

Beslutningsforslag nr. B 40. Fremsat den 8. november 1995 af Jan Kørpe Christensen (FP), Kim Behnke (FP), Tom Behnke (FP), Aage Brusgaard (FP), Niels Højland (FP), Kirsten Jacobsen (FP) og Annette Just (FP)

Forslag til folketingsbeslutning om iværksættelse af et HIV-smitteopsporingssystem

Folketinget opfordrer regeringen til at iværksætte et HIV-smitteopsporingssystem, der skal indeholde:

1. En pligt for HIV-smittede til at medvirke til at finde frem til den eller de personer, der kan have smittet vedkommende.
2. En pligt til at medvirke til at finde frem til den eller de personer, vedkommende kan have smittet.
3. Regler for, hvordan HIV-smittede personer, der nægter at samarbejde eller på anden måde udøver adfærd, der ikke opfylder ikke-

HIV-smittedes krav på sikkerhed, kan blive mødt af passende sanktioner, der alene har til formål at sikre, at smitten ikke spreder sig yderligere.

4. Et krav til borgerne om, at hvis der er grund til at tro, at man kan være blevet udsat for smittefare, har man pligt til at lade sig undersøge hos en læge.
5. Regler for, hvordan en læge eller andre, der gennem deres arbejde kan risikere at blive smittet, kan finde oplysninger om en patients HIV-smittestatus.

Bemærkninger til forslaget

Indledning

Den danske politik over for HIV og AIDS bygger på en motiveret dagsorden vedtaget den 31. marts 1987 (1986-87, 1. samling, FF 9809, 9820 og 9868), der er siden da fremkommet mere viden og mere erfaring om HIV-infektionen, herunder et mere klart billede af, at sygdommen også spreder sig uden for de såkaldte risikogrupper.

Den motiverede dagsorden fra 31. marts 1987 siger, at indsatsen mod AIDS i Danmark skal bygge på »frivillighed, anonymitet, åben direkte og ærlig information, den enkeltes tryghed ved at henvende sig til sundhedsmyndighederne samt ønsket om at undgå enhver form for diskrimination«.

Hvad er HIV og AIDS?

HIV (Human Immundefekt Virus) findes i to varianter, HIV-1 og HIV-2. Begge typer HIV angriber det menneskelige immunforsvar. Efterhånden som HIV-infektionen skrider frem, reduceres antallet af såkaldte CD4+lymfocytter, og organismen får derved sværere ved at forsvare sig mod infektioner.

HIV kan normalt konstateres efter 1,5-3 måneder, men der kan gå helt op til 6 måneder fra smittetidspunktet til HIV-infektionen kan konstateres.

AIDS (Erhvervet Immundefekt Syndrom) er ikke en selvstændig sygdom, men derimod en lidt kunstig afgrænsning i den fremadskridende symptomgivende HIV-infektion. AIDS er altså blot det, man kalder HIV-infektionen, når den har nået et bestemt punkt. AIDS-definitionen, der er et katalog over de alvorlige manifestationer af HIV-infektionen, er end ikke noget fast og entydigt. AIDS-definitionen er allerede blevet ændret en del gange.

AIDS er dødelig. Alle, der får konstateret HIV, forventes også at nå frem til det punkt i HIV-infektionens udvikling, der kaldes AIDS, hvorefter døden blot er et spørgsmål om tid.

Det kan tage lang tid at udvikle en HIV-infektion til AIDS-niveauet, op til 15-20 år for HIV-1 og for HIV-2 endnu længere tid. Den beregnede gennemsnitlige tid, fra en person er blevet smittet med HIV-1, til vedkommende er død, er ca. 10 år. Erfaringerne

med HIV-2 er så få og så nye, at nogen beregning endnu ikke er foretaget for HIV-2 patienter, men det vil formentlig være mindst 10-15 år i gennemsnit at udvikle en HIV-2 infektion til AIDS, ligeledes formodes det, at HIV-2 patienter vil være noget længere tid om at dø.

Der findes ikke i dag nogen vaccinationsform eller helbredelsesform, hvorfor en person, der konstateres HIV-smittet også må forventes at udvikle AIDS og som den endelige konsekvens dø på grund af smitten.

Smitteteveje

HIV-smitte kan overføres ved:

- Seksuel kontakt
- Gennem blod, blodkomponenter og vævstransplantater, herunder insemiination.
- Fra mor til barn i forbindelse med graviditet, fødsel og amning.

HIV er blevet påvist i næsten alle sekreter og vævsvæsker, der er dog ingen dokumenteret smitterisiko i forbindelse med sved, tårer, urin, spyt eller afføring, medmindre der er tilblandet blod.

Man stiller diagnosen HIV-infektion eller HIV-positiv, når HIV-specifikke antistoffer kan påvises i en blodprøve.

Hvis den første test er positiv, skal der foretages en *konfirmerende undersøgelse* af blodprøven for at sikre mod fejl, der kan opstå, blandt andet fordi den første test kan give et fejlagtigt positivt resultat.

I et svar på spørgsmål nr. S 1158, folketingsåret 1994-95, oplyste sundhedsministeren, at den første undersøgelse af blodprøven, en såkaldt ELISA-test, i alt koster 337 kr., den efterfølgende konfirmatoriske undersøgelse sker efter »Western Blot«-metoden og koster 750 kr.

Smittens udbredelse

Udbredelsen af HIV-smitten er ikke kendt!

Der er lavet statistikker over de tilfælde man kender, statistikkerne er baseret på anonymiserede oplysninger. Pligten til anonymt at rapportere om HIV-tilfælde blev indført i 1990, hvilket betyder, at fra det tidspunkt findes der en statistik over de indrapportere-

rede tilfælde, men altså på ingen måde en komplet opgørelse:

Det må formodes, at i de såkaldte risikogrupper er man mere klar over risikoen end i den brede befolkning, det må også formodes, at når man kender faren og ved, at man befinder sig i en risikogruppe, så lader man sig snarere teste, end hvis man ikke opfatter sig som værende i en risikogruppe.

I perioden august 1990 til juni 1995 er der fundet i alt 1616 1. gangs HIV-smittede, og de fordeler sig på følgende smittemåder (med antal og procentvis andel i parentes): Homoseksuel/biseksuel sex (667/41,3 pct.), Intravenøst stofmisbrug (172/10,6 pct.), Heteroseksuel sex (622/38,5 pct.), Blodtransfusion (16/1 pct.), Perinatal (mor til barn) (23/1,4 pct.) og andet/ukendt (116/7,2 pct.).

De to første smittemåder, homoseksuel/biseksuel sex og intravenøst stofmisbrug, er måder, der definerer typiske risikogrupper, mens heteroseksuel sex typisk falder uden for risikogrupperne.

De heteroseksuelle udgør godt 38 pct. af de fundne 1. gangssmittede og tilhører en gruppe mennesker, der typisk ikke vil opfatte sig som værende i fare for at have HIV og derfor næppe vil lade sig teste i samme grad som de fra risikogrupperne, derved er der risiko for, at der går mange mennesker rundt med HIV, der end ikke regner sig for værende i farezonen, og med den nuværende lovgivning finder vi dem næppe for de har nået AIDS-stadiet.

Der er fremkommet flere analyser, der viser, at omfanget af AIDS overført ved heteroseksuel kontakt vil være tredoblet ved år 2000. Den heteroseksuelle andel af befolkningen er så stor, at de 622 tilfælde over godt 4 år ikke umiddelbart virker afskrækkende stor. Problemet opstår i og med, at heteroseksuelle ikke opfatter sig som værende i farezonen og derfor heller ikke tager tilstrækkeligt med forholdsregler.

Det forventes, at der i Danmark findes ca. 5000 personer, der er HIV-smittede, det skal dog understreges, at det kun er et kvalificeret gæt.

De faktisk kendte tal er, at ved udgangen af juni måned 1995 var der registreret 1616 personer med HIV-infektion samt 1744 med AIDS, i alt 3360 personer.

Antallet af AIDS-patienter i Danmark har haft en stigende tendens fra de første tilfælde blev registreret i begyndelsen af 1980'erne, se bilag 2, figur 1.

Det skal også huskes, at når de nyeste tal betragtes, så er de reelle tal oftest større end angivet, da mange tal erfaringsmæssigt indberettes noget senere end de opdares.

Ifølge tidsskriftet »Kurs HIV«, februar 1995 spredte HIV og AIDS sig nu også mere og mere til hele

landet, således at smitten ikke længere er koncentreret i de store byområder, primært Århus og København.

HIV-smitten og dermed AIDS spredte sig til stadighed mere, og det bliver mere og mere malplaceret at tale om specifikke risikogrupper, hele befolkningen er en risikogruppe.

Regler i dag

I dag er lægerne pligtige til at indberette HIV-smittede på en blanket, der skal indeholde anonyme oplysninger om patientens køn, alder, bopælsamt og sandsynlige smitteområde.

Når HIV-infektionen har udviklet sig til AIDS-niveauet, er de anmeldelsespligtige og ikke længere på anonymt plan.

Smitte er ikke en privatsag

Langt de fleste HIV-smittede er smittet gennem seksuel kontakt.

Når HIV-smitte spredes, formodes det i langt de fleste tilfælde at være ubevidst. Hvis man ikke selv er klar over, at man er smittet, vil man ikke altid tage de forholdsregler, der kan forhindre smitten i at spredes sig, her tænkes der hovedsageligt på benyttelsen af kondom ved seksuelt samkvem.

Der er også en risiko for, at man uforvarende kan blive smittet i forbindelse med sit arbejde som for eksempel læge, politibetjent, falc kredder eller hvor en person i øvrigt kan komme i kontakt med HIV-smittede uden at vide det og derfor uden at have mulighed for at tage de forholdsregler, der kunne forhindre vedkommende eller andre i at blive smittet.

Hvis ikke en mulig smittekilde bliver testet for HIV, og man dermed får konstateret, om vedkommende har infektionen eller ej, så kan pågældende nå at smitte mange flere i de år, der går frem til vedkommende selv bliver så syg, at AIDS konstateres.

Da enhver HIV-infektion forventes at udvikle sig til AIDS, der forventes at føre til, at den smittede dør, er smitten og smitekilden ikke en privatsag, det er tværtimod noget, der kan få særdeles vidtrækkende konsekvenser for den, der bliver smittet.

Det er også derfor af største vigtighed, at HIV-smittede findes så hurtigt som muligt, så de ikke ubevidst kan nå at smitte andre.

Hvordan begrænses smittespredning

Det er desværre ikke realistisk at forvente helt at kunne stoppe spredningen af HIV-smitte.

Men det vil være af stor betydning og et skridt i den

rigtige retning at få begrænset smitterisiko og spredning til så få mennesker som overhovedet muligt.

Primært fordi det er en personlig og familiemæssig tragedie at blive smittet med HIV og dermed vide, at man nu er smittet med en dødelig sygdom, hvor lang tid der vil gå er uvist, man kan dø om 3 år eller om 30 år, ens liv er pludselig blevet umuligt at planlægge.

Dernæst også fordi det koster det offentlige store ressourcer at behandle HIV-patienter. Ikke alene er den medicinske behandling dyr, men der er også store udgifter forbundet med den psykologiske behandling af HIV-patienter.

Som svar på spørgsmålene nr. S 1156 og nr. S 1157, folketingsåret 1994-95, oplyser sundhedsministeren, at en HIV-patient bruger for ca. 15.000 kr. medicin på årsbasis og derudover gennemsnitligt får 2 ambulatoriske behandlinger à 2.000 kr., hvert år. Sundhedsministeren gør udtrykkeligt opmærksom på, at der er tale om et gennemsnit og meget grove skøn.

Det vurderes, at det i 1995-priser gennemsnitligt vil koste 785.973 kr. at behandle en AIDS-patient i resten af patientens levetid, hertil skal bemærkes, at udgifterne for negative screeninger er fordelt på de nyanmeldte AIDS-patienter, og at udgifter til rådgivning m.m. ikke er medtaget.

Smittespredningen kan forsøges mindsket på mange forskellige måder, der kan laves oplysningskampagner, smittespredning kan kriminaliseres, eller man kan søge at finde frem til smittebærere så hurtigt som muligt og få dem oplyst, bremset og behandlet.

Oplysningskampagner har der været lavet mange af, de har givetvis også haft en vis effekt, men har ikke stoppet spredningen af HIV-virus. Det har ikke været muligt at dokumentere nogen direkte effekt af kampagnerne, hvis betydning dog ikke af den grund skal sættes lig nul.

HIV-smittespredningen er delvist kriminaliseret gennem § 252, stk. 2 i straffeloven, der omhandler personer, der »volder fare for, at nogen smittes med en livstruende og uheldbredelig sygdom«. Paragraffen har defineret livstruende sygdom, som når man forventes at dø af sygdommen i løbet af 10-15 år. Dette betyder, at HIV-2 falder udenfor, da den forventes at være en del langsommere til at udvikle AIDS og dermed i sidste ende døden. Det vil altså være muligt at stramme straffelovgivningen. Effekten af en sådan stramning vil dog næppe have den store effekt på statistikken, men vil selvfølgelig have betydning for dem, der muligvis derved undgår at blive smittet.

Den tredje mulighed kan også være at søge at finde frem til HIV-smittebærere ved at tale med dem, der er konstateret HIV-smittet.

En person, der er HIV-smittet, er blevet smittet et sted fra. Ved at finde frem til, hvem der har smittet denne person, har man fundet en HIV-smittet mere, hvorefter man så skal finde frem til, hvem vedkommende yderligere kan have nået at smitte, samt hvem vedkommende er blevet smittet af og så videre. Ved at optrevle dette spind af forbindelser kan smitteudbredelsen og dermed mængden af ulykkelige menneskeskæbner begrænses.

Registrering af HIV-smittede

Der bliver hvert år fundet ca. 300 nye HIV-smittede, der ikke bliver registreret på anden måde end ved en anonym opgivelse af deres køn, alder, bopælsamt og sandsynlige smitteområde.

Registreringen er således aldeles uforpligtende og medvirker på ingen måde til at antyde vigtigheden af, at den smittede medvirker til at hindre smittens udbredelse.

Smitteopsporing

Det er af væsentlig betydning, at alle HIV-smittede forpligtes til at finde andre smittede, da det reelt er den eneste måde man effektivt kan opspore andre HIV-smittede og dermed stoppe risikoen for yderligere smittespredning.

Som de danske regler er i dag, er der ingen forpligtelse for HIV-smittede til at hjælpe med at opspore andre smittede, hvilket hæmmer muligheden for at finde frem til flere HIV-smittede.

Det kan også i dag konstateres, at det frivillige smitteopsporingssystem har spillet fallit, man finder stort set ingen smittede på den måde.

Det kan meget vel være, at det er en ubehagelig oplevelse at fortælle om de personer, man kan have påført HIV, og det kan meget vel være, at det er ubehageligt for de måskesmittede at skulle undersøges og opleve usikkerheden frem til resultatet foreligger, men i sidste ende kan og vil det redde liv!

Som et eksempel på, hvor ineffektivt det danske smitteopsporingssystem er, kan nævnes, at kun én (1) ud af 10 HIV-smittede på Fyn ønsker at tale om smitteopsporing.

I Sverige

I Sverige benytter man en anden metode end den danske. Her er holdningen, at hvis du er smittet med HIV, er du forpligtet til at medvirke til, at den, der har smittet dig, og den, du kan have smittet, bliver undersøgt.

Princippet for Sveriges AIDS-bekæmpelse er fri-

villig rutinetestning, men tvungen kontaktopsporing og efterfølgende testning.

Den svenske lovgivning kræver også, at personer, der mener at kan have været udsat for HIV-smitte, skal søge læge og lade sig undersøge.

Den mere krævende svenske lovgivning har ikke givet en lavere testningsfrekvens, tværtimod har Sverige det forholdsvis største antal HIV-testede indbyggere i Europa.

I bilag 1 findes et oversat uddrag af de svenske regler.

AIDS i Danmark og Sverige

Bilag 2, fig. 1, viser nye AIDS-tilfælde pr. år pr. million indbyggere i Danmark (+) og Sverige (*). Figuren er hentet, med forfatterens og udgiverens tilladelse, fra Hugh Zachariaes artikel »AIDS i Danmark og Sverige« fra Ugeskrift for Læger 157/2, 9. januar 1995. Professor dr.med. Hugh Zachariae er ansat ved dermatoveberologisk afdeling på Marselisborg Hospital i Århus og er en af Danmarks førende eksperter på området.

I artiklen indgår flere figurer, der anskueliggør situationen, og Hugh Zachariae konkluderer: »Alle kurver viser en 2-3 gange højere forekomst af AIDS i Danmark end i Sverige«.

Hugh Zachariae afviser, at hovedårsagen til forskellen skulle være, at AIDS kom først til Danmark. Som det ses, stiger de danske kurver markant mere stejlt end de svenske, og det hidtidige toppunkt på kurverne nås først i Sverige.

Det har også været fremført, at Danmark i modsætning til Sverige er et bysamfund, og at dette skulle være en grund til forskellen, dette kan udelukkes ved at kigge på bilag 2, figur 2, hvor forholdet mellem København og Stockholm sammenlignes. Her ses den samme forskel som på figur 1.

Hvorvidt forskellige seksualvaner i Sverige og Danmark skulle have nogen indflydelse, ved man reelt intet om, ligeledes ved vi reelt intet om, hvordan oplysningsarbejdet i Danmark og Sverige har virket, men det må opfattes som særdeles sandsynligt, at risikogrupperne i begge lande fra midten af 1980'erne har haft tilstrækkelig viden om, hvordan smitten spredte sig og om, hvordan man kan beskytte sig.

Der er dog næppe nogen grund til at antage, at der skulle være nogen væsentlig forskel på seksualvaner i Danmark og Sverige.

Bedre kontaktopsporing i Sverige

Forskellen mellem omfanget af AIDS i Danmark og Sverige kan begrundes i den forskel, der er i kon-

taktopsporingen og dermed forskellen i begrænsningen af smittespredningen.

I Danmark kan man medvirke, hvis man ellers synes, at man vil, i Sverige indgår kontaktopsporingen direkte i lovgivningen, der forpligter lægen til at gennemføre den og patienten til at medvirke.

I Sverige har man ansat ca. 50 personer til kontaktopsporing, i Danmark er der ansat fem. Til sammenligning kan det nævnes, at i 1993 var Danmarks befolkning ca. 5,2 millioner og Sveriges 8,7 millioner, hvilket altså ikke kan forklare forskellen i indsatsen.

I Sverige har man ud fra 365 kendte HIV-tilfælde fundet 53 nye HIV-smittede, på Rigshospitalet har man ud fra et højere antal kendte HIV-tilfælde ikke kunnet finde nogen. Dette er næppe fordi de ansatte på Rigshospitalet ikke er dygtige nok – de har ganske enkelt ikke redskaberne, altså den nødvendige lovgivning, til at kunne gøre det.

I Sverige er HIV-diagnosen for den enkelte patient gennemsnitligt stillet flere år tidligere end i Danmark.

Det er vigtigt at HIV-diagnosen stilles så tidligt som muligt

Der er mindst fire gode grunde til, at det er vigtigt, at få HIV-diagnosen stillet så tidligt som muligt:

1. I dag er man i stand til at hjælpe de HIV-smittede til et længere liv uden alt for alvorlige symptoner.
2. Risikoen for, at en HIV-smittet mor føder et barn, der også er smittet, er 20-25 pct., risikoen kan dog nedsættes til knap 10 pct., hvis moderen fra 12. svangerskabsuge behandles med produktet retrovir.
3. Jo hurtigere en HIV-smittet identificeres, jo færre mennesker kan vedkommende nå at smitte, uanset at dette måtte være sket ubevidst, som det oftest er.
4. Det er en stor belastning for en person at konstatere, at ud over at man selv er HIV-smittet, så kan man også have smittet og dermed indirekte dødsdømt andre.

Alle fire grunde fortæller, at af hensyn til den smittede og af hensyn til den smittedes omgivelser skal vi finde frem til vedkommende hurtigst muligt.

Det er fortsat meget vigtigt at huske, at i det øjeblik en person er blevet smittet med HIV, så er AIDS diagnosen og i sidste ende døden, ifølge al sagkundskab, blot et spørgsmål om tid.

Et yderligere argument, uden at det skal fremstå som grunden til forslagens fremsættelse, er de store udgifter, der er forbundet med behandlingen af HIV- og AIDS-patienter sammenlignet med de relativt små udgifter, der er forbundet med testning.

Forslagets konsekvens

Det er vigtigt at ændre lovgivningen, således at man ikke længere anonymiserer de smittede på de raskes bekostning.

Måden til hurtigst muligt at finde frem til dem, der er HIV-smittede, hedder kontaktopsporing, og det må konstateres, at det danske system ganske enkelt ikke giver resultat.

I folketingsåret 1992-93 svarer sundhedsministeren på spørgsmål nr. S 616 blandt andet: »Erfaringer fra andre lande har vist, at smitteopsporing kan give resultater i form af ikke tidligere erkendt HIV-infektion.«

Omvendt kan vi se, at det svenske system, der indeholder et stort frivilligselement og en lille grad af tvang, klart giver bedre resultater.

Når man kan konstatere, at det system, der benyttes, ikke fungerer, så er det ingen skam at erkende dette og ændre systemet. De øvrige nordiske lande

har allerede lagt HIV ind under deres respektive epidemilovgivninger.

Med nærværende forslag ønsker forslagsstillerne at moderere betydningen af de to første ord i den motiverede dagsorden fra marts 1987, vi ønsker i første omgang, at alle kommer frivilligt og alt sker på frivillig basis. Men da det kan konstateres, at det ikke virker, så ønsker forslagsstillerne mulighed for at pålægge HIV-smittede handlinger, der kan medvirke til at forhindre HIV-smitten og dermed AIDS i at brede sig.

Det kan i den sammenhæng blive nødvendigt at lade en del af anonymiteten glide ud, uden at det betyder, at alle og enhver skal have adgang til en liste med HIV-smittedes navne.

Med disse to forbehold støtter forslagsstillerne selvfølgelig formuleringen om »åben direkte og ærlig information, den enkeltes tryghed ved at henvende sig til sundhedsmyndighederne samt ønsket om at undgå enhver form for diskrimination.«

Bilag 1

Nærværende er en oversættelse af uddrag af den svenske »Smittskyddslag«, uddragene er efter forslagsstillernes opfattelse af de centrale dele af loven. Oversættelsen er uden ansvar. Den komplette svenske »Smittskyddslag« vil blive fremsendt til Sundhedsudvalget

Smittesikkerhedslov (SFS 1988:1472)
med ændringer indført til og med SFS 1992:1561

Pligt til at søge læge og videregive oplysninger

§ 13. Den som har anledning til at antage, at han er smittet med en samfundsfarlig sygdom er forpligtet til uden tøve at søge læge, samt at lade lægen foretage undersøgelser og prøver som er nødvendige til at fastslå, om han er smittet med en sådan sygdom. Han er også forpligtet til at følge de forholdsregler, som lægen har meddelt ham. Bestemmelserne i 1. stykke anvendes også, hvis en person, som bliver smittet med en samfundsfarlig sygdom oplyser, at han har været i kontakt med en anden person på en sådan måde, at smitten har kunnet overføres.

§ 14. Den, som er blevet smittet med en samfundsfarlig sygdom, skal give den behandlende læge oplysninger om den eller de personer, som smitten kan være kommet fra og være ført videre til, samt i øvrigt at give oplysninger om, hvorfra smitten kan være kommet, og hvor den kan være ført videre til.

Anmeldelse om samfundsfarlige og andre anmeldelsespligtige sygdomme

§ 20. En læge, som i sin virksomhed konstaterer, at nogen er smittet med en samfundsfarlig sygdom, skal anmelde dette til smittesikkerhedslægen (embedslægen) og til Statens Smitte- og smittesikkerhedsinstitut (Seruminstitut) (OA).

I tilfælde af en samfundsfarlig sygdom, som nævnt i bilag 1.2 i denne lov, skal anmeldelsen også ske til miljø- og helbredsnettet (sundhedsmyndighederne). Anmeldelse til nettet behøver dog ikke ske, hvis omstændighederne klart viser, at smitekilden findes uden for landets grænser. (Lov 1992:1561).

§ 21. En anmeldelse som nævnt i § 20 skal indeholde følgende oplysninger:

1. Den smittedes navn, adresse og personnr.
2. Den sandsynlige smitekilde
3. De sandsynlige smitteveje.
4. De forholdsregler/instrukser, som lægen har angivet, samt de behandlingsforanstaltninger og andre foranstaltninger, som han har vedtaget for at forhindre smittespredning.
5. Andre oplysninger af betydning for smittebeskyttelse.

Hvis anmeldelsen gælder en sygdom som nævnt i pkt. 1.3 i bilag til denne lov, skal oplysningerne som nævnt i stykke 1 og 2 ikke videregives i anmeldelsen.

Særlige forholdsregler ved frygtet smittespredning

§ 25. Hvis en behandlende læge har anledning til at antage, at en patient, som bærer eller mistænkes at bære smitte af en samfundsfarlig sygdom, ikke vil følge, eller ikke følger angivne forholdsregler, skal han straks underrette smittesikkerhedslægen (embedslægen). Dette gælder også, hvis en sådan patient afbryder igangværende behandling, uden at den behandlende læge er indforstået med det.

§ 26. Hvis den behandlende læge i sit arbejde med smittesporing i overensstemmelse med § 18 finder anledning til at antage, at en person er smittet med en samfundsfarlig sygdom, og denne ikke uden tøven lader sig undersøge af lægen selv eller af en anden læge, skal den behandlende læge underrette smittesikkerhedslægen (embedslægen) herom.

Særlige underretninger ved infektion af HIV

§ 29. Vedrørende den, som bærer smitte af HIV-infektion, er følgende personer og myndigheder forpligtet til, på anmodning fra smittesikkerhedslægen (embedslægen) at give ham de oplysninger, som han behøver for at kunne udføre sin pligt i overensstemmelse med denne lov:

1. Myndigheder som gennem deres virksomhed får kendskab til oplysninger af betydning for smittesikkerheden og
2. personale inden for den private helbreds- og sundhedspleje, som i deres arbejde står under tilsyn af socialstyrelsen.

§ 30. Hvis smittesikkerhedslægen (embedslægen) har fået en underretning fra en behandlende læge om, at en patient som bærer smitte af HIV-infektionen, ikke har fulgt eller mistænkes for ikke at have fulgt meddelte forholdsregler, skal smittesikkerhedslægen (embedslægen) underrette Socialnævnet, politimyndighederne og Kriminalforsorgen i Frihed¹⁾.

Ved underretningen skal han give oplysninger om, hvem forholdsreglerne gælder for og indholdet af disse. Underretningen skal ikke gives, hvis smittesikkerhedslægen (embedslægen) bedømmes, at den ikke behøves for at tilse, at forholdsreglerne følges, eller at den i øvrigt ikke har betydning for smittesikkerheden.

(Lov 1990:1017).

§ 31. Opdager Socialnævnet, politimyndighederne eller Kriminalforsorgen i Frihed, efter at have fået underretning i overensstemmelse med § 30 i sin virksomhed, forhold som tyder på, at forholdsreglerne ikke følges, skal dette anmeldes til den smittesikkerhedslæge (embedslægen), som har givet underretningen. Hvis denne har videregivet sagen til en smittesikkerhedslæge (embedslægen) i en anden amtsråds-kommune skal anmeldelsen i stedet gives til denne smittesikkerhedslæge (embedslægen).

Når smittesikkerhedslægen (embedslægen) anser, at Socialnævnet, politimyndighedernes eller Kriminalforsorgens medvirken ikke længere behøves, skal han meddele myndighederne dette.

§ 32. Hvis nogen som er smittet af HIV-infektion indsættes i en fængselsanstalt eller med tvang på en anden plejeanstalt skal den læge, som har ansvaret for helbreds- og sundhedsplejen underrettes af den behandlende læge om smitten, og om de forholdsregler, som gælder for den indsatte.

Kan den indsatte ikke tages hånd om på en sådan måde, at smittespredning kan forhindres, skal den ansvarlige læge underrette den behandlende læge herom.

Tvangsundersøgelse

§ 36. Hvis nogen som ifølge § 13 er pligtig til at søge læge, ikke uden tøven gør det, må smittesikkerhedslægen (embedslægen) beslutte, at han skal undersøges af en læge som smittesikkerhedslægen (embedslægen) udpeger hertil. Ved undersøgelsen, må der ikke forekomme indgreb, som kan forårsage andet end ubetydelige mén.

Lægen skal underrette smittesikkerhedslægen (embedslægen) om resultatet af undersøgelsen.

Midlertidig forvaring

§ 37. Hvis det af særlige grunde er nødvendigt for at forhindre frygtet smittespredning må smittesikkerhedslægen (embedslægen) beslutte, at den som antages at være blevet smittet af sygdom, som nævnt i pkt. 1.1 og 1.2 i bilag til denne lov, midlertidigt skal på et sygehus. Varetagelsen skal stå på, indtil det klarlægges, om denne er smittet, dog højst i syv dage, den dag forvaringen iværksættes medregnet.

Den varetagne skal hindres i at forlade sygehusets område eller den del af sygehuset, hvor han skal opholde sig.

Beslutning om tvangsisolering

§ 38. Lensdomstolen skal på ansøgning fra smittesikkerhedslægen (embedslægen) tage stilling til tvangsisolering af den, som er smittet af en samfundsfarlig sygdom, hvis den smittede ikke frivilligt overholder de forholdsregler, som er nødvendige for at hindre smittespredning. En sådan beslutning skal også tages, hvis der findes begrundet anledning til at antage, at den smittede ikke følger meddelte forholdsregler og

¹⁾ Kriminalforsorgen i Frihed er på svensk »frivårdsmyndigheten« og er en myndighed, der tager sig af løsladte fanger, altså tager sig af dem når de ikke er fængsel eller på anden måde låst inde længere.

forsømmelsen indebærer en åbenlys risiko for smittespredning.

Tvangsisolering skal ske på et sygehus, som drives af en Landstingskommune.

Tvangsisoleringens varighed

§ 40. Tvangsisolering må stå på i højst 3 måneder fra den dag, den smittede på grund af beslutningen om isolering, blev indlagt på sygehus.

§ 41. Efter ansøgning fra smittesikkerhedslægen (embedslægen) må Lensdomstolen beslutte, at tvangsisolering skal fortsætte ud over den længste tid i overensstemmelse med § 40. En sådan beslutning må højst gælde 6 måneder ad gangen.

En ansøgning om fortsat tvangsisolering skal være Lensdomstolen i hænde inden tiden for gældende beslutning om tvangsisolering er udløbet. Tvangsisoleringen fortsætter frem til Lensdomstolen har taget stilling til ansøgningen.

Særlige beføjelser ved tvangsisoleringen

§ 44. Den som er tvangsisoleret må hindres i at forlade sygehusets område eller den del af sygehuset, hvor han skal opholde sig, og må iøvrigt underkastes den begrænsning af bevægelsesfrihed, som er nødvendig for at gennemføre tvangsisoleringen. Hans bevægelsesfrihed må også indskrænkes, når det er nødvendigt af hensyn til hans egen eller andres sikkerhed.

Smittesikkerhedsbestemmelser (SFS 1989:301) med ændringer indført til og med SFS 1990:1036

§ 4. En anmeldelse i overensstemmelse med § 20 i smittesikkerhedsloven (1988:1472) som gælder en sygdom nævnt i bilag 1.3 til nævnte lov skal, udover det som foreskrives i § 21 i smittesikkerhedsloven, indeholde oplysninger om de to første og de fire sidste cifre i den smittedes personnummer og hans bopælslen.*) Hvis den smittede ved infektion af HIV tilhører en risikoudsat gruppe, skal denne gruppe angives i anmeldelsen. Andre oplysninger om den smittedes identitet må ikke gives i anmeldelsen.

*) Det len (svensk »län«), hvor den pågældende har sin bopæl.

Bilag a**Anmælningspligtige sygdomme****1 Samhøllsfarliga sygdomme****1.1 difteri**

flæckfeber

gula febern

hepatit B

hepatit non A non B

meningokokinfektion

polio

tubertulos

viral hemorragiska febrar exkl. hemorra-

gisk nefrosonefrit

återfallsfeber

1.2 hepatit A

kolera

mjåltbrand

paratyfoidfieber

pest

rabies

salmonellainfektion

shigellos

tyfoidfieber

1.3 gonorréinfektion av HIV (humant immunbristvi-
rus)

klamydiainfektion

syfilis

**2 Andra anmælningspligtige sygdomme ån
samhøllsfarliga****2.1 hemorragisk nefrosonefrit**infektioner orsakade av atypiske mykobak-
terier

malaria

stelkramp

trikinos

tularemi

ulcus molle

2.2 botulism

campylobakter

giardia lamblia

legionærsjuka

listerios

papegojsjuka

toxoplasmainfektion.

Bilag 2

Nedenstående figurer er fra »Aids i Danmark og Sverige« af Hugh Zachariae, Ugeskrift for Læger 157/2, 9. januar 1995, i artiklen er de nummereret som hhv. fig. 1 og 2.

Fig. 1.
Nye AIDS-tilfælde per år
per én mio. indbyggere i
Danmark (+) og Sverige
(*) fra 1980-1994.

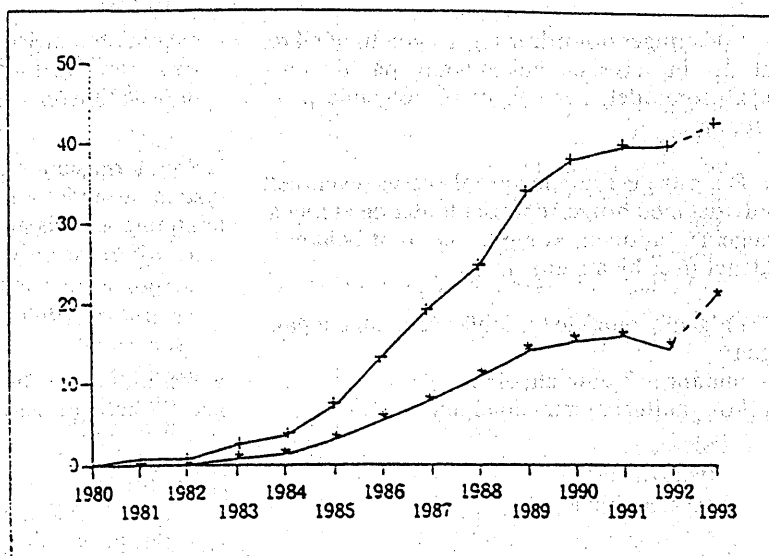


Fig. 2.
Nye AIDS-tilfælde per år
per én mio. indbyggere i
København (+) og Stock-
holm (*) fra 1980-1994.

