nødvendige opplysninger, må anta lider av smittsom kjønnssykdom.

Følger en kjønnssyk eller en formodet kjønnssyk ikke oppfordringen eller er det skjellig grunn til å frykte for at han vil smitte andre, kan helserådets ordfører la ham tvangsinnlegge på sykehus. Det samme gjelder den som ikke retter seg etter anvisning gitt i samsvar med §§ 2 og 3.

En kjønns syk som er innlagt på sykehus i medfør av foregående ledd, må — så lenge han er smittefarlig — ikke skrives ut fra sykehuset uten samtykke av helserådets ordfører.

§ 9. Når helserådets ordfører får melding, om at en kjønns syk ikke vil oppgi smitekilden eller de mulig smittede, eller de opplysninger han gir antas å være ufullstendige, kan helserådets ordfører innkalle den kjønns syke for å søke å få de opplysninger som kan lede til å bringe smitekilden eller de mulig smittede på det rene.

§ 10. Helserådets ordfører kan forby kjønns syk å utføre eller delta i arbeid eller virksomhet hvorved smitte kan overføres.

§ 11. Politiet plikter å yte bistand til gjennomføring av tiltak i henhold til denne lov når det kreves av Helsedirektøren, fylkeslægen eller helserådets ordfører.

Politiet skal sende melding til helserådets ordfører om tilfelle av kjønns sykdom som det har fått kjennskap til. Når politiet nærer mistanke om at en som er pågrepet eller fengslet lider av kjønns sykdom, skal vedkommende fremstilles for helserådets ordfører eller annen læge til undersøkelse.

§ 12. Departementet kan bestemme at et fylke, en by eller i særlige tilfelle et herred skal opprette behandlingssted (poliklinikk) for kjønns sykke eller anta en eller flere læger til å foreta behandlingen. Poliklinikken eller de særskilt antatte læger skal gratis behandle enhver som henvender seg dit for å bli undersøkt i anledning av kjønns sykdom eller mistanke om slik sykdom. Klinikken skal stå under tilsyn av departementet eller den departementet bemyndiger. Til dette arbeid kan kreves bistand av helserådsordføreren i den kommune hvor klinikken ligger.

Departementet kan bestemme at kommunale og fylkeskommunale sykehus skal stille det nødvendige antall plasser till rådighet for behandling av kjønns syke personer.

Lov av 8. mai 1900 angående særegne foranstaltninger mot tuberkuløse sykdommer

§ 1. Denne lov omfatter alle sykdommer av tuberkuløs opprinnelse.

§ 5 a. I tilfelle av sykdom som nevnt i § 1 så vel som i tilfelle av smitte med tuberkelbasiller som ikke vites å ha framkalt sykdom, kan det foretas miljøundersøkelse for å bringe på det rene smitekilden og om det er andre smittede i den sykes eller smittedes omgivelser. Videre kan det foretas kontrollundersøkelse av den syke eller smittede.

Ingen kan motsette seg disse undersøkelser. Vedkommende skal etter anmodning møte der hvor undersøkelsene foretas. Foreldre og foresatte skal sørge for at mindreårige og andre som de har omsorg for, møter fram.

Nødvendige utgifter i forbindelse med frammøtet betales for ubemidlede av den bykommune hvor undersøkelsen iverksettes, for landdistrikter av fylkeskommunen.

Helserådets ordfører sørger for at undersøkelsene blir foretatt.

§ 6. Finner helserådets ordfører at den sykes forhold eller forholdene i hans bolig eller på hans arbeidssted eller annet oppholdssted gir særlig grunn til fare for sykdommens overføring til andre, har han å forelegge saken for helserådet, som fatter bestemmelse om hvilke forholdsregler der skal treffes.

Dersom den syke eller hans omgivelser unnlater å følge de av helserådet gitte forskrifter, og det som følge derav viser seg umulig å skaffe den syke en til motarbeidelse av sykdommens utbredelse nødvendig pleie, kan helserådet beslutte hans innleggelse på sykehus. Medfører innleggelsen atskillelse av ektefolk, som ønsker å være forenet, kan ektefolkene begjære spørsmålet om sykehusopphold forelagt det regjeringsdepartement, som helserådet hører under.

§ 12. Departementet kan bestemme at et fiske og en eller to særlige fiskerier og bered skal opprette behandlingsanstalter for fiskerier, som det har fått kjennskap til. For fiske og en eller to særlige fiskerier kan departementet utsette fiskerier, som det har fått kjennskap til. For fiske og en eller to særlige fiskerier kan departementet utsette fiskerier, som det har fått kjennskap til. For fiske og en eller to særlige fiskerier kan departementet utsette fiskerier, som det har fått kjennskap til. For fiske og en eller to særlige fiskerier kan departementet utsette fiskerier, som det har fått kjennskap til. For fiske og en eller to særlige fiskerier kan departementet utsette fiskerier, som det har fått kjennskap til.

§ 13. Departementet kan bestemme at kommuner og fiskerier og fiskerier skal stille til rådighet et eller flere personer til arbeid på kyst og fiskeriarbeid. Departementet kan bestemme at kommuner og fiskerier skal stille til rådighet et eller flere personer til arbeid på kyst og fiskeriarbeid. Departementet kan bestemme at kommuner og fiskerier skal stille til rådighet et eller flere personer til arbeid på kyst og fiskeriarbeid. Departementet kan bestemme at kommuner og fiskerier skal stille til rådighet et eller flere personer til arbeid på kyst og fiskeriarbeid. Departementet kan bestemme at kommuner og fiskerier skal stille til rådighet et eller flere personer til arbeid på kyst og fiskeriarbeid.

Översikt över Lex veneris-verksamheten i Västernorrlands län 1961-65

| | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 | 1965 |
|--------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| I. Anmälda sjukdomsfall: | 599 | 599 | 601 | 665 | 695 |
| II. Anmälda smittkällor: | | | | | |
| påbörjat behandling | 246 (30)* | 253 (26) | 294 (38) | 308 (49) | 301 (18) |
| styrkt smittfrihet | 86 (18) | 90 (10) | 120 (24) | 114 (14) | 141 (14) |
| överlämnade till annan sundhetsinspektör | 60 (2) | 54 (2) | 62 (14) | 99 (6) | 90 (9) |
| överlämnade till militärläkare etc. | 4 | 4 | 10 | 6 | 14 (2) |
| avskrivna på grund av ofullständiga uppgifter | 34 (11) | 24 (3) | 25 (6) | 31 (7) | 43 (6) |
| | 430 (61) | 425 (41) | 511 (82) | 558 (76) | 589 (49) |
| III. Anmälda fall av avbruten behandling: | | | | | |
| återgått till behandling | 24 (10) | 47 (20) | 55 (26) | 63 (23) | 80 (32) |
| styrkt smittfrihet | 6 (1) | 3 | 2 (1) | 3 (1) | 11 (3) |
| överlämnade till annan sundhetsinspektör | 4 (2) | 7 (5) | 6 (4) | 24 (9) | 9 (3) |
| överlämnade till militärläkare etc. | 1 | 1 | — | — | — |
| avskrivna på grund av ofullständiga uppgifter | — | 9 (4) | — | 3 | 7 (3) |
| | 35 (13) | 67 (29) | 63 (31) | 93 (33) | 107 (41) |

* Siffrorna inom parentes anger det antal fall, där ärendet slutförts först efter beslut av länsstyrelsen.

Anmälda fall av venerisk sjukdom och smittkällor år 1964

| Sjukvårdsområde | Antal fall | Anmälda smittkällor | Därav | | | | Antal fall, vari beslut av KB meddelats |
|-----------------|------------|---------------------|-------------------------------------|---------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| | | | överlämnade till annan sundh.-insp. | ej anträffade | styrkt smittfrihet | påbörjat behandling | |
| A | 4 713 | 3 926 | 418 | 802 | 718 | 1 988 | 551 |
| B | 2 112 | 1 992 | 184 | 64 | 655 | 1 089 | 35 |
| C | 839 | 859 | 223 | 120 | 161 | 355 | 86 |
| D | 621 | 510 | 141 | 55 | 107 | 207 | 106 |
| EN | 397 | 416 | 134 | 36 | 48 | 198 | 43 |
| E | 483 | 520 | 135 | 11 | 181 | 193 | 97 |
| F | 526 | 404 | 86 | 5 | 87 | 224 | 41 |
| G | 171 | 133 | 34 | 8 | 26 | 65 | 7 |
| H | 520 | 394 | 59 | 44 | 51 | 243 | 51 |
| I | 224 | 197 | 35 | 35 | 24 | 106 | 7 |
| K | 287 | 180 | 73 | 7 | 47 | 53 | 19 |
| L | 298 | 241 | 76 | 18 | 120 | 27 | — |
| MM ... | 1 219 | 713 | 139 | 31 | 81 | 126 | 82 |
| M | 854 | 469 | 53 | 24 | 76 | 316 | 62 |
| N | 202 | 188 | 51 | 9 | 62 | 66 | 21 |
| OG ... | 3 530 | 2 239 | 469 | 67 | 379 | 1 306 | 41 |
| O | 513 | 423 | 96 | 59 | 73 | 195 | 56 |
| P | 779 | 742 | 174 | 54 | 89 | 425 | 98 |
| R | 401 | 309 | 68 | 15 | 118 | 108 | 27 |
| S | 646 | 521 | 81 | 33 | 190 | 217 | 86 |
| T | 753 | 638 | 120 | 116 | 83 | 319 | 140 |
| U | 662 | 590 | 129 | 14 | 128 | 319 | 78 |
| W | 837 | 557 | 87 | 21 | 157 | 292 | 139 |
| X | 1 080 | 1 006 | 165 | 175 | 175 | 462 | 94 |
| Y | 665 | 558 | 105 | 31 | 114 | 308 | 106 |
| Z | 285 | 283 | 80 | 18 | 62 | 123 | 34 |
| AC ... | 284 | 257 | 74 | 25 | 32 | 126 | 33 |
| BD ... | 468 | 372 | 71 | 22 | 119 | 160 | 126 |
| S:a | 24 369 | 19 637 | 3 560 | 1 919 | 4 163 | 9 616 | 2 266 |

Anmälda fall av avbruten behandling av venerisk sjukdom år 1964

| Sjukvårdsområde | Antal fall | Därav | | | | Antal fall, vari beslut av KB meddelats |
|-----------------|------------|-------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| | | överlämnade till annan sundh.-insp. | ej anträffade | styrkt smittfrihet | återgått till behandling | |
| A | 914 | 104 | 143 | — | 667 | 690 |
| B | 255 | 15 | 10 | 11 | 219 | 16 |
| C | 163 | 23 | 11 | 34 | 95 | 87 |
| D | 114 | 36 | 1 | 18 | 59 | 79 |
| EN ... | 131 | 26 | 2 | 47 | 56 | 55 |
| E | 89 | 9 | 3 | 5 | 72 | 60 |
| F | 87 | 12 | 3 | 7 | 65 | 45 |
| G | 16 | 5 | 1 | 2 | 8 | 5 |
| H | 44 | 5 | 3 | 5 | 31 | 17 |
| I | 26 | 4 | 3 | — | 19 | 12 |
| K | 19 | 6 | — | 2 | 11 | 8 |
| L | 13 | 4 | 3 | 5 | — | — |
| MM ... | 210 | 40 | 20 | 11 | 139 | 116 |
| M | 151 | 8 | 9 | 14 | 120 | 80 |
| N | 47 | 5 | 3 | 21 | 18 | 23 |
| OG ... | 717 | 124 | 32 | 18 | 533 | 635 |
| O | 70 | 11 | 16 | — | 43 | 37 |
| P | 184 | 22 | 28 | 3 | 131 | 89 |
| R | 32 | 1 | — | 4 | 27 | 11 |
| S | 41 | 4 | 6 | 9 | 22 | 12 |
| T | 81 | 5 | 9 | 13 | 54 | 42 |
| U | 247 | 21 | 4 | 38 | 184 | 101 |
| W | 107 | 19 | 8 | 37 | 43 | 70 |
| X | 170 | 30 | 8 | 42 | 90 | 81 |
| Y | 93 | 24 | 3 | 3 | 63 | 37 |
| Z | 36 | 6 | 3 | 4 | 23 | 16 |
| AC | 34 | 6 | 2 | 2 | 24 | 13 |
| BD | 49 | 8 | 1 | 12 | 28 | 27 |
| S:a | 4 140 | 583 | 335 | 367 | 2 844 | 2 464 |

Anmälda fall av venerisk sjukdom och smittkällor år 1965

| Sjukvårds- område | Antal fall | Anmälda smitt- källor | Därav | | | | Antal fall, vari beslut av KB med- delats |
|----------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| | | | överläm- nade till annan sundh.- insp. | ej an- träffade | styrkt smitt- frihet | påbörjat behand- ling | |
| A | 4 939 | 4 085 | 472 | 794 | 705 | 2 114 | 585 |
| B | 2 247 | 1 563 | 204 | 119 | 762 | 1 478 | 56 |
| C | 792 | 863 | 189 | 146 | 146 | 376 | 87 |
| D | 740 | 581 | 164 | 60 | 105 | 252 | 106 |
| EN | 482 | 497 | 146 | 24 | 55 | 272 | 52 |
| E | 520 | 564 | 127 | 42 | 167 | 228 | 65 |
| F | 494 | 413 | 84 | 3 | 105 | 221 | 50 |
| G | 180 | 125 | 25 | 13 | 28 | 59 | 17 |
| H | 447 | 296 | 45 | 15 | 73 | 163 | 41 |
| I | 199 | 202 | 53 | 53 | 17 | 79 | 23 |
| K | 234 | 172 | 78 | 4 | 36 | 54 | 19 |
| L | 369 | 346 | 75 | 45 | 206 | 20 | — |
| MM | 1 333 | 692 | 150 | 27 | 65 | 78 | 66 |
| M | 932 | 398 | 32 | 14 | 86 | 266 | 86 |
| N | 272 | 219 | 63 | 6 | 63 | 87 | 30 |
| OG | 3 662 | 2 272 | 475 | 47 | 367 | 1 348 | 75 |
| O | 572 | 509 | 176 | 54 | 99 | 280 | 60 |
| P | 866 | 817 | 161 | 98 | 118 | 440 | 133 |
| R | 362 | 263 | 59 | 19 | 91 | 94 | 22 |
| S | 786 | 682 | 131 | 92 | 153 | 306 | 34 |
| T | 798 | 460 | 117 | 20 | 109 | 214 | 78 |
| U | 815 | 724 | 153 | 18 | 146 | 407 | 138 |
| W | 952 | 585 | 107 | 15 | 152 | 311 | 148 |
| X | 1 072 | 977 | 186 | 114 | 179 | 473 | 117 |
| Y | 695 | 589 | 104 | 43 | 141 | 301 | 85 |
| Z | 242 | 267 | 72 | 18 | 89 | 88 | 44 |
| AC | 375 | 267 | 61 | 15 | 63 | 128 | 34 |
| BD | 457 | 361 | 58 | 22 | 113 | 168 | 127 |
| S:a | 25 834 | 19 789 | 3 767 | 1 940 | 4 439 | 10 305 | 2 378 |

Anmälda fall av avbruten behandling av venerisk sjukdom år 1965

| Sjukvårdsområde | Antal fall | Därav | | | | Antal fall, vari beslut av KB meddelats |
|-----------------|--------------|-------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| | | överlämnade till annan sundh.-insp. | ej anträffade | styrkt smittfrihet | återgått till behandling | |
| A | 949 | 121 | 190 | — | 638 | 651 |
| B | 403 | 40 | 38 | 56 | 269 | 114 |
| C | 155 | 19 | 12 | 21 | 99 | 74 |
| D | 92 | 25 | 4 | 6 | 57 | 93 |
| EN ... | 153 | 39 | 10 | 10 | 94 | 56 |
| E | 106 | 12 | 7 | 5 | 82 | 61 |
| F | 110 | 25 | 5 | 12 | 68 | 68 |
| G | 17 | 2 | 1 | 1 | 13 | 6 |
| H | 33 | 6 | — | 11 | 16 | 16 |
| I | 14 | 3 | — | — | 11 | 3 |
| K | 26 | 6 | — | 1 | 19 | 11 |
| L | 7 | — | 1 | 4 | 1 | 1 |
| MM ... | 213 | 34 | 32 | 8 | 139 | 136 |
| M | 152 | 8 | 9 | 17 | 118 | 67 |
| N | 41 | 8 | 1 | 18 | 14 | 27 |
| OG ... | 757 | 140 | 29 | 24 | 549 | 658 |
| O | 82 | 12 | 7 | 10 | 53 | 40 |
| P | 199 | 31 | 12 | 4 | 152 | 124 |
| R | 34 | 8 | 3 | 3 | 20 | 11 |
| S | 72 | 15 | 12 | 11 | 34 | 20 |
| T | 140 | 10 | 10 | 22 | 98 | 83 |
| U | 294 | 28 | 3 | 35 | 228 | 118 |
| W | 123 | 17 | 4 | 28 | 74 | 88 |
| X | 206 | 35 | 15 | 54 | 102 | 103 |
| Y | 107 | 9 | 7 | 11 | 80 | 46 |
| Z | 36 | 17 | 1 | 10 | 8 | 20 |
| AC ... | 36 | 6 | 1 | 4 | 25 | 13 |
| BD ... | 65 | 5 | 1 | 10 | 49 | 34 |
| S:a | 4 622 | 681 | 415 | 396 | 3 110 | 2 742 |

Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdomar budgetåret 1962/63

| Sjukvårdsområde | Tjänste- läkare | Poliklinik- läkare | Kuratorer | Summa | % |
|---------------------|--------------------|-----------------------|---------------|----------------|--------------|
| A | — | 140 000 | 27 600 | 167 600 | 21,0 |
| B | 17 465 | — | — | 17 465 | 2,2 |
| C | 7 108 | 12 250 | 6 210 | 25 568 | 3,2 |
| D | 11 742 | 12 250 | — | 23 992 | 3,0 |
| Norrköping | — | 25 000 | 6 210 | 31 210 | 3,9 |
| E i övrigt | 14 953 | 8 750 | — | 23 703 | 3,0 |
| F | 7 516 | 7 000 | — | 14 516 | 1,8 |
| G | 3 872 | — | — | 3 872 | 0,5 |
| Hn | 7 652 | — | — | 7 652 | 0,9 |
| Hs | 1 028 | 7 000 | — | 8 028 | 1,0 |
| I | 9 862 | — | — | 9 862 | 1,2 |
| K | 1 954 | 7 000 | — | 8 954 | 1,1 |
| L | 13 585 | — | — | 13 585 | 1,7 |
| Malmö | — | 25 000 | 6 210 | 31 210 | 3,9 |
| M i övrigt | 4 959 | 35 750 | — | 40 709 | 5,1 |
| N | 3 971 | 7 000 | — | 10 971 | 1,4 |
| Göteborg | — | 60 000 | 12 420 | 72 420 | 9,1 |
| O i övrigt | 17 756 | 7 000 | — | 24 756 | 3,1 |
| P | 21 095 | 12 250 | 3 105 | 36 450 | 4,6 |
| R | 17 213 | — | — | 17 213 | 2,1 |
| S | 13 300 | 7 000 | — | 20 300 | 2,5 |
| T | 7 608 | 19 250 | — | 26 858 | 3,4 |
| U | 10 944 | 12 250 | — | 23 194 | 2,9 |
| W | 25 764 | 7 000 | — | 32 764 | 4,1 |
| X | 20 226 | 32 000 | — | 52 226 | 6,5 |
| Y | 10 545 | 7 000 | — | 17 545 | 2,2 |
| Z | 11 151 | — | — | 11 151 | 1,4 |
| AC | 9 193 | — | — | 9 193 | 1,2 |
| BD | 15 815 | — | — | 15 815 | 2,0 |
| Summa kronor | 286 277 | 450 750 | 61 755 | 798 782 | 100,0 |

Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdomar budgetåret 1963/64

| Sjukvårdsområde | Tjänste- läkare | Poliklinik- läkare | Kuratorer | Summa | % |
|------------------|--------------------|-----------------------|-----------|---------------|-------|
| A | — | 160 000 | 37 200 | 197 200:— | 16,3 |
| B | 30 236 | — | — | 30 236:— | 2,5 |
| C | 14 181 | 14 000 | 8 400 | 36 581:— | 3,0 |
| D | 34 901 | 12 000 | — | 46 901:— | 3,9 |
| Norrköping | — | 29 850 | 8 400 | 38 250:— | 3,2 |
| E i övrigt | 22 804 | 10 000 | — | 32 804:— | 2,7 |
| F | 15 845 | 12 000 | — | 27 845:— | 2,3 |
| G | 10 140 | — | — | 10 140:— | 0,8 |
| Hn | 8 476 | — | — | 8 476:— | 0,7 |
| Hs | 13 465 | 8 000 | — | 21 465:— | 1,8 |
| I | 17 429 | — | — | 17 429:— | 1,4 |
| K | 8 674 | 8 000 | — | 16 674:— | 1,4 |
| L | 22 714 | — | — | 22 714:— | 1,9 |
| Malmö | — | 30 000 | 8 400 | 38 400:— | 3,2 |
| M i övrigt | 9 866 | 40 000 | — | 49 866:— | 4,1 |
| N | 11 476 | 8 000 | — | 19 476:— | 1,6 |
| Göteborg | — | 80 000 | 17 600 | 97 600:— | 8,1 |
| O i övrigt | 22 353: 50 | 16 000 | — | 38 353: 50 | 3,2 |
| P | 40 887: 50 | 16 000 | 4 200 | 61 087: 50 | 5,0 |
| R | 23 543 | 8 000 | — | 31 543:— | 2,6 |
| S | 32 895 | 8 000 | — | 40 895:— | 3,4 |
| T | 19 958 | 22 000 | — | 41 958:— | 3,5 |
| U | 29 313 | 12 000 | — | 41 313:— | 3,4 |
| W | 55 619 | 8 000 | — | 63 619:— | 5,3 |
| X | 45 503 | 37 850 | — | 83 353:— | 6,9 |
| Y | 23 497 | 8 000 | — | 31 497:— | 2,6 |
| Z | 18 959: 50 | — | — | 18 959: 50 | 1,6 |
| AC | 13 924 | 3 000 | — | 16 924:— | 1,4 |
| BD | 26 148 | — | — | 26 148:— | 2,2 |
| Summa kronor | 572 807: 50 | 550 700 | 84 200 | 1 207 707: 50 | 100,0 |

Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdomar budgetåret 1964/65

| Sjukvårdsområde | Tjänste- läkare | Poliklinik- läkare | Kuratorer | Summa | % |
|---------------------|--------------------|-----------------------|---------------|--------------------|--------------|
| A | — | 160 000 | 37 800 | 197 800:— | 14,5 |
| B | 53 764 | — | — | 53 764:— | 3,9 |
| C | 21 474 | 20 000 | 8 400 | 49 874:— | 3,6 |
| D | 43 213 | 12 000 | — | 55 213:— | 4,0 |
| Norrköping | — | 29 850 | 8 400 | 38 250:— | 2,8 |
| E i övrigt | 23 729 | 10 000 | — | 33 729:— | 2,5 |
| F | 22 735 | 12 000 | 2 100 | 36 835:— | 2,7 |
| G | 13 435 | — | — | 13 435:— | 1,0 |
| Hn | 12 153 | — | — | 12 153:— | 0,9 |
| Hs | 25 236 | 8 000 | — | 33 236:— | 2,4 |
| I | 19 798 | — | — | 19 798:— | 1,5 |
| K | 7 307 | 8 000 | — | 15 307:— | 1,1 |
| L | 24 445 | — | — | 24 445:— | 1,8 |
| Malmö | — | 30 000 | 8 400 | 38 400:— | 2,8 |
| M i övrigt | 13 622 | 40 000 | — | 53 662:— | 3,9 |
| N | 15 163 | 8 000 | — | 23 163:— | 1,7 |
| Göteborg | — | 80 000 | 17 600 | 97 600:— | 7,1 |
| O i övrigt | 11 502 | 16 000 | 3 675 | 31 177:— | 2,3 |
| P | 38 349:50 | 16 000 | 4 200 | 58 549:50 | 4,3 |
| R | 25 480 | 8 000 | — | 33 480:— | 2,5 |
| S | 49 958 | 8 000 | — | 57 958:— | 4,2 |
| T | 18 576:50 | 22 000 | 2 100 | 42 676:50 | 3,1 |
| U | 36 299:50 | 14 000 | — | 50 299:50 | 3,7 |
| W | 68 106 | 8 000 | — | 76 106:— | 5,6 |
| X | 54 481:50 | 37 850 | — | 92 331:50 | 6,8 |
| Y | 31 762 | 8 000 | — | 39 762:— | 2,9 |
| Z | 29 222 | — | — | 29 222:— | 2,1 |
| AC | 13 274 | 8 000 | — | 21 274:— | 1,6 |
| BD | 37 538 | — | — | 37 538:— | 2,7 |
| Summa kronor | 710 623 | 563 700 | 92 675 | 1 366 998:— | 100,0 |

Bilaga 10

Statens kostnader för den avgiftsfria läkarvården vid veneriska sjukdomar budgetåret 1965/66

| Sjukvårdsområde | Tjänste- läkare ¹ | Poliklinik- läkare | Kuratorer | Summa | % |
|---------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------|-------|---|
| A | | 180 000 | 44 976 | | |
| B | | 12 000 | | | |
| C | | 28 800 | 10 206 | | |
| D | | 14 400 | | | |
| Norrköping | | 43 200 | 10 206 | | |
| E i övrigt | | 14 400 | | | |
| F | | 19 200 | 5 103 | | |
| Hs | | 9 600 | | | |
| K | | 9 600 | | | |
| Malmö | | 38 400 | 10 206 | | |
| M i övrigt | | 53 400 | | | |
| N | | 9 600 | | | |
| Göteborg | | 90 000 | 21 516 | | |
| O i övrigt | | 19 200 | 5 103 | | |
| P | | 19 200 | 5 103 | | |
| R | | 9 600 | | | |
| S | | 9 600 | | | |
| T | | 28 800 | 5 103 | | |
| U | | 19 200 | | | |
| W | | 9 600 | | | |
| X | | 57 600 | | | |
| Y | | 9 600 | | | |
| AC | | 15 000 | | | |
| Summa kronor | | 720 000 | 117 522 | | |

¹ Dessa kostnader kan först framräknas efter utgången av budgetåret.

Anmälan om fall av smittsam sjukdom

Man Kvinna

Insändes vid **venersk** sjukdom i 2 ex. till länsläkaren (första stadsläkaren), vid **annan** sjukdom i 4 ex. till länsläkaren och i stad utom landsting i 2 ex. till förste stadsläkaren (för tjänsteläkare, stadsläkare och sjukhusläkare gäller särskilda bestämmelser, se MF nr 00/1967)

ALLMÄNFÄRLIGA SjukDOMAR

Sjukdomsfall Smittbärare

1)
 7. Tyfoid 15. Weils sjukdom och andra leptospiroser*
 8a. Paratyfoid A
 8b. Paratyfoid B
 9. Salmonelladarré*
 10. Bacillär dysenteri*
 11. Amöbadyenteri
 12. Meningokocksjukd. (sepsis, meningit)*
 13. Polio
 14. Hjärn- och hjärnh.-infi., primär icke varig*
 15. Weils sjukdom och andra leptospiroser*
 16. Epidemisk gulsojt**
 17. Inokulationsgulsojt**
 18. Differi
 19. Mjällbrand
 20. Papegojsjuka och andra ornithoser*
 21. Tuberkulos**
 22. Lepra

VENERISKA SjukDOMAR

31. Syfilis, medfödd 34. Mjuk schanker
 32. » , förvärvad 35. Veneriskt lymfogranulom
 33. Gonorré

ÖVRIGA ANMÄLNINGSPLIKTIGA SjukDOMAR

41. Botulism 47. Filarios*
 42. Elakartad gastroenterit hos barn under 2 år*
 43. Listerios
 44. Scharlakansfeber
 45. Tularemi
 46. Undulantfeber

*) Typ:
 **) Vid tvekan mellan 16 och 17 anges mest sannolika diagnosen
 ***) Alla ej uppenbart lätta fall anmäles. Lokalisation och smittsamhet anges under "Övriga uppgifter"
 *) Här anges fall av 1. Pest, 2. Kolera, 3. Gula febern, 4. Smittkoppor, 5. Fläckfeber och 6. Aterfallsfeber.

Patientens Föd.år mån dag nr Namn
 Yrke

Bostadsadress, tel.

(Vid venersk sjukdom anges endast födelsedata och bostadsort)
 Infektionsort (om känd) Län (bokstav)
 Insjuknad den i kommun Län (bokstav)
 Arbetsställe, skola, barnhem mm för patienten (ifylles ej vid venersk sjukdom)

Övriga uppgifter: smittkälla, smittvägar, vidtagna smittskyddsåtgärder och övriga anmärkningsvärda omständigheter (t. ex. livsmedelshandtering)
 Beträffande venersk sjukdom uppges dels smittkälla dels ev. kontakter, i båda fallen med namn, adress, telefonoch ungefärlig ålder

Vårdas i hemmet på sjukhus
 Sjukhusets namn
 Ort, datum
 Läkare
 Tjänsteställning

FIGURER

total
DAI

200

100



NO. 1

Fig. 1. Spectroscopic data
1. band of sodium 1940
(After J. C. 1927:20)

total
DAI

40,000

35,000

20,000

15,000

10,000

5,000

0



NO. 1

Fig. 2. Spectroscopic data
1. band of sodium 1940
(After J. C. 1927:20)

REGISTER

Smittkoppor 1900-1965

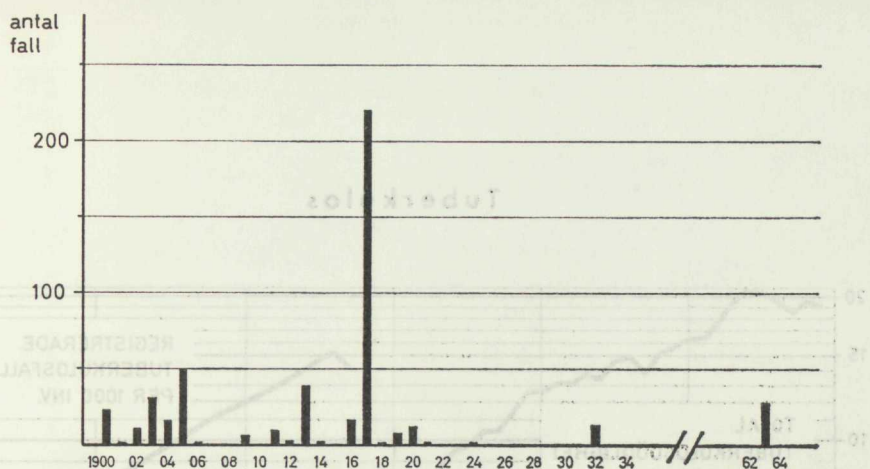


Fig. 1. Smittkoppor 1900-1965. Under 1900-talet har ca 500 fall av smittkoppor inträffat i landet. Sedan 1909 har alla utbrott av smittkoppor orsakats genom import av smittan. (Efter SOU 1937:28: Betänkande med förslag till lag om skyddskoppympning m. m.)

Difteri 1910-1965

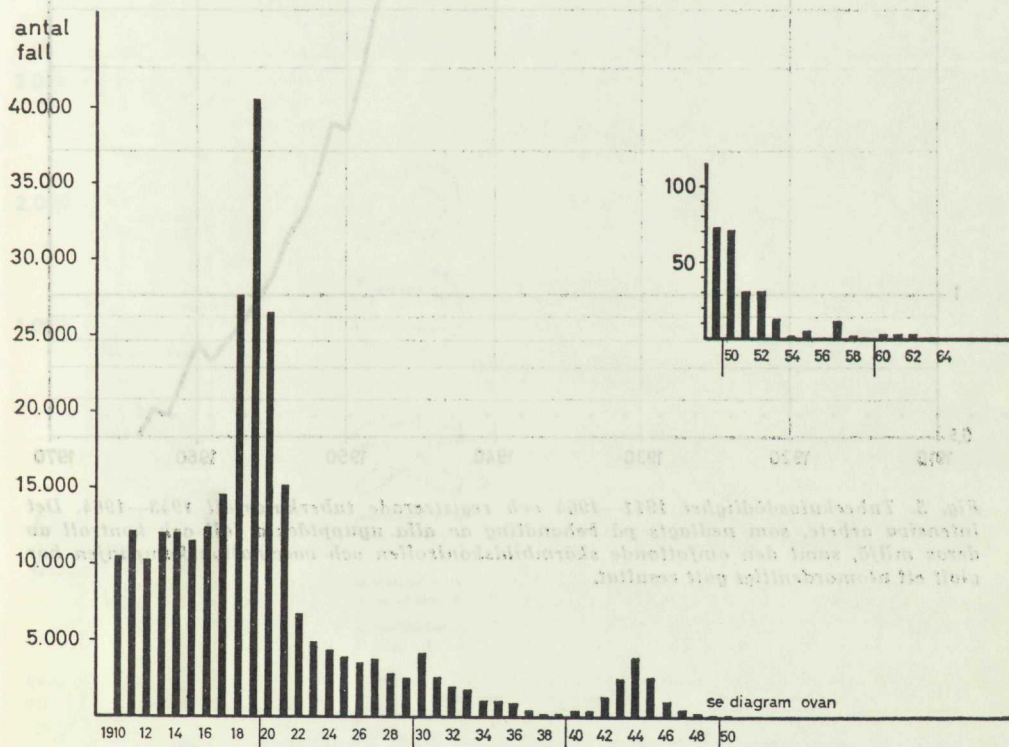


Fig. 2. Difteri 1910-1965. Difterin fick en kraftig stegring i Sverige i anslutning till de båda världskrigen. På 1940-talet skedde en import av smittan från mellaneuropa och Finland. Nu diagnostiseras praktiskt taget inga fall i landet.

Tuberkulos

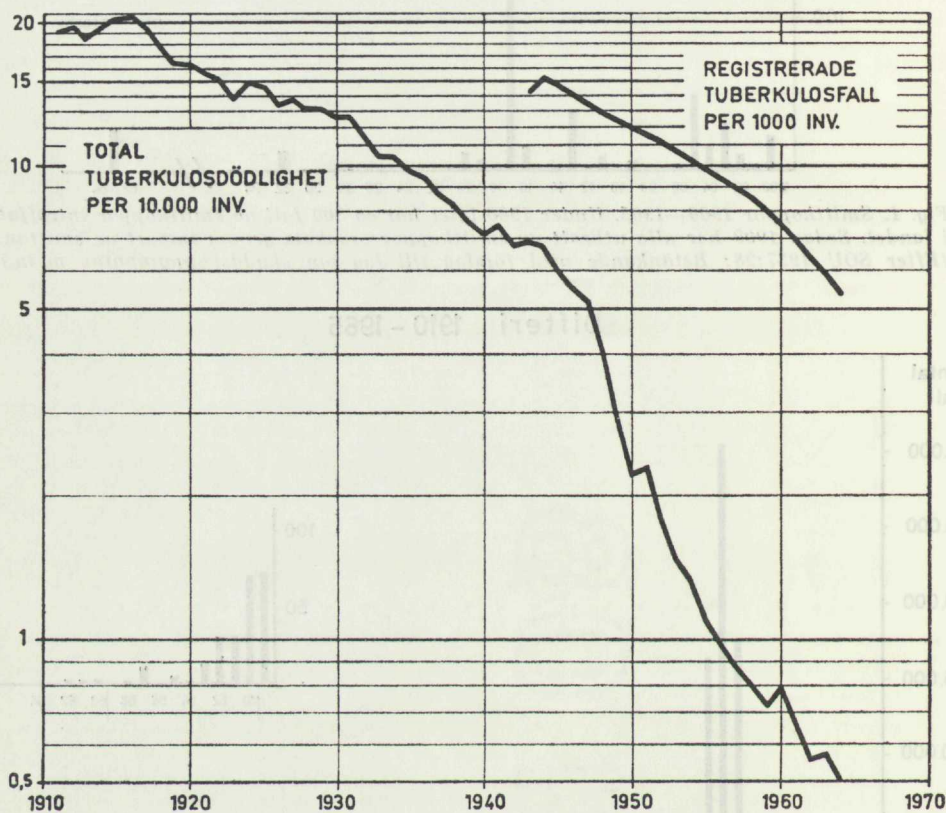


Fig. 3. Tuberkulosdödlighet 1911—1964 och registrerade tuberkulosfall 1943—1964. Det intensiva arbete, som nedlagts på behandling av alla nypptäckta fall och kontroll av deras miljö, samt den omfattande skärmbildskontrollen och vaccinationskampanjen har givit ett utomordentligt gott resultat.

Polio 1905-1965

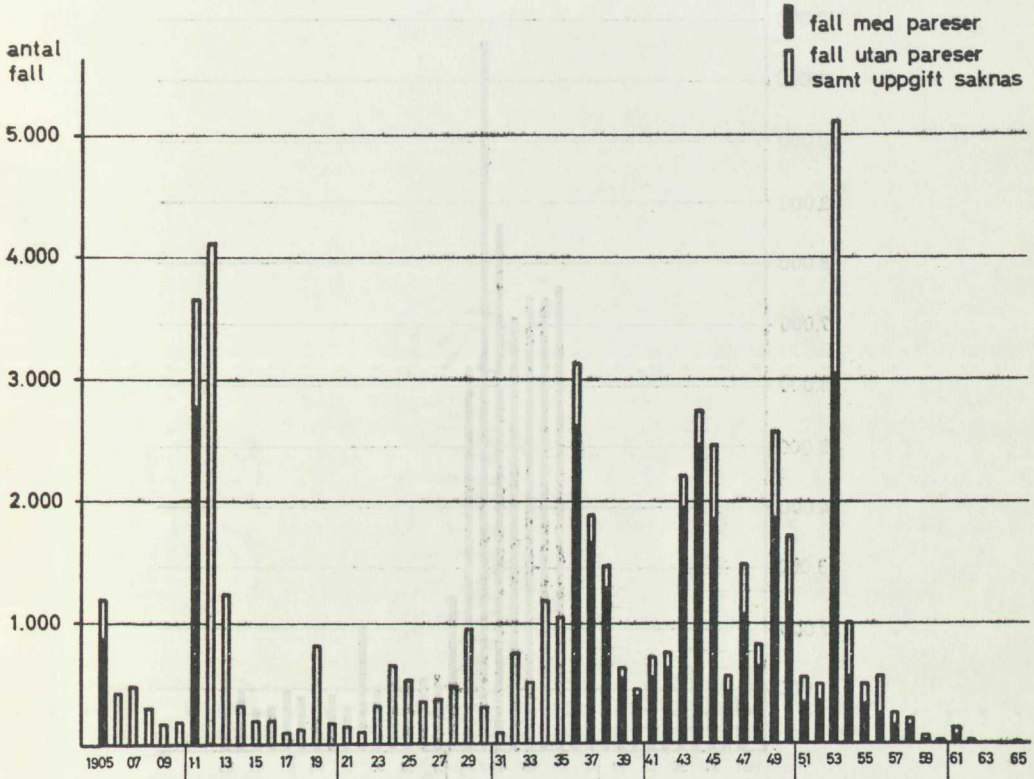


Fig. 4. Polio 1905—1965. Polions periodiska uppträdande bröts markant efter insättandet av polio vaccinationerna 1957. Den sista epidemin, omfattande 55 paresfall, inträffade i Göteborg 1961.

Hepatit 1931-1965

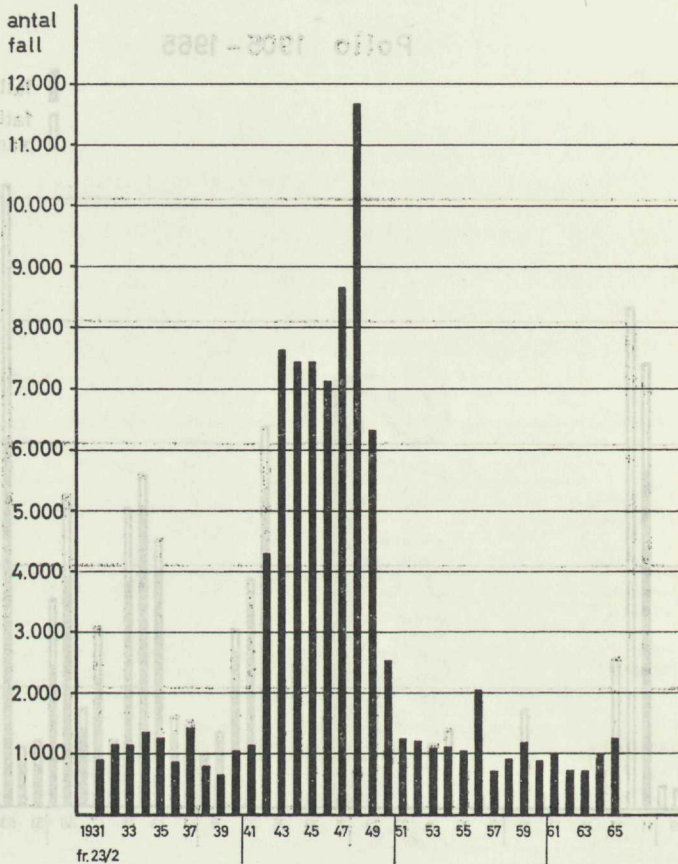


Fig. 5. Hepatit 1931-1965. Efter den allmänna förekomsten av hepatit under 1940-talet med en topp 1948 med närmare 12 000 fall har årsiffran legat omkring 1 000 fall. Ökningen 1956 påverkades av den s.k. ostronhepatitepidemin som omfattade ca 600 fall.

Antal fall och serotyper av Salmonella

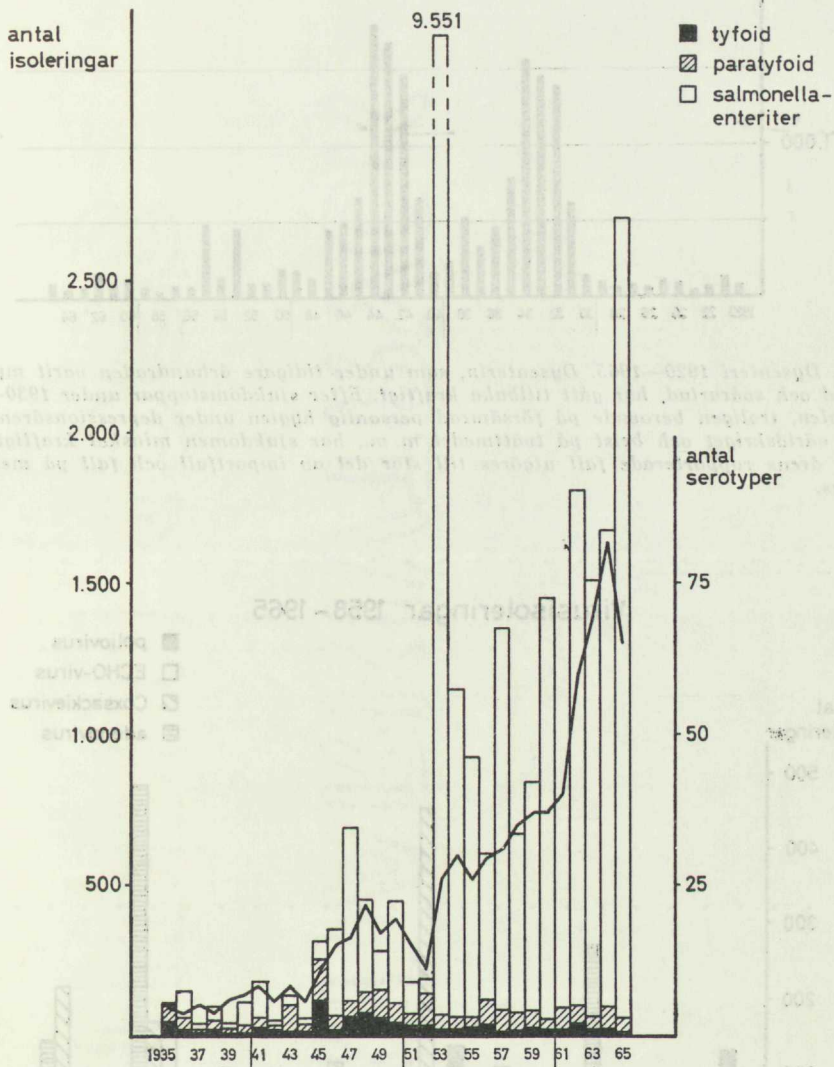


Fig. 6. Antal fall och serotyper av Salmonella 1935—1965. Denna bild visar dels i vilken omfattning salmonellabakterier från människa (både bärare och kliniska fall) isolerats dels hur många olika serotyper som förekommit varje år. Antalet serotyper markeras av den heldragna linjen. Den kraftiga ökningen under 1960-talet beror främst på en import av smittan genom utlandsresenärer (främst salmonelladiarré). (Uppgifterna 1935—1947 från SBL:s journaler. Fr. o. m. 1948 från SBL:s epidemiologiska avdelnings sammanställningar av rapporter från samtliga humanbakteriologiska laboratorier.)

Dysenteri 1920 - 1965

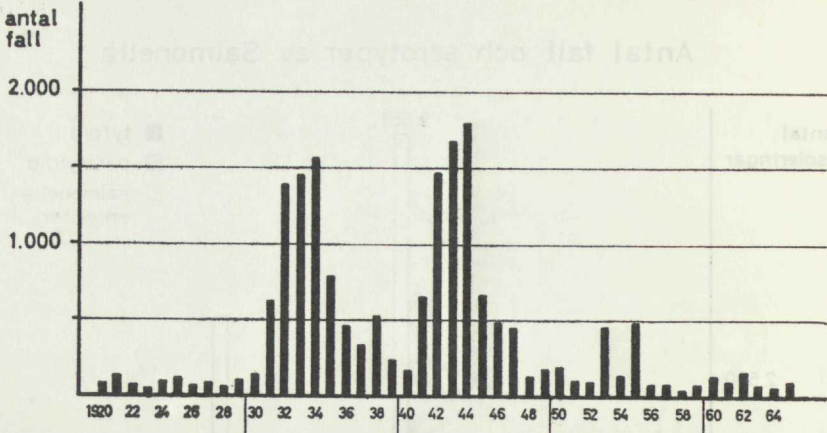


Fig. 7. Dysenteri 1920—1965. Dysenterin, som under tidigare århundraden varit mycket utbredd och svårartad, har gått tillbaka kraftigt. Efter sjukdomstoppar under 1930- och 1940-talen, troligen beroende på försämrad personlig hygien under depressionsåren och andra världskriget och brist på tvättmedel m. m., har sjukdomen minskat kraftigt. De senare årens rapporterade fall utgöres till stor del av importfall och fall på mental-sjukhus.

Virusisoleringar 1958 - 1965

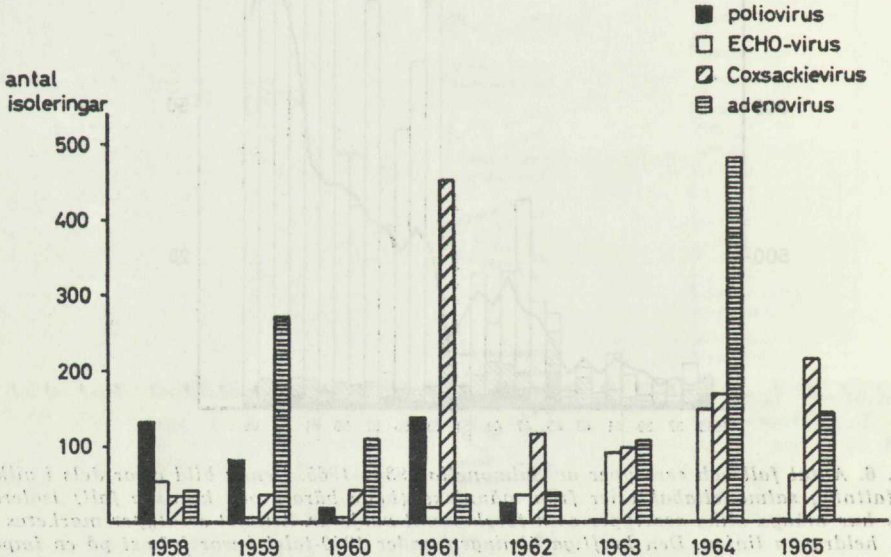


Fig. 8. Virusisoleringar 1958—1965. Bilden visar hur många isoleringar som skett av enterovirus och adenovirus. Den återger ej totalantalet fall av virussjukdomar eftersom undersökningsresurserna är relativt begränsade. Däremot ger den en uppfattning om olika virus större eller mindre utbredning vissa år. (Uppgifterna från SBL:s epidemiologiska avdelnings veckorapporter.)

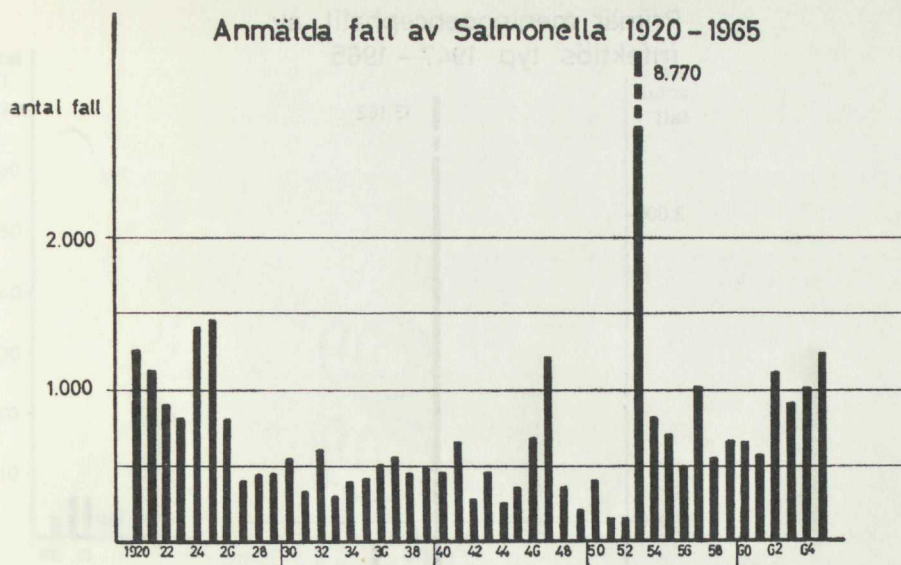


Fig. 9. Anmälda fall av Salmonella 1920—1965. Materialet består av kliniska fall av salmonellainfektioner. Under 1940-talet berodde många av fallen på import av kontaminerat äggpulver. 1953 års topp förorsakades av utbredd smitta inom ett slakteri i melansverige. De senaste åren har den importerade salmonellasmittan via utlandsresenärer utgjort en stor del av totalantalet fall (1963 63 %).

Meningokockmeningit 1920–1965

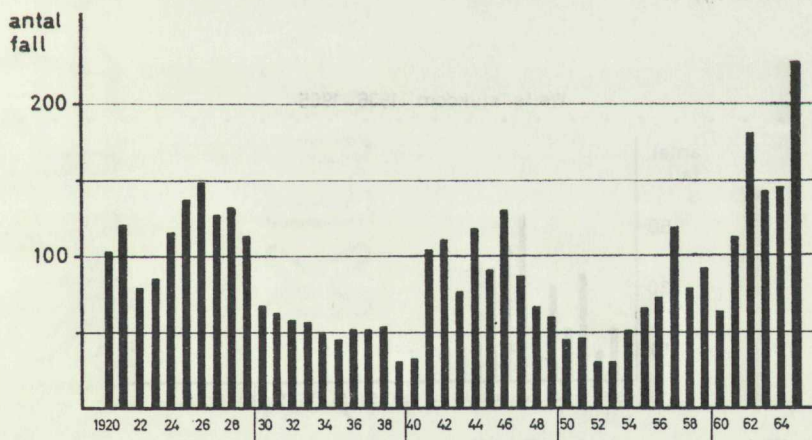


Fig. 10. Meningokockmeningit 1920—1965. Sjukdomen har visat ökning under andra, fjärde och sjätte decennierna. Kurvan korresponderar med andra länders (t. ex. USA). Dödligheten ligger omkring 10 %.

Primär meningoencephalit av infektiös typ 1947 - 1965

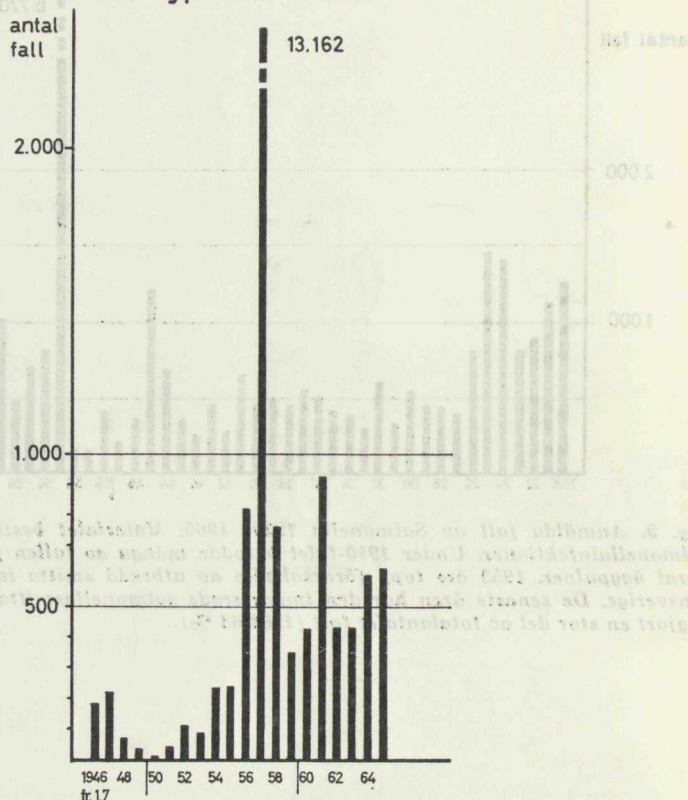


Fig. 11. Primär meningoencephalit av infektiös typ 1947—1965. Sjukdomen blev anmälningspliktig först 1946. Den mest omfattande epidemin inträffade 1957 och var förorsakad av ECHO-virus typ 9.

Weils sjukdom 1936-1965

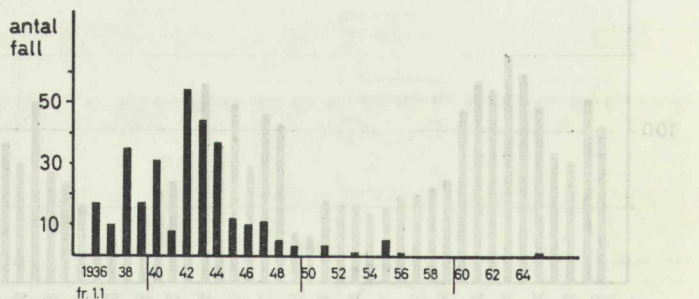


Fig. 12. Weils sjukdom 1936—1965. Weils sjukdom är anmälningspliktig sedan 1936. Under 1940-talet rapporterades varierande antal fall varje år, men sedan rättbekämpningen effektiviserats har sjukdomen gått tillbaka och sedan 1950-talet har endast sparska fall rapporterats.

Spetälska 1911-1965

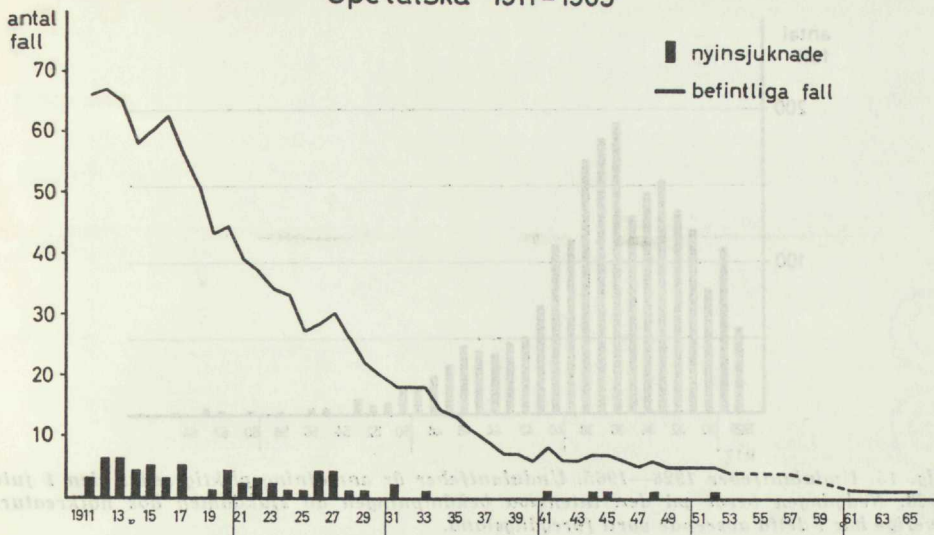


Fig. 13. Spetälska 1911-1965. Spetälska är en sjukdom på utdöende i Sverige. Sedan 1930-talet har endast ett fåtal nyinsjuknade fall rapporterats och de befintliga fallen har till följd av detta mycket snabbt minskat i antal. Vid utgången av år 1965 fanns endast ett känt fall i landet.

Inhemsk sömnsjuka 1920-1965

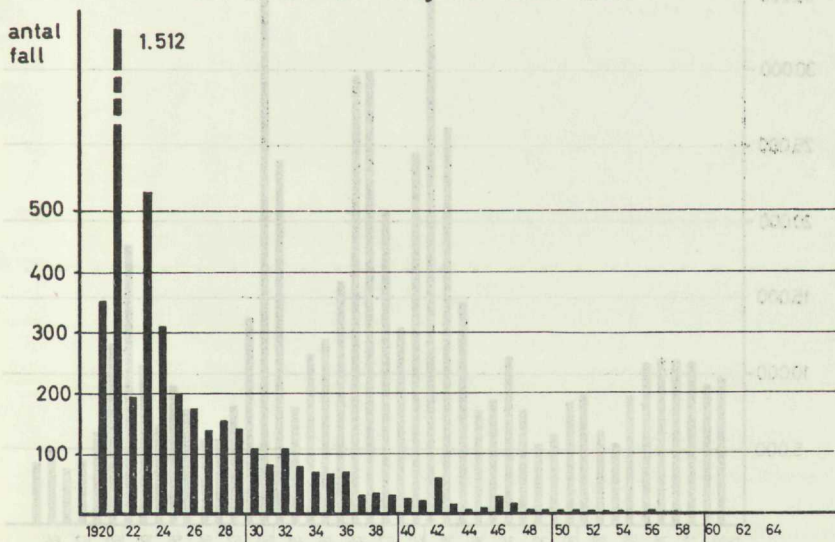


Fig. 14. Inhemsk sömnsjuka 1920-1965. Sömnsjukan är anmälningspliktig sedan den 1 juli 1920. Den hade åren innan uppträtt epidemiskt på kontinenten och även uppmärksamhets i Sverige. Sömnsjukan förekom över hela landet och nådde sitt maximum 1921 med 1 500 rapporterade fall. Den minskade sedan snabbt i frekvens och förekom under 1950-talet endast med enstaka fall och är nu helt försvunnen.

Undulantfeber 1928 - 1965

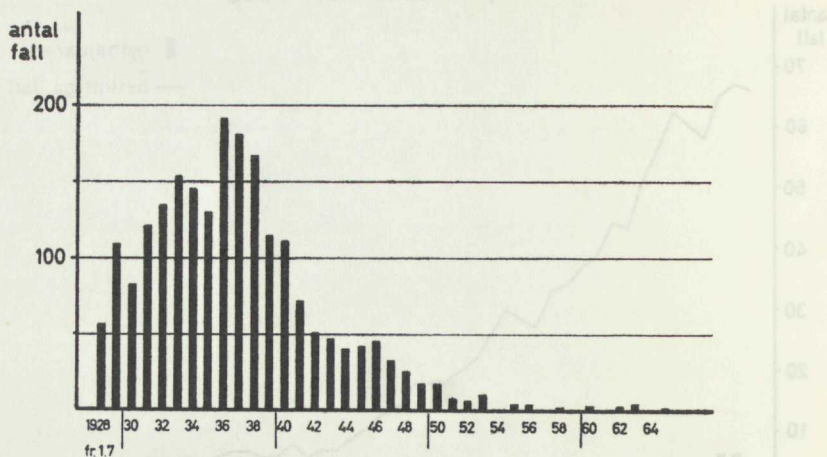


Fig. 15. Undulantfeber 1928—1965. Undulantfeber är anmälningspliktig sedan den 1 juli 1928. Nedgången beror på den intensiva bekämpningen av sjukdomen hos nötkreatur. Sverige har i detta avseende varit föregångsland.

Scharlakansfeber 1920 - 1965

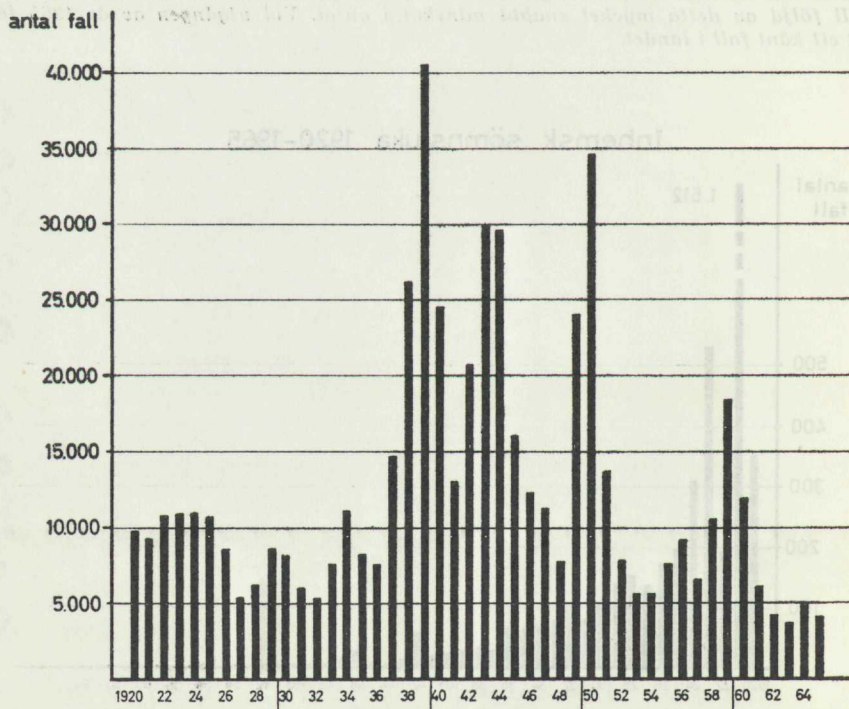


Fig. 16. Scharlakansfeber 1920—1965. Frekvensen sjukdomsfall i scharlakansfeber har varierat mycket. En kraftig stegring skedde under och efter andra världskriget. Fallen har senare minskat i antal och kliniska bilden blivit mildare. Penicillinterapi och penicillinprofylax i familjemiljön, i skolklasser etc. har nedbringt antalet sjukdomsfall och komplikationer.

Syfilis 1913 - 1965

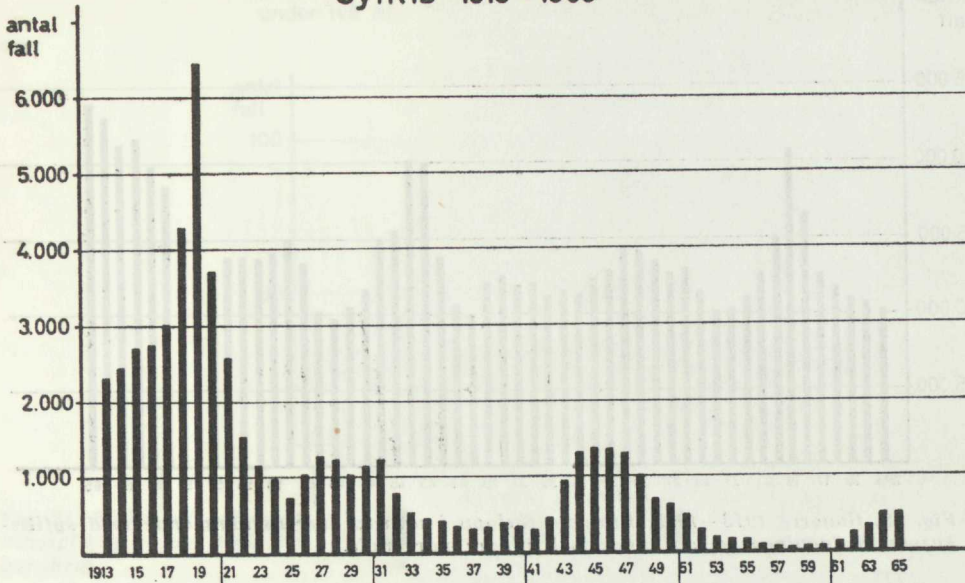


Fig. 17. Syfilis 1913—1965. Stegning av sjukdomsfrekvensen i samband med första och andra världskriegen. Tendens till stegring under 60-talet kongruent med utvecklingen beträffande gonorré.

Ulcus molle 1912 - 1965

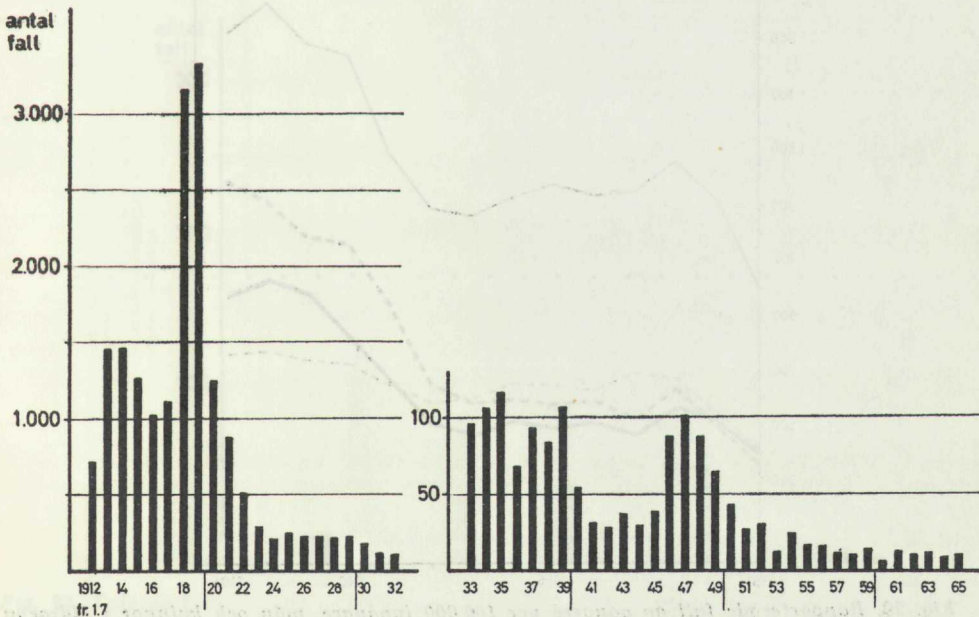


Fig. 18. Ulcus molle 1912—1965. Ulcus molle (mjuka schankern) nådde maximum under första världskriget. Sedan har en kontinuerlig nedgång av antalet fall konstaterats. Fallen numera utgöres av importfall.

Gonorré 1913–1965

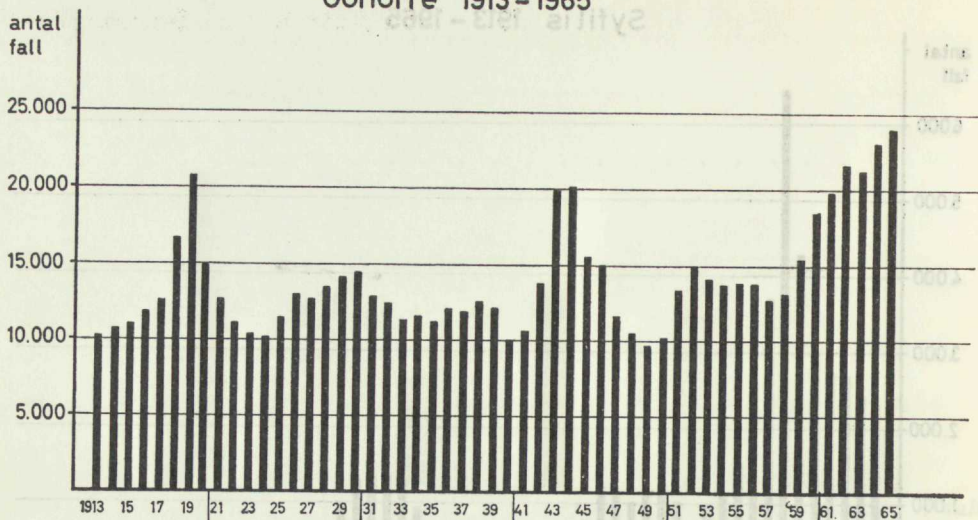


Fig. 19. Gonorré 1913–1965. Kurvans förlopp i princip överensstämmande med syfiliskurvans. Svängningarna som synes dock mindre markerade.

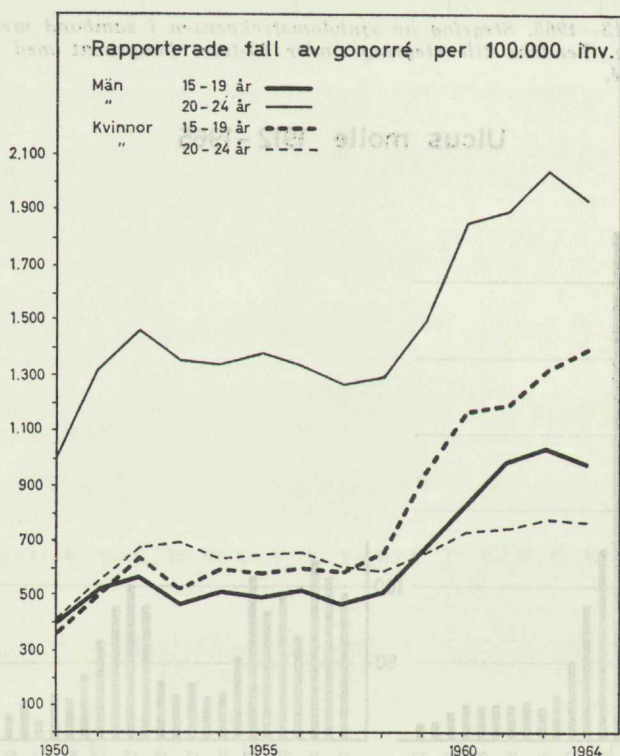


Fig. 20. Rapporterade fall av gonorré per 100 000 invånare, män och kvinnor i åldrarna 10–19 år samt 20–24 år 1950–1964. I ålderskategorin 15–19 år förekommer större antal fall av gonorré hos kvinnor än hos män. I åldrarna 20–24 år är dominansen av män däremot markant.

Elakartad gastroenterit hos barn
under två år. 1946-1965.

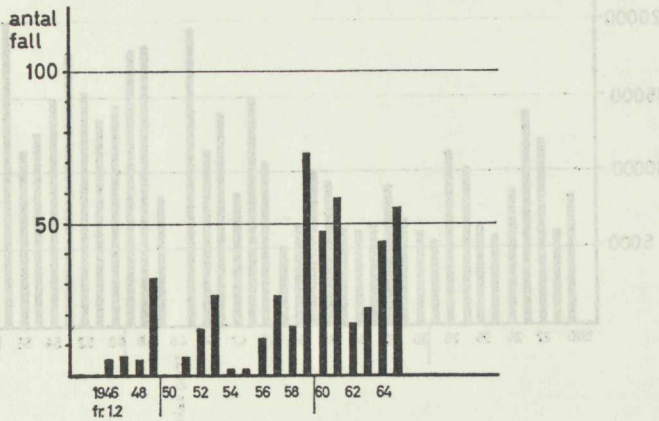


Fig. 21. Elakartad gastroenterit hos barn under två år 1946—1965. Sjukdomen är anmälningspliktig sedan 1946. Den uppträder främst på barnavdelningar vid sjukhus och inom barnhem.

Tularemia 1931-1965

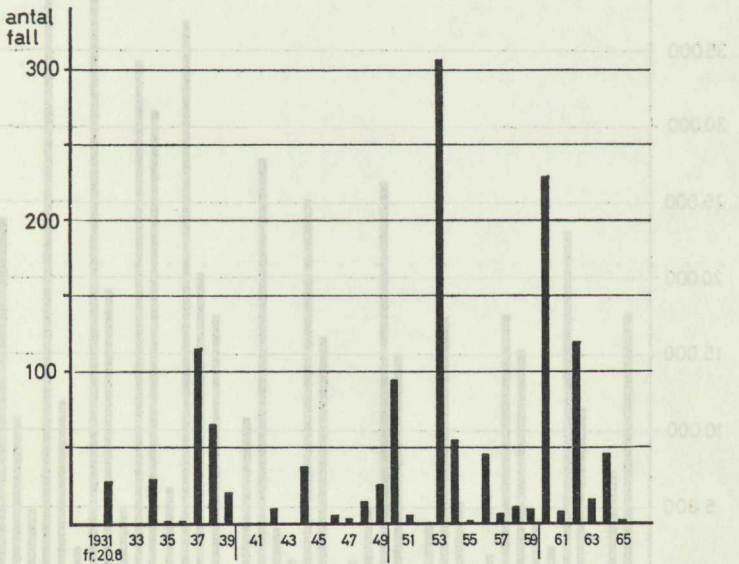


Fig. 22. Tularemia 1931—1965. Sjukdomen är anmälningspliktig sedan 1931. Den sprids i Sverige främst via myggor och får epidemisk spridning vissa år. Den förekommer framför allt i vissa trakter av Uppsala och Gävleborgs län, men även i Kopparbergs, Västernorrlands och Norrbottens län har epidemier inträffat.

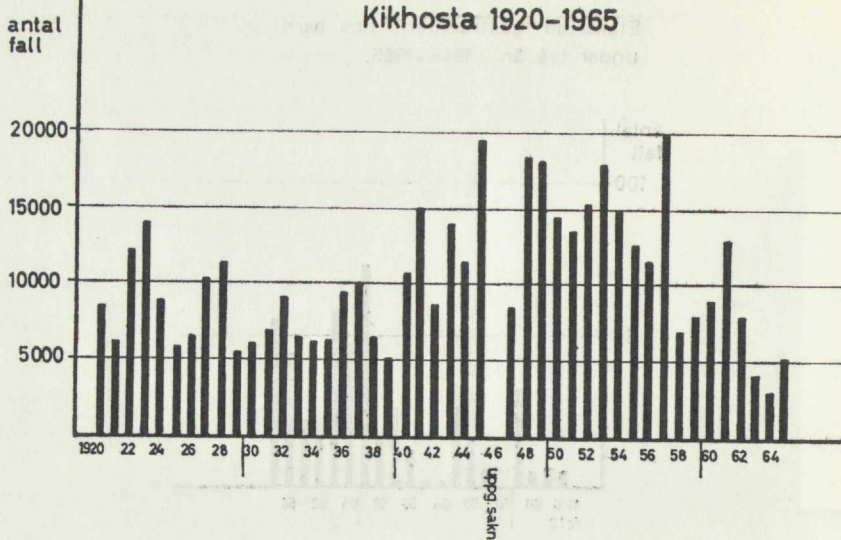


Fig. 23. Kikhosta 1920—1965. Kikhosta anmäles endast numerärt och dessa siffror är mycket approximativa. En viss uppfattning om variationerna i sjukdomsfrekvensen kan dock erhållas.

Mässling 1920-1965

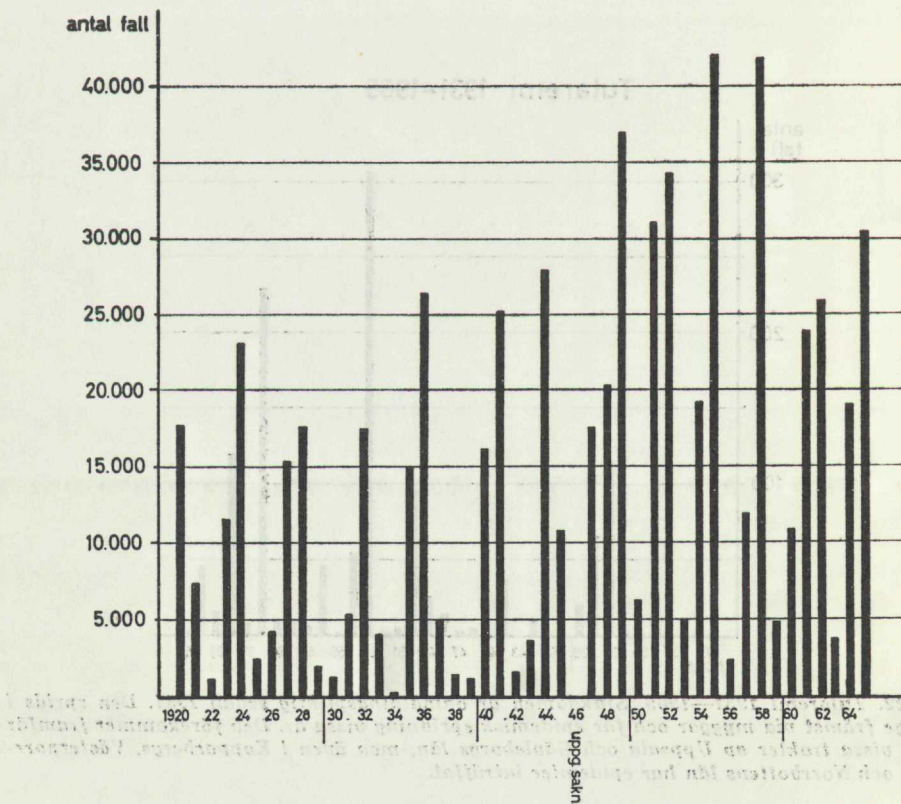


Fig. 24. Mässling 1920—1965. Mässling anmäles liksom kikhosta endast numerärt. Det för mässling karakteristiska periodiska uppträdandet framstår tydligt i diagrammet.

Influensa 1915 - 1965

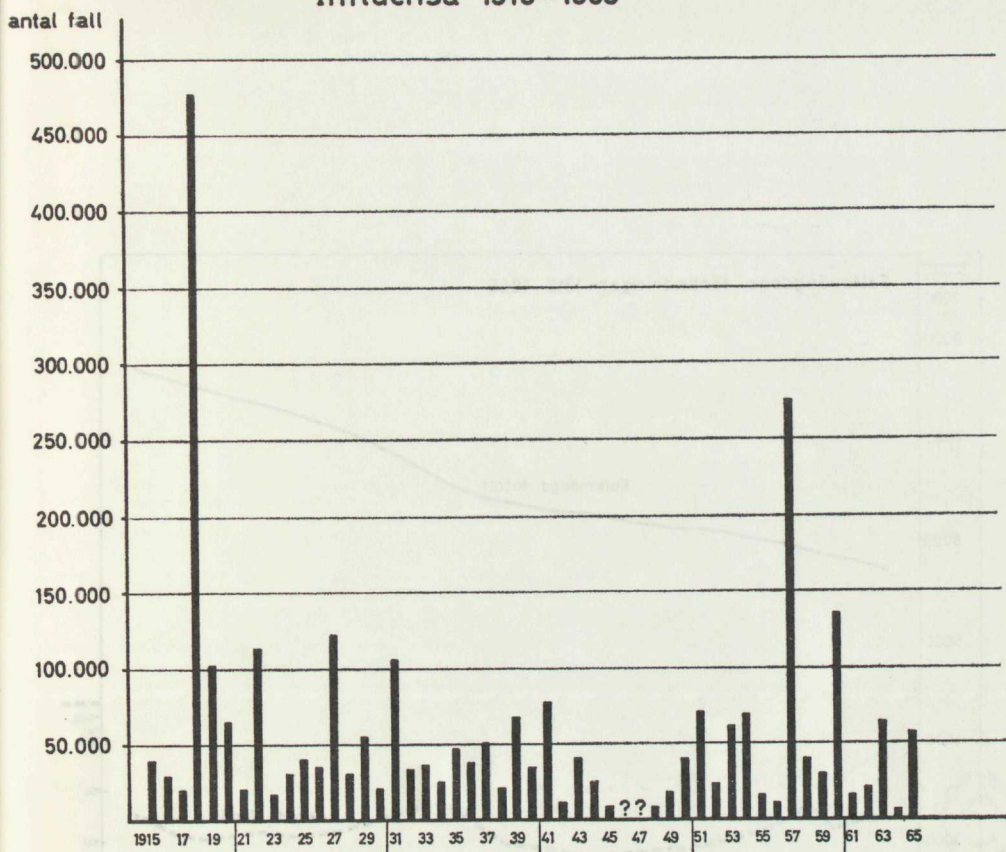


Fig. 25. Influensa 1915—1965. Spanska sjukan 1918 och asiatiska influensan 1957 uppträdde som världsomfattande epidemier. 1960, 1963 och 1965 uppträdde »Asiaten» på nytt i Sverige.

Påssjuka 1914 - 1953

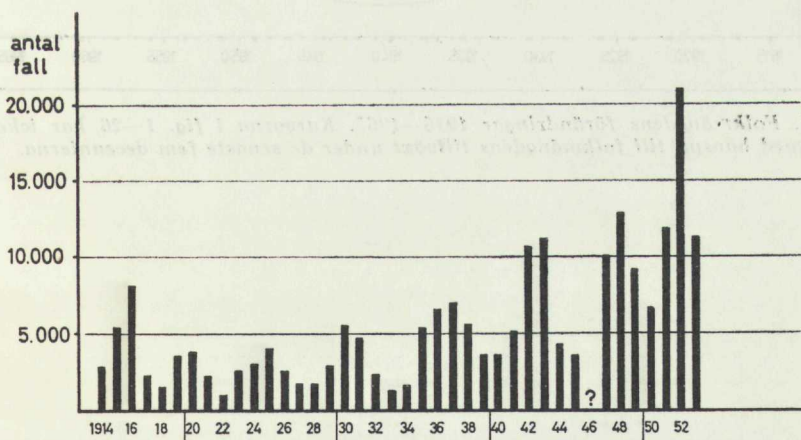


Fig. 26. Påssjuka 1914—1953. Påssjuka anmäldes dessa år numerärt.

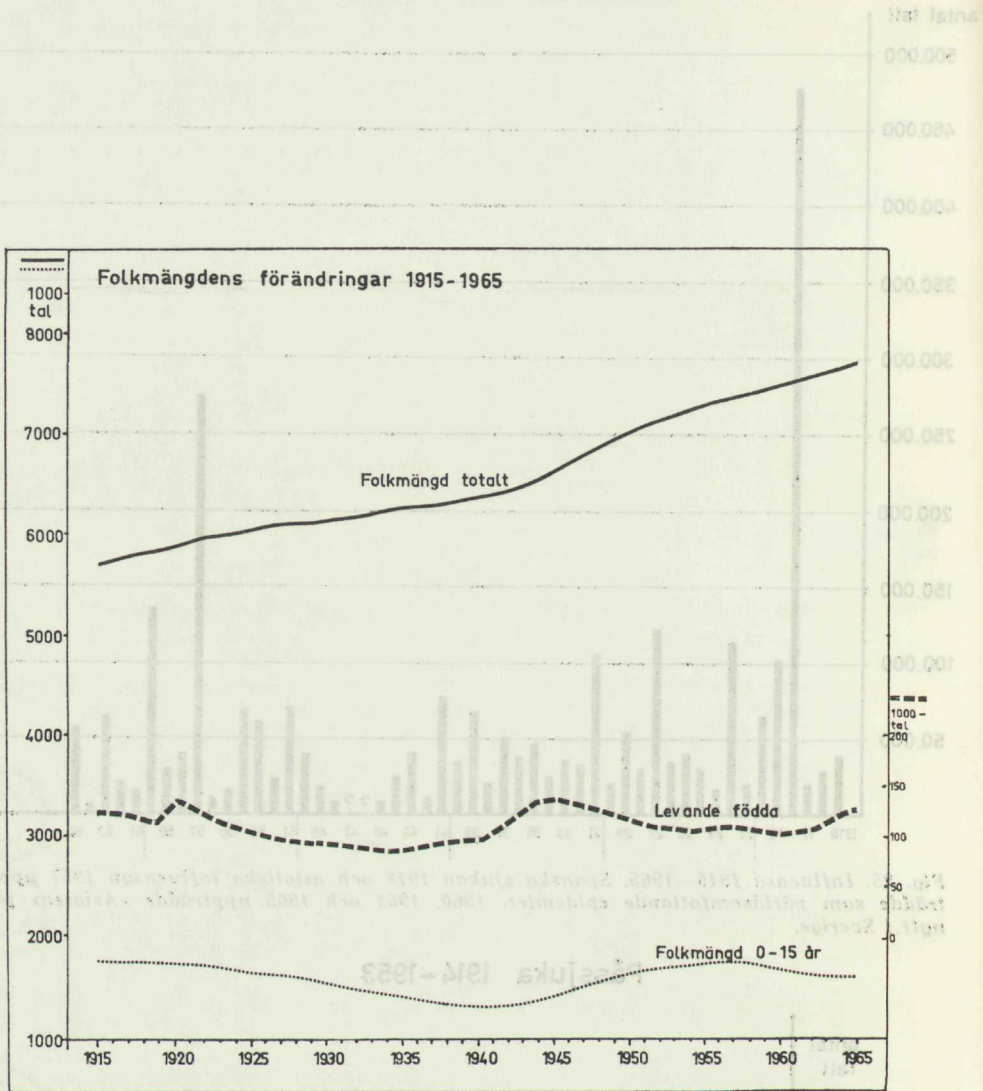


Fig. 27. Folkmängdens förändringar 1915—1965. Kurvorna i fig. 1—26 har icke korri-
gerats med hänsyn till folkmängdens tillväxt under de senaste fem decennierna.

NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1966

1. La Coopération Internordique.

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1966

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Justitiedepartementet

Lagberedningar. 1. Utsökningsrätt IV. [7] 2. Utsökningsrätt V. [38]
Hyreslagstiftningssakkunniga. 1. Ny Hyreslagstiftning. [14] 2. Undersökning angående hyressplittningen. [15]
Arbetspromemior i författningsfrågan. [17]
Decentralisering av naturalisationsärenden m. m. [20]
1963 års markvärdekommitté. 1. Markfrågan I. [28]
2. Markfrågan II. Bilagor. [24]
Atomansvarighet III. [29]
Vägfrakttavtalet I. [36]

Utrikesdepartementet

Internationellt freds forskningsinstitut i Sverige. [5]

Försvarsdepartementet

Tygförvaltningens centrala organisation. [11]
Strategi i väst och öst. [18]
Skeppsholmens framtida användning. [27]
Militärsjukvården. [35]

Socialdepartementet

Förenklad statsbidragsgivning till hälso- och sjukvården. [6]
Omsorger om psykiskt utvecklingshämmande. [9]
Läkemedelsförmånen. [28]
Kommunerna och ungdomen. [32]
De statliga undervisningssjukhusens organisation. [37]
Vård utom skola av ungdomsvårdsskoleelever. [43]
Aktiv åldringsvård och handikappvård. [45]
Smittskyddslagstiftning. [50]

Kommunikationsdepartementet

Friluftslivet i Sverige. Del III. Anläggningar för det rörliga friluftslivet m. m. [33]
Luftfartsverkets ekonomi och organisation. [34]
Fordonskombinationer. [41]

Finansdepartementet

1965 års långtidsutredning 1. Svensk ekonomi 1966—1970. [1] 2. Export och import 1966—1970. Bilaga 1. [2] 3. Tillgången på arbetskraft 1960—1980. Bilaga 2. [8] 4. Handelns arbetskrafts- och investeringsbehov fram till 1970. Bilaga 3. [10] 5. Utvecklingstendenser inom undervisning, hälso- och sjukvård samt socialvård 1966—1970. Bilaga 6. [13]
Ny myntserie. [4]
Ny folkbokföringsförrådning m. m. [16]
Statliga betänkanden 1961—1965. [19]
Oljebranschen. [21]
Konsumtionskrediter i Sverige. [42]

Ecklesiastikdepartementet

Yrkesutbildningen. [3]
Arbetspsykologisk verksamhet. [40]
1962 års ungdomsutredning. III. 1. Ungdomens för-
enings- och fritidsliv. [47]

Jordbruksdepartementet

Renbetesmarkerna. [12]
Bostadsarrende m. m. [26]
1960 års jordbruksutredning. 1. Den framtida jordbrukspolitiken. A. [30] 2. Den framtida jordbrukspolitiken. B. [31]
Jaktstadgan m. m. [46]
Lantbruksnämndernas nya organisation m. m. [49]

Handelsdepartementet

Ellagstiftningsutredningen. 1. Lagstiftning mot radiostörningar. [22] 2. Lagstiftning om elektriska anläggningar. [39]
Sällskapsresor. [25]
Prissamverkan och konkurrens. [48]

Inrikesdepartementet

Bostadspolitiskt kreditstöd. [44]

